



LO QUE SABEMOS

El TDA/H y los trastornos coexistentes: Depresión

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) es una afección neurobiológica común que afecta a entre el 3 y el 7 por ciento de los niños en edad escolar.¹ Sin embargo, estudios más recientes señalan que la prevalencia del TDA/H podría ser superior en algunos grupos de edad o poblaciones específicas.²

Además, cerca de las dos terceras partes de estos niños con TDA/H sufren también de alguna otra afección, como depresión o ansiedad.³ Cualquier trastorno puede coexistir con el TDA/H, pero ciertos trastornos, como la depresión, parecen ocurrir más comúnmente.⁴

¿CÓMO SE IDENTIFICAN LAS AFECCIONES COEXISTENTES?

Es esencial determinar si hay otros trastornos psiquiátricos o físicos que afecten al niño que tiene TDA/H. Se debe incorporar un examen físico exhaustivo a una evaluación completa para el TDA/H. Como parte del proceso de diagnóstico, un profesional clínico de la salud debe decidir si un síntoma se relaciona con el TDA/H, con otro trastorno, o con ambos trastornos a la vez. Para algunos niños, la superposición de síntomas entre los distintos trastornos posibilita diagnósticos múltiples.

Con el uso de una combinación de cuestionarios sobre síntomas y entrevistas con el niño, los padres, y otros seres queridos, el profesional clínico de la salud determina si el niño exhibe los síntomas característicos de un trastorno. Además de hacer una lista de los síntomas, el profesional clínico de la salud también

preguntará cuándo comenzaron, cuánto han durado, qué tan graves son y cómo afectan el funcionamiento día a día, así como si otros miembros de la familia han tenido o no estos síntomas. Como resultado de las preguntas, el profesional clínico de la salud puede determinar si el niño cumple con los criterios de diagnóstico del TDA/H y/o de otro trastorno coexistente.

Esta hoja de datos sobre Lo que sabemos trata sobre el diagnóstico y el tratamiento del TDA/H y la depresión coexistente. El diagnóstico y el tratamiento del TDA/H se describen extensivamente en la hoja N° 1 de Lo que sabemos, *El trastorno llamado TDA/H*.

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN Y CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Según el manual utilizado por los profesionales de la salud mental para diagnosticar los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2000), para diagnosticar la depresión debe detectarse un ánimo deprimido la mayor parte del día, o bien una reducción del interés o placer en las actividades. Además, deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- aumento o pérdida de peso
- insomnio o exceso de sueño
- hiperexcitabilidad (más de la observada con el TDA/H)
- falta de motivación
- fatiga o pérdida de energía
- sensación de falta de importancia
- falta de concentración
- pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Estos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas, y representar un cambio a partir del funcionamiento previo, antes de que se pueda hacer un diagnóstico de depresión.⁵

Se debe tener en cuenta, sin embargo, que estos criterios para el diagnóstico de la depresión se basan en síntomas según se observan en los adultos, y que los niños podrían no exhibir la depresión de la misma manera. Los profesionales clínicos de la salud a menudo observan irritabilidad e hiperactividad como síntomas principales en los niños pequeños que sufren de depresión, por lo que se debe realizar una evaluación cuidadosa.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

En cuanto la gravedad de los síntomas y la causa de la depresión se hayan establecido, el profesional clínico de la salud puede determinar un curso de acción adecuado. El tratamiento de la depresión en los niños generalmente involucra terapia. Además, podría ser útil usar medicamentos antidepresivos.

La terapia consiste en hablar con un psiquiatra, consejero o profesional de la salud mental acerca de las cosas que estén ocurriendo en la vida y la familia de la persona. El objetivo de la terapia es reducir el sufrimiento y permitir que la persona retorne a un funcionamiento más normal.

Entre las terapias utilizadas en los casos de depresión se encuentran la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia interpersonal o familiar, o las intervenciones de salud mental basadas en la escuela. La terapia conductual se enfoca en conductas actuales y maneras de cambiarlas. La terapia cognitiva se enfoca en cambiar patrones de pensamiento y pensamientos negativos. La terapia interpersonal o familiar se enfoca en problemas y relaciones familiares actuales.⁶

Si se determina que un niño también necesita medicamentos para la depresión, este paso sólo debería darse luego de sopesar todas las ventajas y desventajas de la terapia con antidepresivos. Si los padres no están seguros acerca de este tipo de tratamiento, podrían concluir que desean una segunda opinión antes de continuar y no deberían dudar de buscarla.

Actualmente, hay más de 20 antidepresivos disponibles para tratar esta afección. Algunos antidepresivos no se recomiendan para niños menores de 18 años. Otros llevan una etiqueta negra de advertencia por el aumento en los pensamientos suicidas que se ha observado en algunos niños. Es importante supervisar de cerca a su hijo cuando comience a tomar cualquier medicamento. Los antidepresivos no son la excepción. Ante cualquier empeoramiento de los síntomas o surgimiento de otros nuevos, debe informar inmediatamente al médico que recetó el tratamiento.

INCIDENCIA DEL TDA/H Y LA DEPRESIÓN

Con el tiempo, los niños que tienen TDA/H podrían sentirse frustrados y desmoralizados por sus síntomas. Podrían desarrollar sentimientos de falta de control sobre lo que sucede en su entorno, o deprimirse a medida que experimentan fracasos repetidos o interacciones negativas en la escuela, el hogar y otros

ambientes. A medida que se acumulan estas experiencias negativas, el niño que tiene TDA/H podría comenzar a sentirse desanimado. Generalmente, en estas situaciones, los síntomas del TDA/H aparecen primero y los de depresión después. Estas reacciones negativas son comunes en los individuos con TDA/H. Algunos expertos aseguran que hasta el 70 por ciento de estos pacientes será tratado por depresión en algún momento de su vida.⁷

Además de sentirse tristes o desmoralizados por causa del TDA/H, los niños podrían experimentar también una verdadera enfermedad depresiva. Hasta la fecha, los estudios señalan que entre el 10 y el 30 por ciento de los niños que padecen TDA/H podrían tener otro trastorno del ánimo grave como la depresión grave.⁸ Sin embargo, la superposición de síntomas con frecuencia hace que el trastorno del ánimo (la depresión grave) sea más difícil de diagnosticar.

Por ejemplo, la agitación física (o hiperactividad) y la falta de concentración son síntomas tanto del TDA/H como de la depresión. Si un niño presenta estos síntomas y también parece estar triste, desesperanzado o suicida, el profesional clínico de la salud podría pensar en diagnosticar una depresión grave. En tales situaciones complejas, es importante acudir a un psicólogo o psiquiatra para que diagnostique y maneje las afecciones.

La incidencia de la depresión en los niños que tienen TDA/H también podría verse afectada por la presencia de otras afecciones coexistentes. Para los niños que tienen TDA/H y trastorno de oposición desafiantes o trastorno de la conducta (TOD/TC) (ODD/CD, en inglés), los índices de depresión son sustancialmente superiores.⁹

TDA/H Y DEPRESIÓN: TRATAMIENTO

El tratamiento de los niños que padecen de TDA/H y depresión consiste en tratar los síntomas del TDA/H y minimizar los traumas ambientales que tienen una carga pesada sobre la autoestima. La psicoterapia individual para el niño que padece de TDA/H y depresión lo ayuda a articular y afrontar sus sentimientos, y le enseña destrezas de afrontamiento apropiadas. La terapia cognitiva también podría ayudar a replantear pensamientos negativos, lo que permitiría una mentalidad y una reacción más positivas ante las situaciones. Las sesiones adicionales de consejería familiar con frecuencia permiten una mejor comprensión de los síntomas de TDA/H del niño y los

comportamientos resultantes, además de ofrecer una oportunidad para abordar las preocupaciones sobre la crianza de los hijos o el matrimonio. Los programas de intervención conductual que tienen un refuerzo positivo de comportamientos apropiados también podrían afectar los sentimientos de autoestima del niño.

Al buscar un curso de tratamiento para su hijo, es extremadamente importante asegurarse de conseguir un terapeuta que esté familiarizado tanto con el TDA/H como con la depresión. Además de estas terapias diversas, el uso de medicamentos podría ser necesario para reducir los síntomas del TDA/H o depresión, o incluso para tratar ambos trastornos. Sin embargo, si se usan medicamentos, éstos deben siempre ser parte de un plan integral de tratamiento y administrarse junto con la terapia.

Al iniciar el tratamiento, el profesional clínico de la salud primero debe intentar determinar qué síntomas son más prominentes y tienen mayor impacto, antes de recetar medicamentos. Si los síntomas del TDA/H causan mayor deterioro, las directrices de tratamiento recomiendan que el medicamento para este trastorno se recete primero.¹⁰ Si los síntomas de depresión son motivo de gran preocupación, podría ser necesario abordarlos también. En algunos casos, se podrían recetar antidepresivos además del medicamento utilizado para tratar el TDA/H. En estos casos, los antidepresivos se deben usar con precaución y con un seguimiento preciso durante los primeros meses, especialmente en los niños y adolescentes.

Finalmente, los medicamentos para el TDA/H y los antidepresivos podrían recetarse en conjunto para tratar ambas afecciones bajo la estricta supervisión de un médico o terapeuta. Generalmente, el profesional clínico de la salud comenzará con un solo medicamento para tratar la afección más grave y luego, una vez establecida la eficacia, procederá a tratar la otra afección con los medicamentos apropiados, si fuera necesario. (Para mayor información, vea la página N° 3 de Lo que sabemos, *Manejo de los medicamentos para los niños y adolescentes con TDA/H*.

CONCLUSIÓN

Ser padre de un niño que padece TDA/H puede ser confuso. Mantener líneas de comunicación abiertas con su hijo y observar sus comportamientos puede ayudar a identificar los problemas con la depresión. La identificación y el tratamiento de los niños que

padecen TDA/H y depresión coexistentes puede resultar sumamente complejo y difícil. Es necesario tomar en cuenta varios factores.

Los padres que se encuentran en una situación de búsqueda de ayuda para su hijo con TDA/H y depresión podrían beneficiarse de los siguientes consejos sencillos:

- Encuentre para su hijo un profesional de la salud mental, como un psicólogo o un psiquiatra.
- Asegúrese de buscar una segunda opinión si no está seguro de qué camino elegir para el tratamiento de su hijo.
- Busque un terapeuta que esté familiarizado con el diagnóstico y el tratamiento de ambas afecciones en los niños.
- Tenga en cuenta que la depresión que incluye pensamientos o planes suicidas se debe tomar muy en serio.
- Lea todo lo que pueda acerca de ambos trastornos y su tratamiento.

Los padres pueden encontrar particularmente útiles los siguientes libros y videos.

MÁS INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

Faraone, Steven (2003). *Straight talk about your child's mental health: What to do when something seems wrong*. New York, NY: Guilford Press.

Goldstein, Sam y Brooks, Robert (2001). *Raising resilient children*. Lincolnwood, Illinois: Contemporary Books. También disponible en video como Tough Times, Resilient Kids por Robert Brooks y Sam Goldstein de www.addwarehouse.com.

Goldstein, Sam. *Why isn't my child happy: A video guide about childhood depression*. Vídeo. Disponible en www.addwarehouse.com.

Ingersoll, Barbara y Goldstein, Sam (2001). *Lonely, sad and angry: A parent's guide to depression in children and adolescents*. Plantation, Florida: Specialty Press.

Koplewicz, Harold (2002). *More than moody: recognizing and treating adolescent depression*. New York, NY: Berkley Publishing Group.

Wilens, Timothy (2004). *Información clara sobre los medicamentos psiquiátricos para niños* (edición revisada). New York, NY: Guilford Press.

2. Academia estadounidense de pediatría (American Academy of Pediatrics). (2000). Guías de práctica clínica: Diagnóstico y evaluación del niño que padece trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Pediatrics*. 105: 1158-1170; S.N. Visser y C.A. Lesesne (2005). Mental health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder -- Estados Unidos, 2003, *Journal of the American Medical Association*, 294: 2293-2296; W.J. Barbaresi, S.K. Katusic, R. Colligan et al (2002), How common is attention-deficity/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 156: 217-224.
3. J. Biederman, S.V. Faraone, & K. Lapey (1992). Comorbilidad del diagnóstico en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. En G. Weiss (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder, child & adolescent clinics of North America*. Philadelphia: Sanders.
4. A. Adesman A (2003). A diagnosis of AD/HD? Don't overlook the probability of comorbidity! *Contemporary Pediatrics*.
5. American Psychiatric Association. *Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales*, cuarta edición. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. J. Macceley (2005). Learn about Depression, Health News OnLine http://www.dental.am/articles_more.php?id=3396_0_2_0_M
7. R.A. Barkley, ed. (1998) *Manual para el diagnóstico y el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, segunda ed. (New York, NY: Guilford Press).
8. J.C. Anderson, S. Williams, R. McGee, et al (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry* 44: 69-76; H.R. Bird, M.S. Gould, ad B. Staghezza (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 361-368; J. Biederman, S.V. Faraone, K. Keenan et al (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatically referred samples. *Archives of General Psychiatry* 49: 728-738.
9. G.J. August, G.M. Realmuto, A.W. MacDonald et al (1996). Prevalence of AD/HD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior, *J. of Abnormal Child Psychology*, 24, 571-595.
10. Practice parameters for the assessment and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(suppl 10):85S-121S.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual*, cuarta edición, revisión del texto (2000). Washington, D.C.: APA.

La información provista en esta hoja recibió el apoyo de la Subvención/Número de Acuerdo de Cooperación R04/CCR321831-01 de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). El contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de los CDC. Esta hoja de datos fue aprobada por la Junta de asesoría profesional de CHADD en 2005.

© 2005 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD).

Para información adicional acerca de TDA/H o de CHADD, favor de ponerse en contacto con el:

**National Resource Center on AD/HD
Children and Adults with Attention Deficit/
Hyperactivity Disorder**

8181 Professional Place, Suite 150

Landover, MD 20785

1-800-233-4050

www.help4adhd.org

Por favor, visite también el sitio electrónico de CHADD en www.chadd.org.