



Depresión:
**Guía de
medicamentos
para padres**

AMERICAN ACADEMY OF
CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY

W W W . A A C A P . O R G

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION



Grupo de trabajo de “Depresión: Guía de medicamentos para padres”

COORDINADOR:

Graham J. Emslie, MD

MIEMBROS:

Teri Brister, PhD, LPC, representante de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness)

Meredith Chapman, MD

Mina K. Dulcan, MD

Cathryn A. Galanter, MD

Jessica M. Jones, MA, LPA

Beth Kennard, PsyD

Jerry Pavlon-Blum, representante de la Alianza de Apoyo a la Depresión y el Trastorno Bipolar (Depression and Bipolar Support Alliance)

Theodore A. Petti, MD, MPH

Adelaide S. Robb, MD

Timothy E. Wilens, MD

PERSONAL:

Carmen J. Head, MPH, CHES, directora de Investigación, Desarrollo y Fuerza Laboral

Sarah Hellwege, MEd, subdirectora de Investigación, Capacitación y Educación

CONSULTORA:

Esha Gupta, redactora científica médica

La Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y Adolescente promueve el desarrollo saludable de los niños, los adolescentes y las familias a través de la promoción, la educación y la investigación. Los psiquiatras de niños y adolescentes son la principal autoridad médica en salud mental infantil.



Índice

Introducción	4
Causas y síntomas.....	5
Diagnóstico de depresión en niños y adolescentes	6
Suicidio en jóvenes con depresión.....	7
Tratamiento de la depresión.....	8
Tratamiento farmacológico para la depresión	9
Tratamientos psicosociales para la depresión	13
Tratamientos alternativos y/o no comprobados para la depresión	14
Cómo ayudar al niño con depresión	15



Introducción

La Guía médica para padres original sobre el tratamiento de la depresión se publicó en 2005 y se publicó una revisión en 2010, gracias a la colaboración de la Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y Adolescente (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP) y la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA). La presente revisión ha sido actualizada para incluir nuevas investigaciones sobre tratamientos eficaces para la depresión en niños y adolescentes. El objetivo de esta guía es ayudar a los padres a tomar decisiones bien fundamentadas sobre cómo obtener la mejor atención para un niño o adolescente con depresión.

¿Qué es la depresión?

La depresión es una enfermedad grave que puede afectar casi todos los aspectos de la vida de una

persona joven y tener un impacto significativo en su familia. Es un tipo de trastorno del estado de ánimo que puede dañar las relaciones entre familiares y amigos, afectar el rendimiento escolar y limitar otras oportunidades educativas. La depresión puede afectar negativamente la alimentación, el sueño y la actividad física. Debido a que puede provocar muchos problemas de salud, es importante reconocer los signos de la depresión y recibir el tratamiento adecuado. Cuando la depresión se trata con éxito, la mayoría de los niños pueden retomar sus vidas.

Si bien la depresión puede presentarse en niños, es mucho más frecuente en adolescentes de entre 12 y 18 años. La depresión antes de la pubertad se presenta por igual en niños y niñas. Después de la pubertad, la depresión es más frecuente en niñas.

Causas y síntomas

¿Por qué mi hijo tiene depresión?

No entendemos completamente todas las causas de la depresión; creemos que es una combinación de factores genéticos (rasgos hereditarios) y factores ambientales (acontecimientos y entorno). No hay una causa única. Los factores estresantes o los eventos que provocan una respuesta estresante y los factores genéticos pueden provocar depresión. Los factores estresantes pueden ser desencadenantes derivados de afecciones o enfermedades pediátricas, como infecciones virales, trastornos de la tiroides y del sistema endocrino, lesiones en la cabeza, epilepsia, así como enfermedades cardíacas, renales y pulmonares. Los antecedentes familiares de depresión son un factor genético importante; un niño puede ser más propenso a deprimirse si le han diagnosticado depresión a un padre o hermano. Los factores estresantes de la vida cotidiana también contribuyen a la aparición de depresión, por ejemplo, la pérdida de un ser querido, los conflictos frecuentes entre los padres, su separación o divorcio, los cambios de escuela y los problemas económicos familiares. Por último, a veces se pasan por alto los factores del desarrollo, como las discapacidades del aprendizaje y del lenguaje. Otras enfermedades y síntomas mentales, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la ansiedad, los miedos y la timidez excesiva, además de no tener la oportunidad de desarrollar intereses y mostrar fortalezas y talentos, pueden contribuir a la depresión.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

- Estado de ánimo deprimido, triste o irritable.
- Pérdida significativa de interés o placer en las actividades.
- Pérdida de peso, aumento de peso o cambios en el apetito significativos.

- Dificultad para conciliar el sueño y/o permanecer dormido o dormir demasiado.
- Inquietud, incapacidad para quedarse quieto (lo que se conoce como agitación psicomotora) o lentitud generalizada (conocida como enlentecimiento psicomotor).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos constantes de muerte, pensamientos suicidas o intento de suicidio.

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, un episodio de depresión mayor se caracteriza por 5 o más de estos síntomas (al menos uno de los cuales debe ser un estado de ánimo deprimido y/o irritable, o una disminución del interés o del placer) que han persistido durante al menos 2 semanas y han afectado el desempeño del niño en la escuela, en el trabajo, con la familia o con los amigos. Estos síntomas no son consecuencia de medicamentos, abuso de drogas o alcohol y no son resultado de otra enfermedad médica o mental.

Las manifestaciones clínicas del trastorno depresivo mayor (TDM) en niños, adolescentes y adultos son las mismas. Sin embargo, los síntomas de la depresión pueden presentarse de manera diferente en los niños y adolescentes en comparación con los adultos. Por ejemplo, los niños pueden tener dificultades para expresar su estado de ánimo triste y, en cambio, pueden quejarse de dolores de cabeza o de estómago. A continuación se enumeran otras formas en las que la depresión se presenta en niños y adolescentes:

- Estado de ánimo irritable o mal humor.
- Aburrimiento, renunciar a sus actividades, juguetes e intereses favoritos.
- Retraso en el aumento de peso esperado.
- Retrasos para irse a dormir, negativa a despertarse para ir a la escuela o levantarse de la cama.
- Dificultad para quedarse quieto o movimientos muy lentos.
- Estar cansado todo el tiempo, sensación de "pereza".
- Autocrítica o culparse a sí mismo por todo.
- Disminución del rendimiento escolar, calificaciones reprobadas o clases reprobadas.
- Reflexiones y discusiones frecuentes sobre la muerte, regalar sus pertenencias favoritas.

¿En qué se diferencian los síntomas de la depresión de la tristeza habitual?

Es normal que los niños y adolescentes a veces se sientan tristes o irritados en respuesta a factores estresantes. La depresión es diferente de la tristeza ocasional. Un niño o adolescente con depresión presenta un **cambio** significativo en su estado de ánimo e interés habituales, el cual es persistente (es decir, la mayoría de las veces dura varias semanas). Los niños y adolescentes con depresión muestran síntomas que son lo suficientemente importantes como para causarles problemas en el hogar, la escuela y/o con amigos y familiares. Estos pueden expresar que sus síntomas son una respuesta a un acontecimiento estresante o perturbador, sin embargo, es posible que no sepan qué los llevó a sentirse así.

Diagnóstico de depresión en niños y adolescentes

¿Cómo se diagnostica la depresión en niños y adolescentes?

Si le preocupa que su hijo esté deprimido, es importante que hable de ello con el médico del niño. El médico puede recomendar una evaluación exhaustiva. La evaluación exhaustiva incluye recopilar información sobre el grado y la gravedad de los síntomas, los factores de estrés psicosocial y el funcionamiento del niño, los padres, el cuidador o el tutor que vive con el niño y los informes de la escuela.

Esta evaluación debe realizarla una persona con experiencia en la evaluación de niños para detectar enfermedades mentales, como un psiquiatra de niños y adolescentes. Un psiquiatra de niños y adolescentes es un médico que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del pensamiento, los sentimientos o el comportamiento que afectan a los niños, los adolescentes y sus familias. La formación en psiquiatría de niños y adolescentes requiere cuatro años de estudios

de medicina, al menos tres años de residencia en psiquiatría general con adultos y dos años de formación especializada adicional en el tratamiento de niños, adolescentes y familias.

También se recomienda que se realice un examen físico y se revise la historia clínica, así como los antecedentes detallados de la familia biológica, para descartar o identificar otras afecciones médicas y de salud mental coexistentes que puedan requerir tratamiento.

¿Qué otras afecciones pueden acompañar a la depresión?

Hasta el 50 % de los niños y adolescentes diagnosticados con depresión pueden tener otros trastornos de salud mental, incluido el trastorno bipolar. Los niños y adolescentes con depresión también pueden tener ansiedad, TDAH y dificultades de aprendizaje, así como mayor riesgo de consumo de drogas o alcohol.

Si le preocupa que su hijo esté deprimido, es importante que hable de ello con el médico del niño.



Suicidio en jóvenes con depresión

Los niños y adolescentes con depresión tienen mayor riesgo de intentos de suicidio y suicidio. Es importante preguntarle a su hijo si está pensando en hacerse daño a sí mismo. Si su hijo expresa pensamientos suicidas, esta es una oportunidad para considerar cómo tomar precauciones para que el entorno del niño sea seguro. Hablar con su hijo sobre el suicidio no provoca el suicidio, pero sí le permite saber que usted está preocupado y que quiere saber si tiene algún pensamiento al respecto.

¿Qué tan frecuentes son los pensamientos suicidas, las conductas suicidas y la muerte por suicidio en los niños y adolescentes?

Entre los estudiantes que cursaban los grados 9 a 12 en los Estados Unidos en 2015, el 18 % informó que había considerado seriamente intentar suicidarse en los 12 meses anteriores, mientras que el 15 % había elaborado un plan para hacerlo. El 9 % de los estudiantes intentó suicidarse una o más veces, y el 3 % realizó un intento que derivó en una lesión, intoxicación o sobredosis que requirió atención médica.

En 2015, el suicidio fue la tercera causa principal de muerte en la población de 10 a 14 años y la segunda causa entre las personas de 15 a 34 años. El suicidio cobra más vidas que muchas enfermedades en niños y adolescentes. Más adolescentes y adultos jóvenes mueren por suicidio que por cáncer, enfermedades cardíacas, sida, defectos

congénitos, accidentes cerebrovasculares, neumonía, gripe y enfermedad pulmonar crónica combinados.

¿Qué otros factores además de la depresión pueden aumentar el riesgo de suicidio?

Entre los factores de riesgo adicionales para el suicidio se encuentra tener un familiar que se suicidó o conocer a otra persona que murió por suicidio. También influyen los conflictos familiares, los problemas del sueño, el consumo de sustancias, los problemas escolares, la impulsividad, otras enfermedades mentales, la falta de conexión con los demás y el fácil acceso a medios letales para autolesionarse.

¿Los medicamentos antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio?

Determinar si los medicamentos antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio es muy difícil, sobre todo porque los niños y adolescentes con depresión son más propensos a pensar en el suicidio y a intentarlo que otros niños. Con esta preocupación, la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos revisó todos los ensayos clínicos publicados y no publicados sobre antidepresivos en niños y adolescentes y, en 2004, publicó una advertencia (recuadro negro) sobre un mayor riesgo de pensamientos y/o conductas suicidas en niños y adolescentes en tratamiento con antidepresivos. No hubo

ningún registro de suicidios consumados en la revisión con más de 2000 niños y adolescentes que recibieron tratamiento con medicamentos antidepresivos, pero la tasa de pensamientos/conductas suicidas (incluidos los intentos reales de suicidio) fue dos veces mayor entre los niños y adolescentes que recibieron medicamentos (4 %) que en aquellos que recibieron placebo o tabletas de azúcar (2 %).

El tratamiento de la depresión subyacente en los niños y adolescentes que piensan en suicidarse es una estrategia importante, ya que los medicamentos antidepresivos mejoran los síntomas de la depresión, y esa es la mejor manera de tratar los pensamientos o las conductas suicidas. Los medicamentos antidepresivos pueden aumentar el riesgo de pensamientos o conductas suicidas en un pequeño porcentaje de niños y adolescentes. Si el médico determina que el medicamento es adecuado para su hijo, es importante evaluar las ventajas y desventajas de los antidepresivos. Si su hijo tiene depresión moderada o grave, el beneficio de reducir los síntomas depresivos puede superar los riesgos de los efectos secundarios de los medicamentos. Mantener seguimientos y controles regulares durante todo el tratamiento ayuda a gestionar cualquier incertidumbre. Es importante observar cuidadosamente a su hijo para detectar todos los efectos secundarios, incluidos los pensamientos o las conductas suicidas, en especial durante las primeras semanas después de comenzar el tratamiento con un antidepresivo y después de ajustar la dosis del antidepresivo.



Tratamiento de la depresión

El primer paso del tratamiento es una evaluación exhaustiva. Una vez que a su hijo se le haya diagnosticado depresión, hay varios factores importantes que debe tener en cuenta antes de continuar con el tratamiento. Es importante obtener la mayor cantidad de información posible del médico de su hijo sobre las opciones de tratamiento eficaces, los posibles efectos secundarios y las expectativas del tratamiento. Usted y su hijo deben tener la oportunidad de hacer preguntas sobre las opciones de tratamiento antes de tomar una decisión sobre su atención médica.

Es importante que informe al médico de su hijo lo que entiende sobre la depresión y las opciones de tratamiento relacionadas. Los valores y las normas familiares, que a menudo están profundamente influenciados por el origen étnico y la cultura, pueden influir en la toma de decisiones con respecto al bienestar de su hijo.

Si la depresión de su hijo no es tan grave o no afecta significativamente su funcionamiento y no tiene pensamientos suicidas ni psicosis, el médico puede recomendarle seguimiento y apoyo activos. Durante el período de seguimiento y apoyo activo, es importante que su hijo tenga interacciones positivas con sus compañeros, haga ejercicio, siga una dieta saludable y practique buenos patrones de sueño. También es importante reducir los factores estresantes, si es posible. Si los síntomas depresivos

de su hijo empeoran o no mejoran, el médico puede recomendarle que considere un tratamiento específico, como psicoterapia o medicamentos antidepresivos.

Los objetivos principales del tratamiento son los siguientes: 1) acortar la duración del episodio depresivo de su hijo; 2) proporcionar tratamiento hasta que los síntomas estén en remisión (con síntomas depresivos mínimos o nulos); y 3) prevenir la recaída o la recurrencia (reaparición de los síntomas depresivos).

¿La depresión de mi hijo se curará sin tratamiento?

Un solo episodio de depresión, sin tratamiento, suele durar de 6 a 9 meses, lo que puede ser un año escolar completo para la mayoría de los niños y adolescentes. Si no se trata, las consecuencias pueden ser graves, incluido un alto riesgo de abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, embarazo en la adolescencia y/o pensamientos o conductas suicidas. Los intentos de suicidio y el suicidio consumado son riesgos de la depresión no tratada. Los niños y adolescentes con depresión no tratada también suelen tener problemas continuos en la escuela, en el hogar y con sus amigos; además, esto puede aumentar el riesgo de presentar una forma de depresión más crónica y difícil de tratar.

Un solo episodio de depresión, sin tratamiento, suele durar de 6 a 9 meses, lo que puede ser un año escolar completo para la mayoría de los niños y adolescentes.



Tratamiento farmacológico para la depresión

¿Son eficaces los fármacos para la depresión en los niños y adolescentes?

Los fármacos o medicamentos antidepresivos pueden ser eficaces para aliviar los síntomas depresivos en niños y adolescentes. Aproximadamente del 55 % al 65 % de los niños y adolescentes responderán al tratamiento inicial con antidepresivos. De las personas que no responden al primer tratamiento, una gran parte responderá a otro medicamento o a una forma diferente de terapia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la terapia conductual dialéctica (TCD).

¿Qué tipos de medicamentos hay disponibles para tratar la depresión de mi hijo?

Hasta la fecha, la fluoxetina [un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), también conocido como Prozac] es el único antidepresivo aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión tanto en niños como en adolescentes (≥ 8 años). El escitalopram (un ISRS también conocido como Lexapro) está aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión en adolescentes (≥ 12 años). La FDA no ha aprobado ningún otro antidepresivo para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, aunque algunos han sido aprobados para el tratamiento de otras afecciones de salud mental. Según los datos disponibles, el médico de su hijo puede recetar otros medicamentos antidepresivos que no estén aprobados por la FDA. Debe saber que la prescripción de un antidepresivo que no haya sido aprobado por la FDA para su uso en niños y adolescentes (lo que se denomina uso no contemplado o fuera de la indicación autorizada) es frecuente y concuerda con la práctica clínica aceptada.

Los factores que pueden influir en la elección del medicamento por parte de un médico incluyen, entre otros, las características específicas del paciente, las afecciones mentales o médicas comórbidas o coexistentes y la preferencia del paciente o del padre/cuidador por el tratamiento

con medicamentos, psicoterapia o tratamiento combinado de psicoterapia y medicamentos.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los fármacos llamados ISRS son el tratamiento de primera línea para los niños y adolescentes con depresión.

Los ISRS funcionan al aumentar los niveles de serotonina en el cerebro. La serotonina es un neurotransmisor que envía señales entre las células del cerebro. Es común presentar efectos secundarios de los ISRS inmediatamente después de comenzar el tratamiento; puede tomar de 4 a 6 semanas de uso regular para que los niveles del medicamento en el cerebro se establezcan lo suficiente como para disminuir los síntomas de la depresión. Los ISRS también se usan para tratar afecciones distintas de la depresión, como los trastornos de ansiedad.

La tabla de la página 10 incluye los ISRS que se usan con más frecuencia en este grupo de pacientes.

Otros antidepresivos

Si bien los ISRS suelen ser la primera opción de tratamiento farmacológico en niños y adolescentes con depresión, el médico puede recomendarte otros tipos de fármacos si, en determinadas circunstancias, por ejemplo, su hijo no mejora con un ISRS. Estos fármacos tienen cualidades únicas que los hacen efectivos, algunos de los cuales involucran serotonina y otros neurotransmisores. La tabla de la página 10 incluye los antidepresivos que no pertenecen a la familia de los ISRS y cuentan con la aprobación de la FDA para el tratamiento de los adultos con depresión y que, con frecuencia, se prescriben a niños y adolescentes con depresión en la práctica clínica.

Otros fármacos antidepresivos recetados, como los antidepresivos tricíclicos (ATC, por ejemplo, imipramina y amitriptilina) y los inhibidores de la monoaminoxidasa más antiguos [IMAO, por ejemplo, fenelzina (Nardil) y tranilcipromina (Parnate)], no se recomiendan como tratamiento

Los fármacos llamados ISRS son el tratamiento de primera línea para los niños y adolescentes con depresión.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

Medicamento	Formulaciones	Rango de dosis diaria
Citalopram (Celexa)	Comprimido: 10/20/40 mg Suspensión: 10 mg/5 ml	10-40 mg
Escitalopram (Lexapro)*	Comprimido: 5/10/20 mg Suspensión: 1 mg/1 ml	10-20 mg (la dosis inicial puede ser de 2.5 a 5 mg)
Fluoxetina (Prozac)**	Comprimido y cápsula: 10/20/40/60 mg Suspensión: 20 mg/5 ml	20-60 mg (la dosis inicial puede ser de 10 mg)
Fluvoxamina (Luvox)	Comprimido: 25/50/100 mg	50-200 mg (la dosis inicial puede ser de 25 mg)
Paroxetina (Paxil)	Comprimido: 10/20/30/40 mg Comprimido CR: 12.5/25/37.5 mg Suspensión: 10 mg/5 ml	10-50 mg
Sertralina (Zoloft)	Comprimido: 25/50/100 mg Suspensión: 20 mg/ml	50-200 mg (la dosis inicial puede ser de 12.5 a 25 mg)

Nota: CR = liberación controlada

* Aprobado por la FDA para niños de 12 años en adelante.

** Aprobado por la FDA para niños de 8 años en adelante.

ANTIDEPRESIVOS DISTINTOS A LOS ISRS

Medicamento	Formulaciones	Rango de dosis diaria
Bupropión, bupropión SR (Wellbutrin)	Comprimido: 75/100 mg Comprimido ER 12 horas: 100/150/200 mg	150-300 mg (la primera dosis puede ser de 37.5 a 75 mg)
Bupropión XL (Wellbutrin)	Comprimido ER 24 horas: 150/300/450 mg	150-450 mg
Desvenlafaxina (Pristiq)	Comprimido ER 24 horas: 25/50/100 mg	50-100 mg (la primera dosis puede ser de 25 a 50 mg)
Duloxetina (Cymbalta)	Comprimido: 20/30/40/60 mg	40-60 mg (la primera dosis puede ser de 20 mg)
Levomilnaciprán (Fetzima)	Cápsula ER 24 horas: 20/40/80/120 mg	40-120 mg (la primera dosis puede ser de 20 mg)
Mirtazapina (Remeron)	Comprimido: 7.5/15/30/45 mg Comprimido que se desintegra: 15/30/45 mg	15-45 mg (la primera dosis puede ser de 7.5 a 15 mg)
Trazodona (Desyrel)	Comprimido: 50/100/150/300 mg	100-150 mg (la primera dosis puede ser de 25 a 50 mg)
Venlafaxina XR (Effexor)	Comprimido: 25/37.5/50/75/100 mg Cápsula y comprimido ER 24 horas: 37.5/75/150/225 mg	150-300 mg (la primera dosis puede ser de 37.5 mg)
Vilazodona (Viibryd)	Comprimido: 10/20/40 mg	15-40 mg (la primera dosis puede ser de 10 mg)
Vortioxetina (Trintellix)	Comprimido: 5/10/20 mg	20 mg (la primera dosis puede ser de 10 mg)

Nota: SR = liberación sostenida, ER = liberación extendida, XL = liberación prolongada, XR = liberación prolongada

de primera línea para los niños y adolescentes con depresión debido a que no se ha demostrado su eficacia y presentan efectos secundarios negativos. Un IMAO más reciente llamado selegilina (Emsam) parece ser tan eficaz como otros antidepresivos para tratar la depresión en adultos, con pocos efectos secundarios negativos. Aunque la selegilina no demostró ser eficaz en el tratamiento de adolescentes con depresión, un estudio reciente señaló que su uso es seguro y bien tolerado.

En ocasiones, se puede recetar más de un fármaco antidepresivo a un paciente que solo ha mostrado una respuesta parcial al tratamiento inicial, tiene síntomas persistentes o no ha respondido al tratamiento. Otros tipos o clases de medicamentos, en particular

los estabilizadores del estado de ánimo y los fármacos antipsicóticos atípicos, también pueden mejorar los efectos de los medicamentos antidepresivos, pero su uso es menos frecuente debido al riesgo de efectos secundarios más graves, como el aumento de peso, la obesidad y el síndrome metabólico.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios más frecuentes de los ISRS son los siguientes:

- síntomas gastrointestinales (náuseas, dolores de estómago y/o diarrea)
- dolores de cabeza
- agitación
- trastornos del sueño
- irritabilidad
- activación

También pueden causar efectos secundarios sexuales, aparición de hematomas o hemorragias y episodios de manía, aunque estos son menos frecuentes. Los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos distintos de los ISRS varían bastante entre los medicamentos individuales. Si a su hijo le recetaron un antidepresivo distinto a los ISRS, debe preguntarle al médico acerca de los efectos secundarios específicos de ese medicamento.

Algunos efectos secundarios se pueden controlar fácilmente. Por ejemplo, si su hijo presenta somnolencia durante el día como efecto secundario, puede ser recomendable administrar el antidepresivo antes de dormir, o si presenta náuseas, podría ser útil tomarlo junto con las comidas. Si su hijo presenta efectos secundarios con un ISRS, no significa que presentará los mismos con otros medicamentos de esta clase, por lo que es importante que usted y su hijo conversen sobre todos sus efectos secundarios con el médico. Es importante que se comunique con el médico de inmediato si su hijo presenta algún cambio inusual en el comportamiento en cualquier momento después de iniciar el tratamiento con un antidepresivo.

El síndrome serotoninérgico es un posible efecto secundario poco frecuente, aunque grave, de los ISRS. El síndrome serotoninérgico se produce cuando se acumulan niveles altos de serotonina en el cuerpo y, con mayor frecuencia, ocurre cuando una persona recibe tratamiento con más de un medicamento que afecta el nivel de



serotonina. Las manifestaciones clínicas del síndrome serotoninérgico pueden incluir fiebre, confusión, temblores, inquietud, sudoración y aumento de los reflejos.

Otros medicamentos, además de los que afectan a la serotonina, pueden interactuar con los ISRS y otros antidepresivos, y causar problemas. Por lo tanto, es muy importante que informe al médico sobre todos los medicamentos y suplementos que recibe su hijo. También es importante consultar con el médico sobre cualquier suplemento nuevo, medicamento de venta libre o recetado por otros médicos antes de administrárselos a su hijo.

¿Cómo puedo hacer un seguimiento de mi hijo durante el tratamiento?

Debido a que algunos niños y adolescentes tienen reacciones físicas o emocionales adversas a los antidepresivos, los padres deben prestar atención a cualquier signo de aumento de la ansiedad, agitación, agresividad o impulsividad. Los padres también deben

observar a sus hijos para detectar cualquier indicio de inquietud involuntaria o euforia o energía inexplicables, acompañadas de un discurso rápido y decidido, así como de planes u objetivos poco realistas. Estas reacciones son más frecuentes al inicio del tratamiento, pero pueden ocurrir en cualquier momento durante el mismo. Si su hijo presenta alguna de estas alteraciones o cualquier otro cambio preocupante en el comportamiento, consulte a su médico de inmediato, ya que puede ser necesario ajustar la dosis, cambiar a otro medicamento o suspender el tratamiento.

Se deben tomar las siguientes precauciones para prevenir el suicidio si un niño/ adolescente o cualquier otro miembro de la familia tiene depresión:

- Los medios peligrosos para el suicidio, como las armas de fuego, deben retirarse del hogar y los medicamentos potencialmente peligrosos, incluidos los medicamentos de venta libre, como el acetaminofén o paracetamol (Tylenol), deben guardarse bajo llave.

- Debe trabajar junto con el médico de su hijo u otro profesional de salud mental para desarrollar un plan de seguridad de emergencia, que consiste en un conjunto de acciones planificadas que usted, su hijo y el médico deberán seguir si el niño o adolescente vuelve a tener pensamientos suicidas. Este plan deberá incluir el acceso a una línea telefónica de crisis disponible las 24 horas para afrontar este tipo de situaciones.
- Si su hijo expresa pensamientos nuevos o más frecuentes de querer morir o autolesionarse o toma medidas para hacerlo, debe implementar el plan de seguridad y ponerse en contacto con el médico tratante de inmediato.

¿Cómo sé si el medicamento de mi hijo funciona?

Es posible que note que el medicamento está surtiendo efecto si los síntomas depresivos de su hijo (estado de ánimo, interés, apetito, sueño, concentración o pensamientos/conductas suicidas) mejoran

o si se desempeña mejor en la escuela, en casa o con sus compañeros. El médico de su hijo determinará si el medicamento funciona al recopilar información de usted, del equipo escolar y del propio niño o adolescente a través de evaluaciones clínicas, autoevaluaciones, cuestionarios para padres y otros informes.

Es importante que su hijo asista con mayor frecuencia a las consultas médicas poco después de comenzar el tratamiento con un antidepresivo. Las consultas más frecuentes al inicio del tratamiento y durante los ajustes de dosis de los medicamentos antidepresivos permiten al profesional de la salud que trata a su hijo abordar cualquier inquietud sobre la respuesta al tratamiento o los efectos secundarios y evaluar al niño para detectar pensamientos o conductas suicidas.

¿Qué se puede hacer si la depresión de mi hijo no mejora con los medicamentos?

Dependiendo del antidepresivo específico que tome su hijo, pueden pasar de 4 a 6 semanas de tratamiento antes de que los síntomas depresivos comiencen a mejorar. Este puede ser el caso, incluso aunque el niño o adolescente haya empezado a tener efectos secundarios poco después de tomar un antidepresivo por primera vez. Si los síntomas depresivos no han mejorado después del tratamiento regular durante 4 a 6 semanas, el médico puede considerar aumentar la dosis del antidepresivo. Un período adecuado de prueba con un antidepresivo puede durar hasta 12 semanas. Si los síntomas depresivos de su hijo no mejoran durante el período de prueba o si presenta efectos secundarios intolerables, el médico podría recomendarle cambiar a otro antidepresivo o agregar uno adicional.

Cuando un niño o un adolescente no responde al tratamiento con un ISRS, es

sumamente importante entender por qué y abordar la causa. Además de los problemas para encontrar la dosis correcta o la duración del tratamiento farmacológico, la falta de respuesta puede deberse a otros factores, como diagnóstico incorrecto, otra enfermedad médica, estrés extremo, manejo inadecuado de afecciones mentales comórbidas o el incumplimiento de las instrucciones para tomar el medicamento. Si su hijo no responde al primer ISRS, el médico podría recomendarle un segundo ISRS. Las investigaciones han demostrado que aproximadamente la mitad de los niños y adolescentes que no responden a un ISRS son capaces de responder a un segundo ISRS. Si su hijo no responde a un segundo ISRS, entonces se considera la posibilidad de indicar un antidepresivo diferente a los ISRS.

Una vez que mi hijo esté bien, ¿cuánto tiempo tendrá que seguir recibiendo los medicamentos?

Si su hijo responde al tratamiento con un antidepresivo (es decir, cuando los síntomas depresivos disminuyen un 50 % o más), se recomienda que continúe con los antidepresivos durante 6 a 12 meses después de lograr esta respuesta. Los pacientes que no continúan con el tratamiento, especialmente si aún tienen síntomas persistentes, tienen mayor riesgo de volver a caer en la depresión.

De 6 a 12 meses después de responder al tratamiento, dejar de tomar antidepresivos puede ser la opción correcta para algunos niños y adolescentes. La suspensión del tratamiento con antidepresivos solo debe hacerse bajo el cuidado y la supervisión del médico de su hijo. El médico debe volver a evaluar a los pacientes que suspenden los antidepresivos en un plazo de 1 a 2 semanas para comprobar si hay algún efecto de abstinencia o reaparición de los síntomas depresivos.

Tratamientos psicosociales para la depresión

¿Qué otros tratamientos, además de los medicamentos, están disponibles para ayudar a mi hijo con la depresión?

Existe un gran respaldo científico que demuestra la eficacia de los tratamientos psicosociales en los niños y adolescentes con depresión. La terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia familiar basada en el apego son varios ejemplos.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la psicoterapia más estudiada para el tratamiento de niños y adolescentes con depresión. La TCC es una forma de psicoterapia que se centra en los pensamientos y los comportamientos relacionados con el estado de ánimo. Se le enseña al individuo a identificar patrones de pensamiento y comportamiento que empeoran su estado de ánimo deprimido. La TCC se puede usar como una forma de tratamiento por sí sola o se puede combinar con medicamentos antidepresivos. Hay algunas pruebas de que la TCC es más eficaz cuando se combina con antidepresivos, especialmente en los adolescentes con depresión grave o en aquellos con depresión resistente al tratamiento. Las pautas pediátricas dicen que la TCC por sí sola puede ser un tratamiento de primera línea adecuado para los niños y adolescentes con depresión leve.

Psicoterapia interpersonal

Si bien hay menos ensayos clínicos de la psicoterapia interpersonal (TIP) en comparación con la TCC, la TIP es una intervención bien establecida en adolescentes. La TIP funciona enfocándose en mejorar las relaciones con amigos y familiares, aumentar el apoyo social y mejorar las habilidades para resolver problemas.

Tratamiento basado en la familia

Los estudios que involucran terapia familiar son más difíciles de evaluar debido a la diversidad de intervenciones. Sin embargo, existe un modelo de tratamiento llamado terapia familiar basada en el apego que está manualizado, lo que significa

que los terapeutas siguen el mismo proceso, y los estudios han demostrado que es eficaz. Esta intervención, que promueve las alianzas y conexiones familiares, se basa en las fortalezas de la familia y también mejora el éxito del adolescente fuera del hogar.

Terapia conductual dialéctica

La terapia conductual dialéctica (DBT), desarrollada originalmente en adultos, se ha adaptado recientemente para adolescentes. Se ha demostrado que es eficaz en el tratamiento de la depresión moderada o grave y los trastornos coexistentes, así como conductas de autolesión y suicidas. En un inicio, se basaba en la TCC, pero también incluye estrategias para controlar las emociones y manejar situaciones estresantes.

Intervenciones complementarias

Otros trabajos se han centrado en el uso de programas de ejercicio en dosis altas para reducir los síntomas depresivos, mejorar el estado de ánimo y reducir la recaída en la depresión. Los estudios han demostrado que el ejercicio puede ser una forma eficaz de tratar la depresión. Además, las intervenciones que mejoran el sueño también se pueden utilizar para mejorar los síntomas depresivos. Las estrategias de entrevistas motivacionales se pueden usar para mejorar la participación de los adolescentes en todas las intervenciones y mejorar su deseo de seguir con el programa de tratamiento.

Si bien hay pocas investigaciones que respalden su uso para tratar la depresión en niños y adolescentes, la psicoterapia psicodinámica puede ser una parte útil de un plan de tratamiento individualizado en algunos pacientes pediátricos.

El objetivo general de la salud mental positiva es fomentar el bienestar y la resiliencia emocional, no solo disminuir los síntomas de la depresión. Las estrategias se centran en que los niños y adolescentes participen en actividades que desarrollen la confianza en sí mismos o un sentido de propósito, aumenten el sentimiento de conexión con otras personas y fomenten la gratitud o la voluntad de ayudar a los demás.

El objetivo general de la salud mental positiva es fomentar el bienestar y la resiliencia emocional, no solo disminuir los síntomas de la depresión.

Tratamientos alternativos y/o no comprobados para la depresión

Se afirma que varios suplementos herbales en el mercado (por ejemplo, la hierba de San Juan, etc.) tratan los síntomas de la depresión; sin embargo, es importante entender que hay poca investigación científica que demuestre que estos suplementos funcionan en el tratamiento de esta enfermedad. Además, estos suplementos no están regulados por la FDA ni por ninguna otra agencia. Si está considerando darle a su hijo suplementos de hierbas, consulte siempre con el médico, ya que pueden interactuar con los medicamentos recetados.

Existen tratamientos para el TDM en niños y adolescentes que actualmente se están estudiando bajo la supervisión de la FDA, como la esketamina y la estimulación magnética transcraneal (EMT). Estos tratamientos pueden o no estar disponibles en su área. Los pacientes que no mejoran clínicamente durante otras etapas del tratamiento pueden ser candidatos para este tipo de intervenciones. Antes de iniciar un tratamiento nuevo o en fase de investigación, el médico de su hijo puede considerar realizar una nueva evaluación para confirmar si el diagnóstico inicial fue correcto, evaluar si existen trastornos concurrentes no reconocidos o persistentes y evaluar qué tan bien se están implementando las intervenciones psicosociales.

Se afirma que varios suplementos herbales en el mercado (por ejemplo, la hierba de San Juan, etc.) tratan los síntomas de la depresión; sin embargo, es importante entender que hay poca investigación científica que demuestre que estos suplementos funcionan en el tratamiento de esta enfermedad.



Cómo ayudar al niño con depresión

¿Cuál es mi papel en el tratamiento de mi hijo?

Brindar apoyo y reducir el estrés

Es importante recordar que la depresión es una enfermedad y que tendrá que brindar apoyo, evitar la culpa y reducir lo más posible el nivel de estrés de su hijo. Será necesario trabajar con su hijo para revisar su horario y/o actividades actuales a fin de determinar qué podría necesitar ajustes. Es posible que tenga que modificar lo que espera de su hijo, al menos hasta que los síntomas de la enfermedad mejoren. Cuando discipline o castigue a su hijo, no le niegue el acceso a cosas que lo hagan feliz o lo ayuden a sobrellevar la situación (por ejemplo, no le quite el acceso a amigos o a actividades extracurriculares, si es posible). Cuando sea necesario, trabaje con los profesionales de la escuela para ajustar la carga de trabajo, el ritmo y las expectativas académicas. Comunique a los maestros y al resto del personal de la escuela que su hijo tiene dificultades de salud mental y que, de vez en cuando, puede necesitar adaptaciones especiales para aprender o interactuar con sus compañeros. Se debe evitar suponer que su hijo puede manejar todo en la escuela basándose únicamente en los períodos de buen ánimo (también conocidos como eutimia).

Ayudar a los adolescentes a practicar nuevas habilidades y nuevas formas de pensar

Es importante involucrarse en el tratamiento de su hijo. Esto incluye conocer las nuevas habilidades/estrategias que su hijo aprende durante el tratamiento. Los padres pueden ayudar a modelar estas habilidades en el hogar y señalar oportunidades para practicarlas y aplicarlas en el hogar. Algunos terapeutas ven el papel de los padres como el de “entrenadores” que ayudan a aprender estas estrategias y a aplicarlas en otros entornos.

Reducir las emociones negativas en el hogar (sarcasmo, crítica)

Tener familiares en el hogar que sufren de depresión puede ser complejo. Es importante evitar las críticas y la culpa. Mientras su hijo esté deprimido, puede considerar la posibilidad de pedir una tregua sobre “temas candentes” o temas que pueden generar muchos conflictos y desacuerdos. Puede ser útil encontrar actividades que la familia pueda realizar en conjunto para promover emociones positivas y aumentar el nivel de actividad. Los padres pueden recurrir a la psicoeducación o a la terapia de pareja, y usted puede comprobar si en su comunidad existe orientación para padres. La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI), la Alianza de Apoyo para la Depresión y el Trastorno Bipolar (Depression and Bipolar Support Alliance, DBSA) y otras organizaciones de salud mental ofrecen una variedad de opciones de asistencia e información. Dado que la depresión infantil o adolescente afecta a toda la familia, todos los miembros pueden beneficiarse de un tratamiento de apoyo.

Desarrollar estrategias de comunicación

Cuando hay conflictos y cuando las emociones son intensas, se recomienda desarrollar un plan de comunicación sólido. Una estrategia de “salir y esperar” que permita a los miembros de la familia controlar sus emociones puede ayudar a gestionar la comunicación difícil y los conflictos.

Participar en el plan de seguridad; mantener el entorno seguro

Es importante contar con un plan de seguridad que incluya estrategias para controlar el estado de ánimo, obtener apoyo y saber cuándo buscar ayuda profesional. Además, crear un entorno seguro eliminando todo acceso a herramientas peligrosas, tales como medicamentos, cuchillos u otras hojas cortantes, armas blancas y armas de fuego, es una parte esencial del tratamiento de los niños y adolescentes con depresión.

Supervisar las redes sociales, la influencia de los compañeros, el estrés social

Los niños y adolescentes que están deprimidos pueden ser especialmente vulnerables a las redes sociales y a los conflictos con sus compañeros. Los adolescentes pueden percibir que otros tienen más amigos o se divierten más que ellos, lo que puede hacer que se sientan aún más excluidos o no queridos por los demás. Revisar constantemente los sitios de redes sociales para asegurarse de que no se han quedado fuera puede ser una fuente de estrés para ellos. Los padres deben estar atentos y conscientes del impacto de las redes sociales y los compañeros en sus hijos. La vigilancia preventiva, como tener pautas y reglas para el uso de la tecnología, es importante. Las herramientas tecnológicas, como el software de control parental, para supervisar y vigilar el uso de los medios están cada vez más disponibles y pueden ser necesarias en el caso de niños y adolescentes que se ven afectados negativamente por las redes sociales, la ciberagresión o el ciberacoso por parte de sus compañeros.

¿Hay algo más que pueda hacer para ayudar a mi hijo?

Es importante que los padres y cuidadores practiquen el cuidado personal. Busque apoyo y obtenga más información sobre lo que le sucede a su hijo para que pueda ayudarlo a recibir la atención que necesita de la manera más eficaz posible. La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI), la Alianza de Apoyo para la Depresión y el Trastorno Bipolar (Depression and Bipolar Support Alliance, DBSA) y otras organizaciones de salud mental ofrecen una variedad de opciones de asistencia e información. La depresión tiende a ser hereditaria, por lo que es importante saber si algún otro miembro de la familia presenta síntomas de depresión, ya que también debe buscar tratamiento.

Recursos

- Academia Estadounidense de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, AACAP) https://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Resource_Centers/Depression_Resource_Center/Home.aspx
- Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness, NAMI) <https://www.nami.org/Find-Support/Family-Members-and-Caregivers>
- Alianza de Apoyo para la Depresión y el Trastorno Bipolar (Depression and Bipolar Support Alliance, DBSA) <http://www.dbsalliance.org/site/PageServer?pagename=home>
- Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/teen-depression/index.shtml>
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-what-you-need-to-know/index.shtml>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/depression.html>

Declaraciones de los autores

MEREDITH CHAPMAN, MD

No hay información que declarar

MINA K. DULCAN, MD

Asesora/consultora: Care Management Technologies

Regalías: American Psychiatric Association Publishing

GRAHAM J. EMSLIE, MD

Profesor, jefe de la División de Psiquiatría del Niño y Adolescente del University of Texas Southwestern Medical Center

Jefe de servicio del Children's Medical Center

Asesor/consultor: Assurex Health, Inc.; Syneos Health; Lundbeck; Otsuka America Pharmaceutical, Inc.

Financiación de la investigación: Universidad Duke, Forest Research Institute, Inc.

CATHRYN A. GALANTER, MD

Directora de capacitación, Psiquiatría Infantil y Adolescente en SUNY Downstate/Kings County Hospital

Asesora/consultora: The REACH Institute

Libros/propiedad intelectual: American Psychiatric Association Publishing

JESSICA M. JONES, MA, LPA

No hay información que declarar

BETH KENNARD, PSYD

Directora del Programa de Posgrado en Psicología Clínica, University of Texas Southwestern Medical Center

Comité de Promoción y Tenencia de la Escuela de Profesiones de la Salud, University of Texas Southwestern Medical Center

Vicepresidenta de protocolo, experta en CBT – IMPAACT

Junta directiva de la Jerry M. Lewis, MD, Mental Health Research Foundation

Regalías: Guilford Press

THEODORE A. PETTI, MD, MPH

Presidente de la Sociedad Estadounidense de Psiquiatría de Adolescentes (American Society for Adolescent Psychiatry)

ADELAIDE S. ROBB, MD

Asesora/consultora: Allergan, Inc.; Bracket Global; Ironshore Pharmaceuticals Inc.; Lundbeck; Aevi Genomic Medicine, Inc.; Neuronetics; National Institute of Mental Health; Rhodes Pharmaceuticals; Sunovion Pharmaceuticals, Inc.; Tris Pharma; Universidad de Cambridge

Libros/propiedad intelectual: Guilford Press

Junta de Monitoreo de Datos y Seguridad: Aevi Genomic Medicine, Inc.; Neuronetics

Honorarios como oradora en una reunión:

Asociación Estadounidense de Psiquiatría del Niño y Adolescente; Academia Estadounidense de Pediatría

Servicios en especie: Allergan, Inc.; Asociación Estadounidense de Psiquiatría del Niño y Adolescente; American Academy of Pediatrics; The Child and Adolescent Psychiatric Society of Greater Washington; Lundbeck; Rhodes Pharmaceuticals; Sunovion Pharmaceuticals, Inc.; Tris Pharma

Financiación de la investigación: Allergan, Inc.; Lundbeck; National Center for Advancing Translational Sciences; National Institute of Neurological Disorders and Stroke; Pfizer Inc.; Sunovion Pharmaceuticals, Inc.; Supernus Pharmaceuticals, Inc.; SyneuRx

Acciones en IRA: Eli Lilly and Company; GlaxoSmithKline; Johnson & Johnson Services, Inc.; Pfizer Inc.

TIMOTHY E. WILENS, MD

Jefe del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente

Codirector de Center for Addiction Medicine

Massachusetts General Hospital

Asesor/consultor: Euthymics Bioscience; Neurovance; Otsuka America Pharmaceutical, Inc.; Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Ironshore Pharmaceuticals Inc.; Alobra Ltd.; Liga Nacional de Fútbol Americano de los Estados Unidos (ERM Associates); Grandes Ligas de Béisbol de los Estados Unidos; Bay Cove Human Services; Phoenix House y Gavin Foundation

Libros/propiedad intelectual: Guilford Press; Cambridge University Press; Elsevier

Copropietario de un cuestionario de diagnóstico protegido por derechos de autor: Cuestionario de funcionamiento antes de la escuela (Before School Functioning Questionnaire, BSFQ)

Acuerdo de licencia: Ironshore Pharmaceuticals Inc.

Financiamiento de la investigación: National Institute on Drug Abuse



Formulario de registro de medicamentos

Use este formulario para registrar el historial de medicamentos de su hijo. Lleve este formulario a las citas con el profesional de la salud y actualice los cambios en los medicamentos, las dosis, los efectos secundarios y los resultados.

Fecha	Medicamento	Dosis	Efectos secundarios	Motivo por el que se mantiene o se suspende



AMERICAN ACADEMY OF
CHILD & ADOLESCENT
PSYCHIATRY

W W W . A A C A P . O R G

3615 Wisconsin Avenue, NW | Washington, DC 20016-3007 | www.aacap.org

©2018 Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y Adolescente, todos los derechos reservados.