

DEPRESIÓN EN NIÑOS CON TDAH: ¿POR DÓNDE EMPEZAR A TRATAR?

César Soutullo Esperón

Psiquiatra de Niños y adolescentes, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente,
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra,
Pamplona y CUN-Madrid.

RESUMEN

Tratamiento del TDAH comórbido con depresión

El tratamiento psicoestimulante suele mejorar los síntomas depresivos si estos son secundarios al fracaso y sobreesfuerzo académico, ya que, al igual que en los trastornos de ansiedad, el niño percibe una mejoría en su rendimiento académico y en su capacidad para relacionarse. Es más, se ha visto que cuanto más tarde se instaure el tratamiento estimulante, mayor probabilidad de que el paciente inicie un cuadro depresivo.

Como regla general, a la hora del tratamiento hay que valorar la gravedad de cada trastorno comórbido: si la depresión es grave con ideación suicida presente o aislamiento, falta de apetito, dificultad grave del sueño o de la energía, entonces es imperativo empezar por tratar el cuadro depresivo y si son más severos los síntomas de TDAH se empezará por tratar éste primero y si persisten los síntomas depresivos, pero son leves y apenas alteran el funcionamiento cotidiano, se puede optar por añadir un tratamiento con psicoterapia cognitivo-conductual. El Manual de Tratamiento Cognitivo Conductual para el Estudio del Tratamiento de Adolescentes con Depresión (TADS) es de dominio público y puede descargarse - <https://trialweb.dcri.duke.edu/tads/manuals.html>-

Si aún así persisten o se trata de síntomas marcados se debe añadir un antidepresivo ISRS, que son los antidepresivos que han demostrado efectividad en niños y adolescentes (Niños y Adolescente (7-17 años): Fluoxetina y Sertralina; Adolescentes (12-17 años): Escitalopram y Citalopram). Aunque solamente Fluoxetina está aprobada por la FDA de EE.UU. para depresión en niños y adolescentes (7-17 años), y Escitalopram para depresión en adolescentes (12-17). Otros antidepresivos (Paroxetina, Mirtazapina, Nefazadona, y Tricíclicos) no han demostrado eficacia en niños y adolescentes con depresión en estudios controlados con placebo.

Antidepresivos e Ideas de Suicidio

Sobre el tratamiento de niños y adolescentes con depresión con ISRS, es importante mencionar la controversia sobre las ideas de suicidio (suicidalidad). En la última década los medios de comunicación han alarmado a la población asegurando (de forma probablemente precipitada y sensacionalista) que los antidepresivos “empeoran o inducen las ideas de suicidio en niños”. Esta controversia surgió por una revisión de estudios, que observaba que 4% de los niños y adolescentes que seguía tratamiento con antidepresivos (ISRS y otros) presentaron ideas de suicidio, sobre todo las primeras semanas tras iniciar tratamiento. Esto provocó que numerosas agencias de medicamentos de diferentes países desaconsejaran el uso de antidepresivos en población pediátrica. La FDA de EE.UU. no prohibía su uso pero sí alertaba de este posible efecto secundario, instando a familiares y clínicos a aumentar la vigilancia. Debido a estas alarmas se produjo una disminución en los diagnósticos y la prescripción de antidepresivos en niños y adolescentes. Y consecuentemente empezaron a aumentar los suicidios en jóvenes, a pesar de haber estado disminuyendo en los 15 años anteriores.

Todos los estudios concluyen que el beneficio de los antidepresivos es mucho mayor que el riesgo de que provoquen ideas de suicidio. Una revisión de Bridge et al. (2007) lo cuantifica. Dice que el Numero Necesario para Dañar (Number Needed to Harm) es 112. Esto significa: necesitas tratar a 112 niños y adolescentes deprimidos con un antidepresivo (a corto plazo) para que 1 tenga ideas de suicidio (ideas de suicidio, no intento ni tampoco suicidio consumado).

Y el número necesario para tratar (Number Needed to Treat; NNT) es 10. Esto significa: necesitas tratar a 10 niños y adolescentes deprimidos con un antidepresivo (a corto plazo) para que 1 se cure.

Estas cifras indican que si dejamos de indicarle un antidepresivo a un niño o adolescente con depresión, por miedo a que tenga ideas de suicidio, por 1 paciente en el que evitaríamos las ideas, 11 (112/10) dejarían de curarse de su depresión.

Además es preciso tener en cuenta que:

- Es cierto que en casos poco frecuentes (en torno al 1%) los ISRS pueden aumentar las ideas de suicidio. Por eso las guías clínicas aconsejan vigilancia (pero no dejar de pautar el tratamiento).
- Las ideas de muerte y de suicidio son síntomas frecuentes del trastorno depresivo, razón por la que se ha indicado el tratamiento antidepresivo.
- Las ideas de muerte son frecuentes en población general (sin patología psiquiátrica). Según un estudio en EE.UU. hasta el 30% de chicos de 16 años sin depresión presentan ideas de suicidio.
- Hasta la controversia (2004), desde 1990 iba en aumento el uso de antidepresivos en todas las edades, e iba disminuyendo la tasa de suicidios en todas las edades.

- Estudios publicados en revistas científicas con una metodología estricta han demostrado que tanto los síntomas depresivos como las ideas de suicidio disminuyen en las primeras semanas tras iniciar un tratamiento con ISRS.

La Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNYA, antes AEPIJ) emitió un comunicado, en el que niega que exista peligro por el tratamiento con antidepresivos, y aclaraba que los ISRS ocupan un papel importante en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. Una vez más se hace patente la necesidad de que todos los profesionales que tratan a un niño actúen de manera coordinada ya que favorece el cumplimiento del tratamiento (farmacológico y no farmacológico), y por lo tanto, la salud de estos pacientes.

El tratamiento ideal para la depresión en jóvenes incluye psicoterapia de tipo cognitivo – conductual y medicación (antidepresivos), ambos deben ser controlados por un especialista en psiquiatría infantil y adolescente. Los antidepresivos eficaces en niños y adolescentes con depresión son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los antidepresivos no son drogas, no crean dependencia ni adicción, ni cambian la personalidad del niño. Estas medicinas son necesarias en niños con depresión igual que la insulina en niños con diabetes, o los inhaladores en niños con asma. Son seguras, efectivas, y no producen daño al cerebro, ni a otros órganos vitales. El riesgo de tomar un antidepresivo es muchísimo menor al riesgo de no tratar la depresión (suicidio, abuso de alcohol y drogas, bajo rendimiento escolar, problemas en la relación con los padres, aislamiento social, etc). Los antidepresivos no son adictivos y el hecho de retrasar el tratamiento hasta la edad adulta conlleva que posteriormente los síntomas sean más graves y a veces más difíciles de tratar. Es falso que actualmente exista un “abuso” de antidepresivos, aunque es posible que en algunos casos se hayan prescrito sin razón suficiente, pero suele ser la minoría de los casos. Es mucho más frecuente que un niño o adolescente con depresión pase mucho tiempo enfermo hasta que esta enfermedad se detecta, y luego pase mucho tiempo hasta que se le pone un tratamiento adecuado, aumentando el riesgo de complicaciones por el retraso diagnóstico.

Como todas las medicinas, a veces los antidepresivos pueden tener algún efecto secundario, que generalmente es ligero y breve, especialmente al principio del tratamiento, como náuseas, ardor o malestar de estómago, o aumento del sueño. En casi todos los casos de niños con depresión que requieren tratamiento con ISRS los toleran sin ningún efecto secundario. Los antidepresivos ISRS suelen tardar varias semanas en hacer efecto, generalmente al menos 3 a 4 semanas, y a veces es necesario ajustar la dosis al cabo de 1 mes si no han mejorado todos los síntomas. La mayoría de los padres de los niños que vemos en consulta ven el beneficio del tratamiento en pocas semanas (3 a 6), y sus dudas y miedos lógicos sobre la medicación se disipan rápidamente, y con frecuencia se arrepienten de no haber traído antes al niño a la consulta. Es importante hablar con el médico si no se ve efecto beneficioso en unas 3 a 6 semanas, o si aparecen efectos secundarios.

Los antidepresivos no se deben interrumpir en cuanto el paciente esté mejor, porque suele haber una recaída. Esto no quiere decir que el niño se haya hecho “dependiente” del medicamento, sino que necesita un periodo prolongado de estabilidad para consolidar la respuesta y luego poder retirar el tratamiento. Cuando hayan desaparecido todos los síntomas, el tratamiento debe continuar, pues si se interrumpe demasiado pronto pueden volver los síntomas (recaída). Generalmente mantenemos el tratamiento durante al menos 12 meses desde la resolución completa de los síntomas, para luego retirarlo gradualmente. De esta forma se reduce el riesgo de recurrencia de nuevos episodios en el futuro.

Tabla 1. Comorbilidad del TDAH

Muy frecuentes (más del 50%)

- Trastorno negativista desafiante (TND).
- Trastorno de la conducta.

Frecuentes (hasta el 50%)

- Trastornos de ansiedad:
 - por separación, por estrés psicosocial, fobias
- Trastorno en la coordinación del desarrollo:
 - hipotonía generalizada, torpeza en la psicomotricidad fina por impulsividad
- Trastornos específicos del aprendizaje:
 - problemas de lectura (dislexia), en la escritura (disgrafía), alteraciones del cálculo matemático (discalculia), del lenguaje con pocas habilidades narrativas....

Menos frecuentes (del 20%)

- Trastorno de tics
- Trastorno del humor
 - Depresión mayor y enfermedad bipolar

Infrecuentes

- Trastornos del espectro autista (TEA)
- Trastorno del desarrollo intelectual (Cociente Intelectual <70)

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Gómez MJ, Soutullo Esperón C, Díez Suárez A, Figueroa Quintana A. Capítulo 4. TDAH y su comorbilidad psiquiátrica. En: M^a Ángeles Martínez Martín Editora. Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo. Publicaciones Altaria SL, Tarragona, (págs: 81-130) 2013. ISBN: 978-84-940621-9-3

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults

- with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(7):896-921.
2. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D.(2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*;11(3):619-37.
 3. CADDRA (2011). Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance. Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition, Toronto ON, Canada.
 4. Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents : An evidence – based medicine review . *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* , 43: 930-959.
 5. Figueroa A, Soutullo C, Ono Y, Saito K. Separation anxiety. In: Joseph Rey. Editor. Achembach TM, Fung D, Omigbodun O, Rohde LA, Servili C, Walker G, Editorial Advisory Board. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>. (2ª Ed: 2015; 1ª Ed 2012)
 6. García-Villamizar D, Vidal A, Yenes E. (2002). Estructura de los síntomas de ansiedad en la infancia. Un estudio exploratorio a través de la Multidimensional Anxiety Scale for Children –Spanish Version (MASC-SV). *Psiquis* ; 23 (2):45-58.
 7. Green RW, Biederman J, Zerwass S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV (2002). Psychiatric co-morbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional disorder. *Am J Psychiatry*. 159: 214-24.
 8. Greene RW. (2005) *The Explosive child*, 3rd Edition, N York, Harper-Collins
 9. Jensen P.S., Hinshaw S.P., Kraemer H.C., Lenora N., Newcorn J.H., Abikoff H.B. et al (2001) . ADHD comorbidity findings from the MTA study : Comparing comorbid subgroups. *JAACAP* 40: 147-158
 10. Kovacs M. (1992) . *CDI. Inventario de Depresión Infantil*. TEA Ediciones , Madrid 2004.
 11. NICE clinical guideline 72. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. www.nice.org.uk/CG072. September 2008.
 12. Soutullo Esperón C, Álvarez-Gómez MJ. Bases para la Elección del Tratamiento Farmacológico en TDAH. *Rev Neurol*. 2013 Feb 22;56 (S01):S119-S129. Spanish.
 13. Sung E., Kirchner J. (2000) . Depression in Children and Adolescents. *Am. Fam. Physician* 15; 62(10): 2297-2308.
 14. Ulloa RE, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Brent DA, Ryan ND, Bridge J, Baugher M. (2000). Psychosis in a pediatric mood and anxiety disorders clinic: phenomenology and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:337-345