

TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES PARA LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES¹

Peter M. Lewinsohn²

Oregon Research Institute, Oregon (Estados Unidos)

y Gregory N. Clarke

Kaiser Permanente Center for Health Research, Oregon (Estados Unidos)

Resumen

El trastorno de depresión mayor afecta entre el 2% y el 5% de los adolescentes en algún momento de sus vidas. La depresión en la adolescencia está asociada a importantes déficit psicosociales y tiene efectos negativos en el funcionamiento durante los primeros años de la etapa adulta. Comenzando con el trabajo pionero de Lenore Butler y sus colaboradores, se han desarrollado y estudiado muchas intervenciones psicosociales, en general, con resultados positivos. Basándonos en un metaanálisis de los estudios existentes con terapia cognitivo-conductual (TCC) estimamos un tamaño del efecto global de 1,27 y aproximadamente el 63% de los pacientes muestra una mejoría clínicamente significativa al final del tratamiento. Parece razonable concluir que la TCC ha demostrado ser un tratamiento eficaz para los adolescentes con depresión. En este artículo describimos estas intervenciones, la mayoría de las cuales están pensadas para aplicarse a los problemas que muestran los adolescentes con depresión. El propósito de este artículo es poner esta literatura a disposición de los clínicos de una manera fácil, resumiendo rápida y claramente las características claves de las intervenciones para que se aprovechen de esta abundante información y de las fuentes existentes. Concluimos sugiriendo futuros desarrollos y algunas áreas adicionales de aplicación para los tratamientos de la depresión en adolescentes.

PALABRAS CLAVE: *Depresión mayor, adolescentes, tratamiento.*

1 Este artículo ha sido publicado en la revista *Clinical Psychology Review*, 1999, 19 (3), pp. 329-342. Copyright de Elsevier Science. Reproducido con autorización de los autores y de Elsevier Science.

Esta investigación fue financiada por el Instituto Nacional de Salud Mental (USA), proyectos códigos MH41278 y MH40501.

Los autores desean expresar su agradecimiento al Dr. David Antonuccio por sus valiosos comentarios en este artículo.

2 *Correspondencia:* Peter M. Lewinsohn, Oregon Research Institute, 1715 Franklin Boulevard, Eugene, OR 97403- 1983 (USA). E-mail: pete@ori.org

Traducción realizada por Fernando L. Vázquez

Abstract

Major Depressive Disorders affect between 2% and 5% of adolescents at any one point in time. Depression in adolescence is associated with serious psychosocial deficits and has negative effects on functioning during young adulthood. Starting with the pioneering work of Lenore Butler and her colleagues, many psychosocial interventions have been developed and studied, with generally positive results. On the basis of a meta-analysis of the existing cognitive-behavioral therapy (CBT) studies we estimate an overall effect size of 1.27 and that 63% of patients show clinically significant improvement at the end of treatment. It seems reasonable to conclude that CBT has been demonstrated to be an effective treatment for depressed adolescents. In this article we describe these interventions, most of which are meant to address the problems shown by depressed adolescents. The purpose of our article is to bring this literature to the attention of clinicians in a manner which quickly and clearly summarizes the key features of the interventions to make it easy for clinicians to take advantage of this wealth of information and to avail themselves of the existing resources. We conclude by suggesting future directions and several additional areas of application for adolescent depression treatments.

KEY WORDS: *Major depression, adolescents, treatment.*

Introducción

Varios estudios recientes han encontrado que el trastorno de depresión mayor (TDM) es sólo ligeramente menos prevalente en adolescentes que en adultos, afectando a 2 - 5% de las muestras de adolescentes (de la población general) en algún momento de sus vidas (Fleming y Offord, 1990; MacDonald y Butler, 1974; Velez, Johnson y Cohen, 1989). Datos del Proyecto de Depresión Adolescente de Oregón (*Oregon Adolescent Depression Project*) indican que la prevalencia acumulativa de TDM a los 18 años de edad es del 28% (Lewinsohn, Rohde, Klein y Seeley, 1999; Lewinsohn *et al.*, 1993). La prevalencia acumulativa a los 18 años de edad es del 35% para las chicas y del 19% para los chicos. De acuerdo con lo encontrado en adultos, la depresión es, aproximadamente, dos veces más prevalente en mujeres que en hombres (Amenson y Lewinsohn, 1981; Kessler *et al.*, 1994) y en la mujeres se observa de modo predominante a la edad de 14 años (Lewinsohn *et al.*, 1993).

La depresión en la adolescencia no es una condición benigna o transitoria, sino que está asociada a importantes déficit psicosociales durante la adolescencia (Lewinsohn *et al.*, 1994) y puede tener efectos negativos en el funcionamiento durante los primeros años de la etapa adulta (Lewinsohn *et al.*, 1998c). Experimentar un episodio de TDM durante la adolescencia incrementa enormemente la probabilidad de sufrir de nuevo depresión o de desarrollar abuso de sustancias durante los primeros años de la etapa adulta (Lewinsohn *et al.*, 1999). Otras de las consecuencias negativas son, por ejemplo, que los adultos jóvenes (a la edad de 24 años) que tuvieron depresión cuando eran adolescentes presentaban una menor probabilidad de finalizar sus estudios superiores, solían tener menos ingresos económicos, llegaban a convertirse con mayor probabilidad en padres solteros y experimentaban más acontecimientos vitales estresantes (Lewinsohn *et al.*, 1998c).

Teniendo en cuenta estas secuelas negativas, resultaría claramente beneficioso el tener tratamientos eficaces que se aplicaran en momentos tempranos de la vida para aliviar la depresión, antes de que ocurran muchas de estas consecuencias negativas. Tales intervenciones podrían ayudar a prevenir la recurrencia de la depresión en los que han respondido al tratamiento, ya que el porcentaje de recaída es alto (Lewinsohn, Zeiss y Duncan, 1989; Lewinsohn, Clarke, Seeley y Rohde, 1994) y prevenir la progresión hacia una depresión más grave en los que están ligeramente deprimidos (porque la depresión leve es un importante factor de riesgo para una depresión más grave [Clarke *et al.*, 1995; Lewinsohn *et al.*, 1994a]).

Epidemiología del tratamiento

Muchos adolescentes deprimidos reciben tratamiento para su depresión. En nuestro estudio comunitario, el 61% de los adolescentes de la comunidad con un TDM recibieron algún tipo de tratamiento (Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1998a). Sin embargo, nuestra impresión es que la mayoría de estos tratamientos son relativamente poco sistemáticos y breves y, claramente, no hacen uso de los recientes progresos de la investigación en el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión (Brent *et al.*, 1996; Hibbs y Jensen, 1996). El tratamiento en esta población ha sido generalmente bastante breve; el 22% de estos adolescentes con depresión, residentes en la comunidad, recibía una o dos sesiones y el 27% recibía de tres a siete sesiones. La duración del tratamiento era de siete o menos sesiones de psicoterapia individual ambulatoria. Los que recibieron tratamiento tenían tanto probabilidad de recaer en otro episodio depresivo durante los primeros años de la edad adulta como aquellos que no lo habían recibido (Lewinsohn *et al.*, 1998a). Parte de la ausencia de protección frente a la recaída tras el tratamiento es debida probablemente a diferencias de gravedad/complejidad entre esos jóvenes que solicitan tratamiento y esos que no lo hacen.

Investigación en el tratamiento de la depresión en adolescentes

Mientras que la investigación sobre los tratamientos de la depresión en adultos se ha estancado ligeramente en los últimos años, el tratamiento psicosocial de la depresión durante la adolescencia se ha convertido en un área muy activa de la investigación clínica (Brent *et al.*, 1996; Hibbs y Jensen, 1996). Este campo de estudio comenzó con el trabajo pionero de los investigadores que reconocieron la existencia e importancia de la depresión en niños de corta edad y adolescentes (Carlson y Cantwell, 1980; Chess, Thomas y Hassibi, 1983; Kovacs, 1985; Pozanski y Zrull, 1970; Weller y Weller, 1984; Weller y Weller, 1985; Weller, Weller y Fristad, 1984). Al mismo tiempo, clínicos experimentados empezaron a informar del uso de técnicas cognitivo-conductuales en una serie de estudios de caso único (Bornstein, Delamater y Conner, 1980; Frame, Matson, Sonis, Fialkov y Kazdin, 1982; Petti, Bornstein, Delamater y Conners, 1980). Butler, Mieziotis, Friedman y Cole (1980), lle-

vando a cabo el primer ensayo aleatorio de intervenciones psicosociales para la depresión en la infancia. Desde entonces han sido muchos los intentos por desarrollar y probar tratamientos psicosociales para los adolescentes con depresión, especialmente desde el campo cognitivo conductual (Brent *et al.*, 1997; Clarke *et al.*, 1998b; Clarke y Lewinsohn, 1989; Harrington, 1992; Kahn, Kehle, Jenson y Clark, 1990; Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews, 1990; Reynolds y Coates, 1986).

La sofisticación clínica de estos intentos es impresionante. Aunque no todos los estudios emplearon metodología de ensayos clínicos (p.ej., asignación aleatoria a las condiciones de tratamiento), los resultados han sido positivos. Ya que el objetivo de este artículo no es hacer una revisión extensa acerca de los estudios de investigación existentes, los lectores interesados deberían ver las revisiones de Asarnow y Carlson (1988); Birmaher *et al.* (1996a) y Lewinsohn, Rohde y Seeley (1998b). Una conclusión a nivel general que se desprende de este campo de trabajo es que la terapia cognitiva conductual (TCC) parece ser un tratamiento eficaz para los adolescentes con depresión, tanto aplicada en formato individual como grupal. Otras modalidades de psicoterapia, tales como la terapia interpersonal (Mufson, Moreau, Weissman y Klerman, 1993) y la terapia familiar sistémica (Brent *et al.*, 1996; Diamond, Serrano, Dickey y Sonis, 1996) se muestran prometedoras, pero todavía no han sido lo suficientemente probadas como para llegar a concluir que son tratamientos eficaces.

Toda esta investigación representa un serio intento, por parte de clínicos con grandes conocimientos, experimentados y competentes, en desarrollar técnicas dirigidas a los problemas psicosociales de los individuos con depresión. La mayoría de los estudios proporcionan excelentes descripciones de las intervenciones que utili-

Tabla 1

Tipos de intervenciones descritas en la literatura sobre el tratamiento de la depresión en adolescentes

Técnicas cognitivas (TC)	Pensamiento constructivo (terapia racional emotivo conductual, terapia cognitiva)
	Autoverbalizaciones positivas
	Ser su propia guía
	Habilidades de afrontamiento
	Habilidades de autocontrol (autorregistro, establecimiento de metas, autorrefuerzo)
Contexto familiar (CF)	Solución de conflictos
	Habilidades de comunicación
	Habilidades parentales
Conductual (C)	Habilidades de solución de problemas
	Incremento de actividades agradables
	Habilidades sociales (asertividad, hacer amistades, modelado)
Educación y manejo afectivo (EMA)	Relajación
	Control de la ira

zaron y, en la mayoría de los casos, se encuentran disponibles en forma de libros y manuales fácilmente accesibles. En la Tabla 1 se enumera una serie de ejemplos de técnicas de intervención, la mayoría de las cuales están pensadas para aplicarse a los problemas que manifiestan los adolescentes con depresión.

Propósito de este artículo

El propósito de este artículo es proporcionar una guía de tratamiento a los clínicos, donde, de manera fácil, se resuman rápida y claramente las características claves de las intervenciones, con el fin de utilizar esta abundante información. Los clínicos difieren en su entrenamiento, su orientación teórica y el contexto en el que ejercen. Sin embargo, creemos que de las intervenciones que han sido probadas y se encuentran disponibles, la mayoría de los terapeutas pueden elegir y seleccionar elementos que se adaptarán a su práctica y a su situación clínica. Las técnicas pueden ser utilizadas tal y como son o, si es necesario, se pueden adaptar al contexto de la práctica clínica individual o a las circunstancias clínicas (p.ej., terapeutas individuales, clínicas de salud mental, asistencia médica, organizaciones o escuelas).

El resto de este artículo describe esos elementos que comparten muchas de las intervenciones, además de aquellos que son únicos a cada orientación, para ayudar a los clínicos a decidir qué tratamientos y/o componentes pueden ser pertinentes a su práctica. También estudiaremos desarrollos futuros y áreas de nueva aplicación para tratamientos de depresión en adolescentes.

Elementos comunes del tratamiento

En nuestra revisión de los estudios para el tratamiento de la depresión en la infancia/adolescencia, hemos identificado las siguientes características destacables que son comunes a la mayoría de las orientaciones de la TCC.

Componentes específicos del tratamiento

Cada estudio ofrece diferentes combinaciones de técnicas de TCC que han resultado útiles con adultos y que fueron adaptadas para utilizarlas con adolescentes. De forma paralela a los tipos de problemas que muestran los adolescentes con depresión, estas técnicas tienen como objetivo los déficit cognitivos, conductuales y de regulación del afecto en los adolescentes. Algunas también tienen un componente centrado en los problemas con los padres.

El grado por el cual técnicas específicas necesitan aplicarse a los problemas clínicos de un paciente en concreto es una interesante área de investigación. Históricamente, una asunción común ha sido que la mejor aproximación de tratamiento debería dirigirse hacia los déficits que presentaba el paciente (esto se llama habitualmente una aproximación «terapéutica» o «de compensación») (Rude y Rehm, 1991). Por ejemplo, un adolescente deprimido con unas buenas relaciones

con sus compañeros y cogniciones realistas (no depresivas), pero con un alto nivel de conflicto familiar, debe ser tratado con una aproximación de terapia familiar dirigida a la reducción del conflicto. El enfoque alternativo, llamado «capitalización», implica técnicas de tratamiento diseñadas para incrementar las mejores áreas de funcionamiento del paciente. Para el adolescente mencionado anteriormente, se seleccionarían intervenciones de entrenamiento cognitivo o de habilidades sociales. Algunas revisiones de investigaciones basadas en estudios con adultos están a favor de la aproximación de «capitalización» (Rude y Rehm, 1991) pero se necesita más investigación para resolver esta importante cuestión.

Duración y contactos limitados

Todos los programas de TCC están limitados con respecto a la duración o tiempo del curso y al número de sesiones. El protocolo de Harrington consta de cinco a ocho sesiones (Wood, Harrington y Moore, 1996), la TCC de Brent de 16 sesiones (Brent *et al.*, 1996) mientras que el modelo de TCC del grupo de Clarke, Lewinsohn y Hops (1990) consta de 16 sesiones realizadas a lo largo de 8 semanas. El programa de TCC de Stark y Kendall (1996) es de 18 sesiones, dos por semana para las primeras 4 semanas y luego una sesión a la semana.

La experiencia de estos estudios es que parece posible proporcionar ayuda eficaz para adolescentes con depresión en un período de tiempo relativamente corto (1-2 meses) y con un número determinado de sesiones de terapia. La otra ventaja es que la duración del tratamiento es previsible, lo cual es útil en contextos de tratamiento más amplios (p.ej., centros de salud mental comunitarios, organizaciones de mantenimiento de la salud) para planificar la disponibilidad del personal, costes, etc. Por lo que respecta a la longitud del tratamiento, el que sea rápido y previsible es normalmente una meta loable, con beneficios potenciales para todos los interesados (pacientes, familias, pagadores, proveedores). Sin embargo, algunos proveedores, familias y defensores de la infancia pueden estar preocupados por un efecto no perseguido, causado por la relativa brevedad de la TCC, como es el que intereses financieros (pagador) puedan usar estos datos para rebajar el número de sesiones de terapia a costa de la obtención de efectos clínicos positivos y duraderos.

Desafortunadamente, no se han hecho estudios controlados acerca de la relación entre el número de sesiones de terapia, la longitud del tratamiento, la gravedad del trastorno y los resultados a corto y a largo plazo. Este tipo de información es necesaria para estudiar las cuestiones anteriores. No obstante, después de que tratamientos de diferente duración hayan conseguido resultados más o menos comparables, no sería erróneo afirmar que no hay una duración óptima del tratamiento que se adapte a todos los casos de depresión juvenil. Los datos de nuestro estudio de tratamiento más reciente de TCC en grupo (Clarke *et al.*, 1998) indican que jóvenes con depresión, que no se han recuperado totalmente tras 8 semanas de tratamiento, obtuvieron un beneficio clínico adicional (y en algunos casos se recuperaron) tras continuadas sesiones mensuales de mantenimiento, sugiriendo la

necesidad de variar la longitud del tratamiento, dependiendo de la tasa de recuperación.

Sesiones de tratamiento estructuradas y directivas

Las sesiones en cada tratamiento están estructuradas, aunque con diversos grados de actividad prescrita y de estructuración. La mayoría de los programas de TCC proporcionan al menos un plan de trabajo para cada sesión de tratamiento o grupo de sesiones, que explica los principales objetivos y metas de la terapia y el contenido de las sesiones, incluyendo las actividades recomendadas y las tareas para casa. Esta característica de las intervenciones de TCC es la opuesta de las clásicas aproximaciones de tratamiento «aquí y ahora» no directivas (Rogers, 1957) y está relacionada con el uso limitado de tiempo que caracteriza a la mayoría de los protocolos de TCC. El establecimiento de una agenda de trabajo y la naturaleza directiva de la TCC está diseñada para facilitar la realización de todas las tareas terapéuticas.

¿Qué método es mejor? ¿directivo o no directivo? La investigación existente no responde a esta cuestión. Sin embargo, hoy en día la mayoría de los terapeutas encuentran la necesidad pragmática de ser más directivos, dadas las presiones económicas para terminar la terapia en menos sesiones. Dentro de esta restricción realista, la aproximación de TCC proporciona un método con coherencia interna y validado empíricamente para lograr metas terapéuticas limitadas pero específicas. Sin embargo, es importante reconocer que demasiada dirección y estructura puede ser aversivo, especialmente para adolescentes que están en el proceso de emanciparse de lo que ellos pueden considerar como métodos autoritarios de los padres, profesores y otros adultos. Probablemente la mejor aproximación es una mezcla prudente de actividades directivas, quizás mutuamente negociadas entre terapeuta y cliente, nivelada por alguna actividad regular pero no estructurada.

Modificaciones de la edad

Como hay importantes diferencias en las habilidades mentales y en los estilos de aprendizaje de un niño de 10 años a uno de 16, los tratamientos difieren en relación al grupo de edad al que van dirigidos. El rango de edad aconsejado para cada modelo de tratamiento se muestra en la Tabla 2.

Nadie ha informado de resultados de estudios controlados con niños menores de 10 años, aunque Ialongo, Kellam y colaboradores (Ialongo *et al.*, 1993; Kellam *et al.*, 1994) han desarrollado métodos para evaluar la depresión en niños jóvenes. Mientras nuestros datos retrospectivos sugieren que la prevalencia de la depresión en niños menores de 10 años es muy baja, en la literatura se han descrito algunos casos clínicos (Chess *et al.*, 1983; Kovacs, 1983; Pozanski y Zrull, 1970). Una vía de investigación interesante de cara al futuro podría ser el intentar adaptar técnicas de TCC para utilizarlas con niños muy jóvenes.

Tabla 2
Características descriptivas de las intervenciones

Estudios	Componentes del tratamiento				Nº de Sesiones	Duración (Semanas)	Rango Edad (Años)	Modo ^a	Manual	Mante- nimiento	Prevención
	TC	C	CF	EMA							
Beardslee <i>et al.</i> , 1993	X		X		6 - 10	6 - 10	8 - 14	I	X		X
Brent <i>et al.</i> , 1997	X	X	X	X	12 - 16	12 - 16	13 - 18	I	X	X	
Butler <i>et al.</i> , 1980	X	X			16; 2 horas	16	14 - 18	G	X	X	X
Clarke <i>et al.</i> , 1990	X	X	X	X	16; 2 horas	84 - 18		G	X	X	X
Jaycox <i>et al.</i> , 1994	X	X			12	12	10 - 13	G	X		X
Kahn <i>et al.</i> , 1990	X	X		X			10 - 14	G			
Kaslow y Racusin, 1994	X	X	X	X				I			
Mufson <i>et al.</i> , 1993		X	X		12	12	12 - 18	I	X		
Reynolds y Coates, 1986	X	X		X	10		14 - 18	G	X		
Rosselló y Bernal, 1996	X	X	X				13 - 19	I	X		
Stark <i>et al.</i> , 1996	X	X	X	X	12		9 - 13	G	X	X	
Vostanis y Harrington, 1994	X	X			5 - 9		9 - 17	I		X	

Nota. Todas las sesiones duran de 50 minutos a 1 hora, ofrecidas semanalmente, salvo observación contraria.

TC = técnicas cognitivas; C = técnicas conductuales; CF = contexto familiar; EMA= educación y manejo afectivo

^aModo: I= individual, G = grupal.

Grupal versus individual

Algunos tratamientos se han diseñado para ser empleados de forma individual (Brent *et al.*, 1997; Mufson *et al.*, 1993; Vostanis y Harrington, 1994). Otros están destinados a ser utilizados en pequeños grupos de 6 a 10 jóvenes (Clarke y Lewinsohn, 1989; Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman, 1994; Kahn, Kehle, Jenson y Clark, 1990; Stark *et al.*, 1996). Algunas ventajas de la terapia individual son que los terapeutas pueden elegir esas técnicas o los componentes de las técnicas, que se adecúan a la presentación del paciente a nivel individual, permitiendo centrarse en los problemas del joven. Por otra parte, la terapia en grupo tiene probablemente una mejor relación coste/eficacia (aunque, hasta el momento, esto no se ha comprobado), permite la representación de papeles, el modelado y oportunidades de retroalimentación con los compañeros, proporciona oportunidades para el aprendizaje vicario y desenvoltura social, especialmente para esos jóvenes que se encuentran incómodos en una relación de uno a uno o que están más cómodos en presencia de otros jóvenes.

Mientras que ningún estudio ha desarrollado o probado la adaptación de los tratamientos en grupo para usarlos con jóvenes a nivel individual, o viceversa, nuestra experiencia clínica (y la retroalimentación anecdótica de colegas que usaron nuestro modelo) es que los programas en grupo pueden ser adaptados con buenos resultados de forma relativamente fácil para usarlos con adultos con depresión a nivel individual (véase Brown y Lewinsohn, 1982; Teri y Lewinsohn, 1986). Roselló y Bernal (1996) han desarrollado y probado una intervención de TCC a nivel individual para adolescentes puertorriqueños, basada en los programas de TCC grupal de Lewinsohn *et al.* (1984) y Muñoz y Ying (1993) para adultos de habla inglesa e hispanos, respectivamente.

Adaptar los tratamientos individuales a grupos puede implicar un mayor esfuerzo. Los clínicos que intentan modificar estos programas en una dirección o en la otra podrían estar interesados en contactar con los investigadores que desarrollaron el tratamiento para solicitar ayuda.

Orientación educacional versus orientación terapéutica

Los tratamientos difieren en el grado en que adopten una postura psicoeducativa explícita (Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990) o una más dinámica (tradicional) (Mufson *et al.*, 1993). La primera define explícitamente el rol del terapeuta como profesor, los pacientes como estudiantes y el proceso como aprendizaje. Nuestro programa de TCC grupal y otros (Stark y Kendall, 1996), simulan un aula (es decir, un escenario familiar para los jóvenes). De hecho, nuestra intervención puede y ha sido enseñada en escuelas.

No todas las intervenciones de TCC son tan explícitamente psicoeducativas. Algunos tratamientos (p.ej., Brent *et al.*, 1996) están claramente diseñados para utilizarlos en contextos de terapia clínica enfatizando el rol de paciente y terapeuta. En general, los programas de TCC en grupo tienden hacia la orientación psicoeducativa, mientras que las intervenciones de TCC individual tienden hacia el modelo más tradicional de paciente-terapeuta.

Tratamiento versus continuación o mantenimiento

Todos los tratamientos enumerados en la Tabla 2 tienen como objetivo una mejora en cuanto al estado de depresión. Sólo unos pocos de los más recientes también se han interesado por el mantenimiento de las ganancias del tratamiento a través de sesiones de mantenimiento, o continuación del tratamiento en un nivel reducido más allá del período de tratamiento (Brent *et al.*, 1996; Lewinsohn *et al.*, 1996; Wood *et al.*, 1996), para aplicarse a los problemas que puedan continuar o surgir durante el período de seguimiento.

Nosotros recomendamos que los clínicos incorporen un componente explícito de mantenimiento y/o continuación en sus tratamientos. Un componente de mantenimiento puede ser especialmente importante cuando se trata de jóvenes que tienen uno o más factores de riesgo para la recaída/recurrencia de un TDM: historia de uno o más episodios previos de depresión, historia de intentos de suicidio, ideación suicida, mayor gravedad del primer episodio de TDM, mayor edad al comienzo del primer episodio y más corta la duración del primer episodio (Lewinsohn *et al.*, 1994). Un componente de continuación también será muy importante para los que no se han recuperado del todo al final del tratamiento.

Prevención

Muy pocas de las intervenciones han sido desarrolladas o adaptadas para la prevención de la depresión. Varios grupos han intentado elegir como objetivo la prevención de la depresión en jóvenes (es decir, dirigida a aquellos que se encuentran en elevado riesgo de tener una depresión en el futuro). Clarke *et al.* (1995), Gillham, Reivich, Jaycox y Seligman (1995) y Jaycox *et al.* (1994) han desarrollado intervenciones para jóvenes con elevados síntomas subsindrómicos de depresión. Clarke, Hornbrook, Polen y Lynch (1998) están intentando en la actualidad prevenir la depresión entre el grupo de riesgo formado por descendientes de padres con depresión, utilizando una intervención similar a la TCC grupal.

Otros grupos candidatos, elegidos como objetivo de los esfuerzos de prevención de la depresión, incluyen jóvenes que sufren enfermedades médicas asociadas con deterioro funcional (p.ej., una importante fractura ósea) (Lewinsohn *et al.*, 1996b) y madres adolescentes embarazadas con historia de depresión (O'Hara, 1995). En el segundo grupo no sólo están en riesgo de padecer una futura depresión, sino que una vez que estén en tal estado pueden transmitir riesgos adicionales de desarrollo a sus bebés o niños a través de una relación niño-madre deteriorada.

Implicación de los padres

No todos los programas de tratamiento de la depresión incluyen explícitamente a los padres, aunque algunos pueden hacerlo así casualmente. Nadine Kaslow (Kaslow y Racusin, 1994) ha sido la más elocuente por incluir a la familia en el tratamiento y por defender la terapia familiar que integra intervenciones

cognitivo-conductuales e interpersonales para niños y adolescentes con depresión. Nuestro programa es quizás típico en cuanto a la forma en que las intervenciones en TCC en grupo implican a los padres, con un manual específico para el terapeuta (Lewinsohn, Rohde, Hops y Clarke, 1991b) y otro para trabajar en grupo con los padres (ocho sesiones de 2 horas) (Lewinsohn, Rohde, Hops y Clarke, 1991a) y que está pensado para ser administrado conjuntamente con el grupo de adolescentes. El tratamiento de los padres tiene como objetivo informar de las habilidades que se enseñan a los adolescentes de forma que ellos puedan ser el apoyo al aprendizaje de clase. A los padres se les enseña también la misma negociación y resolución de conflictos y habilidades de comunicación que se enseña a los adolescentes, para mejorar las sesiones de resolución de problemas de forma conjunta.

Brent *et al.* (1997) también implican explícitamente a los padres en sus intervenciones de TCC con jóvenes con un programa de «psicoeducación familiar». Consta de tres sesiones durante las cuales se le da a los padres un manual psicoeducativo y se les invita a discutir cuestiones y asuntos en relación al tratamiento de la depresión, dedicándose hasta una hora de tratamiento a cuestiones psicoeducativas. Stark y Kendall (1996) trabajan con un grupo de padres durante 11 sesiones. William Beardslee es otro investigador que utiliza una aproximación de reestructuración cognitiva familiar para tratar a los hijos de padres con depresión que también padecen depresión (Beardslee *et al.*, 1997). Su aproximación puede ser especialmente útil con terapeutas que tratan jóvenes en familias en las cuales los padres tienen depresión.

Resultados de un metaanálisis

Recientemente, Reinecke, Ryan y DuBois (1998) llevaron a cabo un metaanálisis de los resultados de seis estudios de TCC informando un tamaño del efecto global postratamiento de 1,02. Nuestra estimación (calculado el promedio a través de los estudios que se muestran en la Tabla 2) es de 1,27 y el 63% de los pacientes mostraron mejoría clínicamente significativa al final del tratamiento. Sin duda, los tratamientos tienen un efecto importante.

Conclusión

Este artículo no pretendía ser una revisión exhaustiva de las investigaciones acerca del tratamiento de la depresión en adolescentes. Los lectores interesados en esto deben consultar otros estudios (Birmaher *et al.*, 1996b; Hibbs y Jensen, 1996; Reynolds y Johnston, 1994). En cambio, este artículo es un resumen de los distintos recursos para los profesionales de salud mental, permitiendo comparaciones rápidas de diferentes tratamientos de la depresión en adolescentes en características claves. Esperamos que esta información facilitará el uso de técnicas de TCC en la práctica clínica.

Creemos que una mayor adopción y uso de TCC en el tratamiento de adolescentes con depresión está justificada por la investigación llevada a cabo hasta la fecha. Mientras existe alguna variación en las poblaciones y resultados que se han examinado en la investigación de la eficacia de estos tratamientos, hay consistencia en cuanto a la obtención de resultados positivos con el tratamiento. Se necesita siempre investigación adicional del tratamiento, especialmente comparando diferentes métodos de intervención (p.ej., medicación *versus* TCC), diferentes modalidades (grupal *versus* individual) y diferentes poblaciones diana. No obstante, no creemos que esta investigación pendiente deba silenciar la conclusión general de que muchos de estos tratamientos cuya eficacia ha sido probada se encuentran ahora preparados para una mayor aplicación en la práctica clínica. Estamos de acuerdo con Hogarty, Shooler y Baker (1997), quienes argumentan que los clínicos deberían adoptar tratamientos cuya eficacia ha sido probada (p.ej., probados bajo condiciones relativamente controladas) en lugar de descartarlos, mientras se esperan que se lleven a cabo estudios eficaces.

Además de usar estas intervenciones en tratamientos intensivos, los clínicos deben disponer de una estrategia explícita para mantener las ganancias del tratamiento y para prevenir la recaída en niños y adolescentes con depresión. Mientras que nosotros no podemos hacer recomendaciones de intervenciones específicas, debido a la escasa investigación en la prevención de la recaída/recurrencia en jóvenes con depresión, éste es uno de los problemas que merecen una seria atención en la práctica clínica. En el presente, el consejo más razonable para los terapeutas se encuentra en la investigación ya establecida para la prevención de la recaída con adultos con depresión (Blackburn, Jones y Lewin, 1986; Evans *et al.*, 1992; Hersen, Bellack, Himmelhoch y Thase, 1984; Hollon, Shelton y Loosen, 1991; Kovacs, 1981; McLean y Hakstian, 1990; Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977; Simons, Murphy, Levine y Wetzel, 1996) en la cual los regímenes de mantenimiento de TCC, terapia interpersonal y/o medicación antidepresiva muestran diferentes grados en cuanto a sus posibilidades de éxito para reducir la recaída o recurrencia. Es de esperar que pronto se llevarán a cabo estudios similares con jóvenes con depresión, lo cual proporcionará más recomendaciones apropiadas a la edad.

Tendencias futuras

Esperamos que en los próximos años se haga un importante esfuerzo para evaluar la necesidad de intervenciones para la depresión en niños muy jóvenes (Ialongo *et al.*, 1993). La evidencia de que (a) la depresión afecta a las familias de forma global (Hammen, 1991) y (b) que la depresión en madres jóvenes puede tener un impacto perjudicial en el desarrollo de sus hijos pequeños (Cummings y Davies, 1994), sugiere una potencial utilización de técnicas cognitivo-conductuales con niños cada vez más jóvenes para prevenir y/o reducir la depresión y quizás otros trastornos mentales.

La cantidad de experiencia y conocimiento que se ha ido acumulando en torno al uso de técnicas conductuales y cognitivas con personas jóvenes hace que resulte

realista el dirigir intervenciones a amplias comunidades del tipo de las defendidas por Seligman (1995).

Una necesidad no cubierta, que necesita de forma inmediata ser abordada, es la adaptación de las técnicas descritas en este artículo para utilizarlas con afroamericanos, americanos nativos, hispanos y otros grupos étnicos. El trabajo de Roselló y Bernal (1996) es un excelente ejemplo de lo viable de esta tentativa y sugiere que tales intentos tendrán éxito.

Referencias

- Amenson, C.S. y Lewinsohn, P.M. (1981). An investigation into the observed sex difference in prevalence of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 13.
- Asarnow, J.R. y Carlson, G.A. (1988). Childhood depression: Five year outcome following cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 456.
- Beardslee, W.R., Salt, P., Versage, E.M., Gladstone, T., Wright, E.J. y Rothberg, P.C. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.
- Beardslee, W.R., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P.C., van de Velde, P., Swatling, S., Hoke, L., Moilanen, D.L. y Wheelock, I. (1993). Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 254-263.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J. y Nelson, B. (1996a). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-4439.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J. y Nelson, B. (1996b). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.
- Blackburn, I.M., Jones, S. y Lewin, R.J.P. (1986). Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 241-251.
- Bornstein, M., Delamater, A. y Conner, C.K. (1980). Evaluation and multimodal treatment of a depressed prepubertal girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 690-702.
- Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S. y Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.
- Brent, D.A., Roth, C.M., Holder, D.P., Kolko, D.J., Birmaher, B., Johnson, B.A. y Schweers, J.A. (1996). Psychosocial interventions for treating adolescent suicidal depression: A comparison of three psychosocial interventions. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders* (pp. 187-206). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, R.A. y Lewinsohn, P.M. (1982). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 774-783.
- Butler, L., Miezitis, S., Friedman, R. y Cole, E. (1980). The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents. *American Educational Research Journal*, 17, 111-119.

- Carlson, G.A. y Cantwell, D.P. (1980). A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 21, 19-25.
- Chess, S., Thomas, A. y Hassibi, M. (1983). Depression in childhood and adolescence: Aprospective study of six cases. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 411-420.
- Clarke, G.N., Hawkins, X.V., Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M. y Seeley, J.R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-332.
- Clarke, G.N., Hornbrook, M.C., Polen, M. y Lynch, F. (1998). Prevention and treatment of depression in adolescent offspring of parents enrolled in a HMO. Grant application funded by the Services Research Branch of the National Institute of Mental Health (R01-MH51318-O1A1).
- Clarke, G. y Lewinsohn, P.M. (1989). The coping with depression course: A group psychoeducational intervention for unipolar depression. *Behaviour Change*, 6, 54-69.
- Clarke G.N., Lewinsohn, P.M. y Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H. y Seeley, J.R. (1998). *Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: Replication of acute treatment efficacy, and effects of maintenance therapy*. Manuscrito no publicado, Kaiser Permanente Center for Health Research, Portland, OR.
- Cummings, E.M. y Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Diamond, G.S., Serrano, A.C., Dickey, M. y Sonis, W.A. (1996). Current status of family-based outcome and process research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 6-16.
- Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRuibois, R.J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J. y Tuason, V.B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Fleming, J.E. y Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Frame, C., Matson, J.L., Sonis, W.A., Fialkov, M.J. y Kazdin, A.E. (1982). Behavioral treatment of depression in a prepubertal child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 239-243.
- Gillharm, J.E., Reivich, K.J., Jaycox, L.H. y Seligman, M.E.P. (1995). Prevention of depressive symptoms in school children: Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351.
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Harrington, R. (1992). The natural history and treatment of child and adolescent affective disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 1287-1302.
- Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M. y Thase, M.E. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
- Hibbs, E.D. y Jensen, P.S. (dirs.). (1996). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hogarty G. E., Schooler, N.R. y Baker, R.W. (1997). Efficacy versus effectiveness. *Psychiatric Services*, 48, 1107.

- Hollon, S.D., Shelton, R.C. y Loosen, P.T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 88-99.
- Ialongo, N., Edelson, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L. y Kellam, S. (1993). Are self-reported depressive symptoms in first-grade children developmentally transient phenomena? A further look. *Development and Psychopathology*, 5, 433-547.
- Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Gillham, J. y Seligman, M.E.P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Kahn, J.S., Kehle, T.J., Jenson, W.R y Clark, E. (1990). Comparison of cognitive-behavioral relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, 19, 196-210.
- Kaslow, N.J. y Racusin, G.R. (1994). Family therapy for depression in young people. En W.M. Reynolds y H.F. Johnston (dirs.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 345-363). Nueva York: Plenum Press.
- Kellam, S.G., Rebok, G.W., Mayer, L.S., Ialongo, N. y Kalodner, C.R. (1994). Depressive symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. *Development and Psychology*, 6, 463-481.
- Kessler, R.C., McGonagle K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*. 46, 305- 315.
- Kovacs, M. (1983). Definition and assessment of childhood depressions. En D.F. Ricks y B.S. Dohrenwend (dirs.), *Origins of psychopathology: Problems in research and public policy* (pp. 109-127). Nueva York: Cambridge University Press.
- Kovacs, M. (1985). The natural history and course of depressive disorders in childhood. *Psychiatric Annals*, 15, 387-389.
- Lewinsohn, P.M., Antonuccio, D.O. Steinmetz, J.L. y Teri, L. (1984). *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H. y Andrews, J.A. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R. y Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Rohde, P., Hops, H. y Seeley, J.R. (1996). A course in coping: A cognitive- behavioral approach to the treatment of adolescent depression. En E. Hibbs y P. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders: Empirically based approaches* (pp. 109-135). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Seeley, J.R y Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818.
- Lewinsohn, P.M., Roberts, R.E., Seeley, J.R, Rohde, P., Gotlib, I.H. y Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302-315.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Hops, H. y Clarke, G. (1991a). *Parent workbook: Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Hops, H. y Clarke, G.N. (1991b). *Leaders' manual for parent groups: Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.

- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Klein, D.N. y Seeley, J.R. (1999). The natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity in young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 56-63.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., Klein, D.N. y Gotlib, I. (1998). *The natural course of adolescent major depressive disorder II. Effects on Psychosocial functioning in young adulthood*. Manuscrito remitido para publicación.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P. y Seeley, J.R. (1998a). Treatment of adolescent depression: Frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depression and Anxiety*, 7, 47-52.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P. y Seeley, J.R. (1998b). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Hibbard, J., Rohde, P. y Sack, W.H. (1996). Cross-sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1120-1129.
- Lewinsohn, P.M., Zeiss, A.M. y Duncan, E.M. (1989). Probability of relapse after recovery from an episode of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 107-116.
- MacDonald, M.L. y Butler, A.K. (1974). Reversal of helplessness: Producing walking behavior in nursing home wheelchair residents using behavior modification procedures. *Journals of Gerontology*, 29, 97-101.
- McLean, P.D. y Hakstian, A.R. (1990). Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 482-488.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M.M. y Klerman, G.L. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Muñoz, R.E. y Ying, Y. (1993). *The prevention of depression: Research and practice*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- O'Hara, M.W. (1995). *Postpartum depression: Causes and consequences*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Petti, T.A., Bornstein, M., Delamater, A. y Conners, C.K. (1980). Evaluation and multimodal treatment of a depressed prepubertal girl. *Journal of the American Association of Child Psychiatry*, 19, 690-702.
- Pozanski, E.O. y Zrull, J.P. (1970). Childhood depression. *Archives of General Psychiatry*, 23, 8-15.
- Reinecke, M.A., Ryan, N.E. y DuBois, D.L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 25-34.
- Reynolds, W.M. y Coates, K.I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 653-660.
- Reynolds, W.M. y Johnston, H.F. (1994). *Handbook of depression in children and adolescents*. Nueva York: Plenum.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosselló, J. y Bernal, G. (1996). Adapting cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depressed Puerto Rican adolescents. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders* (pp. 157-185). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rude, S.S. y Rehm, L.P. (1991). Response to treatments for depression: The role of initial status on targeted cognitive and behavioral skills. *Clinical Psychology Review*, 11, 493-514.

- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. y Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Seligman, M.E.P. (1995). *The optimistic child: A revolutionary program that safeguards children against depression and builds lifelong resilience*. Nueva York: Harper Collins.
- Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine, J.L. y Wetzell, R.D. (1996). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Stark, K.D. y Kendall, P.C. (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for «ACTION»*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Stark, K.D., Kendall, P.C., McCarthy, M., Stafford, M., Barron, R. y Thomeer, M. (1996). *Taking ACTION: A workbook for overcoming depression*. Ardmore, PA.: Workbook.
- Stark, K.D., Swearer, S., Kurowski, C., Sommer, D. y Bowen, B. (1996). Targeting the child and the family: A holistic approach to treating child and adolescent depressive disorders. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders* (pp. 207-238). Washington, DC: American Psychological Association.
- Teri, L. y Lewinsohn, P.M. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy*, 17, 215-228.
- Velez, C.N., Johnson, J. y Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Vostanis, P. y Harrington, R. (1994). Cognitive-behavioural treatment of depressive disorder in child psychiatric patients: Rationale and description of a treatment package. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 111-123.
- Weller, E.B. y Weller, R.A. (1984). *An update of childhood depression*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weller, E.B. y Weller, R.A. (1985). Clinical aspects of childhood depression. *Psychiatric Annals*, 15, 374-386.
- Weller, E.B., Weller, R.A. y Fristad, M.A. (1984). Assessment and treatment of childhood depression. En E.B. Weller y R.A. Weller (dirs.), *Current perspectives on major depressive disorders in children* (pp.1-18). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wood, A., Harrington, R. y Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 737-746.