

EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE: UNA REVISIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DE DOS DÉCADAS DE INVESTIGACIÓN¹

Xavier Méndez, Pedro J. Moreno, Julio Sánchez Meca, José Olivares
y José P. Espada²
Universidad de Murcia (España)

Resumen

Se revisa la evidencia acerca de la eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente. La revisión cualitativa comprende estudios de caso, ensayos clínicos abiertos y estudios con grupo de control, valorados según los criterios establecidos por la comisión de expertos de la American Psychological Association para determinar el apoyo empírico de un tratamiento psicológico (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995). La revisión cuantitativa consiste en un meta-análisis de 20 estudios identificados en el período 1980-1999, con una muestra de 704 niños y adolescentes (rango 9-19 años). El 90% de los estudios utilizan como tratamiento activo una técnica o programa de terapia cognitivo-conductual. La eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente es alta en el posttest ($d = 0,84$) y media en el seguimiento ($d = 0,78$). Estos resultados confirman los obtenidos con una muestra más heterógena de menor tamaño, por Reinecke, Ryan y DuBois (1998).

PALABRAS CLAVE: *Depresión infantil, depresión adolescente, meta-análisis, tratamiento psicológico.*

Abstract

Evidence of the effectiveness of psychological treatment for child and adolescent depression is reviewed. The qualitative review consists of case studies, open clinical trials and control group studies, evaluated in accordance with the criteria established by the American Psychological Association to determine the empirical support of psychological treatment (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995). The quantitative review consists of a meta-analysis of 20 studies carried out throughout the period 1980-1999, on a sample of 704

1 Este trabajo ha sido financiado por el Programa Sectorial de Promoción General del Conocimiento del Ministerio de Educación y Ciencia (PB98-0401).

2 *Correspondencia:* F. Xavier Méndez Carrillo, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Apartado 4021, 30080 Murcia (España). E-mail: xmendez@fcu.um.es

children and adolescents (between the ages of 9-19). Ninety per cent of the studies make use of a cognitive-behavioral technique or program as the active treatment. The effectiveness of the psychological treatment for child and adolescent depression is high in the post-test ($d= 0.84$) and moderate in the follow-up ($d= 0.78$). These results confirm the ones obtained by Reinecke, Ryan and DuBois (1998) with a smaller, more heterogeneous sample.

KEY WORDS: *Child depression, Adolescent depression, meta-analysis, psychological treatment.*

Introducción

En este artículo revisamos la evidencia acerca de la eficacia del tratamiento psicológico, en general, y de la terapia de conducta, en particular, para la depresión infantil y adolescente. La revisión cualitativa comprende estudios de caso, ensayos clínicos abiertos y estudios con grupo de control, valorados según los criterios establecidos por la comisión de expertos de la American Psychological Association para determinar el apoyo empírico de un tratamiento psicológico. La revisión cuantitativa consiste en un meta-análisis de 20 estudios identificados. El período revisado abarca desde 1980, fecha de la tercera edición del «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales» (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III*), donde se reconoció que «los síntomas esenciales del episodio depresivo mayor son similares en niños, adolescentes y adultos» (APA, 1980/1983, p. 221), hasta 1999, ambos años inclusive.

La revisión sobre la eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente se justifica por varias razones:

- a) A diferencia de otros trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, como la enuresis (Houts, Berman y Abrainson, 1994) o el negativismo desafiante (Walter y Gilmore, 1973; Wells y Egan, 1988), donde la terapia de conducta se considera un tratamiento bien establecido (Chambless *et al.*, en prensa), se dispone de menos información sobre su grado de eficacia en la depresión infantil y adolescente.
- b) A diferencia de la depresión adulta, donde la terapia de conducta (Jacobson *et al.*, 1996; McLean y Jakstian, 1979), la terapia cognitiva (Dobson, 1989) y la terapia interpersonal (DiMascio *et al.*, 1979; Elkin *et al.*, 1989), son tratamientos bien establecidos (Chambless *et al.*, en prensa), se desconoce si las correspondientes adaptaciones de estos tratamientos para niños y adolescentes son igualmente eficaces.
- c) A diferencia de los importantes avances en nuestro país en psicopatología (Domènech y Polaino-Lorente, 1990; Domènech, Subirà y Cuxart, 1996; Polaino-Lorente, 1988; Polaino-Lorente y Domènech, 1988; Polaino-Lorente y García-Villamizar, 1993) y evaluación (Del Barrio, 1997; Del Barrio *et al.*, 1993; Domènech, Monreal y Ezpeleta, 1985; Ezpeleta, 1995; Ezpeleta, Domènech y Polaino-Lorente, 1988), la traducción y adaptación a nuestro

ámbito cultural o la elaboración de protocolos terapéuticos es un área menos desarrollada.

- d) A diferencia de la escasa investigación llevada a cabo en el pasado en comparación con el tratamiento de otros trastornos infantiles, como el retraso mental o los trastornos del aprendizaje, desde hace dos décadas existe un interés creciente por el conocimiento y el remedio de la depresión en la infancia y la adolescencia, impulsado en gran medida al aceptarse «que la sintomatología *esencial* de los trastornos afectivos (...) es la misma para los niños que para los adultos» (American Psychiatric Association, 1980/1983, p. 41).

Domènech (1998) transcribe la descripción realizada en 1893 por Antonio Jover, pediatra nacido en Barcelona y catedrático de pediatría en La Habana, para mostrar que esta patología se conocía muy bien en Europa a finales del siglo pasado. El tema no es un descubrimiento reciente en nuestro país. La novedad es la toma de conciencia de terapeutas e investigadores de que se ha estado subestimando la prevalencia, el sufrimiento clínicamente significativo y las repercusiones negativas en las áreas social, escolar, etc., para el niño y su familia. Esta autora resalta acertadamente la relevancia clínica del trastorno:

«La depresión en todas las edades es una cuestión que está en la mente de todos por tratarse de una patología que está mermando la felicidad y la capacidad de trabajo de una manera muy lacerante en este final de siglo. Los niños no escapan de esta terrible plaga y además, la enfermedad en los pequeños tiene el riesgo de cronificarse y de ser un calvario a lo largo de toda la vida, afectando a quienes la padecen y a los de su entorno» (p. 13).

Evidencia basada en estudios de caso y en ensayos clínicos abiertos

En la literatura científica existen varios informes de caso que muestran la eficacia de la terapia de conducta. Frame *et al.* (1982) trataron a un niño de diez años, con un nivel intelectual límite (CI = 79), diagnosticado de depresión según los criterios del *DSM-III*. Las evaluaciones de la madre y del personal del centro al que asistía el niño, incluyendo psicólogo y psiquiatra, confirmaron el diagnóstico. El tratamiento se centró en el área social. Mediante instrucciones, modelado, representación de papeles (*role playing*) y retroalimentación, se le enseñaron conductas sociales apropiadas como postura del cuerpo, contacto ocular, habla fluida y expresión de afecto. Las habilidades sociales adquiridas y la mejora de la depresión conseguidas se mantenían en el seguimiento realizado a los tres meses. Vera (1986) también trató con éxito un caso parecido. El programa de tratamiento, compuesto de actividades agradables, entrenamiento en aserción y medicación antidepresiva, redujo el número y la gravedad de los síntomas depresivos y disminuyó la ansiedad social de un niño de doce años, con trastorno depresivo mayor (*DSM-III*).

La terapia de conducta se ha combinado con otras formas de terapia para tratar casos graves de depresión infantil que requerían hospitalización. Petti, Bornstein,

Delamater y Conners (1980) trataron a una niña de diez años y medio ingresada en una unidad de pacientes deprimidos crónicos. Se prescribió imipramina y se llevó a cabo un entrenamiento en habilidades sociales para facilitar el regreso a casa. Mediante instrucciones, ensayo de conducta y retroalimentación de la actuación mejoró su comportamiento social: contacto ocular, sonrisa, duración de la conversación, cumplidos y saludos, petición de cambio de conducta en respuesta a demandas abusivas. La mejoría se mantenía en un seguimiento realizado a las seis semanas.

Petti (1986) informó también de un niño de siete años, cuyos padres solicitaron tratamiento a causa de las graves dificultades emocionales y conductuales que presentaba desde hacía dos años. Fue diagnosticado de depresión moderada de acuerdo con la entrevista clínica «Índice Bellevue de Depresión» (*Bellevue Index of Depression, BID*; Petti, 1978), el «Inventario de Depresión Infantil» (*Children's Depression Inventory, CDI*; Kovacs y Beck, 1977), y el registro de observación, «Inventario de Depresión en Edad Escolar» (*School Age Depression Listed Inventory, SADLI*; Petti y Law, 1982). El tratamiento, aplicado durante seis semanas en régimen de hospitalización, incluyó terapia ambiental, psicoterapia orientada dinámicamente, terapia psicoeducativa, entrenamiento en habilidades sociales, programación conductual y adiestramiento de los padres. La terapia prosiguió tras el alta hospitalaria completándose con prescripción de imipramina. El niño experimentó mejoras en casa y en la escuela. Finalmente los padres telefonearon al terapeuta para comunicarle la interrupción del tratamiento, ya que su hijo estaba funcionando bien.

La terapia combinada, modificación de conducta y medicación, es eficaz no solo para producir una mejora de la depresión infantil, sino también para mantener a largo plazo la ganancia terapéutica. Asarnow y Carlson (1988) aplicaron con éxito un tratamiento combinado farmacológico y cognitivo-conductual a una niña de diez años, diagnosticada de trastorno depresivo mayor grave con síntomas psicóticos. El efecto benéfico conseguido persistía en un seguimiento realizado a los cinco años.

Del mismo modo, varios estudios de caso apoyan la utilidad de la terapia de conducta para tratar la depresión adolescente. Miller y Cole (1998) enseñaron a un adolescente de catorce años, que además de depresión presentaba un trastorno disocial comórbido, a hacer cumplidos, a ofrecer ayuda a los demás y a responder de forma no agresiva a las burlas. El entrenamiento en habilidades sociales incluyó instrucciones, modelado, representación de papeles y retroalimentación de la actuación. Tanto la entrevista clínica como el inventario de depresión mostraron una disminución de la sintomatología depresiva. Los terapeutas constataron un aumento de la conducta prosocial que, sin embargo, no se generalizó al contexto escolar, ya que ni los informes del profesor ni las evaluaciones sociométricas de los compañeros revelaron un cambio significativo en el área social. Rollings *et al.* (1998) trataron una adolescente con depresión e inasistencia escolar. Se celebraron diez sesiones de terapia cognitivo-conductual, centradas en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento de situaciones escolares y domésticas estresantes. El cambio de centro educativo y la terapia aplicada consiguieron disminuir la sintomatología depresiva y restablecer la asistencia al colegio. La mejora obtenida se mantenía en un seguimiento realizado tres meses más tarde.

Rosselló (1993) trató con terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal sendas adolescentes de catorce años. Se evaluó la gravedad de la depresión mediante dos inventarios, el *CDI* y la «Escala de Depresión para Niños del Centro de Estudios Epidemiológicos» (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children, CES-D*; Weissman, Orvaschel y Padian, 1980) y el autoconcepto por medio de la «Escala Piers-Harris de Autoconcepto para Niños» (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*; Piers, 1984). En ambos casos se logró disminuir la sintomatología depresiva y mejorar el autoconcepto.

En nuestro país, García y Rodríguez (1990) trataron a una adolescente de dieciséis años, para quien sus padres solicitaron tratamiento, preocupados por el progresivo deterioro de la actividad de su hija en los últimos tres años en todas las áreas: personal, familiar, escolar y social. En los tres meses anteriores se había producido un agravamiento del problema con dos intentos de suicidio, crisis de ansiedad e irritabilidad, abandono de los estudios, fugas de casa y consumo de drogas. Recibió tratamiento durante seis meses consistente en relajación progresiva, reestructuración cognitiva tipo Beck y entrenamiento en habilidades sociales. La depresión, evaluada con el «Inventario de Beck para la Depresión» (*Beck Depression Inventory, BDI*; Beck *et al.*, 1961) experimentó la siguiente evolución: grave (período de línea de base), moderada (segundo mes de tratamiento), leve (tercer mes de tratamiento), ausencia de depresión (quinto mes de tratamiento). En los seguimientos realizados a los nueve, doce, quince y dieciocho meses la chica continuaba sin depresión.

Existe también un informe que recoge el tratamiento de un caso de depresión infantil y otro de depresión adolescente. Vostanis y Harrington (1994) describen un programa cognitivo-conductual, basado en la reestructuración cognitiva de pensamientos y atribuciones depresógenas y en la enseñanza de habilidades sociales, practicadas dentro y fuera de las sesiones (tareas para casa), e ilustran su aplicación con una niña de nueve años y un adolescente varón de catorce años.

Además de los estudios de caso los ensayos clínicos abiertos aportan también evidencia a favor del tratamiento psicológico. Belsher, Wilkes y Rush (1995) llevaron a cabo un estudio multicéntrico. Diez terapeutas, 4 mujeres y 6 varones, fueron preparados con el manual de tratamiento «Terapia cognitiva para adolescentes deprimidos» (Wilkes, Belsher, Rush y Frank, 1994). Trataron en régimen ambulatorio a 18 jóvenes, 11 chicas y 7 chicos, edad entre 14-27 años, durante 12 sesiones. Los sujetos mostraron reducciones significativas de su sintomatología depresiva. Sin embargo, mejoraron menos aquellos que presentaban un trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador o un trastorno esquizoide de la personalidad comórbidos. La disminución en las medidas de síntomas depresivos y cogniciones depresógenas se mantenían cinco meses después del tratamiento intensivo. Los resultados no estaban asociados con la edad, sexo, uso concomitante de antidepresivos, duración de la terapia o participación en sesiones de recuerdo. Los datos sugieren que la terapia cognitiva es una intervención prometedora para adolescentes con depresión.

Mufson *et al.* (1994) pusieron a prueba la eficacia y la aceptación de la terapia interpersonal para adolescentes con depresión. En la fase 1 se elaboró un manual

terapéutico adaptado a las necesidades de los jóvenes, que se puso a prueba con cinco sujetos de 12-28 años. En la fase 2, catorce adolescentes, 12 chicas de 14 años de edad media y 2 chicos de 15,5 años de edad media, participaron en un ensayo clínico abierto de 12 semanas, tras una evaluación independiente. Los adolescentes fueron evaluados, en el pretest y en las semanas 2ª, 4ª, 8ª y 12ª, con una entrevista diagnóstica semiestructurada, la «Entrevista sobre Esquizofrenia y Trastornos Afectivos para Niños en Edad Escolar – Versión Epidemiológica» (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Epidemiologic Version, K-SADS-E*; Orvaschel et al., 1982), y con varias pruebas normalizadas, «Escala de Estimación Hamilton para la Depresión» (*Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD*; Carroll, Fielding y Blashki, 1973), «Escala de Evaluación Global para Niños» (*Global Assessment Scale for Children, C-GAS*; Shaffer et al., 1983), «Inventario de Ajuste Social para Niños y Adolescentes» (*Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents, SAICA*; John, Gammon, Prusoff y Warner, 1987) e «Inventario de Beck para la Depresión» (*Beck Depression Inventory, BDI*; Strober, Green y Carlson, 1981). Los resultados indicaron una disminución significativa de la sintomatología depresiva y de los síntomas de malestar físico y psicológico, así como una mejora en el funcionamiento psicológico. En el postest ningún sujeto reunía los criterios *DSM-III-R* de un trastorno depresivo.

Mufson y Fairbanks (1996) efectuaron un seguimiento de un año a 10 de los 14 adolescentes, edad media 17,5. Sólo un sujeto reunía los criterios de un trastorno del estado de ánimo. Los restantes informaron escasos síntomas depresivos. También mantenían su mejora en funcionamiento social. El valor de estos logros terapéuticos es mayor si se considera que durante ese período habían experimentado un número significativo de acontecimientos vitales negativos. Ningún adolescente había sido hospitalizado ni había cometido intento de suicidio. Todos asistían al instituto con regularidad. Los autores informan además que ninguna adolescente había quedado embarazada.

Sin embargo, la generalización de los resultados de los estudios de caso (validez externa) y la solidez de los resultados de los ensayos clínicos abiertos (validez interna) son limitadas. Por esta razón, en los dos apartados siguientes se valora el tratamiento psicológico, y en particular la terapia de conducta, en la depresión infantil y adolescente, revisando cualitativa y cuantitativamente los estudios con grupo de control.

Evidencia desde la perspectiva de los tratamientos con apoyo empírico

El Congreso de los Estados Unidos creó en 1989 la *Agency for Health Care Policy and Research*, con el objetivo de determinar la eficacia de los tratamientos para trastornos específicos y promover la elaboración de protocolos terapéuticos (Barlow y Hoffman, 1997). Por esta razón, la División 12 de la American Psychological Association, correspondiente a Psicología Clínica, encargó a una comisión de expertos, presidida por Dianne L. Chambless, un estudio sobre

Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos. El informe fue publicado (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) y revisado un año más tarde (Chambless *et al.*, 1996). En él se recomendaba a la American Psychological Association que actuase para acentuar los puntos fuertes de la profesión psicológica en el ámbito clínico, o sea, difundir un conjunto de procedimientos psicológicos de probada eficacia: «Sugerimos que los psicólogos se adelanten para ser los principales científicos en el campo de la psicoterapia» (p. 1). La tabla 1 resume los criterios acordados para clasificar los procedimientos psicológicos según su eficacia.

Tabla 1

Criterios para determinar las intervenciones psicosociales con apoyo empírico

Tratamientos bien establecidos (eficaces)

Deben cumplir tres criterios:

- IA. Al menos dos estudios bien realizados con diseños experimentales de comparación de grupos, llevados a cabo por investigadores o equipos de investigación distintos, que prueben que el tratamiento es:
 - a) estadísticamente superior a un tratamiento alternativo (farmacológico o psicológico) o a un placebo (medicación, atención psicológica),
 - b) equivalente a otro tratamiento bien establecido en experimentos con un tamaño muestral suficiente (se recomienda $N \geq 30$ por grupo).
- IB. Una gran serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único ($N \geq 10$) en los que se compare el tratamiento como en IA.
- II. El tratamiento debe estar descrito con precisión (se recomienda en forma de manual), para permitir su replicación.
- III. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo especificar el trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-III (American Psychiatry Association, 1980) o ediciones posteriores.

Tratamientos probablemente eficaces

Deben cumplir tres criterios:

- IA. Dos estudios que prueben que el tratamiento es estadísticamente superior al no tratamiento, por ejemplo una condición de lista de espera.
 - IB. Dos estudios con diseños experimentales de comparación de grupos, que cumplan los criterios de los tratamientos bien establecidos, pero realizados por el mismo investigador o equipo de investigación.
 - IC. Una pequeña serie de estudios bien realizados con diseños experimentales de caso único ($N \geq 4$), que cumpla el criterio IB de los tratamientos bien establecidos.
 - II. El tratamiento debe estar descrito con precisión (se recomienda en forma de manual), para permitir su replicación.
 - III. Las características de las muestras deben estar descritas con precisión, por ejemplo especificar el trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-III (American Psychiatry Association, 1980) o ediciones posteriores.
-

La comisión de expertos enumeró varios procedimientos psicológicos bien establecidos para tratar trastornos infantiles: terapia de conducta para la enuresis (Houts *et al.*, 1994), entrenamiento a padres basado en el aprendizaje social para los trastornos disocial (Walter y Gilmore, 1973) y negativista desafiante (Wells y Egan, 1988). También citó otros tratamientos probablemente eficaces: técnicas de exposición para fobias específicas en la infancia (Menzies y Clarke, 1993) y modelado participante para fobias específicas en la adolescencia (Bandura, Blanchard y Ritter, 1969), terapia cognitivo-conductual, con y sin entrenamiento familiar en manejo de la ansiedad (Barret, Dadds y Rapee, 1996), para los trastornos de ansiedad por separación, ansiedad generalizada, fobia social (Kendall, 1994; Kendall *et al.*, 1997), programa multi-componente con implicación de la familia para la obesidad infantil (Epstein, Valoski, Wing y McCurley, 1994), moldeamiento del control de la ingesta para la obesidad adolescente (Wheeler y Hess, 1976), procedimientos operantes para la encopresis (O'Brien, Ross y Christophersen, 1986), inversión del hábito para la onicofagia (Azrin, Nunn y Frantz, 1980a) y la succión del pulgar (Azrin, Nunn y Frantz, 1980b).

Sin embargo, la comisión de expertos no revisó las intervenciones llevadas a cabo con muestras infantiles y adolescentes. Por esta razón, Gerald Koocher, presidente de la División 12 de la American Psychological Association, cuya Sección 1 corresponde a Psicología Clínica Infantil³, encargó en 1994 a otra comisión de expertos que examinara específicamente la evidencia empírica sobre intervenciones psicosociales con niños. La comisión estaba formada por doce expertos: Suzanne Bennett Johnson (presidenta), de la Universidad de Florida; Jean C. Elbert (copresidenta), de la Universidad del Estado de California en Northridge; Christopher J. Lonigan (copresidente), de la Universidad del Estado de Florida; Shelia M. Eyberg, de la Universidad de Florida; Euthymia Hibbs, del Instituto Nacional de Salud; Nadine J. Kaslow, de la Universidad Emory; Philip C. Kendall, de la Universidad Temple; Thomas H. Ollendick, de la Universidad del Estado de Virginia; William E. Pelham, de la Universidad del Estado de Nueva York en Búfalo; Sally Rogers, de la Universidad de Colorado; Sandra, W. Russ, de la Universidad Case Western Reserve; y John R. Weisz, de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA).

La comisión no se propuso elaborar un listado exhaustivo de los tratamientos psicológicos con apoyo empírico para los trastornos en la infancia y adolescencia, sino que se centró en varios de los trastornos infantiles más frecuentes o representativos, en concreto, trastornos de ansiedad, depresión, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y autismo. A continuación se revisan los resultados del trabajo de la comisión de expertos relativos a la depresión infantil y adolescente, presentados en la Convención Anual de la American Psychological Association de 1996 celebrada en Toronto.

El protocolo terapéutico «Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes» (*Adolescent Coping with Depression Course, CWD-A*; Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990) es un tratamiento probablemente eficaz para la depre-

3 Puede consultarse la página web de la Sección 1 «Psicología Clínica Infantil», de la División 12 «Psicología Clínica», de la American Psychological Association en: http://www.psy.fsu.edu/clinical_child/.

sión adolescente. Aunque existen tres estudios bien realizados con diseños experimentales de comparación de grupos, llevados a cabo por equipos de investigación independientes en Oregón y Utah, no cumplen el criterio I para los tratamientos bien establecidos. El estudio de Kahn, Kehle, Jenson y Clark (1990) mostró que la terapia cognitivo-conductual tendía a ser superior a otros tratamientos alternativos, como el automodelado y la relajación progresiva, y claramente mejor que una condición de control de lista de espera. Sin embargo las investigaciones de Lewinsohn y colaboradores (Clarke *et al.*, 1999; Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews, 1990) compararon la terapia cognitivo-conductual únicamente con una lista de espera.

Kaslow y Thompson (1998) señalan que el programa cognitivo-conductual «Acción» (*ACTION*), basado en el autocontrol, de Stark y colaboradores, es un tratamiento probablemente eficaz para la depresión infantil, ya que existen dos investigaciones con diseños de comparación de grupos, si bien llevados a cabo por el mismo equipo de investigación (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987; Stark, Rouse y Livingston, 1991).

Evidencia proporcionada por el meta-análisis

Con objeto de determinar la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en la depresión infantil y adolescente, Reinecke, Ryan y DuBois (1998) integraron los resultados de los estudios que comparaban un tratamiento cognitivo-conductual con algún grupo de control. Las restrictivas condiciones impuestas por los autores (asignación aleatoria de los sujetos a los grupos) y la escasa literatura existente, hizo que tan sólo 6 informes de investigación fueran seleccionados para el meta-análisis en el período 1970-97, componiendo 8 estudios independientes y una muestra total en el período de línea base de 211⁴ niños y adolescentes aquejados de depresión (rango 9-24 años).

Los resultados pusieron de manifiesto una clara eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales, con un tamaño del efecto promedio $d = 1,02$ en el posttest, que se redujo casi a la mitad en el seguimiento, $d = 0,61$, siendo el seguimiento medio de 5,71 meses. Ambos efectos medios fueron estadísticamente significativos y el conjunto de tamaños del efecto fue homogéneo en torno al efecto medio, tanto en el posttest como en el seguimiento. Los autores, no obstante, puntualizaron que la mayoría de las muestras integradas correspondían a población análoga, es decir, a adolescentes disfóricos, y que investigaciones futuras deberían centrarse en el estudio de poblaciones clínicas de adolescentes con depresión.

4 Los autores indican un tamaño muestral de 217 sujetos en el pretest. Sin embargo, cometen dos errores en su cálculo: a) añaden 11 sujetos de la investigación de Reynolds y Coats (1986), asignados al grupo de relajación, cuyo efecto no analizan por considerar que este procedimiento no se ajusta a la definición de terapia cognitivo-conductual que ofrecen, y b) omiten 5 sujetos de la investigación de Wood, Harrington y Moore (1996), de los cuales en el curso del tratamiento cuatro abandonaron y uno experimentó un agravamiento de su depresión, por lo que requirió medicación y fue excluido.

Nosotros hemos llevado a cabo un meta-análisis que incluye 12 informes de investigación, publicados entre 1980 y 1999, que comprenden 20 estudios⁵ con una muestra en el pretest de 704 niños y adolescentes (rango 9-19 años). Las principales características formales de los tratamientos psicológicos, o «estructura prototipo» de la terapia, son:

- a. La aplicación es individual en población clínica y grupal en población análoga.
- b. El tamaño de los grupos es 4-7 sujetos (rango 2-10).
- c. El número de sesiones es 10-12 (rango 5-16).
- d. La duración de las sesiones es 50-60 minutos (rango 45-120).
- e. La duración de la terapia es 8-9 semanas (rango 5-16).
- f. El tiempo medio de seguimiento es 6 meses (rango 1-24).

Criterios de inclusión/exclusión

Los informes de investigación se seleccionaron sobre la base de los siguientes criterios conceptuales y metodológicos, con objeto de homogeneizar la muestra empírica y aplicar adecuadamente la tecnología metaanalítica:

1. El informe de investigación debe contrastar la eficacia de al menos un tratamiento psicológico para la depresión.
2. El concepto de depresión se entiende en un sentido amplio, incluyendo la denominación «síntomas depresivos» y las definiciones de los diversos cuadros depresivos unipolares recogidas en la «Clasificación internacional de las enfermedades» (CIE; Organización Mundial de la Salud, 1992) o en el «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales» (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III*; American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994).
3. El informe de investigación debe haber sido redactado entre 1980 y 1999.
4. La edad media de los sujetos experimentales debe ser inferior a 18 años.
5. El diseño de la investigación debe ser de comparación de grupos, con al menos 5 sujetos por grupo y actuando un grupo como control.
6. El informe de investigación debe aportar suficientes datos para estimar los tamaños del efecto.
7. El informe de investigación debe estar escrito en inglés o en castellano.
8. Se excluyen los informes de investigación que no presenten datos del pretest.
9. Se excluyen los informes de investigación que utilicen la metodología de diseño de caso único, ya que no es posible integrar cuantitativamente los resultados de diseños de grupo con los de diseño de caso único.

5 Por «informe de investigación» entendemos el soporte empleado para informar sobre los resultados de una o más comparaciones de grupos para analizar la eficacia de tratamientos psicológicos para la depresión infantil y/o adolescente, y por «estudio» la comparación de un grupo que recibe un tratamiento psicológico con un grupo que sirve de control, de modo que un informe de investigación puede incluir uno o varios estudios dependiendo según existan uno o varios grupos experimentales.

Tabla 2
Características de los 20 estudios incluidos en el meta-análisis

Informe de investigación	Población	Edad	N	Sexo ^b	Estudio ^c
1. Butler <i>et al.</i> (1980)	Análoga	11-12	56	37,5%	1a. Habilidades sociales vs atención-placebo + no tratamiento 1b. Reestructuración cognitiva vs atención-placebo + no tratamiento
2. Reynolds y Coats (1986) ^a	Análoga	13-16	30	63,3%	2a. Terapia cognitivo-conductual vs lista de espera 2b. Relajación progresiva vs lista de espera
3. Stark <i>et al.</i> (1987) ^a	Análoga	9-12	28	42,9%	3a. Terapia de autocontrol vs lista de espera 3b. Terapia de solución de problemas vs lista de espera
4. Kahn <i>et al.</i> (1990) ^a	Análoga	10-14	68	51,5%	4a. Terapia cognitivo-conductual vs lista de espera 4b. Relajación progresiva vs lista de espera 4c. Automodelado vs lista de espera
5. Lewinsohn <i>et al.</i> (1990) ^a	Análoga	14-18	59	61,0%	5a. Terapia cognitivo-conductual (adolescentes) vs lista de espera 5b. Terapia cognitivo-conductual (adolescentes + padres) vs lista de espera
6. Fine <i>et al.</i> (1991)	Clínica	13-17	66	83,3%	6a. Habilidades sociales vs terapia interpersonal
7. Reed (1994)	Análoga	14-19	18	50,0%	7a. Habilidades sociales vs atención-placebo
8. Wood <i>et al.</i> (1996) ^a	Clínica	9-17	53	62,3%	8a. Terapia cognitivo-conductual vs relajación progresiva
9. Weisz <i>et al.</i> (1997)	Análoga	9-12	48	45,8%	9a. Terapia cognitivo-conductual vs no tratamiento
10. Brent <i>et al.</i> (1997)	Clínica	13-18	107	75,7%	10a. Terapia cognitivo-conductual vs terapia de apoyo no directiva 10b. Terapia sistémica vs terapia de apoyo no directiva
11. Clarke <i>et al.</i> (1999)	Análoga	14-18	123	70,8%	11a. Terapia cognitivo-conductual (adolescentes) vs lista de espera 11b. Terapia cognitivo-conductual (adolescentes + padres) vs lista de espera
12. Mufson <i>et al.</i> (1999)	Clínica	12-18	48	72,9%	12a. Terapia interpersonal vs atención-placebo

^a Informes de investigación incluidos en el meta-análisis de Reinecke *et al.* (1998). Excluimos el trabajo de Lerner y Clum (1990), porque el criterio de selección no fue la presencia de síntomas depresivos, sino la ideación suicida «clínicamente significativa» y porque la edad media de la muestra fue 19,17 años (rango 18-24 años).

^b Porcentaje de sujetos de género femenino. Un dato que llama la atención es la preponderancia del género masculino en población infantil y del género femenino en población adolescente, especialmente con muestras clínicas.

^c Estos tratamientos psicológicos se describen detalladamente en las monografías sobre depresión infantil y adolescente de Méndez (1999) y Méndez y Espada (en prensa).

Búsqueda de la literatura

Empleamos varios procesos de búsqueda de informes de investigación para minimizar sesgos de selección:

- a) Consultas informatizadas. Exploramos las bases de datos PsycLit, MedLine y Psycodoc. Los descriptores usados fueron: «depresión», «infancia», «adolescencia», «tratamiento», «terapia», «*depression*», «*childhood*», «*adolescence*», «*treatment*» (con la función «*explode*» en PsycLit), «*therapy*», «*psychotherapy*» (con la función «*explode*» en MedLine).
- b) Revisión de artículos y monografías de autores relevantes en el área.
- c) «Aproximación por antecedentes» (*ancestry approach*). Revisión de referencias bibliográficas de los informes de investigación localizados como fuente de estudios primarios previos.
- d) Petición de trabajos a expertos. Se solicitaron trabajos no publicados a autores relevantes en este campo de estudio.

Codificación de los estudios

Elaboramos un manual con pautas específicas y una hoja de codificación para definir operacionalmente la codificación de variables. Los estudios fueron codificados por un único juez, experto en meta-análisis de estudios de resultado en el área de los tratamientos psicológicos.

Variable moderadora

Utilizamos el tipo de tratamiento como variable moderadora. Los tratamientos se dividieron en unicomponente y multicomponente, según se aplicara una única técnica o un programa compuesto por más de un procedimiento terapéutico.

Cálculo del tamaño del efecto

Empleamos como índice del tamaño del efecto la diferencia media tipificada d (Hedges y Olkin, 1985). Para su obtención, calculamos previamente dos tamaños del efecto intragrupo, uno para el grupo experimental y otro para el grupo control. Dicha d intragrupo se definió como la diferencia entre la media del pretest y la media del postest dividida por la desviación típica intra-grupo conjunta (o en su defecto, el promedio de las desviaciones típicas del pretest y del postest). A continuación calculamos el tamaño del efecto que representa la comparación entre grupos, definiendo d como $d = d^E - d^C$, siendo d^E y d^C las diferencias medias tipificadas entre el pretest y el postest de los grupos experimental y control, respectivamente. Un valor d mayor que cero indica un efecto beneficioso para los sujetos del grupo tratado y un valor d menor que cero indica un efecto perjudicial.

Técnicas de análisis estadístico

Para cada uno de los tamaños del efecto definidos calculamos un intervalo de confianza en torno al tamaño medio para estimar la magnitud del efecto en la población y comprobamos si dicho efecto era significativamente distinto de cero (eficacia nula). También realizamos una prueba χ^2 de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno al efecto medio (Hedges, 1994; Hedges y Olkin, 1985). De acuerdo con estos autores, se realizaron análisis de varianza ponderados por la inversa de la varianza de cada tamaño del efecto con las variables moderadoras, mediante el programa *DSTAT* (Johnson, 1989).

Estudio del sesgo de publicación

La totalidad de los estudios incluidos en el presente meta-análisis están contenidos en informes de investigación publicados en revistas especializadas, por lo que una posible amenaza a la validez de los resultados obtenidos se encuentra en un eventual sesgo de publicación, es decir, que los editores apliquen un trato dispar a los estudios presentados para su publicación en función de la significación estadística informada.

De acuerdo con Orwin (1983), calculamos el «índice de tolerancia a los resultados nulos». Según este índice deben existir más de 115 estudios no publicados, y no recuperados por el meta-analista, archivados en las editoriales de las revistas para que los resultados de los meta-análisis efectuados en el postest queden anulados. El número de estudios no publicados (y no recuperados) necesarios para anular los resultados en el seguimiento es 60. Podemos concluir que no es probable que el sesgo de publicación afecte al meta-análisis efectuado.

Meta-análisis en el postest

El tratamiento psicológico aplicado a los niños y/o adolescentes con depresión es claramente eficaz. El promedio es elevado, $d = 0,84$, con un intervalo confidencial al 95% de $[0,70;0,99]$. La prueba de homogeneidad es significativa [$Q_{W(19)} = 39,72$; $p = 0,005$], indicando que los tamaños del efecto difieren significativamente entre sí. El análisis del tipo de tratamiento muestra que la eficacia no varía dependiendo de la naturaleza uni o multicomponente del tratamiento.

Los inventarios de depresión muestran un efecto terapéutico del tratamiento psicológico. El promedio es $d = 0,81$, con un intervalo confidencial al 95% de $[0,66;0,95]$, resultando significativa la prueba de homogeneidad [$Q_{W(19)} = 48,39$, $p < 0,000$]. La eficacia no está moderada por el número de componentes del programa terapéutico, aunque se aprecia una ligera tendencia favorable a los tratamientos multicomponentes ($d = 0,98$) en comparación con los unicomponentes ($d = 0,73$).

El tratamiento psicológico mejora significativamente la autoestima ($d = 1,06$), con un intervalo confidencial al 95% de $[0,81;1,30]$. No obstante, hay diferencias estadís-

ticamente significativas entre los estudios [$Q_{W(9)} = 23,75$; $p = 0,005$]. Los tratamientos multicomponentes poseen un efecto superior sobre la autoestima ($p = 0,005$).

Meta-análisis en el seguimiento

La mejoría producida por el tratamiento psicológico se mantiene en el seguimiento ($d = 0,78$), con un intervalo confidencial al 95% de $[0,55;1,55]$. Los tamaños del efecto difieren significativamente entre sí [$Q_{W(9)} = 24,13$; $p = 0,004$], si bien el tipo de tratamiento no afecta el resultado.

Los inventarios confirman el mantenimiento ($d = 0,75$), con un intervalo confidencial al 95% de $[0,51;0,98]$, difiriendo los tamaños del efecto significativamente entre sí [$Q_{W(9)} = 34,13$; $p < 0,000$]. Esta diferencia no es atribuible al número de componentes del tratamiento psicológico, aunque se constata una leve superioridad de los tratamientos multicomponentes.

Estabilidad de la eficacia terapéutica

Si analizamos los diez estudios que incluyen datos tanto del postest como del seguimiento, concluimos que los resultados alcanzados al finalizar el tratamiento se atenúan con el paso del tiempo ($t_{(9)} = 4,40$; $p = 0,002$).

¿Existe un tratamiento psicológico de elección para la depresión infantil y adolescente?

A la luz de la evidencia revisada discutiremos dos cuestiones fundamentales: 1) ¿es eficaz el tratamiento psicológico? y 2) ¿qué tratamiento psicológico es más eficaz? Con respecto a la primera pregunta podemos concluir que el tratamiento psicológico constituye un abordaje claramente eficaz de la depresión infantil y adolescente. Tanto el meta-análisis de Reinecke *et al.* (1998) como el realizado por nosotros muestran un elevado efecto del tratamiento, $d > 0,80$, valor sugerido por Cohen (1988) como límite inferior de un tamaño del efecto alto.

Ocho estudios (40%) de nuestro meta-análisis compararon el tratamiento psicológico con otro tratamiento, mientras que sólo un estudio (12,5%) del meta-análisis de Reinecke *et al.* llevó a cabo este tipo de comparación. Este dato puede explicar el menor tamaño del efecto obtenido por nosotros. El tratamiento psicológico suele ser más eficaz cuando se compara con un control sin tratamiento como la lista de espera, que con un control con tratamiento activo e incluso con un placebo, ya que la atención clínica inespecífica «creíble» posee un efecto terapéutico (Frank y Frank, 1991).

La magnitud de la mejoría es similar a la obtenida con adultos diagnosticados de depresión tratados mediante psicofármacos (Kirsch y Sapirstein, 1999). La medicación antidepressiva constituye una terapia ampliamente extendida y aceptada con pacientes adultos, pero su eficacia es menor con niños y adolescentes. La mayoría de los estudios de doble ciego no consiguen probar la superioridad de los antidepressivos sobre el placebo en el tratamiento de la depresión infantil (Geller *et al.*, 1989;

Hughes *et al.*, 1990; Puig-Antich *et al.*, 1987) y adolescente (Boulos *et al.*, 1991, Geller *et al.*, 1990; Kramer y Feguine, 1981; Kutcher *et al.*, 1994; Kye *et al.*, 1996; Simeon, Dinicola, Ferguson y Copping, 1990). Por esta razón, Pliszka (1991) advierte en su revisión que «a pesar de los informes de respuesta positiva de los niños deprimidos a los antidepresivos en ensayos abiertos, los estudios controlados de estas drogas generalmente han sido negativos» (p. 313). Rosenberg, Holttum y Gershon (1994) afirman en su manual de farmacoterapia que «los estudios controlados han fracasado en demostrar que los antidepresivos tricíclicos son superiores al placebo en el tratamiento de la depresión infantil y adolescente» (p. 60). Campbell y Cueva (1995) señalan que el mayor éxito de la psiquiatría en las últimas cuatro décadas es la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión de pacientes adultos; sin embargo, estas autoras reconocen que «la superioridad de los antidepresivos sobre el placebo no ha sido demostrada en estudios de doble ciego (con niños y adolescentes)» (p. 1266). Kye *et al.* (1996) concluyen en su estudio de doble ciego que «no se puede hacer ninguna recomendación definitiva con relación al uso de antidepresivos tricíclicos en el tratamiento del trastorno de depresión mayor adolescente sobre la base del presente o anteriores estudios» (p. 1143).

Por otro lado, la cardiotoxicidad y neurotoxicidad de los tricíclicos son más graves en los niños y adolescentes, posiblemente por las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas debidas a la edad. Así, Vitiello y Jensen (1995) constataron que los incrementos de la presión arterial diastólica y las taquicardias son mucho más comunes en la infancia. Giesler, Reeve, y Borchart (1991) refirieron una taquicardia grave (170 pulsaciones/minuto) en una chica de 16 años con depresión mayor con bajas dosis de nortriptilina y desipramina. Incluso la literatura científica recoge desenlaces fatales atribuibles a este tipo de medicación. Abramovicz (1990) informó de la muerte súbita de tres varones, dos de 8 años y uno de 9, en tratamiento con desipramina. Riddle, Geller y Ryan (1993) comunicaron un nuevo caso de muerte súbita, una niña de 12 años, que estaba siendo tratada con el mismo fármaco. Algunos psiquiatras infantiles prefieren los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina que no producen efectos cardiovasculares no deseados. No obstante, tampoco están exentos de efectos secundarios. Venkataraman, Naylor y King (1992) comprobaron que cinco adolescentes, de 14 a 16 años, desarrollaron manía durante el tratamiento con fluoxetina. Heimann y March (1996) describieron el caso de un adolescente de 15 años en el que la sertralina indujo manía.

A pesar de los datos sobre su menor eficacia y mayores efectos adversos, el empleo de medicación antidepresiva para tratar la depresión infantil y adolescente está ampliamente extendido en la práctica clínica. Según Goleman (1993), en Estados Unidos se expidieron de 4 a 6 millones de prescripciones de desipramina a menores de edad durante 1992. La utilización de estos fármacos con niños y adolescentes ha suscitado gran controversia⁶, que patentiza la divergencia existente entre los datos de la investigación experimental y los usos del ejercicio profesional.

6 Véase la polémica entre Werry y Biederman *et al.* en el número 9 del volumen 34 del *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* y el debate en el número 2 del volumen 184 del *Journal of Nervous and Mental Disease*.

En este contexto la elevada eficacia del tratamiento psicológico le convierte en una alternativa terapéutica especialmente indicada en la depresión infantil y adolescente. Pero, ¿qué terapia es la más recomendable? Dieciocho estudios (90%) utilizaron como tratamiento activo una técnica o programa de terapia cognitivo-conductual, mientras que los dos estudios restantes aplicaron terapia interpersonal (5%) o sistémica (5%). El manual terapéutico más empleado en estudios controlados sobre depresión adolescente es el «Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes» (*Adolescent Coping with Depression Course, CWD-A*; Clarke *et al.*, 1990). El grado de mejoría logrado, evaluado con el *BDI* o con el *CDI*, varía de medio (Lewinsohn *et al.*, 1990) a alto (Clarke *et al.*, 1999; Kahn *et al.*, 1990). Los programas estructurados aplicados en depresión infantil son «Acción» (*ACTION*; Stark y Kendall, 1996; Stark *et al.*, 1996) y «Entrenamiento en Aumento del Control Primario y Secundario» (*Primary and Secondary Control Enhancement Training, PASCET*; Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982; Weisz, Rothbaum y Blackburn, 1984), que consiguen un elevado nivel de mejora medido con el *CDI*.

En el único estudio controlado sobre depresión adolescente en el que se aplicó terapia interpersonal como tratamiento activo se alcanzó una eficacia alta de acuerdo con el *BDI* (Mufson, Weissman, Moreau y Garfinkel, 1999). En el estudio de Fine, Forth, Gilbert y Haley (1991), la terapia interpersonal se utilizó como control del entrenamiento en habilidades sociales, que previamente se había mostrado eficaz para reducir la sintomatología depresiva. Ambos tratamientos mejoraron la depresión y el autoconcepto de los adolescentes. La terapia interpersonal fue más eficaz al finalizar la intervención sobre la base de la disminución de puntuación en el *CDI*, pero la ventaja se anuló en un seguimiento a los nueve meses. La equiparación de resultados no se explica por una pérdida de la mejora obtenida con la terapia interpersonal, sino por la mayor ganancia lograda con las habilidades sociales con el paso del tiempo. Respecto a la terapia sistémica, Brent *et al.* (1997) obtuvieron un efecto nulo en el alivio de los síntomas depresivos según el *BDI*.

Así pues, la terapia cognitivo-conductual dispone de mayor apoyo empírico. Los programas «Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes», de Lewinsohn y colaboradores, y «Acción», de Stark y colaboradores, cumplen los criterios de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) para considerarlos tratamientos «probablemente eficaces» de la depresión adolescente e infantil respectivamente. Ambos logran una reducción elevada de la sintomatología depresiva, constatada a través de una disminución drástica en la puntuación total del *CDI*, en el estudio de Stark *et al.* (1987), $d = 2,07$, y del *BDI*, en el estudio de Clarke *et al.* (1999), $d = 1,03$ ⁷.

7 En el estudio de Kahn *et al.* (1990) es imposible calcular el tamaño del efecto en el postest, utilizando las puntuaciones del *CDI*, debido a una errata en la publicación original, puesto que es imposible la desviación típica ofrecida (66,03). En el seguimiento realizado un mes después se obtuvo un tamaño del efecto alto, $d = 1,25$. Teniendo en cuenta que la media del seguimiento fue mayor, es decir, peor que la del postest, muy probablemente el tamaño del efecto del postest superara el valor «1,25». Un dato que apoya esta hipótesis es el elevado tamaño del efecto, $d = 1,89$, obtenido con otro inventario de depresión, la «Escala de Reynolds para la Depresión Adolescente» (*Reynolds Adolescent Depression Scale, RADS*; Reynolds, 1986).

El resultado altamente positivo del estudio de Mufson *et al.* (1999), $d = 1,24$, tamaño del efecto calculado con el *BDI*, indica que la terapia interpersonal también es eficaz. La mejoría obtenida debe valorarse especialmente considerando que la muestra fue clínica y que los sujetos tratados se compararon con un grupo de atención-placebo. El estudio de Fine *et al.* (1991), que aplicó terapia interpersonal como control, proporciona evidencia adicional en favor de su eficacia. Sin embargo, a diferencia de la terapia cognitivo-conductual ampliamente contrastada con muestras análogas y clínicas, y replicada incluso por equipos de investigación independientes, el único estudio controlado de terapia interpersonal como tratamiento activo fue completado por 21 adolescentes. Aunque los datos actualmente disponibles muestran la eficacia de la terapia interpersonal para la depresión adolescente, es recomendable la realización de nuevos estudios que corroboren esta evidencia preliminar.

En el futuro la investigación deberá dilucidar varias cuestiones pendientes. En primer lugar, ¿cómo mejorar los resultados de la terapia y evitar el declive de los indicadores de eficacia que se produce con el tiempo? Los dos meta-análisis muestran un tamaño del efecto alto en el postest y medio en el seguimiento. Una posible solución al fracaso terapéutico son las sesiones de recuerdo, a pesar de que la investigación de Clarke *et al.* (1999) reveló que a largo plazo los sujetos se recuperan sin necesidad de aplicar esta estrategia terapéutica. Estos autores examinaron la recuperación al año y a los dos años de los adolescentes que continuaban con depresión al concluir el tratamiento. A los doce meses el 100% (5/5) de los que habían recibido sesiones de recuerdo se hallaba libre de depresión, mientras que sólo el 50% (6/12) de los que no las habían recibido estaba sin depresión. Sin embargo, a los veinticuatro meses las tasas de recuperación convergieron, 100% (5/5) y 90% (9/10) respectivamente. Aunque las sesiones de recuerdo no se mostraron más eficaces para reducir la tasa de recurrencia de episodios depresivos, consiguieron una recuperación más rápida, 23,50 semanas frente a 67,05 semanas de los adolescentes que carecieron de sesiones de recuerdo.

En segundo lugar, ¿qué componentes debe incluir la terapia? La mayoría de los profesionales clínicos coincide en considerar que la depresión es un trastorno complejo que requiere soluciones complejas, o sea, tratamientos multicomponentes. Los resultados experimentales apuntan en la misma dirección. El análisis de componentes se presta a confusión, porque programas con denominación cognitiva incluyen elementos conductuales y a la inversa. Así, la terapia de resolución de problemas de Stark *et al.* (1987) incorpora actividades agradables desde la primera sesión o el entrenamiento en habilidades sociales de Butler, Mieztis, Friedman y Cole (1980) se dirige a promover una orientación de resolución de problemas por medio del aprendizaje de generación de alternativas. Los componentes conductuales más comunes son actividades agradables, habilidades sociales incluyendo comunicación, negociación y resolución de conflictos, y relajación progresiva. Los procedimientos cognitivos más frecuentes son reestructuración cognitiva, incluyendo atribuciones, y, en menor medida, resolución de problemas. Muchos programas incorporan además estrategias de autocontrol: autoobservación, autoevaluación y autoadministración de contingencias (aumento del autorrefuerzo y disminución del autocastigo).

En tercer lugar, ¿qué papel deben jugar los padres en la terapia? De nuevo la mayor parte de los terapeutas que desarrolla su labor en el ámbito infanto-juvenil está de acuerdo en resaltar la importancia de la participación de los padres en la terapia. Sin embargo, los dos estudios controlados del grupo de Lewinsohn (Clarke *et al.*, 1999; Lewinsohn *et al.*, 1990) no consiguieron mejores resultados con la inclusión de los padres en la terapia.

Como conclusión final podemos afirmar que el conocimiento acumulado en los ochenta y en los noventa sobre la eficacia del tratamiento psicológico para la depresión infantil y adolescente permite abrigar un moderado optimismo. Aunque la evidencia es más débil, los hallazgos son similares a los obtenidos en población adulta. La mayoría de los programas terapéuticos contrastados son de orientación cognitivo-conductual, que en la actualidad constituyen la alternativa terapéutica más sólida. Por su parte, la terapia interpersonal es un tratamiento prometedor de la depresión adolescente. En los próximos años la investigación deberá identificar los procedimientos más eficaces, así como las combinaciones de elementos terapéuticos más eficientes, a corto, medio y largo plazo.

Referencias

- Abramovicz, M. (1990). Sudden death in children treated with a tricyclic antidepressant. *The Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, 32, 53.
- American Psychiatry Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edic.). Washington, DC: Autor. (Traducción: *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1983).
- American Psychiatry Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edic. revisada). Washington, DC: Autor. (Traducción: *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edic.). Washington, DC: Autor. (Traducción: *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995).
- Asarnow, J.R. y Carlson, G.A. (1988). Childhood depression: Five-year outcome following combined cognitive- behavior therapy and pharmacotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 456-464.
- Azrin, N.H., Nunn, R.G. y Frantz, S.E. (1980). Habit reversal vs. negative practice of treatment of nailbiting. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 281-285.
- Azrin, N.H., Nunn, R.G. y Frantz, S.E. (1980). Habit reversal treatment of thumbsucking. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 395-399.
- Bandura, A., Blanchard, E.B. y Ritter, B. (1969). The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and cognitive changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.
- Barlow, D.H. y Hoffman, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. En D.M. Clark y C.G. Fairburn (dirs.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 95-117). Oxford: Oxford University Press.
- Barret, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. y Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Belsher, G., Wilkes, T.C.R. y Rush, A.J. (1995). An open, multisite pilot study of cognitive therapy for depressed adolescents. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 52-66.
- Boulos, C., Kutcher, S.P., Marton, P., Simeon, J., Ferguson, B. y Roberts, N. (1991). Response to desipramine treatment in adolescent major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 27, 59-65.
- Brent, D.A., Holder, D.P., 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.
- Butler, L., Mieztis, 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.
- Campbell, M. y Cueva, J.E. (1995). Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: A review of the past seven years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1262-1271.
- Carroll, B.J., Fielding, J. M. y Blashki, T.G. (1973). Depression rating scales: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 27, 269-279.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits, C.P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (en prensa). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Johnson, S.B., Pope, K.S., Cristo-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woods, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Clarke, G., Lewinsohn, P. y Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H. y Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil: Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V., Silva, F., Conesa-Peraleja, C.D., Martorell, M.C. y Navarro, A.M. (1993). Escala de Evaluación de la Depresión (EED). En F. Silva y M.C. Martorell (dirs.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil (EPIJ)* (pp. 55-82). Madrid: MEPSA.
- DiMascio, A., Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Neu, C., Zwilling, M. y Klerman, G.L. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Domènech, E. (1998). Prólogo. En F.X. Méndez, *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil* (pp. 13-16). Madrid: Pirámide.
- Domènech, E., Monreal, P. y Ezpeleta, L. (1985). *Escala de depresión infantil para maestros ESDM*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, Unidad de Psicopatología Infantil.
- Domènech, E. y Polaino-Lorente, A. (dirs.) (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- Domènech, E., Subirà, S. y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana: La labilidad afectiva. En J. Buendía (dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 265-277). Madrid: Pirámide.

- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. y Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Epstein, L.H., Valoski, A., Wing, R.R. y McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology*, 13, 373-383.
- Ezpeleta, L. (1995). La Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (DICA). *Text-Context*, 12, 34-38.
- Ezpeleta, L., Domènech, E. y Polaino-Lorente, A. (1988). Escalas de evaluación de la depresión infantil. En A. Polaino-Lorente (dir.), *Las depresiones infantiles* (pp. 275-240). Madrid: Morata.
- Fine, S., Forth, A., Gilbert, M. y Haley, G. (1991). Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills and therapeutic support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 79-85.
- Frame, C.L., 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.
- Frank, J.D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion & healing* (3ª edic. revisada). Baltimore: John Hopkins.
- García J. y Rodríguez, J. (1990). Depresión en la adolescencia: Presentación de un caso. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (pp. 108-128). Madrid: Pirámide.
- Geller, B., Cooper, T.B., Graham, D.L., Graham, D.L., Marsteller, F.A. y Bryant, D.M. (1990). Double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in depressed children using a «fixed plasma level» design. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 85-90.
- Geller, B., Cooper, T.B., McCombs, H.G., Graham, D. y Wells, J. (1989). Double-blind, placebo-controlled study of nortriptyline in depressed children using a «fixed plasma level» design. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 101-108.
- Giesler, J., Reeve, E. y Borchart, C.M. (1991). Low dose tricyclic tachycardia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 151.
- Goleman, D. (1993, 15 diciembre). Use of antidepressants in children at issue. *The New York Times*, p. 17.
- Hedges, L.V. (1994). Fixed effects models. En H.M. Cooper y L.V. Hedges (dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 285-299). Nueva York: Sage.
- Hedges, L.V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heiman, S.W. y March, J.S. (1996). SSRI-induced mania. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 4.
- Houts, A.C., Berman, J.S. y Abrainson, H. (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 737-745.
- Hughes, C.W., Preskorn, S.H., Weller, E., Weller, R., Hassanein, R. y Tucker, S. (1990). The effect of concomitant disorders in childhood depression on predicting treatment response. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 235-238.
- Jacobson, N.L., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koemer, K., Gollan, J.K., Gortner, E. y Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 295-304.
- John, K., Gammon, G., Prusoff, B. y Warner, V. (1987). The Social Adjustment Schedule for Children and Adolescent (SAICA): Testing of a new semi-structured interview. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26, 898-911.

- Johnson, B.T. (1989). *DSTAT: Software for the meta-analytic review of research literatures*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 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*, 196-211.
- Kaslow, N.J. y Thompson, M.P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 146-155.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in youth: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 366-380.
- Kirsch, I. y Sapirstein, G. (1999). Listening to prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medications. En I. Kirsch (dir.), *How expectancies shape experience* (pp. 303-320). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kovacs, M. y Beck, A.T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J.G. Schulterbrandt y A. Raskin (dirs.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models* (pp. 1-25). Nueva York: Raven Press.
- Kramer, A.D. y Feiguine, R.J. (1981). Clinical effects of amitriptyline in adolescent depression: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Psychiatry, 20*, 636-644.
- Kutcher, S., Boulos, C., Ward, B., Marton, P., Simeon, F., Ferguson, H.B., Szalai, J., Katic, M., Roberts, N., Dubois, C. y Reed, K. (1994). Response to desipramine treatment in adolescent depression: A fixed-dose, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 686-694.
- Kye, C.H., Waterman, G.S., Ryan, N.D., Birmaher, B., Williamson, D.E., Iyengar, S. y Dachtler, S. (1996). A randomized, controlled trial of amitriptyline in the acute treatment of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1139-1144.
- Lerner, M.S. y Clum, G.A. (1990). Treatment of suicide ideators: A problem-solving approach. *Behavior Therapy, 21*, 403-411.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H. y Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy, 21*, 385-401.
- McLean, P.D. y Hakstian, R.A. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 818-836.
- Méndez, F.X. (1999). *Depresión en la infancia y adolescencia*. Madrid: UNED-FUE.
- Méndez, F.X. y Espada, J.P. (en prensa). *Psicopatología, evaluación y tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente*. Madrid: UNED-FUE.
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1993). A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 9-15.
- Miller, D.N. y Cole, C.L. (1998). Effects of social skills training on an adolescent with comorbid conduct disorder and depression. *Child & Family Behavior Therapy, 20*, 35-53.
- Mufson, L. y Fairbanks, J. (1996). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1145-1155.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Martin, J. y Samoilov, A. (1994). The modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and phase II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 695-705.

- Mufson, L., Weissman, M.N., Moreau, D. y Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 573-579.
- O'Brien, S., Ross, L.V. y Christophersen, E.R. (1986). Primary encopresis: Evaluation and treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *19*, 137-145.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orvaschel, H., Puig-Antich, J., Chamber, W., Trabizi, M.A. y Johnson, R. (1982). Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *21*, 392-397.
- Orwin, R.G. (1983). A fail-safe N for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, *8*, 157-159.
- Petti, T.A. (1978). Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *17*, 49-59.
- Petti, T.A. (1986). Depresión y retraimiento en los niños. En T.H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Psicopatología infantil* (pp. 399-438). Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1983).
- Petti, T.A., Bornstein, M., Delamater, A.M. y Conners, C.K. (1980). Evaluation and multimodality treatment of a depressed prepubertal girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *19*, 690-702.
- Petti, T.A. y Law, W. (1982). Borderline psychotic behavior in hospitalized children: Approaches to assessment and treatment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *21*, 197-202.
- Piers, E.V. (1984). *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale: Revised manual 1984*. Los Ángeles, CA: Western Psychological Services.
- Pliszka, S.R. (1991). Antidepressants in the treatment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology*, *20*, 313-320.
- Polaino-Lorente, A. (dir.) (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Polaino-Lorente, A. y Domènech, E. (dirs.) (1988). *La depresión en los niños españoles de 4º de EGB*. Barcelona: Geigy.
- Polaino-Lorente, A. y García-Villamizar, D. (1993). *La depresión infantil en Madrid*. Madrid: Editorial AC.
- Puig-Antich, J., Perel, J.M., Lupatkin, W., Chambers, W.J., Tabrizi, M.A., King, J., Goetz, R., Davies, M. y Stiller, R.L. (1987). Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 81-89.
- Reed, M.K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, *29*, 293-302.
- 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*, 26-34.
- Reynolds, W.M. (1986). *Assessment of depression in adolescents: Manual for the Reynolds Adolescent Depression Scale*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W.M. y Coats, 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.
- Riddle, M.A., Geller, B. y Ryan, N. (1993). Another sudden death in a child treated with desipramine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 792-797.
- Rollings, S., King, N., Tonge, B., Heyne, D. y Young, D. (1998). Cognitive-behavioural intervention with a depressed adolescent experiencing school attendance difficulties. *Behaviour Change*, *15*, 87-97.

- Rosenberg, D.R., Holttum, J. y Gershon, S. (1994). *Textbook of pharmacotherapy for child and adolescent psychiatric disorders*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Rosselló, J. (1993). Acercamientos terapéuticos para la depresión en adolescentes puertorriqueñas: Dos estudios de casos. *Revista Interamericana de Psicología*, 27, 163-180.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R. y Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. y Aluwahlia, S.A. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Shapiro, R. y Keller, M. (1979). *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE)*. Informe técnico. Boston: Hospital General de Massachussets.
- Simeon, J.G., Dinicola, V.F., Ferguson, B.H. y Copping, W. (1990). Adolescent depression: A placebo-controlled fluoxetine study and follow-up. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 14, 791-795.
- 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). *ACTION: A workbook for overcoming depression*. Ardmore, PA: Workbook.
- Stark, K.D., Reynolds, W.M. y Kaslow, N.J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Stark, K.D., Rouse, L. y Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive-behavioral procedures for the individual and family. En P. Kendall (dir.), *Child and adolescent therapy* (pp. 165-206). Nueva York: Guilford.
- Strober, M., Green, J. y Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 482-483.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Venkataraman, S., Naylor, M.W. y King, C.A. (1992). Mania associated with fluoxetina treatment in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 276-281.
- Vera, L. (1986). Application des thérapies comportementales chez l'enfant déprimé. *Psychologie Médicale*, 18, 741-744.
- Vitiello, B. y Jensen, P.S. (1995). Developmental perspectives in pediatric psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 75-81.
- Vostanis, P. y Harrington, R.C. (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.
- Walter, H.I. y Gilmore, S.K. (1973). Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behavior of aggressive boys. *Behavior Therapy*, 4, 361-377.
- Weissman, M.M., Orvaschel, H. y Padian, N. (1980). Children's symptoms and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 736-740.
- Weisz, J.R., Rothbaum, F.M. y Blackburn, T.F. (1984). Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist*, 39, 955-969.
- Weisz, J.R., Thurber, C.A., Sweeney, L., Proffitt, V.D. y LeGagnoux, G.L. (1997). Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 703-707.

- Wells, K.C. y Egan, J. (1988). Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 138-146.
- Wheeler, M.E. y Hess, K.W. (1976). Treatment of juvenile obesity by successive approximation control of eating. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 235-241.
- Wilkes, T.C.R., Belsher, G., Rush, A.J. y Frank, E. (dirs.) (1994). *Cognitive therapy for depressed adolescents*. Nueva York: Guilford.
- 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.