

Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente

Dr. Richard C. Harrington

RESUMEN

¿Cuáles son las consecuencias psiquiátricas y sociales de las condiciones depresivas que se diagnostican cada vez con mayor frecuencia entre los jóvenes? Hasta hace poco, no se sabía mucho sobre los efectos de la depresión en los adolescentes. Ahora ha aumentado la evidencia de que muchos adolescentes no superan la depresión, sino que tienen un gran riesgo de sufrir diversos problemas en etapas posteriores de su vida, incluyendo la depresión mayor (TDM) y el suicidio. Este artículo describe los posibles mecanismos que participan en esta continuidad a lo largo del tiempo y destaca algunas de las estrategias para evitar resultados negativos. Se requieren enfoques de manejo a largo plazo.

Consequências psicossociais da depressão de adolescentes

RESUMO

Quais são as consequências psiquiátricas e sociais dos quadros depressivos que vêm sendo diagnosticados com frequência crescente em jovens? Até recentemente, pouco se conhecia sobre o destino dos adolescentes com depressão. Atualmente, acumulam-se evidências mostrando que muito adolescentes não se desenvolvem livres da depressão, mas sim apresentam riscos cada vez maiores de apresentarem mais adiante, no decorrer da vida, os mais variados e diferentes problemas, inclusive transtorno depressivo maior (TDM) e suicídio. Este artigo descreve os possíveis mecanismos envolvidos nestas seqüências ao longo do tempo e delinea algumas estratégias que podem ser empregadas para evitar resultados insatisfatórios. O tratamento exige abordagens de longos prazos.

Psychosocial consequences of adolescent depression

ABSTRACT

What are the psychiatric and social consequences of the depressive conditions that are being diagnosed with increasing frequency among young people? Until recently, little was known about the outcomes of adolescents with depression. Now, there is growing evidence that many adolescents do not grow out of depression, but are at increased risk for a variety of different problems later in life, including major depression (MDD) and suicide. This article describes the possible mechanisms involved in these continuities over time and outlines some of the strategies that can be used to prevent a poor outcome. Long-term approaches to management are required.

Introducción: epidemiología y diagnóstico

Durante la adolescencia, la psicopatología se ve afectada por los temas típicamente adolescentes de la madurez sexual, la transición de la situación familiar a la independencia negociada y la transición de la escuela al trabajo. Estos cambios en el desarrollo tienen como resultado los fenómenos afectivos de esta edad, y frecuentemente son menos claros y más variables que aquéllos que se observan en pacientes adultos. Puede resultar muy difícil distinguir entre las intensas reacciones emocionales que experimentan muchos adolescentes normales cuando están bajo estrés y cuando sufren un trastorno depresivo mayor (TDM). De hecho, hasta hace poco se creía que los trastornos depresivos semejantes a la depresión adulta no eran comunes entre los adolescentes. La depresión en los adolescentes se consideraba, a menudo, como una característi-

ca normal del desarrollo —la famosa edad de la “confusión”—que se les pasaría con el tiempo.

Sin embargo, hoy en día, la mayoría de los médicos clínicos y los investigadores reconocen que pueden ocurrir y, de hecho, ocurren graves trastornos depresivos en la adolescencia. Algunos estudios epidemiológicos recientes han mostrado que más del 3% de los adolescentes sufren condiciones depresivas tan graves que pueden ocasionar disfunciones sociales.^{1,3} La probabilidad acumulativa de padecer un trastorno depresivo en la adolescencia tardía parece ser del 10–20%.^{2,4} Por lo tanto, el trastorno depresivo es un problema común en la adolescencia.

El trastorno depresivo en los adolescentes se diagnostica normalmente con uno de los manuales principales que se usan para diagnosticar a los adultos: *El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, Cuarta Edición

(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition [DSM-IV])⁵; la *Clasificación Internacional de las Enfermedades-10* (*International Classification of Diseases-10 [ICD-10]*) o la *Clasificación de Trastornos del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Lineamientos Diagnósticos* (*Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*).⁶ Estos manuales difieren en muchos sentidos, pero en el fondo de ambos está el concepto de un trastorno episódico de gravedad variable caracterizado por estados de ánimo persistentemente depresivos o pérdida de la alegría. El individuo también experimenta otros síntomas durante el episodio. Éstos incluyen pensamiento depresivo, como pesimismo sobre el futuro o ideas suicidas, y síntomas biológicos, como despertar temprano, pérdida del apetito y pérdida de peso. El DSM-IV establece

que en los niños el estado de ánimo irritable puede sustituir al estado de ánimo depresivo y que la distimia puede durar tan solo un año (2 años en los adultos). También señala que ciertos síntomas como, por ejemplo, las quejas somáticas y el aislamiento social, son particularmente comunes en los niños, mientras que otros síntomas, como el delirio, son raros.⁵ La *ICD-10* no toma en cuenta diferencias de edad y, como regla general, es mejor diagnosticar los trastornos depresivos en los jóvenes con los mismos criterios que para los adultos.⁶

Recurrencia de la depresión

Depresión a corto plazo

Algunos estudios de muestras clínicas han reportado que los adolescentes con algún trastorno depresivo tienen alto riesgo de recurrencia o persistencia.^{7,8} Generalmente, los estudios de muestras de una comunidad también han señalado que los trastornos depresivos entre los jóvenes tienden a ser recurrentes.⁹⁻¹² Por ejemplo, Lewinsohn y col.^{10,11} encontraron que el índice de recidiva de la depresión unipolar (18.4%) era más alto que el índice de recidiva en la mayoría de los otros trastornos.

Depresión a largo plazo

¿Se extienden estos padecimientos a la edad adulta? La información disponible sugiere que sí. Harrington y col.¹³ dieron seguimiento durante un promedio de 18 años después del primer contacto a 63 niños y adolescentes con depresión. El grupo con depresión mostró un riesgo de depresión substancialmente mayor después de la edad de 17 años que el grupo control que había sido igualado en muchas variables, incluyendo síntomas no depresivos y evaluaciones de disfunción social. Este estudio de Harrington y col.¹³ se basó en la revisión retrospectiva de registros médicos. Sin embargo, otros estudios también han informado sobre un mayor riesgo de recurrencia en la edad adulta, en particular, el estudio prospectivo de Weissman y col.¹⁴ de una muestra clínica bien diagnosticada de adolescentes con depresión. El 63% de los sujetos que padecían TDM adolescente tuvieron un episodio de TDM en la vida adulta, comparado con el 21% de los que no padecían depresión (riesgo relativo 2.2). El riesgo era específico al grado de que el riesgo de otros trastornos no cambió.

También se ha observado una continuidad de la niñez a la vida adulta en estudios realizados en comunidades, por ejemplo en el Estudio Multidisciplinario y de Desarrollo de Dunedin [Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (DMHDS)]. En el DMHDS se recopiló información sobre la salud mental a los 11, 13, 15, 18 y 21 años. Algunos análisis longitudinales retrospectivos encontraron que los sujetos con trastorno del estado de ánimo a la edad de 21 tenían más probabilidades de tener un historial de trastorno del estado de ánimo previo que aquéllos con trastornos no depresivos en etapas anteriores de su vida.¹⁵ De manera similar, análisis longitudinales prospectivos del Proyecto de Depresión Adolescente de Oregon (Oregon Adolescent Depression Project)¹⁶ reportan una continuidad significativa de la adolescencia tardía (17 años) a la edad adulta temprana (24 años). Así, la TDM en la edad adulta temprana fue más común en sujetos que habían sufrido TDM en la adolescencia tardía que en aquéllos que habían sufrido un trastorno mental no afectivo o ningún trastorno psiquiátrico (tasa anual promedio 9.0%, 5.6% y 3.7%, respectivamente). Alrededor del 45% de los adolescentes con un historial de TDM desarrolló un nuevo episodio de depresión entre los 19 y los 24 años. En un estudio longitudinal realizado en Nueva York,¹⁷ la ansiedad o la depresión en la adolescencia predijeron ansiedad o depresión durante la edad adulta temprana.¹⁸ La ansiedad o la depresión adulta fue precedida por una ansiedad o depresión anterior. Un seguimiento británico de cohorte de nacimientos de individuos nacidos en 1946 encontró que la evidencia de una alteración afectiva a los 13 y 15 años predecía un trastorno afectivo mayor en la madurez.¹⁹

Resultados sociales

Existen varias razones para pensar que el inicio temprano de la depresión podría predecir no sólo una depresión posterior, sino también podría asociarse con efectos en la función cognitiva y social. Por ejemplo, la depresión en los jóvenes frecuentemente se acompaña por un aislamiento social y por irritabilidad y, por lo tanto, a los jóvenes deprimidos se les dificultará más vincularse y mantener relaciones sociales. Además, los síntomas, como, por ejem-

plo, la pérdida de concentración y el retraso psicomotor pueden interferir con el proceso de aprendizaje. Esto podría provocar, a su vez, una baja autoestima, menor sentido de competencia académica y fracaso académico posterior. Kovacs y Goldston²⁰ señalaron que la gente joven que padece TDM sufre un deterioro que permanece a lo largo de gran parte de su vida, y se ven incapacitados, durante una época en la que el aprendizaje ocurre rápidamente. De esta manera, podrían mostrar en el futuro tanto un retraso social como cognitivo.

Varios estudios han examinado los efectos sociales de los jóvenes con depresión. En uno de los primeros estudios sistemáticos, Puig-Antich y col.^{21,22} encontraron que el deterioro de las relaciones con coetáneos persistía varios meses después de recuperarse de la depresión. Kandel y Davies²³ reportaron que, a la larga, las autoevaluaciones de disforia en la adolescencia se asociaban con un alto índice de tabaquismo, mayor participación en actividades delictivas y el deterioro de las relaciones íntimas como adultos jóvenes. Garber y col.²⁴ apuntan que los adolescentes internados en el hospital con depresión reportaron más problemas maritales y de relación cuando se les dio seguimiento durante 8 años después de darlos de alta que los sujetos control no deprimidos.

Estos hallazgos tienen importantes repercusiones teóricas y clínicas porque sugieren que el aislamiento social y la ausencia de una relación de apoyo que se han encontrado en estudios transversales sobre la depresión adulta²⁵ pueden reflejar selección social tanto como causalidad social. Sin embargo, ninguno de estos estudios excluyó los efectos que pudieran tener sobre estos resultados los problemas conductuales de la infancia, que a menudo se asocian con la depresión adolescente. Harrington y col.²⁶ mencionan que la depresión juvenil parece tener poco efecto directo sobre la función social en la edad adulta, mientras que un trastorno conductual comórbido predice una desadaptación social posterior. Renouf y col.²⁷ reportaron hallazgos similares en un estudio longitudinal intensivo de niños con depresión y sujetos bajo control psiquiátrico sin depresión. La disfunción social asociada con un trastorno de la conducta y con depresión comórbidos parecen estar relacionados principalmente con los efectos

del trastorno conductual. Bardone y col.²⁸ encontraron que el trastorno conductual adolescente predecía un tabaquismo alto, enfermedades de transmisión sexual y embarazos tempranos en la vida adulta. La depresión adolescente predecía únicamente una dependencia al tabaco y problemas de índole médica. Esto implica que es importante diferenciar el curso de un trastorno depresivo del curso de otros trastornos comórbidos.

Conducta suicida

Los adolescentes deprimidos y los que intentan suicidarse comparten factores de riesgo psicosociales.²⁹ De hecho, los jóvenes que padecen depresión tienen ideas suicidas muy a menudo y algunos intentan suicidarse.³⁰ Por ejemplo, en una muestra clínica, Ryan y col.³¹ encontraron que alrededor del 60% de los niños y los adolescentes con TDM tenían ideas suicidas. Mitchell y col.³² reportaron que el 67% de los jóvenes con depresión tenían ideas suicidas y que casi el 40% habían intentado suicidarse al menos en una ocasión.

Varios estudios en comunidades han encontrado que el trastorno depresivo predice una tendencia suicida posterior. Por ejemplo, Lewinsohn y col.²⁹ reportaron que la depresión fue uno de los mecanismos de predicción más fuertes de un intento suicida posterior, incluso cuando se controlaba la asociación con otros factores de riesgo. Por otro lado, también parece que los niños suicidas muestran un aumento del riesgo de depresión. Por ejemplo, Pfeffer³³ encontró que los jóvenes que habían intentado suicidarse tenían 10 veces más probabilidades de mostrar un trastorno del estado de ánimo durante el periodo de seguimiento de 6 a 8 años, que los jóvenes que no lo habían intentado.

Myers y col.³⁴ examinaron los factores de riesgo de la tendencia suicida en la muestra de jóvenes deprimidos estudiados por Mitchell y col.³² Tres variables predijeron la futura tendencia suicida: la gravedad de la tendencia suicida inicial, el enojo y la edad. Kienhorst y col.³⁵ también encontraron que una tendencia suicida previa predecía intentos posteriores, por ejemplo las características de la depresión inicial, la vida en un hogar disintegrado y un sentimiento de desesperanza. En una revisión sobre la relación que existe entre la depresión y la conducta suicida, Pfeffer³⁶ concluyó que los indicadores de riesgo para los

intentos suicidas entre los jóvenes con depresión incluían tendencia suicida previa, ideas suicidas, sentimientos de desesperanza y problemas comórbidos como, por ejemplo, el abuso de sustancias y el enojo, un acceso fácil al método de suicidio y falta de apoyo social. La importancia de la comorbilidad con la alteración conductual y/o el abuso de sustancias está respaldada por los descubrimientos de Kovacs y col.³⁷ Ellos reportaron que la presencia de estos problemas duplicaban el riesgo de intentos suicidas entre los pacientes niños con depresión.

Se sabe relativamente poco sobre el riesgo de un suicidio consumado en los jóvenes con depresión. En nuestro seguimiento de 80 probandos con depresión,¹³ tres muertes en la edad adulta se debieron a “causas no naturales,” dos de las cuales definitivamente fueron suicidios. Aunque no se le puede otorgar un peso estadístico a estas cifras tan pequeñas, éstas sobrepasan con mucho las cifras esperadas en la población general de adultos jóvenes. De manera similar, Weissman y col.¹⁴ reportaron que el riesgo de suicidio era significativamente mayor que el que se encontró en sujetos de control.

Otra forma de examinar la relación entre la depresión y el suicidio es a través de una “autopsia psicológica” de los jóvenes que se han suicidado. Estos estudios contemplan una entrevista con los parientes y la recopilación de información de otras fuentes con el fin de realizar una evaluación diagnóstica del suicida. Varios estudios de autopsia psicológica del suicidio en los jóvenes han mostrado altos índices de trastornos afectivos.³⁸⁻⁴¹ La relación entre el suicidio y la depresión parece ser particularmente fuerte en las mujeres.⁴² Sin embargo, es importante hacer notar que otros trastornos mentales pueden ser relevantes en el suicidio. Por ejemplo, Marttunen y col.⁴⁰ reportaron que casi una quinta parte de los suicidas entre los 13 y los 19 años tienen un trastorno conductual o personalidad antisocial, y que una cuarta parte de ellos abusan el alcohol o las drogas.

También se encuentra un alto índice de comorbilidad con problemas conductuales y abuso de sustancias en los intentos suicidas. Brent y col.⁴³ reportaron que entre los pacientes con depresión que habían intentado suicidarse, el grado de intento estuvo asociado con un trastorno de conducta y con

abuso de sustancias comórbido. En un cohorte de nacimiento de 16 años de Nueva Zelanda, los intentos suicidas no estuvieron asociados únicamente con la depresión, sino también con otras formas de psicopatologías (por ejemplo, los trastornos de conducta) y con la delincuencia.⁴⁴

Por lo tanto, es quizás la combinación de la depresión con ciertas características de personalidad, tales como la agresión o la propensión a tomar riesgos, la que posiblemente conduzca a una conducta suicida en los jóvenes. El abuso de sustancias también puede ser importante. No obstante, es claro que la depresión juvenil plantea un factor de riesgo independiente y sustancial en la conducta suicida.

Recuperación

Aunque los estudios de seguimiento sugieren que los trastornos depresivos tienden a ser recurrentes, se debe tener en cuenta que las probabilidades de recuperación de un episodio son altas. De hecho, la información disponible sugiere que la mayoría de los niños con TDM se recuperan en 2 años. Por ejemplo, Kovacs y col.⁴⁵ reportaron que la probabilidad acumulativa de recuperación de la TDM al año después del inicio fue del 74% y a los dos años del 92%. El tiempo promedio para recuperarse fue de alrededor de 28 semanas. Este estudio incluyó a muchos sujetos que habían tenido problemas conductuales-emocionales anteriores y que habían recibido alguna forma de tratamiento. Sin embargo, Keller y col.⁴⁶ reportaron resultados bastante similares en un estudio retrospectivo sobre la recuperación de un primer episodio de TDM en los jóvenes, donde la mayoría no había recibido tratamiento, y también fueron reportados por Warner y col.⁴⁷ en un estudio de hijos de padres depresivos. La recuperación puede ser bastante rápida. Harrington y col.⁴⁸ informan que la mayoría de los casos de TDM posterior a un autoenvenenamiento deliberado disminuían en 6 semanas.

Mecanismos de continuidad Persistencia directa del trastorno

A primera vista, el descubrimiento de que la mayoría de los casos de TDM disminuye en pocos meses parecería sugerir que la persistencia directa no es común. Sin embargo, en un estudio prospectivo y detallado de 12 años en adultos que habían presentado TDM, se encontró que mientras que sólo el 15%

mostraba síntomas de un grado de TDM durante el seguimiento, el 43% tenía depresión por debajo del umbral.⁴⁹ Lo mismo se puede decir de la depresión en los jóvenes; la TDM y la distimia a menudo se traslapan y una puede conducir a la otra.⁵⁰ El curso sintomático de la depresión parece ser maleable, y los síntomas de TDM, distimia y depresión menor alternan con el tiempo en los mismos pacientes. Probablemente sea muy común la persistencia directa de los síntomas por debajo del umbral.

Cicatrización y sensibilización

Otro mecanismo potencial de continuidad es que los individuos sufran cambios durante el primer episodio de manera que tengan más probabilidades de tener episodios posteriores. Esta noción, a la que se ha denominado cicatrización, ha atraído la atención de los estudiosos de procesos neurobiológicos⁵¹ y psicológicos⁵² que participan en la recidiva y disminución de la depresión en adultos. Por ejemplo, Post y col.⁵¹ han sugerido que el primer episodio depresivo puede sensibilizar a las personas para futuros episodios. Ellos plantearon que esta sensibilización puede ayudar a explicar tres características de la depresión en adultos: la tendencia a la recurrencia, la disminución en los intervalos entre los episodios y el gran papel que desempeña el estrés psicosocial en el primer episodio. La idea es que el primer episodio de la depresión, que a menudo puede estar relacionado con algún estresante psicosocial, también puede estar asociado con cambios duraderos en la biología y la capacidad de respuesta a los factores estresantes. Puede haber cambios bioquímicos y microestructurales en el sistema nervioso central que podrían propiciar que el individuo sufriera episodios posteriores.⁵³

La noción de la cicatrización también puede ser relevante en la depresión juvenil. En comparaciones transversales, Lewinsohn y col.⁵⁴ notaron que los individuos que habían padecido depresión compartían muchas características psicosociales con los individuos deprimidos. En un estudio prospectivo posterior, Rohde y col.⁵⁵ identificaron a 45 adolescentes quienes experimentaron y se recuperaron de un primer episodio de depresión entre dos evaluaciones. Las cicatrices psicosociales (características evidentes después del episodio, pero no antes de él) incluían eventos estresantes, excesiva

dependencia emocional y síntomas depresivos por debajo del síndrome.

Persistencia de la vulnerabilidad cognitiva o biológica

Se debe distinguir el concepto de cicatrización del concepto de vulnerabilidad, en el que la predisposición a la depresión precede y sigue a un episodio agudo. Muchos rasgos cognitivos, biológicos, de temperamento y de personalidad podrían actuar para incrementar la vulnerabilidad a episodios siguientes. Por ejemplo, existe evidencia de que los síntomas depresivos en los jóvenes tienen una importante base genética, aunque ésta puede actuar incrementando la vulnerabilidad ante la adversidad.⁵⁶

Adversidad persistente

Los trastornos depresivos también se mantienen por factores estresantes que no cesen. Por ejemplo, Asarnow y col.⁵⁷ reportaron que la recidiva de la depresión después de haber sido dada de alta una muestra psiquiátrica de pacientes internos se limitó a los niños que regresaron a un ambiente familiar caracterizado por la hostilidad y fuerte carga emocional. Goodyer y col.⁵⁸ reportan que la disfunción familiar y la falta de una relación confiable con la madre fue un mecanismo de predicción de un trastorno psiquiátrico persistente en una muestra de niños con TDM. La incapacidad de entablar relaciones sanas con sus coetáneos también está asociada con una depresión persistente.⁵⁸

Comorbilidad

Varios estudios han reportado que la comorbilidad con trastornos no depresivos predice peores resultados de los trastornos depresivos juveniles.^{8,59,60} Por ejemplo, Kovacs y col.⁵⁹ encontraron que el trastorno de externalización comórbido predecía una recuperación mucho más lenta del trastorno por distimia. Además, Goodyer⁸ reportó que el trastorno obsesivo-compulsivo comórbido estaba asociado con la persistencia de la TDM después de un seguimiento de 36 semanas.

Fomento de la remisión y prevención de la recidiva

Es probable que los jóvenes con trastornos depresivos experimenten otro episodio de depresión y, por lo tanto, es importante considerar la necesidad de

tratamientos profilácticos. Las investigaciones sobre los adultos con depresión distinguen entre tratamientos continuos y de mantenimiento.

La idea que respalda los tratamientos continuos es que aunque el tratamiento puede suprimir los síntomas agudos de la depresión, debe continuarse hasta la desaparición del episodio que aparentemente la subyace. No se han realizado pruebas aleatorizadas acerca de los tratamientos continuos para los trastornos depresivos juveniles. Sin embargo, pruebas no aleatorizadas en adolescentes con depresión sugieren que el tratamiento psicológico continuo durante 6 meses después de la remisión es factible y puede ser efectivo para prevenir la recidiva.⁶¹ El tratamiento que se administra durante el episodio agudo de la depresión adolescente se debe continuar hasta que el paciente haya estado libre de depresión durante más o menos 6 meses.

Los tratamientos de mantenimiento tienen un objetivo diferente: evitar el desarrollo de un nuevo episodio de depresión. La investigación en pacientes adultos sugiere que tanto la farmacoterapia como la psicoterapia pueden reducir el riesgo de una recidiva si se mantiene por varios años después del episodio depresivo índice.^{62,63} Por supuesto, estos tratamientos son muy caros y demandan mucho tiempo. Por lo tanto, no se pueden contemplar más que para una pequeña minoría de jóvenes depresivos. La experiencia clínica sugiere que las indicaciones para el tratamiento de mantenimiento incluyen un historial de trastorno depresivo altamente recurrente, episodios de depresión que ocasionen una gran discapacidad, y una TDM crónica. **PSI**

Referencias

1. Cohen P, Cohen J, Kasen S, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34:851-867.
2. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998;18:765-794.
3. Olsson GI, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99:324-331.
4. Oldehinkel AJ, Wittchen HU, Schuster P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 1999;29(3):655-658.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.

6. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
7. Emslie GJ, Rush JA, Weinberg WA, Gullion CM, Rintelmann J, Hughes CW. Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:785-792.
8. Goodyer IM, Herbert J, Secher SM, Pearson J. Short-term outcome of major depression: I. comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:179-187.
9. Fleming JE, Boyle MH, Offord DR. The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1993;32:28-33.
10. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*. 1993;33:133-144.
11. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:809-818.
12. Garrison CZ, Waller JL, Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Jackson KL. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:458-465.
13. Harrington RC, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:465-473.
14. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999;281:1707-1713.
15. Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton WR. Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:552-562.
16. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:56-63.
17. Cohen P, Cohen J, Brook J. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: II. persistence of disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34:869-877.
18. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:56-64.
19. van Os J, Jones P, Lewis G, Wadsworth M, Murray R. Developmental precursors of affective illness in a general population birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(7):625-631.
20. Kovacs M, Goldston D. Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:388-392.
21. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattrack J, Todak G. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: II. interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:511-517.
22. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattrack J, Todak G. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: I. interpersonal relationships during the depressive episode. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:500-507.
23. Kandel DB, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:255-262.
24. Garber J, Kriss MR, Koch M, Lindholm L. Recurrent depression in adolescents: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27:49-54.
25. Brown GW, Harris T. *Social Origins of Depression*. London, England: Tavistock Publications; 1978.
26. Harrington RC, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. risk for antisocial disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:434-439.
27. Renouf AG, Kovacs M, Mukerji P. Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:998-1004.
28. Bardone AM, Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Stanton WR, Silva PA. Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:594-601.
29. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62:297-305.
30. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31:655-662.
31. Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, et al. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:854-861.
32. Mitchell J, McCauley E, Burke PM, Moss SJ. Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27:12-20.
33. Pfeffer C, Klerman GL, Hunt SW, Lesser M, Peskin JR, Sieker CA. Suicidal children grown up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicidal attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:609-616.
34. Myers K, McCauley E, Calderon R, Treder R. The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:804-810.
35. Kienhorst CWM, Wilde EJD, Diekstra RFW, Wolters WHG. Construction of an index for predicting suicide attempts in depressed adolescents. *Br J Psychiatry*. 1991;159:676-682.
36. Pfeffer CR. Relationship between depression and suicidal behaviour. In: Shafiq M, Shafiq SL, eds. *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992:115-126.
37. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(1):8-20.
38. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, et al. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:581-588.
39. Shaffer D, Gould M, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:339-348.
40. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:834-839.
41. Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:473-481.
42. Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:1297-1307.
43. Brent DA, Kolko DJ, Allan MJ, Brown RV. Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:586-593.
44. Fergusson D, Lynskey MT. Suicidal attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(10):1308-1317.
45. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA, Paulauskas SL, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood: I. a longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:229-237.
46. Keller MB, Beardslee W, Lavori PW, Wunder J, Drs DL, Samuelson H. Course of major depression in nonreferred adolescents: a retrospective study. *J Affective Disord*. 1988;15(3):235-243.
47. Warner V, Weissman MM, Fendrich M, Wickramaratne P, Moreau D. The course of major depression in the offspring of depressed parents: incidence, recurrence, and recovery. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:795-801.
48. Harrington RC, Kerfoot M, Dyer E, et al. Randomized trial of a home based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:512-518.
49. Judd LL, Akiskal HS, Maser JL, et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:694-700.
50. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, Parrone PL. Childhood-onset dysthymic disorder: clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:365-374.
51. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1992;149:999-1010.
52. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Are people changed by the experience of having an episode of depression? A further test of the scar hypothesis. *J Abnorm Psychol*. 1990;99:264-271.
53. Post RM, Weiss SRB, Leverich GS, George MS, Frye M, Ketter TA. Developmental psychobiology of cyclic affective illness: implications for early therapeutic intervention. *Dev Psychopathol*. 1996;8:273-305.
54. Lewinsohn PM, Roberts RE, Seeley JR, Rohde P, Gotlib IH, Hops H. Adolescent psychopathology: II. psychosocial risk factors for depression. *J Abnorm Psychol*. 1994;103:302-315.
55. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Are adolescents changed by an episode of major depression? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:1289-1298.
56. Silberg J, Pickles A, Rutter M, et al. The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:225-232.
57. Asamow JR, Goldstein MJ, Tompson M, Guthrie D. One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric inpatients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34:129-137.
58. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Secher SM, Pearson J. Short-term outcome of major depression: II. life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:474-480.
59. Kovacs M, Obrosky S, Gatsonis C, Richards C. First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: clinical and sociodemographic factors in recovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:777-784.
60. Sandford M, Szatmari P, Spinner M, et al. Predicting the one-year course of adolescent major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:1618-1628.
61. Kroll L, Harrington RC, Gowers S, Frazer J, Jayson D. Continuation of cognitive-behavioural treatment in adolescent patients who have remitted from major depression: feasibility and comparison with historical controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1156-1161.
62. Kupfer D. Maintenance treatment in recurrent depression: current and future directions. *Br J Psychiatry*. 1992;161:309-316.
63. Frank E, Kupfer DJ, Hamer T, Grochocinski VJ, McEachran AB. Maintenance treatment and psychobiologic correlates of endogenous subtypes. *J Affective Disord*. 1992;25:181-190.