

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE: ¿EVIDENCIA O PROMESA?*

Xavier Méndez¹, Ana I. Rosa, Marisa Montoya, José Pedro Espada, José Olivares y Julio Sánchez-Meca
Universidad de Murcia (España)

Resumen

Se presentan los resultados de un meta-análisis sobre la eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente. Se localizaron 15 ensayos controlados en el período 1980-2002, que dieron lugar a 24 estudios independientes. Se reclutaron 863 participantes, rango de edad 7-19 años, con predominio de adolescentes mujeres. El tratamiento más utilizado fue la terapia cognitivo-conductual (80%), el único aplicado en depresión infantil, mientras que en depresión adolescente se empleó también terapia interpersonal y terapia familiar sistémica. Globalmente la eficacia del tratamiento psicológico resultó media ($d_+ = 0,53$). La respuesta al tratamiento fue similar en la depresión infantil y en la adolescente, aunque las muestras escolares mejoraron más que las clínicas. Se constató el mantenimiento de la ganancia terapéutica, obteniéndose un tamaño del efecto de 0,50 en el seguimiento, con un intervalo promedio de siete meses. El tratamiento también produjo una ligera mejora de la autoestima ($d_+ = 0,37$). Se discuten las implicaciones clínicas de estos hallazgos.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, depresión, infancia, tratamiento psicológico.

Abstract

The results of a meta-analysis of the effectiveness of psychological treatment for childhood and adolescent depression are presented. Fifteen controlled trials carried out between 1980 and 2002, which fulfilled the selection criteria, were found and led to 24 independent studies. Eight hundred and sixty three participants, between the ages of 7 and 19 years, and predominantly female adolescents, were recruited. The most widely used treatment was cognitive-behavioral therapy (80%), the only one applied for childhood depression, whereas

¹ *Correspondencia:* Xavier Méndez, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Edificio Luis Vives, Campus Universitario de Espinardo, Universidad de Murcia, Apdo. 4021, 30080 Espinardo, Murcia (España). E-mail: xmendezc@um.es

* Este estudio ha sido cofinanciado por la Beca FPU Referencia AP33488743 del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, y por el Proyecto BSO2001-0491 del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

interpersonal therapy and systemic family therapy were also used for adolescent depression. On the whole, the effectiveness of the psychological treatment reached a moderate level ($d_+ = 0.53$). The response to treatment was similar both in childhood and adolescent depression, but the school samples showed more improvement. It was observed that therapeutic improvement was maintained and an effect size of .50 was obtained in an average seven-month follow-up. The treatment also produced a slight improvement in self-esteem ($d_+ = 0.37$). The implications of these findings are discussed.

KEY WORDS: Adolescence, childhood, depression, psychological treatment.

Introducción

La prevalencia de la depresión en la infancia se sitúa en torno al 2% (Méndez, Olivares y Ros, 2001), aumentando en la adolescencia hasta el 5% (Lewinsohn y Clarke, 2000). Estos índices ponen de manifiesto que se ha subestimado la importancia de este trastorno en población infanto-juvenil. El «olvido» resulta injustificable si se tiene en cuenta la gravedad de las repercusiones del problema y que un elevado número de niños y adolescentes no llega a ser tratado debido a las dificultades de su diagnóstico resaltadas por los defensores de la teoría de la *depresión enmascarada*.

Afortunadamente la investigación sobre depresión infantil y adolescente ha progresado notablemente en los últimos 20 años, aunque los logros han sido desiguales, proliferando los estudios epidemiológicos y de validación de instrumentos de evaluación en comparación con los de desarrollo de protocolos terapéuticos y de valoración de tratamientos. Respecto a la depresión adolescente, Brent *et al.* (1996) constatan que los tratamientos para adolescentes son relativamente poco sistemáticos y no incorporan los avances de la investigación. En líneas generales se puede afirmar que el tratamiento psicológico de la depresión adolescente ha consistido en adaptaciones de los programas originalmente dirigidos a adultos, en cambio, para la depresión infantil se han creado tratamientos originales, como los programas «Acción» (*Action*; Stark y Kendall, 1996; Stark *et al.*, 1996), «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), y «Programa Emoción-Actividad-Cognición» (PEAC; Méndez, 1998, 1999).

En la actualidad se dispone de varias terapias psicológicas para la depresión infanto-juvenil, aunque la más extendida es la terapia cognitivo-conductual. Puesto que la depresión es un trastorno complejo que requiere soluciones complejas, investigadores y terapeutas coinciden en recomendar que los programas incluyan un amplio conjunto de objetivos terapéuticos, como sustituir los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas depresógenos, por formas de pensar más positivas y mejor adaptadas, combatir la pasividad mediante el incremento gradual de actividad, reducir estados emocionales negativos de tristeza, ira o ansiedad, mejorar la autoestima, fortalecer las relaciones sociales, elevar el estado de

ánimo, etc., y múltiples técnicas y entrenamientos, como reestructuración cognitiva, actividades agradables, relajación, habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol, etc.

Existen estudios de caso único y ensayos clínicos de grupo único que informan sobre el éxito de la terapia cognitivo-conductual con niños y adolescentes (Frame et al., 1982; García y Rodríguez, 1990; Petti, 1986; Roselló, 1993; Vera, 1986; Vostanis y Harrington, 1994). Sin embargo, estos estudios presentan las limitaciones propias de los investigaciones no experimentales.

Se han publicado revisiones narrativas sobre los efectos del tratamiento psicológico en el alivio de los síntomas depresivos. Weisz, Valeri, McCarty y Moore (1999) discuten los procedimientos utilizados en la práctica clínica que han sido evaluados empíricamente. La aproximación cognitivo-conductual constituye el principal foco de investigación de la eficacia del tratamiento con niños y adolescentes. Esta orientación se centra en las cogniciones e incorpora procedimientos conductuales, como los entrenamientos en actividades agradables, en habilidades sociales, en relajación, en autorreforzamiento, etc. Los autores destacan las investigaciones de Reynolds y Coast (1986) y de Khan, Kehle, Jenson y Clark (1990) por su rigor metodológico. Aunque en bastante menor medida, otros acercamientos terapéuticos han sido objeto de contrastación empírica, como la terapia psicodinámica, que analiza los sentimientos de culpa y la pobre autoestima relacionándolas con experiencias tempranas de los niños con sus padres; la terapia de juego, que pretende mejorar la sintomatología depresiva mediante la expresión abierta de los sentimientos infantiles; la terapia familiar sistémica, cuyo objetivo principal es restablecer las relaciones de los adolescentes con sus padres; la terapia interpersonal para adolescentes, equivalente a la de los adultos, que resalta el papel de las relaciones con personas significativas como los padres, los compañeros, etc.

Kaslow y Thompson (1998), en su revisión de las intervenciones psicosociales en la depresión infantil y adolescente, concluyen que dos protocolos terapéuticos han probado ser «probablemente eficaces», de acuerdo con los criterios de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995). En primer lugar, el «Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes» (*Adolescent Coping with Depression Course, CWD-A*; Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990), puesto a prueba por Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews (1990), que estudiaron la eficacia diferencial del tratamiento aplicado solo a los adolescentes con depresión o a los adolescentes y a sus padres en comparación con una lista de espera. Y en segundo lugar, el programa cognitivo-conductual «Acción» para la depresión infantil (*Action*; Stark y Kendall, 1996; Stark et al., 1996), que resalta el entrenamiento en autocontrol, fue comparado con otro tratamiento basado en la resolución de problemas y con una lista de espera (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987). A estos dos protocolos hay que añadir la adaptación para adolescentes de la terapia interpersonal realizada por Mufson, Moreau, Weissman y Klerman (1993), cuya eficacia fue examinada en comparación con un grupo de atención placebo (Mufson, Weissman, Moreau y Garfinkel, 1999).

Sin embargo, las revisiones cualitativas no llevan a cabo un análisis de las variables que influyen en los resultados. Para superar esta insuficiencia se ha propuesto el

empleo del meta-análisis, una metodología más potente que explica con detalle los hallazgos de la investigación empírica. El meta-análisis consiste en la aplicación de métodos estadísticos para integrar cuantitativamente los resultados de los estudios sobre un mismo tema (Glass, 1976). Con este procedimiento, Reinecke, Ryan y DuBois (1998), constataron la eficacia a corto y largo plazo de la terapia cognitivo-conductual para la depresión infantil y adolescente en seis informes de investigación publicados en el período 1970-97. El tamaño del efecto fue alto al finalizar el tratamiento ($d_+ = 1,02$) y medio en el seguimiento ($d_+ = 0,61$). Posteriormente Méndez *et al.* (2000) realizaron un meta-análisis con doce informes de investigación publicados entre 1980-99. El tamaño del efecto fue nuevamente alto en el posttest ($d_+ = 0,84$) y medio en el seguimiento ($d_+ = 0,78$), aunque la pérdida de eficacia con el paso del tiempo fue sensiblemente menor. Estos autores hallaron que los tratamientos multi-componentes tendían a ser superiores.

El objetivo principal de este estudio es estudiar, mediante la utilización de la metodología meta-analítica, la eficacia del tratamiento psicológico en la depresión infantil y adolescente, para identificar las intervenciones eficaces, conocer las variables que influyen en los resultados, examinar la sensibilidad de los instrumentos de medida para detectar cambios y analizar el mantenimiento de la ganancia terapéutica. La información resultante permitirá plantear futuras líneas de actuación con el fin de aumentar la eficacia del tratamiento psicológico y contribuir a aliviar el sufrimiento de los niños y adolescentes con depresión.

Método

Búsqueda de la bibliografía

Nuestro proceso de búsqueda de información se basó en las siguientes fuentes: consultas con soporte informático (CSIC-ISOC, MEDLINE, PsycLIT y ERIC), con las palabras-clave «depresión», «infan*», «niñ*», «adolescenc*», «tratamiento», «terapia», «depression», «infan*», «child*», «adolescenc*», «treatment», «therapy», en el título y en el resumen; consulta a investigadores expertos en el tema solicitándoles el envío de trabajos publicados o no; revisión de las referencias de los dos meta-análisis mencionados en la introducción; revisión de referencias de los estudios recuperados.

Criterios de selección

Para el meta-análisis se seleccionaron los estudios que cumplieron los siguientes criterios de selección: estar publicado entre 1980 y junio de 2002; referirse al tratamiento de la depresión en niños y/o adolescentes incluyendo tanto la denominación «síntomas depresivos» como las definiciones de los diversos cuadros depresivos unipolares recogidas en la CIE y en el DSM en cualquiera de sus versiones; ser diseños de grupo que comparen un grupo de tratamiento frente a uno de control u otro tra-

tamiento alternativo; presentar datos suficientes para poder hallar los tamaños del efecto; estar escrito en inglés o castellano.

El proceso de búsqueda supuso la consulta de más de 1.400 referencias que permitió identificar 15 artículos que reunían los criterios de selección, lo que supuso un total de 24 estudios independientes, dos tercios llevados a cabo en Estados Unidos y el tercio restante en Canadá, Reino Unido, Puerto Rico y Australia.

Características de los ensayos controlados

Como se aprecia en la tabla 1, excepto tres, los ensayos controlados se realizaron en los años noventa, destacando 1990 y 1999. Intervinieron 863 participantes, con un tamaño muestral medio de 57,5 (rango: 18-123), y 21 participantes de media por grupo. El rango de edad fue 7-19 años. No es posible calcular la edad media porque tres informes no la indican, aunque nosotros la estimamos entre 12-14 años. Cuatro ensayos reclutaron muestras infantiles con un total de 163 niños, lo que constituye el 19% de los participantes, ocho ensayos se realizaron con 522 adolescentes, lo que supone el 60% de los participantes, y tres ensayos se efectuaron con muestras mixtas integradas por 178 niños y adolescentes, lo que equivale al 21% de los participantes. Así pues, la proporción estimada fue un niño por tres adolescentes. Con respecto al

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes de los ensayos controlados

Autor	Año	N	Muestra	Edad		Género	
				Media	Rango	V	M
1. Butler <i>et al.</i>	1980	56	Infantil	Dato ausente	11-12	63%	37%
2. Reynolds y Coats	1986	30	Adolescente	15,6	13-16	37%	63%
3. Stark <i>et al.</i>	1987	28	Infantil	11,2	9-12	57%	43%
4. Liddle y Spence	1990	31	Infantil	9,2	7-12	68%	32%
5. Kahn <i>et al.</i>	1990	68	Mixta	Dato ausente	10-14	49%	52%
6. Lewinsohn <i>et al.</i>	1990	59	Adolescente	16,2	14-18	39%	61%
7. Fine <i>et al.</i>	1991	66	Adolescente	15,1	13-17	17%	83%
8. Reed	1994	18	Adolescente	Dato ausente	14-19	50%	50%
9. Vostanis <i>et al.</i>	1996	57	Mixta	12,7	8-17	44%	56%
10. Wood <i>et al.</i>	1996	53	Mixta	14,2 ^a	9-17	31% ^a	69% ^a
11. Weisz <i>et al.</i>	1997	48	Infantil	9,6	9-12	54%	46%
12. Brent <i>et al.</i>	1997	107	Adolescente	15,6	13-18	24%	76%
13. Clarke <i>et al.</i>	1999	123	Adolescente	16,2 ^b	14-18	29% ^b	71% ^b
14. Mufson <i>et al.</i>	1999	48	Adolescente	15,8	12-18	27%	73%
15. Rosselló y Bernal	1999	71	Adolescente	14,7	13-17	46%	54%

^a La edad media y la proporción de género se refieren a los 48 sujetos que completaron el tratamiento.

^b La edad media y la proporción de género se refieren a los 96 sujetos que completaron el tratamiento.

Tabla 2
Características clínicas de los participantes de los ensayos controlados

Autor	Población	Reclutamiento	Lugar	Muestra	Terapia
1. Butler <i>et al.</i>	562 escolares	5 centros escolares	Toronto (Canadá)	Escolar	Cognitivo-conductual
2. Reynolds y Coats	800 escolares	centro(s) escolar(es) ^a	(EEUU)	Escolar	Cognitivo-conductual
3. Stark <i>et al.</i>	372 escolares	1 centro escolar	Oregón (EEUU)	Escolar	Cognitivo-conductual
4. Liddle y Spence	escolares ^a	2 centros escolares	Sidney (Australia)	Escolar	Cognitivo-conductual
5. Kahn <i>et al.</i>	1.293 escolares	1 centro escolar	(EEUU)	Escolar	Cognitivo-conductual
6. Lewinsohn <i>et al.</i>	114 adolescentes	Anuncios. Profesionales	Eugene y Portland (EEUU)	Subclínica	Cognitivo-conductual
7. Fine <i>et al.</i>	91 pacientes externos	Hospital General (3 años)	Vancouver (Canadá)	Clínica	Interpersonal
8. Reed	100 adolescentes	Dato ausente	(EEUU)		Cognitivo-conductual
9. Vostanis <i>et al.</i>	117 pacientes externos	4 Departamentos de Psiquiatría (2 años)	(Reino Unido)	Clínica	Cognitivo-conductual
10. Wood <i>et al.</i>	109 pacientes externos	Clínica especialista depresión (1,5 años)	(Reino Unido)	Clínica	Cognitivo-conductual
11. Weisz <i>et al.</i>	500 escolares	3 centros escolares	(EEUU)	Escolar	Cognitivo-conductual
12. Brent <i>et al.</i>	122 pacientes externos	Clínica ansiedad-depresión (1991-1995)	Pittsburg (EEUU)	Clínica	Cognitivo-conductual
13. Clarke <i>et al.</i>	331 adolescentes	Anuncios. Profesionales (1988-1991)	Eugene y Portland (EEUU)	Subclínica	Cognitivo-conductual
14. Mufson <i>et al.</i>	79 pacientes externos	Clínica ansiedad-depresión (1993-1996)	Nueva York (EEUU)	Clínica	Interpersonal
15. Rosselló y Bernal	161 adolescentes	Centro universitario	(Puerto Rico)	Subclínica	Interpersonal

^a Los autores no proporcionan el número de escolares o de centros escolares en su informe; ^b Los autores no informan del periodo de captación de la muestra.

género, la distribución aproximada fue dos varones por tres mujeres. En las muestras infantiles predominó el género masculino (54%-68%), mientras que en las muestras adolescentes, con la excepción del ensayo de Reed (1994), cuyo tamaño muestral fue el más pequeño, la prevalencia del género femenino fue mayor (54%-83%).

Excluyendo el estudio de Liddle y Spence (1990), que no proporciona el dato, la población evaluada ascendió a 4.641 niños y adolescentes. Según la vía de reclutamiento distinguimos tres tipos de muestras: a) escolares, el experimentador evalúa una extensa población para seleccionar, mediante un proceso de tamización (*screening*) que dura días o algunas semanas, los escolares que reúnen los criterios de inclusión y no presentan ningún criterio de exclusión, a continuación ofrece tratamiento a los escolares seleccionados y pide a los padres autorización para aplicarlo; b) subclínicas, el experimentador oferta el tratamiento a centros escolares o a la comunidad (prensa, televisión, etc.), y sólo los que solicitan tratamiento son evaluados para comprobar que reúnen las condiciones requeridas; c) clínica, el niño o adolescente acude por decisión propia, a instancias de los padres o remitido por algún profesional, a un centro clínico en busca de tratamiento para la depresión y el experimentador comprueba que cumple los criterios establecidos, mediante un proceso de captación muestral que se prolonga más de un año. De acuerdo con esta clasificación, las muestras infantiles fueron siempre escolares mientras que las muestras adolescentes fueron casi siempre clínicas o subclínicas.

El tratamiento psicológico más aplicado fue la terapia cognitivo-conductual con la que se trató a 368 niños y adolescentes (80%), después la terapia interpersonal utilizada con 60 adolescentes (13%), y finalmente la terapia familiar sistémica empleada con 31 adolescentes (7%). El tratamiento promedio, aplicado generalmente en pequeños grupos, se compuso de 11 sesiones, de 70 minutos de duración, distribuidas en 9 semanas. Por razones éticas la mayoría de los grupos de control recibieron otro tratamiento o constituyeron listas en espera de tratamiento. La calidad media de los estudios fue satisfactoria y el porcentaje medio de mortalidad bajo. Por término medio evaluaron cuatro variables dependientes, destacando, al margen de la depresión, la autoestima o el autoconcepto. Los instrumentos de medida más utilizados fueron los inventarios, especialmente el de Beck, tanto la adaptación para niños «Inventario para la Depresión Infantil» (*Children's Depression Inventory, CDI*; Kovacs, 1978, 1992), como el original para adolescentes y adultos, «Inventario para la Depresión de Beck» (*Beck Depression Inventory, BDI*; Beck et al., 1961), y, con menos frecuencia, la «Escala de Depresión Infantil y Adolescente» (*Reynolds Adolescent Depression Scale, RADS*; Reynolds, 1989).

Variables codificadas

Las variables de los estudios fueron codificadas con el fin de analizar las comparaciones, a corto (postest) y medio plazo (seguimiento), en función de las técnicas e instrumentos de evaluación utilizados y de las variables dependientes medidas. Se utilizó un protocolo de codificación que incluyó variables moduladoras de distinta naturaleza, distinguiendo entre variables de tratamiento, de sujeto y metodológicas.

Del tratamiento se analizó tipo, complejidad, distribución y aplicación. Se codificó como características de los participantes la edad, el género, el diagnóstico y la gravedad. Los aspectos metodológicos examinados fueron vía de reclutamiento y tipo de grupo de control.

Con el fin de aumentar la precisión se elaboró un libro¹ detallando las normas del proceso de codificación de las variables de los estudios. La codificación requirió en algunos casos la adopción de juicios de decisión complejos. Con objeto de contrastar la adecuación de dichos juicios, se realizó un análisis de la fiabilidad de la codificación efectuada por dos investigadores independientes con una muestra aleatoria compuesta por el 20% de los estudios. El grado de acuerdo alcanzado en las variables codificadas fue altamente satisfactorio, situándose en torno al 90% (Orwin, 1994). Las inconsistencias entre los codificadores se resolvieron por consenso y el libro de codificación se corrigió cuando la causa del desacuerdo se debió a errores o imprecisiones de redacción.

Medida de la eficacia del tratamiento psicológico

El índice del tamaño del efecto utilizado fue la diferencia media tipificada (Hedges y Olkin, 1985). Los valores d_+ positivos reflejan una mejora del grupo tratado frente al grupo de control en el posttest y en el seguimiento. El índice d_+ se obtuvo principalmente con las medias y desviaciones estándar aportadas por los estudios, o bien a partir de los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas basándose en los datos del posttest, ya que dos estudios no informaron del pretest (Glass, McGaw y Smith, 1981; Sánchez y Ato, 1989). Por tanto, la diferencia media tipificada se calculó mediante la diferencia del grupo tratado con respecto al grupo de control o al grupo con tratamiento alternativo, en el posttest y en el seguimiento.

Si un estudio proporcionaba resultados de varias variables dependientes, se promediaron los valores d_+ para evitar problemas de dependencia. Estos cálculos se hicieron en función de la variable dependiente evaluada, de la técnica de evaluación empleada, del inventario de depresión administrado y del momento de la medida efectuada.

Los análisis se realizaron con los programas SPSS 11.0 (2001) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

Resultados

Eficacia del tratamiento psicológico

En la tabla 3 se presentan los resultados globales obtenidos atendiendo a la técnica de evaluación utilizada, al inventario de depresión administrado, y a la variable

1 El libro de codificación puede solicitarse al primer autor.

Muchas de las variables inicialmente contempladas en nuestro libro de codificación quedaron fuera del proceso de análisis por falta de datos de los informes, como locus de control, historia del problema, credibilidad del tratamiento, etc.

dependiente evaluada en el postest. Como se aprecia en la columna de los tamaños del efecto, el tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente fue superior al no tratamiento, a la lista de espera, al tratamiento placebo o a otro tratamiento alternativo, alcanzando un nivel medio de eficacia ($d_+ = 0,53$). La terapia también logró una ligera mejora de la autoestima/autoconcepto ($d_+ = 0,37$). Los resultados se mantenían en un período promedio de siete y meses y medio de seguimiento ($d_+ = 0,50$), aunque se constató la tendencia a disminuir ligeramente a medida que aumentaban los meses transcurridos.

Tabla 3

Eficacia media del tratamiento psicológico según la variable dependiente medida y el procedimiento de evaluación utilizado

Postest	k	d_+	Li	Ls	Q	p
Depresión	24	0,53	0,39	0,67	34,22	0,05
Autoestima/autoconcepto	14	0,37	0,17	0,58	22,25	0,05
Autoinformes	23	0,39	0,25	0,54	23,84	0,35
<i>CDI</i>	12	0,61	0,38	0,85	7,42	0,76
<i>BDI</i>	9	0,56	0,32	0,80	18,00	0,02
<i>RADS</i>	5	1,46	0,84	2,08	1,49	0,82
Entrevistas	8	0,92	0,58	1,26	11,15	0,13
Juicios clínicos	2	0,49	-2,57	3,55	3,45	0,06
Global	24	0,42	0,28	0,56	26,21	0,29

K: Número de estudios. d_+ : Tamaño del efecto medio. *I.C. al 95%*: Intervalo de confianza al 95%. Q: Prueba de homogeneidad intra-grupo global. *GL*: Grados de Libertad. *p*: Nivel crítico de probabilidad

La estimación de la eficacia del tratamiento fue diferente según el procedimiento de evaluación empleado. Las entrevistas clínicas valoraron el cambio terapéutico más positivamente, mientras que los inventarios fueron menos «optimistas». La prueba de Beck, *CDI* o *BDI*, fue el más utilizado y al mismo tiempo el que menos mejoría informó.

En la tabla 4 se presentan los tamaños del efecto del tratamiento psicológico de la depresión y la proporción de niños y adolescentes libres de depresión al finalizar la terapia.

Variables que influyen en los resultados del tratamiento psicológico

Debido a que la prueba de homogeneidad de la variable depresión resultó estadísticamente significativa ($Q_{(23)} = 34,22$; $p = 0,05$), se examinó la influencia de variables moduladoras en los resultados obtenidos. Debido a que solo nueve estudios aportaron datos de seguimiento, centramos nuestros análisis en el postest.

Tabla 4
Eficacia del tratamiento psicológico y porcentajes de recuperación y remisión de los estudios empíricos independientes

Autor	Año	Estudio	TE postest	TE seguim	GT	GC
Butler et al.	1980	1. Entrenamiento en habilidades sociales comparado con atención placebo + no tratamiento	0,52	—	83%	23%
Reynolds y Coats	1986	2. Restructuración cognitiva comparada con atención placebo + no tratamiento	0,29	—	45%	0%
		3. Terapia cognitivo-conductual comparada con lista de espera	1,67	1,24	83%	0%
Stark et al.	1987	4. Relajación progresiva comparada con lista de espera	1,66	1,28	75%	11%
		5. Terapia cognitivo-conductual (autocontrol) comparada con lista de espera	0,73	—	78%	11%
Liddle y Spence	1990	6. Terapia cognitivo-conductual (resolución de problemas) comparada con lista de espera	0,58	—	60%	—
Kahn et al.	1990	7. Terapia cognitivo-conductual comparada con atención placebo + no tratamiento	0,50	0,29	—	—
		8. Terapia cognitivo-conductual comparada con lista de espera	1,07	1,09	84%	18%
Lewinsohn et al.	1990	9. Relajación progresiva comparada con lista de espera	0,93	0,66	69%	—
		10. Autodelado comparado con lista de espera	1,06	0,61	63%	5%
Fine et al.	1991	11. Terapia cognitivo-conductual (adolescentes) comparada con lista de espera	0,64	—	43%	5%
		12. Terapia cognitivo-conductual (adolescentes + padres) comparada con lista de espera	1,41	—	48%	24%
Reed	1994	13. Terapia interpersonal comparada con entrenamiento en habilidades sociales	0,51	0,03	51%	24%
Vostanis et al.	1996	14. Entrenamiento en habilidades sociales comparado con atención placebo	1,44	—	54%	0%
Wood et al.	1996	15. Terapia cognitivo-conductual comparada con atención placebo	0,27	—	87%	75%
Weisz et al.	1997	16. Terapia cognitivo-conductual comparada con relajación progresiva	0,40	0,13	60%	25%
Brent et al.	1997	17. Terapia cognitivo-conductual comparada con no tratamiento	0,33	0,31	44%	19%
Clarke et al.	1999	18. Terapia cognitivo-conductual comparada con terapia de apoyo no directivo	0,42	—	65%	39%
		19. Terapia familiar sistémica comparada con terapia de apoyo no directivo	0,10	—	38%	48%
Mufson et al.	1999	20. Terapia cognitivo-conductual (adolescentes) comparada con lista de espera	1,12	—	65%	48%
Rosselló y Bernal	1999	21. Terapia cognitivo-conductual (adolescentes + padres) comparada con lista de espera	0,72	—	69%	46%
		22. Terapia interpersonal comparada con atención placebo	0,43	—	75%	46%
		23. Terapia cognitivo-conductual comparada con lista de espera	0,73	—	59%	—
		24. Terapia interpersonal comparada con lista de espera	0,73	—	82%	—

La tabla 5 pone de relieve que la terapia familiar sistémica no fue un tratamiento eficaz para la depresión adolescente. Aunque se mostró moderadamente eficaz, la mejora producida por la terapia interpersonal no alcanzó significación estadística, ya que el límite inferior del intervalo de confianza al 95% fue negativo. Por el contrario, la terapia cognitivo-conductual logró una mejoría estadísticamente significativa de tamaño medio. Los porcentajes de participantes tratados libres de depresión en el postest revelaron que la terapia interpersonal (69%) y la terapia cognitivo-conductual (65%) consiguieron una recuperación importante, que fue más modesta con la terapia familiar sistémica (38%). Así pues, el único tratamiento que obtuvo una mejoría estadística y clínicamente significativa fue la terapia cognitivo-conductual, por lo que se analizó la variable complejidad de este tipo de tratamiento encontrándose una diferencia marginalmente significativa a favor de los programas multicomponentes.

Tabla 5
Eficacia de las terapias aplicadas en la depresión infantil y adolescente

Terapia	k	d_+	Li	Ls	Q_{wi}	p
Cognitivo-conductual	20	0,55	0,39	0,71	30,59	0,04
Interpersonal	3	0,63	-0,19	1,47	0,30	0,86
Familiar sistémica	1	0,10	-	-	-	-

K: Número de estudios. d_+ : Tamaño del efecto media. I.C. al 95%: Intervalo de confianza al 95%. Q_{wi} : Prueba de homogeneidad intra-grupo global. GL: Grados de Libertad. p: Nivel crítico de probabilidad

La distribución del tratamiento afectó a los resultados. Los tratamientos intensivos y breves, es decir, más tiempo semanal de terapia concentrado en menos semanas de intervención, fueron más eficaces. La aplicación grupal del tratamiento fue tan eficaz como la individual, pero se obtuvieron mejores resultados con los grupos pequeños que con los grupos grandes de terapia.

No se hallaron diferencias en función de la edad, género o tipo de trastorno del estado de ánimo. El tratamiento fue más eficaz con los casos menos graves, o sea, muestras escolares ($d_+ = 0,62$), reclutadas por el experimentador en vez de remitidas por profesionales ($d_+ = 0,83$), y sin trastornos asociados ($d_+ = 0,75$). Los resultados tendieron a ser mayores cuando la terapia se comparó con la lista de espera, que con la aplicación de otro tratamiento, activo o placebo (tabla 6).

Estudio del sesgo de publicación

El sesgo de publicación es una de las fuentes de invalidez del meta-análisis. Puesto que los 15 ensayos controlados de nuestra investigación estaban publicados en revistas científicas, calculamos el «índice de tolerancia a los resultados nulos» (Orwin, 1983), para determinar el número de estudios inéditos, no localizados por nosotros, que debían encontrarse archivados en las editoriales de las revistas para

Tabla 6
Eficacia de la terapias según el tipo de grupo de control utilizado

	Tipo de grupo de control		
	Otro tratamiento	Atención-placebo	Lista de espera
Terapia cognitivo-conductual	$d_+ = 0,41$ ($k = 2$)	$d_+ = 0,48$ -($k = 2$)	$d_+ = 0,63$ ($k = 13$)
Terapia interpersonal	$d_+ = 0,51$ ($k = 1$)	$d_+ = 0,72$ ($k = 1$)	$d_+ = 0,73$ ($k = 1$)
Terapia familiar sistémica	$d_+ = 0,10$ ($k = 1$)	—	—

considerar los resultados nulos. La estimación fue 79 estudios, por lo que juzgamos poco probable que existan tantos estudios del valoración del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente, sin publicar y sin identificar. Concluimos, por tanto, que el sesgo de publicación no fue una amenaza contra la validez de nuestros resultados (Rosenthal, 1991).

Discusión

De acuerdo con la revisión cuantitativa efectuada, el tratamiento psicológico consigue una mejoría moderada de la depresión infantil y adolescente, incluyendo un ligero aumento de la autoestima. Aproximadamente dos tercios de los niños y adolescentes tratados superan la depresión. El nivel de eficacia es, sin embargo, inferior al obtenido en otras revisiones (Méndez *et al.*, 2000; Reinecke *et al.*, 1998). Este meta-análisis integró los resultados de 24 estudios independientes, en los que participaron 863 niños y adolescentes, de 7 a 19 años, mientras que el realizado anteriormente por nuestro equipo de investigación seleccionó 20 estudios, con 704 participantes, de 9-19 años, y el llevado a cabo por Reinecke *et al.* se limitó a 8 estudios, con 211 niños, adolescentes y jóvenes, de 9-24 años. Por tanto, la discrepancia puede deberse en parte al número de estudios incluidos y al rango de edad de las muestras.

Por otro lado, utilizamos también una fórmula diferente para calcular el tamaño del efecto. Debido a que tres estudios no proporcionaron suficientes datos del pretest, decidimos comparar únicamente los resultados del posttest. Al constituir la depresión un trastorno grave, incluyendo en algunos casos el riesgo de suicidio, el empleo por motivos éticos de controles activos, a los que se les aplica un tratamiento alternativo o placebo, es más común que en los ensayos controlados con otros trastornos interiorizados como las fobias específicas. Este planteamiento se traduce en una importante tasa de recuperación de los que participan como controles activos, de modo que se acorta la diferencia con los participantes tratados.

Aunque globalmente el nivel moderado de eficacia se mantienen en un seguimiento medio de siete y meses, la ganancia terapéutica tiende a declinar suave-

mente con el paso del tiempo. Lewinsohn y Clarke (2000) proponen incorporar a los programas estructurados sesiones de recuerdo para consolidar los cambios logrados, especialmente con los adolescentes que no se han recuperado completamente al finalizar el tratamiento y con los que presentan factores de riesgo como historia de uno o varios episodios depresivos, historia de intentos de suicidio, ideación suicida, gravedad del primer episodio, mayor edad al presentarse el primer episodio, duración más breve del primer episodio (Lewinsohn *et al.*, 1994).

La única evidencia disponible sobre tratamiento psicológico de la depresión infantil procede de la terapia cognitivo-conductual. Los estudios con participantes menores de trece años aplicaron siempre procedimientos conductuales y cognitivos, de modo independiente (Butler *et al.*, 1980) o integrados en programas multicomponentes (Liddle y Spence, 1990; Stark *et al.*, 1987; Weisz *et al.*, 1997).

Las muestras infantiles estuvieron formadas por escolares, aunque se realizaron dos estudios con muestras clínicas compuestas por niños y adolescentes. Los pacientes de Vostanis *et al.* (1996) fueron reclutados en cuatro departamentos de psiquiatría infantil y adolescente durante dos años y los de Wood *et al.* (1996), en una clínica especializada en tratamiento de la depresión durante año y medio. Sin embargo, la presentación de los resultados no permite calcular la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión infantil y adolescente por separado.

Con la cautela que impone la falta de ensayos clínicos controlados, se puede sugerir, sobre la base de la revisión meta-analítica realizada, que el tratamiento psicológico más recomendable para la depresión infantil en la actualidad es el programa «Acción», de Stark y colaboradores (Stark y Kendall, 1996; Stark *et al.*, 1996), basado en el modelo de autocontrol de Rehm (1977), puesto que es el único que alcanza un nivel de eficacia medio-alto.

La mayor prevalencia, y gravedad, de los trastornos del estado de ánimo en la adolescencia explica que se haya desarrollado más el tratamiento psicológico de la depresión adolescente, aplicándose además de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia familiar sistémica. De estas tres terapias, ¿puede el psicólogo clínico elegir alguna preferentemente?

La terapia cognitivo-conductual aplicada individualmente al adolescente fue superior a la terapia familiar sistémica aplicada al grupo familiar y a la terapia de apoyo no directiva (Brent *et al.*, 1997). En concreto, la terapia cognitivo-conductual obtuvo una respuesta al tratamiento más rápida de los pacientes, una respuesta clínica mayor y una tasa de recuperación más alta. También gozó de mayor credibilidad para los padres. Por el contrario, la eficacia de la terapia familiar sistémica no fue relevante y el porcentaje de adolescentes sin depresión tras el tratamiento fue equivalente al de la terapia utilizada como control. Aunque la evidencia se reduce a un ensayo clínico controlado, los datos apoyan claramente la superioridad de la terapia cognitivo-conductual sobre la terapia familiar sistémica.

El nivel moderado de eficacia de la terapia interpersonal no fue estadísticamente significativo, al contrario que la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, esta limitación probablemente sea debida a un problema de potencia estadística, puesto que sólo se han llevado a cabo tres estudios independientes sobre terapia interpersonal, en dos de los cuales se comparó con la terapia cognitivo-conductual. Fine *et*

al. (1991) utilizaron terapia de discusión de grupo y apoyo terapéutico, «basada en una aproximación interpersonal» (p. 79), y entrenamiento en habilidades sociales, con adolescentes remitidos al Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente, del Hospital General de Vancouver. Al terminar el tratamiento la terapia interpersonal se mostró más eficaz para reducir la sintomatología depresiva y fortalecer el autoconcepto, pero en el seguimiento se igualaron ambos tratamientos, ya que nueve meses después los logros terapéuticos eran similares. En cualquier caso, la práctica clínica actual difiere bastante de los tratamientos aplicados por Fine *et al.*, así, la terapia cognitivo-conductual para la depresión adolescente no se limita a entrenar habilidades sociales.

Rosselló y Bernal (1999) hallaron que la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual conseguían mejorar la depresión en comparación con el control lista de espera, aunque no encontraron diferencias significativas entre los dos tratamientos activos. Tres meses después los adolescentes tratados con terapia cognitivo-conductual continuaban mejorando. Este «efecto durmiente» de la terapia cognitivo-conductual (Kendall, 1991), constatado en los estudios de Fine *et al.* y de Rosselló y Bernal, se puede explicar porque las habilidades adquiridas requieren un plazo de tiempo para su uso exitoso en situaciones naturales.

La evidencia acumulada sobre los efectos de la terapia cognitivo-conductual es muy superior, puesto que este tratamiento se ha aplicado a una cantidad seis veces mayor de adolescentes con depresión, especialmente el «Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes» (*Adolescent Coping with Depression Course, CWD-A*), de Clarke *et al.* (1990). Por esta razón, Rosselló y Bernal (1999) afirman: «la evidencia disponible sugiere que la terapia cognitivo-conductual reúne los criterios de 'tratamiento bien establecido' para la depresión adolescente, sin embargo, son necesarios nuevos ensayos controlados con tamaños muestrales mayores en el caso de la terapia interpersonal» (p. 742). En este sentido, la investigación deberá confirmar en el futuro próximo la evidencia preliminar favorable sobre el funcionamiento de la terapia interpersonal.

Los programas cognitivo-conductuales tendieron a ser más eficaces, sobre todo para mejorar el autoconcepto, que la aplicación aislada de una técnica, como revela el ensayo controlado de Kahn *et al.* (1990). En nuestro anterior meta-análisis también hallamos que los programas multicomponentes conseguían fortalecer la autoestima en mayor grado (Méndez *et al.*, 2000). Sin embargo, los datos no son concluyentes. Reynolds y Coats (1986), en una investigación de gran calidad metodológica, encontraron que el entrenamiento en relajación progresiva era, estadística y clínicamente, tan eficaz como un programa compuesto de actividades placenteras, auto-observación y auto-refuerzo, reestructuración cognitiva, etc. Este resultado inesperado aconseja realizar nuevos estudios. Así, es conveniente comprobar la contribución de cada componente del programa al éxito terapéutico mediante la estrategia de dismantlar el tratamiento.

Las características formales del tratamiento influyen en los resultados. Los tratamientos intensivos y breves se mostraron más eficaces. Las terapias de duración limitada poseen ventajas como la reducción de costes o la planificación del trabajo de los profesionales, aspectos de suma importancia para los servicios públicos de salud men-

tal. Sin embargo, conviene recordar que la tercera parte de los niños y adolescentes no se recupera completamente tras 8-10 semanas de tratamiento, por lo que puede ser útil incluir sesiones adicionales de recuerdo y fortalecimiento (Clarke *et al.*, 1998).

La respuesta al tratamiento fue similar en ambos géneros. Reed (1994) analizó expresamente la eficacia diferencial en función del género. El tratamiento fue más exitoso con los chicos al finalizar la terapia y 6-8 semanas después. De acuerdo con el juicio clínico de un experto, el 83% fueron valorados como-mejorados, mientras que solo el 20% de las chicas recibieron la misma valoración. Así pues, los adolescentes varones respondieron, estadística y clínicamente, mejor. Sin embargo, hay que interpretar este hallazgo con cautela, debido al pequeño tamaño muestral reclutado, a la poca calidad metodológica del estudio, y al tratamiento aplicado que se redujo al entrenamiento en habilidades sociales.

Con respecto a los procedimientos de evaluación, el nivel de eficacia del tratamiento resultó mayor cuando se calculó en base a las entrevistas que en base a los inventarios. Como sugieren Pérez-Álvarez y García (2001), es posible que los investigadores sean más optimistas que los niños y adolescentes al evaluar los síntomas depresivos. La prueba de Beck, *CDI* (niños) o *BDI* (adolescentes), es con diferencia la más utilizada. Por tanto, sería deseable que se incluyera en la batería de tests para facilitar la comparación de los resultados de las investigaciones. Además el inventario se muestra conservador en la valoración del tratamiento con respecto al RADS, otra de las escalas más empleadas.

Finalmente quedan numerosas cuestiones pendientes de investigación en este campo (Hollon y Beck, 1994; Lewinshon, Gotlib, y Hautzinger, 1997). Por ejemplo, ¿es posible que el mayor grado de estructuración y directividad de la terapia genere contracontrol en algunos adolescentes? En este supuesto, ¿sería más eficaz con esos adolescentes iniciar la terapia con una fase más «abierta» de discusión sobre cómo mejorar las relaciones interpersonales y concluir con una fase más «cerrada» de entrenamiento en habilidades sociales? En este mismo sentido, conviene también preguntarse ¿cuál es la contribución de cada uno de los componentes conductuales a la mejora del sujeto, qué tratamientos son más eficaces con qué tipo de pacientes, cuanto contacto terapéutico es necesario, etc.?

Referencias

(Los estudios que aparecen con un asterisco fueron incluidos en el meta-análisis)

- 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.
- *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.
- 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.

- *Butler, L., Mieziotis, 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.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. y Hops, H. (1990). *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course*. Eugene, OR: Castalia Press.
- *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.
- *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., 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.
- 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.
- Glass, G. V. (1976). *Primary, secondary, and meta-analysis of research*. Educational Research, 5, 3-8.
- Glass, G.V., McGaw, B. y Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis for social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hedges, L.V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Hollon, S.D. y Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive behavioral therapies. En A. Bergin y S. Gardfield (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª edición, pp. 428-466). Nueva York: Wiley.
- *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 depressives. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146-155.
- Kendall, P. C. (1991). Guiding theory. En P. C. Kendall (Dir.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 1-22). Nueva York: Guildford.
- Kovacs, M. (1978). *Children's Depression Inventory* (3ª edición) Manuscrito no publicado, University of Pennsylvania.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Lewinsohn, P. M., y Clarke, G. N. (2000). Tratamientos psicosociales para la depresión en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 469-485.
- *Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. y Andrews, J. (1990). Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H. y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, I* (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rhode, P., Gotlib, I. M. y Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302-315.
- *Liddle, B. y Spence, S. (1990). Cognitive-behaviour therapy with depressed primary school children: A cautionary note. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 85-102.

- Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (1999). *Depresión en la infancia y adolescencia*. Madrid: UNED-FUE.
- Méndez, X., Moreno, P. J., Sánchez Meca, J., Olivares, J. y Espada, J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: Una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual*, 8, 487-510.
- Méndez, J., Olivares, J. y Ros, C. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M. y Klerman, G. L. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- *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.
- Orwin, R.G. (1994). Evaluating coding decisions. En H. M. Cooper y L.V. Hedges (dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 134-172). Nueva York: Sage.
- Orwin, R.G. (1983). A fail-safe *N* for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8, 157-159.
- Pérez-Álvarez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- *Reed, M. K. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 29, 293-302.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model for depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- 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. (1989). *Reynolds Child Depression Scale: Professional manual*. 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.
- Roselló, J. (1993). Acercamientos terapéuticos para la depresión en adolescentes puertorriqueñas: Dos estudios de casos. *Revista Interamericana de Psicología*, 27, 163-180.
- *Roselló, J. y Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 734-745.
- Rosenberg, M. S., Adams, D. C. y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (edic. rev.). Newbury Park, CA: Sage.
- 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.
- Sánchez, J. y Ato, M. (1989). Meta-análisis: Una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J. Arnau y H. Carpintero (dirs.), *Tratado de psicología general I: Historia, teoría y método* (pp. 617-669). Madrid: Alhambra.
- 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.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- 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 Publishing.
- *Stark, K., 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.
- Vera, L. (1986). Application des thérapies comportementales chez l'enfant déprimé. *Psychologie Médicale*, 18, 741-744.
- *Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E. y Bickerton, W. L. (1996). Treatment for children and adolescents with depression: Lessons from a controlled trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 199-212.
- Vostanis, P. y Harrington, R. C. (1994). Cognitive-behavioural treatment of depressive disorder in child psychiatric patients: Rationale and description of a treatment package. *Europe Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 111-123.
- 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.
- Weisz, J. R., Valeri, S. M., McCarty, C. A y Moore, S. (1999). Interventions for Depression: Features, Effects, and Future Directions. En C. A. Essau y F. Petermann (dirs.), *Depressive disorders in Children and adolescents* (pp. 383- 435). Londres: Jason Aronson INC.
- *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.