

M. Lewis

- Lewi's Child & Adolescent Psychiatry.
A Comprehensive Textbook.
- Fourt Edition. W. & W. 2007.
- Capitulo 5.4.1. Trastornos depresivos.
- 9 páginas de 1062.

Cuadro clínico

- Tristeza persistente e invasiva
- Anhedonia
- Irritabilidad
- Aburrimiento
- Aislamiento social
- Inutilidad, culpa
- Ideaciones suicidas
- Trastornos del sueño y alimentación
- Daño funcional
- Insensibilidad a eventos positivos
- Posibles síntomas psicóticos

Subtipos

- Depresión mayor (unipolar o bipolar)
- Depresión menor (reactiva, neurótica)
- Distimia

Comorbilidad

- Muy frecuente
- Causa o consecuencia de la depresión
- Ansiedad
- TDAH
- Abuso sustancias
- Trastornos de conducta

Epidemiología

- Prevalencia de 1-2% en prepúberes
- 3-8% en adolescentes
- Prevalencia de hasta 20% hasta la adolescencia
- 3:1 hembras:varones
- Frecuente existencia de depresión generacional

Factores de riesgo

- **Genéticos**
- **Cognitivos**
- **Familiares y ambientales**
- **Neuroendocrinos**
- **Sueño**
- **Estudios de neuroimagen**

Factores de riesgo genéticos

- Mayor concordancia en gemelos monocigóticos
- Heredabilidad del 40 al 65%
- Mayor componente genético en la depresión adolescente que en la infancia.
- La predisposición genética de la ansiedad (heredabilidad 61-65%) aumenta la sensibilidad a eventos depresógenos.

Factores de riesgo cognitivos

- Ideaciones cognitivas “depresivas” predisponen a la depresión ante estresores.
- Alteraciones cognitivas, de memoria, de atención, de concentración y funciones ejecutivas.

Factores de riesgo ambientales

- El factor ambiente puede ser tan patogénico como los factores hereditarios.
- La cronicidad y severidad de depresiones parentales se correlacionan con eventos depresivos en los hijos.
- Influencia por modelado, por hostilidad, por deformaciones cognoscitivas, por abandono, etc.
- Gran influencia del maltrato, el abuso, el abandono y la pérdida.
- Resiliencia: grupo familiar, escolar, social, habilidades emocionales.

Factores de riesgo neuroendocrinos

- Alteraciones de la transmisión noradrenérgica y serotoninérgica se correlacionan con la depresión y con la tendencia a la aparición de ésta.
- Pero también se observan alteraciones neuroendocrinas en niños no deprimidos víctimas de ambientes hostiles o abusivos.

Factores de riesgo: sueño

- Los trastornos del sueño suelen ser manifestaciones de inicio de los trastornos depresivos.
- Correlación con latencia REM disminuida y retardo del inicio del sueño.

Factores de riesgo: neuroimagen

- Posible reducción del volumen de córtex prefrontal izquierdo (heredabilidad?).
- Aumento de activación de la pituitaria y disminución de la amígdala.

Curso y evolución

- La duración de los episodios depresivos se extiende entre 3 y 8 meses.
- Pero el 20% de adolescentes depresivos pueden mantenerla más de 2 años.
- El riesgo de recidivas a 2 años es alto: 30 a 70%, según factores ambientales.
- El riesgo de bipolaridad es del 10-20%, sobretodo si aparece hipomanía con el tratamiento farmacológico antidepresivo.
- Probables secuelas de tr. conducta, consumo tóxicos, desadaptación social-laboral, etc.

Manejo clínico

- Medicación antidepresiva.
- Terapia cognitiva de conducta.
- Terapia interpersonal.
- Otras intervenciones.

Medicación antidepresiva

- **Pruebas de eficacia:** Mejor respuesta con IRSS (Fluoxetina, único aprobado por FDA) (52-61%). Usado a dosis mayores que en adultos. Mejor aún combinado con terapia cognitiva.
- **Efectos adversos:** Riesgo suicida (2.5%), además de los propios de cada fármaco.
- **Predictores de respuesta:** Peor respuesta en mayores de 16 años, con mayor afectación funcional, desesperación, ansiedad, melancolía e ideaciones suicidas.
- **Mecanismo de acción:** Transportadores de serotonina.
- **Mantenimiento y prevención:** Eficacia a largo plazo de IRSS como reductores de ansiedad, precursora de trastornos depresivos.

Terapia cognitiva de conducta

- **Teoría y técnicas:** Basada en el hecho de que los depresivos enfatizan más los pensamientos asociados a experiencias negativas. Los tratamientos consisten en la interrupción de los pensamientos negativos (reestructuración cognoscitiva) y la activación de conductas adaptativas (habilidades sociales).
- **Eficacia:** Estudio CWD-A: Resultados muy variables y poco concluyentes. Influencia de la muestra, de la técnica, de la duración del tratamiento o de la figura del terapeuta?.
- **Combinación TCC + medicación:** No significativo.

Terapia interpersonal

- **Teoría y técnicas:** (IPT-A): Inventario de conflictos interpersonales “externos”, procurando su resolución.
- **Eficacia:** Posiblemente mayor que la TCC, en adolescentes, debido a la “externalización” de los conflictos. Probable eficacia en recaídas.

Otras intervenciones terapéuticas

- Terapias familiares
- Terapia breve
- TEC

Recomendaciones para el mejor tratamiento en la practica clínica

- Primera aproximación: educación e información tanto al paciente como a la familia. Resolución de problemas.
- Intervención terapéutica: IRSS, TCC, TIP.
- Valoración a las 6-8 semanas.
- Si no hay respuesta, combinar con litio, otro antidepresivo o psicoterapia.

Futuros desafíos

- Mejor entendimiento de la neurobiología de la depresión.
- Determinantes genéticos, del desarrollo, ambientales.
- Mejor conocimiento de los mecanismos de acción de los tratamientos actuales, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos.
- Recuperaciones incompletas (40%), acontecimientos adversos (suicidio?), resultados funcionales.
- Prevención, intervención precoz, salud pública.