

ParentsMedGuide

El uso de de medicamentos para tratar 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 encargado de un niño o un adolescente con depresión o como paciente, debe conocer la última decisión de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por su sigla en inglés) de pegar una etiqueta de advertencia o un "caja negra de advertencia" a todos los antidepresivos que se usan para tratar la depresión y otras enfermedades 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 decidir mejor acerca del cuidado más adecuado para niños con depresión.

La depresión es una enfermedad que afecta todos los aspectos de la vida de una persona joven y de su familia. Puede afectar las relaciones entre los miembros de la familia y los amigos y el desempeño en la escuela y causa problemas de salud en general porque afecta la alimentación, el sueño y los ejercicios. Si la enfermedad no se trata o si no se la trata bien, la depresión puede ser muy peligrosa por el riesgo de suicidio relacionado.

Pero cuando se le reconoce y diagnostica correctamente, puede tratarse con éxito. Se debe adaptar un programa comprensivo 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 terapia familiar, consulta con la escuela del niño (por ejemplo, sobre la interacción y apoyo con sus pares), y grupos de autoayuda.

- ¿Qué es un caja negra de advertencia?
- ¿Qué causó la advertencia de la FDA?
- ¿La FDA ha prohibido que los niños y adolescentes tomen antidepresivos?
- ¿Pueden los antidepresivos ayudar a los niños y adolescentes con depresión?
- Los antidepresivos, ¿aumentan el riesgo de suicidio?
- ¿Qué otros factores, además de la depresión, aumentan el riesgo de suicidio?
- Hablar acerca de las señales del suicidio ¿aumenta la posibilidad de que un niño o niña se haga daño?
- ¿Cómo puedo estar seguro de que mi hijo tiene depresión?
- ¿Cómo debe ser el tratamiento?
- ¿Cómo puedo ayudar a controlar el riesgo del suicidio en mi hijo?
- ¿Qué otros tratamientos para la depresión en niños y adolescentes existen además de la medicación?
- ¿Desaparecerá la depresión de mi hijo sin tratamiento?
- ¿Puede mi hijo seguir tomando un antidepresivo que ahora es recetado?
- ¿Cómo puedo proteger a mi hijo con depresión?
- Con el apoyo de:
- Descargos de responsabilidad:

¿Qué es un caja negra de advertencia?

Un "caja negra de advertencia" es una etiqueta que traen algunas medicaciones. La FDA la utiliza para alertar a los médicos que recetan los medicamentos y a los pacientes que deben tener cuidado especial con su uso; por ejemplo, los pacientes con determinadas enfermedades o pacientes de cierta edad. La FDA ha decidido que esa etiqueta de advertencia es obligatoria en todos los antidepresivos que se usan para tratar la depresión y otras enfermedades como la ansiedad o los trastornos obsesivos compulsivos (TOC) en niños y adolescentes.

¿Qué causó la advertencia de la FDA?

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

- Todos han usado "informes de eventos adversos", que son informes realizados por el investigador clínico si un paciente (o sus padres) expresa espontáneamente sus pensamientos suicidas o describe comportamientos que podrían ser peligrosos. La FDA ha descubierto que aproximadamente el 4 por ciento de todos los niños o adolescentes que tomaban la medicación ha informado sobre esos "eventos adversos" en comparación con el 2 por ciento de los que tomaban un medicamento falso (una píldora de azúcar creyendo que era su verdadero medicamento). Uno de los problemas de usar este enfoque es que la mayoría de los jóvenes sólo habla acerca de sus pensamientos suicidas cuando se les pregunta y en este caso no se completa el informe.
- También hubo una segunda medida en 17 de los 23 estudios. Eran formularios con preguntas sobre pensamientos y comportamientos suicidas que cada niño o joven completaba en cada visita. Según la opinión de varios expertos, estas medidas son más seguras 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 lleva a tener nuevas tendencias suicidas a los que no habían pensado en el suicidio cuando empezó el estudio. En realidad, en estas medidas todos los estudios combinados mostraron las tendencias suicidas se disminuyen un poco a lo largo del tratamiento.

Aunque la FDA informó sobre ambas series de conclusiones, la agencia no comentó sobre las contradicciones entre ellas.

Es importante reconocer que los pensamientos suicidas son comunes 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 sobre estos síntomas pueden ayudar a que el seguimiento sea más apropiado, y esto disminuye el riesgo de suicidio.

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

No, la FDA no ha prohibido que los jóvenes tomen estos medicamentos. En realidad, la agencia pidió a los médicos y a los padres que observen de cerca a los niños y adolescentes que toman antidepresivos para controlar si tienen cambios de comportamiento poco comunes y si los síntomas de la depresión empeoran. El "caja negra de advertencia" dice que los antidepresivos están relacionados con un mayor riesgo de pensamientos y

comportamientos suicidas en algunos niños y adolescentes, especialmente durante las primeras etapas tempranas del tratamiento.

¿Pueden los antidepresivos ayudar a los niños y adolescentes con 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 Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), estudió la efectividad de tres enfoques diferentes para el tratamiento de adolescentes con depresión moderada a severa.

- Uno de los enfoques usados para el tratamiento fue el antidepresivo fluoxetina o Prozac® aprobado por la FDA para usar con pacientes pediátricos.
- El segundo tratamiento fue un tipo de psicoterapia llamada terapia cognitiva conductual, o CBT (por su sigla en inglés). Su objetivo 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 falso medicamento.

A las 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 mucho. De los que recibieron sólo medicación, mejoró un poco más del 60 por ciento. El tratamiento combinado fue casi dos veces más efectivo para aliviar la depresión que el tratamiento con el medicamento falso o la psicoterapia solamente.

Es importante destacar que los tres tratamientos mostraron una reducción importante en la frecuencia de pensamientos o comportamientos suicidas. Los participantes del estudio respondieron a preguntas sobre esos pensamientos y comportamientos. Después de tres meses de tratamiento, el número de jóvenes que tenía esos pensamientos y comportamientos disminuyó de uno de cada tres a uno de cada diez. No hubo 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 llegar a ser mejores. Un buen tratamiento en general incluye psicoterapia individual para mejorar la efectividad de la medicación y 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 pocas veces un niño depresivo muere por intentar suicidarse. Sin embargo, los niños con un trastorno del estado de ánimo, como es la depresión, tienen cinco veces más posibilidades de tratar de suicidarse que los niños que no tienen estos trastornos.

Esta pregunta resalta un punto importante que mencionamos antes: la FDA mostró que hay un aumento de los pensamientos y comportamientos suicidas en los informes espontáneos entre los niños que están medicados, pero no existen pruebas de que estos pensamientos o comportamientos suicidas aumenten 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 reunida 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 importante en la prescripción de antidepresivos para jóvenes. La importante disminución en las tasas de suicidio juveniles está relacionada con el aumento en las tasas de prescripción, a los jóvenes de estas edades, de una categoría 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 otros factores de riesgo del suicidio además de la depresión. Uno muy importante es un intento anterior de suicidio. Un niño que ha intentado suicidarse una vez tiene más posibilidades de volver a intentarlo que un niño que nunca lo hizo. Otros factores de riesgo incluyen la presencia de enfermedades mentales graves además de la depresión, por ejemplo, trastornos del comer, psicosis o abuso de drogas. Situaciones en la vida de un niño como la pérdida o separación de los padres o -durante la adolescencia- el fin de una relación amorosa, el abuso físico o sexual o el aislamiento social pueden aumentar el riesgo de suicidio, especialmente si esas situaciones llevan a la depresión a un niño sensible.

Los pensamientos y comportamientos suicidas son comunes entre los jóvenes, especialmente durante los años complicados 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 en estos intentos.

Cada suicidio es una tragedia. La tendencia suicida es un síntoma clave de depresión, por esto los tratamientos para niños y adolescentes que sufren de depresión deben 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.

Hablar acerca de las señales del suicidio ¿aumenta la posibilidad de que un niño o niña se haga daño?

Cualquier expresión de pensamientos o sentimientos suicidas en un niño o adolescente es una señal clara de sufrimiento y debe ser tomada en serio por los profesionales de salud, los padres, miembros de la familia, 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 esto, sirve de mucho que, como parte del tratamiento, se hable más de los pensamientos o impulsos suicidas anteriores o no expresados. Mucho más preocupante y potencialmente peligroso es un joven con depresión que oculta que tiene pensamientos suicidas.

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

Un padre, médico, docente u otro adulto observador puede notar las señales de la depresión en un niño o adolescente. Si usted sospecha esto, debe tratar de obtener una evaluación

comprensiva y un diagnóstico preciso. Estos son esenciales para desarrollar un plan de tratamiento adecuado y efectivo.

Aunque las investigaciones identificaron los signos y síntomas de la depresión mayor, la depresión no es siempre una enfermedad fácil de reconocer. En los niños, los síntomas clásicos pueden confundirse con otros problemas de la conducta o físicos, características como las que aparecen en la columna derecha del siguiente cuadro. Además, muchos de los jóvenes depresivos también tienen otras enfermedades psiquiátricas.

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

Signos y síntomas del trastorno depresivo mayor.	Signos frecuentes de depresión en jóvenes.
Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día	Estado de ánimo irritable o malhumor, preocupación con canciones que sugieren que la vida no tiene sentido
Disminución en el interés/placer por las actividades favoritas	Pérdida de interés por los deportes, los video juegos y las actividades con amigos
Pérdida /aumento de peso	Fracaso en el aumento de peso esperado 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, no querer levantarse para asistir a la escuela por la mañana
Agitación/retraso psicomotor.	Conversaciones sobre huir de casa o hacer esfuerzos para huir
Fatiga o pérdida de energía	Aburrimiento continuo
Baja autoestima, sentimientos de culpa	Comportamiento contradictorio y/o negativo
Menor habilidad para concentrarse, indecisión	bajas notas escolares, ausencias frecuentes
Ideas o comportamientos suicidas que se repiten	Ideas o comportamientos suicidas que se repiten (escribir sobre la muerte, regalar juguetes o pertenencias favoritas)

La depresión mayor o clínica es una forma de depresión del grupo mayor de enfermedades del estado de ánimo, también llamados trastornos "afectivos". Estos incluyen la *distimia*, una enfermedad del estado de ánimo con síntomas menos graves que la depresión mayor pero con un ciclo más crónico y persistente. Más que sufrir cambios por etapas bien definidas 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 o irritabilidad. El trastorno bipolar puede aparecer primero como un momento de depresión. Las investigaciones han demostrado que el tratamiento de la depresión bipolar desconocida con antidepresivos puede disparar la fase maníaca de la enfermedad. Los niños con antecedentes familiares de trastorno bipolar necesitarán un tratamiento especial que debe discutirse con su médico.

¿Cómo debe ser el tratamiento?

El médico de su hijo, en consulta con los padres o encargados y, si correspondiera, con su hijo, debe desarrollar un plan de tratamiento comprensivo. Éste incluirá, por lo general, una combinación de psicoterapia individual y medicación. También puede incluir terapia familiar o trabajo con el consejero de la escuela de su hijo.

El médico debe explicarle y hablar con usted y con su hijo o paciente adolescente sobre los riesgos y beneficios de cualquier tratamiento, que puede incluir o no medicación.

Existe un antidepresivo, la fluoxetina o Prozac®, que está formalmente aprobado por la FDA para tratar la depresión en niños. Sin embargo, debe saber que la prescripción de antidepresivos "sin etiqueta" (o sea, la prescripción de un antidepresivo sin aprobación formal de la FDA para su uso en pacientes niños o adolescentes) es común, y constante en la práctica clínica general. Cerca del 30 al 40 por ciento de los niños y adolescentes que no responden a una medicación inicial, responderán a otra medicación.

Si usted y el médico de su hijo no ven ninguna mejoría en la salud de su hijo dentro de las próximas 6 a 8 semanas, el médico debe volver a evaluar el plan de tratamiento y considerar cambios

¿Cómo puedo ayudar a controlar el riesgo del suicidio en mi hijo?

Si un niño o cualquier miembro de una familia tiene depresión deben seguirse estrategias generales para prevenir el suicidio.

- Los objetos letales como las armas deben eliminarse de la casa. Los medicamentos peligrosos en grandes cantidades, incluyendo los de venta libre, no deben dejarse en lugares accesibles.
- Las familias deben consultar con el médico de su hijo o con otro profesional de la salud mental para crear un plan de acción de emergencia, incluyendo el acceso a un número telefónico disponible las 24 horas para casos de crisis.
- Si su hijo expresa nuevos deseos de morir o dañarse más seguido o si intenta suicidarse, debe contactar al médico de su hijo de inmediato

La APA y AACAP creen que más que cumplir con un horario de seguimiento obligatorio, es decir, un horario fijo que establezca con qué frecuencia y durante qué período deben ver a un médico los niños que toman antidepresivos, la frecuencia y naturaleza del seguimiento deben adaptarse según las necesidades del niño y de la familia.

Algunos niños y adolescentes también pueden mostrar otras reacciones físicas y emocionales a los antidepresivos, por ejemplo mayor ansiedad o hasta 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 momento. Si usted detecta estos síntomas, consulte con su médico. Puede servir adaptar la dosis, cambiarla por una medicación diferente o dejar de usar la medicación.

En un pequeño número de casos, un niño o adolescente podría tener reacciones extremas a los antidepresivos o a otros medicamentos muy comunes como la penicilina o las aspirinas causadas por una interacción alérgica a los medicamentos u otros factores desconocidos. Siempre que sienta preocupación por cualquier síntoma inesperado que note en su hijo, comuníquese inmediatamente con el médico del niño.

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

Varias formas de psicoterapia, incluyendo la terapia cognitiva conductual (CBT) y la terapia interpersonal (IPT, por su sigla en inglés) son efectivas para tratar formas leves de depresión, casos de ansiedad y otras enfermedades mentales y de comportamiento. El objetivo de la CBT es ayudar a un paciente a reconocer y cambiar los pensamientos negativos que puedan ayudar a la depresión. El objetivo de la IPT es ayudar a una persona a afrontar temas relacionados con las relaciones y los problemas interpersonales que parecen ser importantes en el comienzo o durante la depresión. La consulta regular durante varias semanas con un profesional de la salud especializado disminuirá los síntomas de la depresión en alrededor de un tercio de los adolescentes. Pero también 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 usan en combinación con una medicación, las intervenciones como la CBT pueden tener un efecto protector importante contra las ideas o comportamientos suicidas.

¿Desaparecerá la depresión de mi hijo sin tratamiento?

La depresión aparece y desaparece en episodios, pero una vez que un niño o adolescente pasa por un período de depresión, es más probable que se deprima otra vez en el futuro. Sin un tratamiento, las consecuencias de la depresión pueden ser muy graves. Los niños a menudo tienen problemas continuos en la escuela, en su casa y con sus amigos. También hay mayor riesgo de abuso de drogas, trastornos del comer, embarazo adolescente, y pensamientos y comportamientos suicidas.

¿Puede mi hijo seguir tomando un antidepresivo que ahora es recetado?

Si su hijo está en tratamiento con una medicación y responde bien, debe seguir con el tratamiento. Las investigaciones sugieren que puede haber riesgo de que aumenten los pensamientos o comportamientos suicidas 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 tiene pensamientos suicidas?

Lo más importante es que ningún paciente debe dejar de tomar los antidepresivos de repente porque pueden aparecer efectos adversos como agitación o una depresión más intensa. Los padres siempre deben consultar al médico antes de cambiar o terminar con el tratamiento antidepresivo del niño.

¿Cómo puedo proteger a mi hijo con depresión?

Usted es el mayor tutor y defensor de su hijo, por eso tiene el derecho a saber todo lo posible sobre la naturaleza de la enfermedad de su hijo, las opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios. Asegúrese de que su hijo reciba una evaluación comprensiva. 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, según su edad, sobre la enfermedad para que él o ella pueda ser una parte activa en el tratamiento.

Con el apoyo de:

[American Academy of Child and Adolescent Psychiatry](#)

[American Association of Suicidology](#)

[American Foundation for Suicide Prevention](#)

[American Psychiatric Association](#)

[American Society for Adolescent Psychiatry](#)

[Depression and Bipolar Support Alliance](#)

[Families for Depression Awareness](#)

[National Alliance for the Mentally Ill](#)

[National Association of Psychiatric Health Systems](#)

[National Mental Health Association](#)

[Society for Adolescent Medicine](#)

[Suicide Awareness Voices of Education](#)

[Suicide Prevention Action Network](#)

Descargos de responsabilidad:

La información que se ofrece en esta guía no intenta ser ni reemplaza 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 usaron fondos farmacéuticos para la preparación y mantenimiento de esta guía o del sitio web ParentsMedGuide.org.