BOLETÍN DE
INFORMACIÓN CLÍNICA
ISSN 0188-4883
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Tratamientos psicológicos de la depresión en pre-adolescentes: revisión sistemática y metaanálisis de estudios clínicos aleatorizados

► La depresión es un trastorno común que afecta a 1 de cada 5 personas a lo largo de la vida, asimismo, es una de las principales causas de morbimortalidad alrededor del mundo y su impacto en la salud es cada día mayor.

Durante la adolescencia la prevalencia de la depresión aumenta gradualmente hasta alcanzar cifras similares a las encontradas en la población adulta; aunque en muchas ocasiones este diagnóstico se pasa por alto, es también común en los años previos a la adolescencia y puede llegar a afectar del 1 al 2% de los escolares. Las personas afectadas a temprana edad presentan mayor riesgo de ser diagnosticados con un trastorno psiquiátrico en la adultez, así como el de presentar complicaciones severas: intento de suicidio y tener condiciones psiquiátricas comórbidas. Además de afectar el desarrollo a largo plazo y aumentar el riesgo de presentar problemas de salud en general. La depresión en niños se asocia a un deterioro en el funcionamiento, con un impacto negativo en las relaciones interpersonales, el desempeño escolar y la relación con los padres.

A pesar de la prevalencia y el impacto que tiene el trastorno en este periodo de la vida, existe muy poca evidencia que guíe el tratamiento adecuado en este grupo poblacional. En cuanto al tratamiento farmacológico con antidepresivos, es posible que el nivel de eficacia sea distinto al observado en adultos, además de ser un tratamiento poco aceptado por las familias de pacientes jóvenes. En relación a la psicoterapia, los reportes son escasos y apuntan a que los tratamientos utilizados en adolescentes y en adultos son menos efectivos y aceptados en niños con depresión.

Se realizó una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados, para evaluar la eficacia del tratamiento psicológico (terapias: familiar, cognitivo conductual, conductual, interpersonal y psicodinámica) en niños de ≤ 12 años de edad con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor; la eficacia se determinó a partir de la desaparición del trastorno o cambios en la sintomatología (cambios en la puntuación de cuestionarios validados).

Tabla 1

TCC
Stark. Dos grupos de tratamiento (ambos basados en los principios de TCC) y un grupo en lista de espera; ambos grupos en tratamiento mostraron mejoría en comparación con el grupo en lista de espera. El análisis de seguimiento mostró mantenimiento de la mejoría.
Liddle. En el grupo de tratamiento y dos grupos control (placebo y sin tratamiento); no se encontró beneficio claro de la intervención, y los tres grupos mostraron mejoría en la puntuación de las escalas.
Stallard. Comparación de una intervención computarizada y un grupo en lista de espera. A pesar de que los hallazgos sugieren efectividad de la intervención, con mejoría en las puntuaciones de las escalas, únicamente dos participantes tenían ≤ 12 años y ambos se encontraban en el grupo intervenido y mostraron mejoría.
TORDIA. Evalúa niños con depresión resistente a tratamiento. Cuatro grupos de tratamiento (ISRS con y sin TCC, y cambio de fármaco a Venlafaxina con y sin TCC); todos recibieron psicoeducación familiar. Seis de los participantes tenían ≤ 12 años, 3 de ellos recibieron TCC (2 Venlafaxina y 1 ISRS) y 3 únicamente el tratamiento farmacológico. En general se encontró que la adición de TCC al cambio de medicamento es más efectiva al cambio aislado.
TADS. Cuatro grupos de tratamiento (TCC y Fluoxetina, solas o combinadas). Cuarenta y ocho participantes tenían ≤ 12 años; el análisis de este subgrupo no mostró diferencias significativas en cuanto a la efectividad de la TCC. En general se demostró que la combinación de Fluoxetina con TCC tiene los resultados más favorables.
Terapia familiar
Luby. Un grupo de tratamiento que utilizó una nueva intervención para niños de 3-7 años (Terapia de Desarrollo Emocional mediante la Interacción padre-hijo), comparado con un grupo control que recibió una intervención de educación para padres; el grupo de tratamiento mostró mejoría de la sintomatología depresiva del niño y de la madre.
Trowell. Comparación de dos intervenciones (Terapia familiar y Psicoterapia Psicodinámica individual). Cuarenta y nueve participantes tenían ≤ 12 años; los resultados muestran mejoría que se mantiene a lo largo del tiempo en ambos grupos de tratamiento. Los resultados no fueron incluidos en el metaanálisis, ya que la ausencia de un grupo recibiendo TCC, no permitió comparar resultados con otros estudios.
Psicoterapia psicodinámica individual
Trowell. Es el mismo estudio descrito anteriormente; ambos grupos de tratamiento mostraron mejoría que se mantiene a lo largo del tiempo.

Se tomaron en cuenta siete estudios publicados entre 1987 y 2012, que incluyeron un total de 219 niños de 12 años o menores. Las intervenciones evaluadas fueron: la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en formato individual o grupal (5/7); la Terapia Familiar (1/7); la Psicoterapia Psicodinámica (1/7) y la Terapia de Desarrollo Emocional mediante la Interacción padre-hijo (1/7). En la mayor parte de los estudios, el grupo control se conformó por pacientes recibiendo algún otro tratamiento, pero también se incluyeron grupos recibiendo placebo o algún tipo de psicoeducación. Un estudio evaluó la efectividad de dos tratamientos potenciales sin incluir otro grupo control.

Los instrumentos utilizados para realizar el diagnóstico de depresión fueron "*Children's Depression Rating Scale*" y "*K-SADS*" entre otros. Para determinar la gravedad de los síntomas y los cambios en éstos, se utilizó el Inventario de Depresión para niños, la Escala de Depresión de Beck, la Escala de Depresión Adolescente de Reynolds y la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes.

En relación con las intervenciones evaluadas se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 1).

Para el metaanálisis se incluyeron los datos de aquellos estudios que compararon el uso de TCC con la ausencia de tratamiento. No se encontró evidencia clara de la efectividad de la TCC en el tratamiento de niños ≤ 12 años con trastorno depresivo. Asimismo, al excluir los datos del estudio TORDIA, cuyo grupo de estudio fue conformado por pacientes con depresión resistente al tratamiento, no hubo cambios significativos en los hallazgos encontrados.

A partir de esta revisión sistemática, podemos concluir que la evidencia sobre la cual se basa el tratamiento del trastorno depresivo mayor en niños de ≤ 12 años es limitada y poco concluyente, por lo que no es posible establecer el (o los) tratamiento(s) más efectivo(s). Estos hallazgos no se deben forzosamente a una inefectividad de los tratamientos psicológicos, sino más bien, a que el trastorno depresivo en este grupo de edad ha sido poco estudiado.

A pesar de que la TCC es la psicoterapia más estudiada en este grupo de edad, el número de participantes en los ensayos es relativamente pequeño y ninguno arroja evidencia clara de su efectividad; para el resto de las psicoterapias, la evidencia es aún menor. Más que descartar el tratamiento psicológico para pacientes jóvenes con depresión, esta información resalta la importancia de ser precavidos al hacer un plan terapéutico para estos pacientes.

Algunas fortalezas del estudio incluyen una revisión sistemática y extensa, la inclusión de información específica y en algunos casos original de los pacientes dentro de este grupo de edad y la combinación de resultados de estudios que utilizaron la TCC en un metaanálisis. Mientras que dentro de las debilidades se mencionan el número de estudios relativamente pequeño, con pocos participantes de la edad estudiada en la mayoría de ellos, así como la heterogeneidad considerable entre los estudios que limita la confiablidad de las conclusiones del metaanálisis.

Para un trastorno que afecta del 1 al 2% de los niños de ≤ 12 años, la escasa y poco concluyente evidencia de la efectividad de las intervenciones psicológicas en niños deprimidos, es una situación lamentable y que requiere de una solución urgente.

Sofía Vidal de la Fuente

Bibliografía

Forti-Buratti, M. A., Saikia, R., Wilkinson, E. L., & Ramchandani, P. G. (2016). Psychological Treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European of Child and Adolescent Psychiatry*, *25*(10), 1045-1054. doi: 10.1007/s00787-016-0834-5

Fluoxac®
Fluoxetina

PRECISIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

TABLETA BIRRANURADA

POTENTE Y SEGURO

SSA 1533002020C0666

TraDeA® LP
Metilfenidato

Su aliado en el control de los síntomas del TDAH

20 mg

27 mg

FÓRMULA MEJORADA que ofrece mayor:[1]

- EFICACIA ✓
- TOLERABILIDAD ✓
- CUMPLIMIENTO ✓

36 mg

54 mg

Eficacia de hasta 12 HORAS [2,3]

Referencias:
1. Sandoval P. y cols. Mecanismos generales de cesión de principios activos a partir de matrices monolíticas hidrofílicas preparadas con éteres de celulosa. Rev Colomb Cienc Quím Farm 2008;37(2):105-121. **2.** Información Para Prescribir Tradea LP. **3.** Tomado de: Estudio clínico abierto, 1 periodo, 1 tratamiento, 1 secuencia, dosis única para evaluar la farmacocinética del Clorhidrato de Metilfenidato, tabletas de liberación prolongada de 54 mg en condiciones de ayuno. 2013, Centro de Investigación Clínica y del Centro Analítico para Estudios Biofarmacéuticos de Investigación, Ciencia y Tecnología Internacional, S.A. de C.V., y de Psicofarma, S.A. de C.V.

Criam®
Valproato de magnesio

LA SINTONIA de la VIDA

- **200 mg** caja con 40 tabletas
- **Suspensión** 4 g/100 mL Fco 100 mL (sabor menta)
- **Solución** 200 mg/40 mL Fco 40 mL (sabor plátano)
- **LP 200 mg** caja con 20 tabletas
- **LP 400 mg** caja con 20 tabletas
- **LP 600 mg** caja con 30 tabletas

psicofarma®
Al servicio de la salud mental

Contigo en Mente
www.contigoenmente.com