

## Tratamiento de la depresión mayor en adolescentes

**La respuesta al tratamiento agudo antidepresivo y el sexo femenino constituyen predictores de recuperación y recurrencia de episodios depresivos en adolescentes.**



Autor: Curry J, Silva S, Reinecke M y colaboradores *Archives of General Psychiatry* 68(3): 263-269, Mar 2011

### Introducción

**El episodio depresivo mayor (EDM) es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población adolescente y se asocia con deterioro del funcionamiento en general, riesgo suicida y depresión en el adulto. A pesar de la relevancia que esta situación tiene para la salud pública, incluso los tratamientos más eficaces pueden estar seguidos de recaídas, las que alcanzan tasas de hasta un 30% o 40% en el curso de uno a dos años, sin que haya un tratamiento que supere significativamente a otro en la prevención de recurrencias.**

### **El episodio depresivo mayor (EDM)**

Es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población adolescente y se asocia con deterioro del funcionamiento en general, riesgo suicida y depresión en el adulto.

El objetivo de este trabajo fue investigar la recuperación de un episodio depresivo mayor y las recaídas posteriores durante el seguimiento a largo plazo, y se realizó en un grupo de pacientes participantes del estudio **Treatment for Adolescents with Depression Study** (TADS). Se describen las tasas de recuperación y de recurrencia a 5 años, así como los efectos a largo plazo en relación con la respuesta inicial al tratamiento agudo. También se analizó la proporción de pacientes que desarrollaron un trastorno bipolar a partir del episodio depresivo.

El estudio TADS comparó el tratamiento con **fluoxetina (FLX)**, la **terapia cognitiva conductual (TCC)** y la **combinación de ambos (COMB)** en la fase aguda, la etapa de continuación y la de mantenimiento; también incluyó un grupo con placebo (PBO). La COMB resultó el tratamiento más eficaz en el cuadro agudo, mientras que ninguno de los

grupos con tratamiento activo se diferenció en relación con la respuesta o remisión a los nueve meses ni al año; y del grupo asignado al azar a PBO, el 48% se encontraba en remisión a los 9 meses.

Para poder evaluar la recuperación y la recurrencia a largo plazo, primeramente se identificaron predictores basales o posteriores al tratamiento agudo en un estudio sobre fluoxetina, en otro sobre recurrencia luego de internación y en un tercer estudio sobre recuperación o recurrencia luego de un tratamiento psicoterapéutico.

Los autores plantearon la hipótesis de que la respuesta favorable al tratamiento agudo sería predictiva de una mayor tasa de recuperación y menores tasas de recurrencia.

---

## Materiales y métodos

El ***Survey of Outcomes Following Treatment for Adolescent Depression (SOFTAD)*** fue una extensión de tres años y medio del seguimiento de un año realizado a los participantes del TADS. La respuesta al tratamiento fue definida de acuerdo a la Clinical Global Impressions-Improvement scale (CGI-I), con un puntaje de 1 correspondiente a una mejora muy importante, 2 a una mejora importante, 3 a una mejora mínima y 4 a la ausencia de mejora. La remisión se definió a partir de la obtención de un puntaje inferior a 29 en la Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R).

La población para el SOFTAD fue reclutada entre los años 2004 y 2008 entre los participantes del TADS. En total se incluyeron 196 adolescentes (56% mujeres), con una edad promedio de 18 años y un predominio de la raza blanca (79%). La mayoría de la población completó un total de 5 evaluaciones.

Para la evaluación del estado de ánimo, la ansiedad, la conducta, la alimentación, el uso de sustancias y la presencia de trastornos psicóticos y tics se administró a los participantes ***el Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (K-SADS-P/L)***, el cual emplea criterios del DSM-IV, en 5 momentos distintos del estudio. Si el K-SADS-P/L mostraba un episodio depresivo mayor (EDM) en algún punto desde la entrevista anterior, se interrogaba sobre el inicio del episodio y sus características.

La recuperación fue definida como un período de remisión de al menos 8 semanas; y luego de una recuperación, la recurrencia fue establecida a partir del mes en el cual acontecieron 5 o más síntomas a la vez. Los predictores de recuperación y recurrencia analizados fueron edad, género, etnia, ingreso familiar y fuente de derivación.

Un evaluador independiente estimó la duración del EDM índice y completó la CDRS-R para la gravedad.

**Los adolescentes completaron**

**la Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) y**

**el Suicidal Ideation Questionnaire-Jr (SIQJr).**

**También completaron la Beck Hopelessness Scale (BHS) y**

**el Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire (CNCEQ) y valoraron sus expectativas de mejorar con el tratamiento con FLX, CBT, o COMB. Para valorar el funcionamiento global, un evaluador asignó un puntaje de acuerdo a la Children's Global Assessment Scale (CGAS).**

## Resultados

**La mayoría de los participantes del SOFTAD se recuperaron del EDM índice dentro del período de 63 meses que duró el estudio en total (21 meses de TADS y 42 de SOFTAD). De los 189 (69.4%) que se recuperaron, 68.8% lo hizo en el primer año desde el inicio del episodio, y el 91.5% dentro de los dos años.**

En concordancia con la hipótesis inicial, la recuperación a los dos años fue significativamente más probable en aquellos que mostraron una respuesta favorable al tratamiento en la fase aguda del EDM (96.2% frente a 79.1%). Sin embargo, esto no se relacionó con la COMB ni con ningún tratamiento en particular. Tampoco se asoció con ninguna de las variables del inicio. Los únicos predictores significativos de recuperación luego del tratamiento agudo fueron un puntaje inicial menor en la CGAS-R y uno mayor en la CGAS.

En los 186 participantes que completaron el K-SADS luego del tratamiento en la fase aguda, la presencia de cualquiera de los siete síntomas del EDM (excluyendo las alteraciones de la concentración o psicomotoras) se asoció con una menor probabilidad de recuperación a los dos años.

**De los 189 participantes que se recuperaron, 88 sufrieron alguna recurrencia durante el período del estudio. Para este grupo, el tiempo promedio transcurrido entre la recuperación y la recurrencia fue de 22.3 meses.**

En oposición a la hipótesis planteada, el porcentaje de recurrencia en aquellos que respondieron favorablemente al tratamiento en fase aguda no fue significativamente más bajo que para los demás (45.7% contra 47.6%). La utilización de COMB tampoco brindó diferencias relevantes en las tasas de recurrencia.

**Los PREDICTORES MÁS SIGNIFICATIVOS fueron las alteraciones del apetito y el peso, y las alteraciones del sueño.**

**Otros predictores de recurrencia fueron el género femenino,**

***la autopercepción de depresión,  
la ideación suicida y los trastornos de ansiedad comórbidos.***

Sin embargo, en los análisis de regresión multivariada solo mantuvo una significación estadística predictiva el sexo femenino.

La aparición de trastorno bipolar fue infrecuente (6.1%) y predominó entre quienes no respondieron al tratamiento agudo.

---

### ***Discusión***

Se realizó el seguimiento de 196 adolescentes luego de un EDM. La tasa de recuperación a los 5 años fue de 96.4%, y el 88.3% se recuperó a los dos años.

De acuerdo con la hipótesis planteada por los autores, la respuesta plena al tratamiento en fase aguda se asoció con la recuperación a los dos años, como así también se relacionó con otras variables, como una depresión más leve, la ausencia de trastornos del sueño o del apetito y un mejor funcionamiento global.

Por el contrario, el tratamiento COMB no actuó como predictor de recuperación a los dos años ni redujo el riesgo de recurrencia, como se había hipotetizado. Los autores consideran que no pudo identificarse un tratamiento que reduzca las tasas de recurrencia en los adolescentes. Quienes mostraron mayores probabilidades de experimentar una recurrencia fueron aquellos que no respondieron al tratamiento agudo.

***El principal predictor de recurrencia fue el sexo femenino, aunque los estudios realizados en población adulta no muestran diferencias entre sexos en relación con las recurrencias. Algunos de los factores que podrían estar implicados en esta diferencia son los esteroides sexuales, los estresores ambientales crónicos, las ideas de incapacidad y un estilo de respuesta con características rumiativas. Los trastornos de ansiedad también resultaron predictores individuales de recurrencia.***

Los autores resaltan la importancia de modificar el tratamiento en su fase aguda cuando este conduce a una respuesta parcial o nula, dada la asociación hallada en el estudio con menores probabilidades de recuperación a los dos años.

***El hecho de que las tasas de recurrencia aumentaron significativamente desde los dos o tres años luego del inicio sugiere que las intervenciones en la prevención de recurrencias, como el control de síntomas y el seguimiento farmacológico o con sesiones de TCC, podrían ser beneficiosas inclusive luego de transcurrido el período de mantenimiento.***

---

### **Conclusiones**

***Los autores consideran que todos los predictores de recuperación a los dos años se asociaron al estado clínico luego del tratamiento agudo. El sexo femenino resultó ser el predictor de recurrencia más significativo, lo cual resalta la importancia de lograr una mejor comprensión y la reducción de las vulnerabilidades de las adolescentes frente a los episodios recurrentes.***

***<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=89433&uid=508461&fuente=i>  
[news](#)***

## Ver: Contenidos relacionados

Los editores le recomiendan continuar con las siguientes lecturas:

► **[Aumentan los casos de depresión entre los adolescentes de EE. UU.](http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=90046)**

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=90046>

► **[Los médicos deben evaluar la depresión mayor en los adolescentes](http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88530)**

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88530>

► **[La depresión en los adolescentes](http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85948)**

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85948>

► **[La OMS resalta el impacto de la depresión entre niños y adolescentes](http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85798)**

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85798>

► **[Advertencias sobre antidepresivos e intentos de suicidio juveniles](http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=84471)**

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=84471>

► **[La recaída de los adolescentes tratados contra la depresión](http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=68300)**

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=68300>