

La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo

Victoria del Barrio

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Hace casi diez años escribí para *Informació Psicològica* un artículo sobre “Avances en depresión infantil (DI)”. Me ha parecido interesante retomar la cuestión y poner el acento en las novedades más destacadas que se han producido recorriendo el contenido de la investigación en los últimos años.

La producción científica

Se ha partido de una búsqueda en PsycINFO de estos últimos 10 años. Durante ese tiempo se han publicado 3.199 items sobre depresión infantil y adolescente, entre 750 y 840 trabajos anuales. Las revistas más potentes siguen siendo las mismas: *J. of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *J. of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *J. of Abnormal Psychology*, y *J. of Child and Adolescent Psychiatry*. Su temática se distribuye así: fundamentos biológicos (20%), factores de riesgo (19%), familia (14%), emociones (14%) y tratamiento (8%); el resto lo ocupan temas marginales menos estudiados.

Completamos el cuadro con datos españoles de las publicaciones recogidas en el *Psicodoc* en el mismo período. El panorama es similar, pero con algunas diferencias. Hallamos 99 publicaciones en total con una media de 8 artículos anuales. Sus temas distribuidos en factores de riesgo (23%), evaluación (19%), tratamiento (16%), familia (10%) y el resto, temas varios. Son datos similares a los de un estudio biblio-

métrico, sobre los años precedentes (Díaz-Zamorano, 2003). Varía la cantidad de contenidos teóricos que hoy han descendido espectacularmente. En ese mismo trabajo aparecen como autores más productivos: Polaino, Domenech, del Barrio y Conde. Actualmente del Barrio, y Méndez, aparecen en cabeza, seguidos de autores como E. Domenech, E. Becoña, MA. Carrasco, JP. Diez, J. Espada, Olivares y O. Sánchez, M. Orgilés. Las revistas más representadas son: *Psicothema*, *Revista de Psicología General y Aplicada*, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica y Salud Mental*.

Las diferencias fundamentales entre la literatura hispana y anglosajona es que la última publica más (aunque mucha de esta producción proviene de distintos países, incluida España, al ser hoy el inglés la lengua común); también hay diferencia en la atención a distintos temas: en español hay mayor producción sobre evaluación y tratamiento y casi nada sobre bases biológicas, tema que ocupa el primer lugar en revistas de lengua inglesa.

Concepto de depresión

Hoy poseemos un repertorio de síntomas (criterios diagnósticos) bien consensuados por expertos (Anhedonia, Disforia, Irritabilidad, Problemas de peso y apetito, Problemas de sueño, Fatiga, Agitación o retraso motor, Sentimientos de culpabilidad, Problemas de concentración, Pensamientos mórbidos o de suicidio). En el borrador del

DSM-V, de posible aparición en 2013, se mantienen todos ellos aunque se estudia incluir la Disforia, combinada con Trastornos del humor, como una nueva categoría ubicada en los trastornos que aparecen en la niñez.

Spitz (1965), ya había propuesto como síntomas de DI: Lloros. Pérdida de peso, Retraimiento, Insomnio, Proclividad a contraer enfermedades, Enlentecimiento motor, Inexpresividad. Impresiona ver que esa observación del comportamiento de niños entre 6-18 meses (cuando todavía no existía teóricamente la DI) se ajusta como un guante a la sintomatología depresiva actual, Ahí sólo faltarían los síntomas cognitivos, que lógicamente no podían aparecer al ser una observación sobre niños de un rango de edad tan temprana.

Digamos que no hay novedades respecto al concepto ni tampoco en los distintos marcos teóricos que explican la depresión.

El único matiz innovador es que el auge del estudio de la emoción en los últimos años ha acentuado la concepción de la depresión como un afecto negativo, procedente de la emoción básica de miedo, frente a concepciones más cognitivas del pasado inmediato. Siempre he subrayado esto, ya que en el niño es bien patente el carácter emocional de la DI (del Barrio, 2007; Costello, Erkanli, & Angold, 2006).

Epidemiología

Se ha llegado a cierta estabilidad (5-10%) en la prevalencia de la DI (del Barrio, 2007). Sin embargo, esta cifra continúa creciendo, cuando los recuentos se hacen de una forma continuada y seria. En USA se estima que está en torno al 23% en la población general ; ello se debe, en parte,

al ascenso de la depresión adolescente; ahí, las tasas de depresión aumentan y las de suicidio se han convertido en la primera causa de muerte (Costello, Erkanli, & Angold, 2006). Algunos dan cifras menos alarmantes y consideran que el incremento es menor: un 4 o 5 por mil entre 1999 y 2004 (Pfeffer, 2007).

Recientemente se ha puesto una mayor atención en los trastornos bipolares. Se ha comprobado que aparecen en el 20 al 32% de los niños deprimidos cuando éstos alcanzan la adolescencia (Kochman, Hantouche, & Akiskal, (2003).

En España las cifras en población general se mantienen, (10%,) pero ascienden a un 14% en población clínica en niños de 8 a 12 años (López, Alcantara, Fernandez, Castro, López (2010).

Estudios longitudinales de factores de riesgo

Permanecen vigentes los factores de riesgo, previamente estudiados. Se ha intensificado el estudio de las bases biológicas y los aspectos familiares. La novedad es que hoy los estudios suelen ser longitudinales, frente a la transversalidad que era más frecuente antaño.

Es bien conocida la relación entre la DI y la Depresión materna (DM); esta continúa siendo el mejor predictor de aquella (Kovacs, 2010). Sin embargo, dicha relación hoy se pondera considerando el efecto del paso del tiempo. Un trabajo de Gartstein, Bridgett, Rothbart, Robertson, Iddins, Ramsay, & Schlect, (2010) encuentra una sólida relación entre DM y DI y también con todo tipo de afectos negativos, tales como miedo o ansiedad, evaluando a niños entre los 4-y 12 meses. Se muestran dos cosas:

a) una relación causal puesto que hay depresión en la madre y después aparece en el hijo y b) que esta relación se da desde edades muy tempranas, considerándose crítico el primer año de vida (Bagner, Pettit, Lewincohn & Seeley, 2010), pero esta relación no aparece en la gestación, lo que avalaría que no se trata exactamente de una cuestión biológica. También hay estudios que mantienen esta misma interacción en la adolescencia de 12-18 años (Morris, Ciesla, Garber, 2010).

Otro factor de riesgo perfectamente establecido es el tipo de personalidad especialmente un neuroticismo combinado con baja cordialidad y extroversión. Se ha consolidado esto, puesto que parece que tales características incrementan la aparición de depresión, con el paso del tiempo (Chien, Ko, Wu, 2007).

Entre los factores de riesgo ha crecido la importancia de la comorbilidad, pero así como antes ésta se centraba en la ansiedad, hoy se la extiende a trastornos exteriorizados. En un interesante trabajo (Bruke, Hipwell & Loeber, 2010) se muestra cómo la relación de la depresión con trastornos exteriorizados está ligada especialmente con los trastornos de oposición desafiante, más que con cualquier otro tipo de trastornos de conducta, porque los niños que presentan ese trastorno son los que luego desarrollan una depresión, pero no así los que previamente han presentado trastornos de conducta. En población española también hemos encontrado una relación entre conductas exteriorizadas y depresión básicamente fundada en la agresión verbal (Rodríguez, del Barrio & Carrasco, 2009). Esto muestra el grado de concreción y precisión a que se aspira hoy llegar.

También hay evidencias del papel de los sesgos electivos: los adolescentes deprimidos tienden a escoger amigos con sus mismos síntomas (lo igual busca lo igual) lo que incrementa la probabilidad de consolidar su conducta depresiva (van Zalk, Kerr, Branje, Stattin & Meeus, (2010). No tenemos que este dato es sumamente útil para programar el tratamiento. Se ha consolidado el peso del sesgo perceptivo puesto que los adolescentes con depresión evitan las caras felices (Hanking, Gibb, Abela & Flory, 2010). En población española hemos encontrado los mismos datos ya que en la percepción de imágenes felices, neutras y negativas las diferencias entre niños deprimidos y no deprimidos se encuentra en las felices (del Barrio & González, 2001).

M. Kovacs (2010) hace mediante meta-análisis una revisión muy interesante de los mejores predictores, rastreando qué síntomas de la DI pueden considerarse prodromáticos de la aparición formal de una depresión mayor. Se ve que síntomas, como ansiedad en niños y ansiedad, preocupación y hipersensibilidad en niñas, si duran una semana, son buenos predictores de la aparición de un episodio depresivo.

Evaluación

La gran producción de instrumentos de DI se dio a finales de los setenta y en los ochenta, pero es un tema que no está agotado. Chorpita et al. (2000) ha trabajado en la *Revised Child Anxiety and Depression Scale - RCADS*. Evalúa trastornos de ansiedad y depresivos, con 47 ítems que miden: Trastornos de ansiedad y de separación, Fobia social, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico, Trastorno obsesivo-compulsivo, y Trastorno depresivo mayor. En este instrumento se añaden dos

trastornos de alta comorbilidad, pero con un peso evidente de la ansiedad.

Recientemente M. Kovacs (2010) editó el CDI-2 con un ítem más, (28) y con formas paralelas para padres y maestros, y un CDI-S con 12 ítems.

En España se ha editado por primera vez el CDI de Kovacs con dos factores (disforia y autoestima) con baremos de población española (del Barrio & Carrasco, 2004).

También se ha adaptado la batería BASC (Reynolds & Kamphaus, 2004) que tiene una escala de trastornos interiorizados, y otra específica de depresión. Además ha aparecido un nuevo cuestionario de ansiedad y depresión (CECAD) construido específicamente sobre población española (Lozano, García Cueto & Lozano, 2007).

Bases biológicas

Hace diez años los estudios se centran principalmente en los niveles de cortisol, las alteraciones REM y la hormona de crecimiento. Hoy se centran en las alteraciones funcionales y estructurales en la amígdala, cíngulo, hipocampo, y la asimetría frontal derecha (Coan & Allen, 2004). Todo ello tiene que ver con la activación emocional ligada a factores genéticos (Botteron, Rauch, Drevets, 2002; Mata, Thompson, & Gotlib, 2010) los cuales hacen más o menos proclives a los sujetos a reaccionar diferencialmente ante el estrés, los refuerzos o la adversidad.

Un estudio de meta-análisis sobre el tema puntualiza que los problemas afectivos se relacionan con el eje pituitario adrenal, la asimetría cerebral izquierda y el control cardíaco vagal (Kovacs, 2010). Todo ello es similar a la interpretación del distinto funcionamiento de los sistemas nerviosos: fuerte o débil, (Pavlov) pero ahora apoyado por la nueva imaginería cerebral.

Se ha estudiado, funcionalmente, desde un punto de vista neuroendocrino la diferente reacción ante el refuerzo y el castigo de sujetos deprimidos, para saber, si el procesamiento de ambos acontecimientos, precede o es consecuencia de la depresión. Partiendo de chicas adolescentes de alto y bajo riesgo de depresión familiar, se comprobó que, ante el refuerzo, las chicas de alto riesgo tenían menos activación en el putamen y en la ínsula izquierda que las de bajo riesgo, pero sin embargo presentaban una más alta activación en la ínsula derecha. Por el contrario, ante el castigo, las chicas de alto riesgo mostraban una mayor activación en la zona dorsal del giro cingulado anterior que las de bajo riesgo, cuya activación se centraba en el núcleo caudado y putamen (Gotlib, Hamilton, Cooney, Singh, Henry & Joormann 2010), lo que muestra que el procesamiento neural funciona de distinta manera en sujetos con alto riesgo de desarrollar una depresión.

Hay otros estudios que relacionan la precocidad del desarrollo con la depresión y ello se explica por el aumento de estrógenos (Rudolph & Troop-Gordon, 2010); también con la obesidad, que relaciona con la influencia de los lípidos sobre los neurotransmisores (Boutelle, Hannan, Fulkerson, Crow & Stice, 2010) pero en ambos casos es evidente, también, la influencia de los aspectos sociales relacionados con la imagen corporal.

Tratamiento

El tratamiento de la depresión infantil comenzó con las mismas coordenadas que la depresión adulta y ahora ambas están inmersas en la tarea de encontrar los aspectos diferenciales en el éxito de los tratamientos.

La depresión, especialmente la adolescente, se trata con psicofármacos. La fluoxetina sigue siendo el fármaco considerado más eficaz (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2006). En la investigación sobre el tema se ha detectado el incremento de la tasa de suicidio de los jóvenes pacientes sometidos a este tipo de fármacos (De Angelis, 2004), cuestión consolidada en los estudios de meta-análisis (Bridge, Iyengar, Salary et al., 2007) sobre los problemas de la medicación con antidepressivos en niños y adolescentes. Algunos investigadores incluso han detectado que ese fármaco no incrementa el restablecimiento, sobre todo, en niños en los que la depresión se asocia a problemas de conducta (Jacobs, Beker-Wieidman, Reinecke, Jordan, Silva, Rohde & March, 2010)

El tratamiento cognitivo-conductual (TCC) se ha asentado, no sólo como el que tiene una mayor preocupación por su eficacia (Méndez et al. 2003), sino también como el que logra mayores tasas de mejoría, en función del tamaño del efecto.

Verduyn, Rogers & Wodd, (2009) recogen todo lo que se sabe sobre la terapia cognitivo conductual en niños y adolescentes y dan una intensa llamada de atención al trabajo complementario con padres, escuela y maestros como estrategia que mejora resultados previos.

También, es patente que todas las intervenciones tienen algún efecto positivo, frente a la no intervención (Weisz, McCarty & Valery, 2006) y que, si la terapia es demasiado breve, se corre el riesgo de recidivas.

En el mundo profesional las terapias que se aplican coinciden con la formación de cada terapeuta, pero, en todo caso, éste tiene que conocer los datos que la investigación hoy

proporciona sobre la eficacia del método elegido.

Uno de los primeros estudios controlados sobre la eficacia de los tratamientos de depresión para los adolescentes ha sido el “Treatment for Adolescents with Depression Study” (TADS) promocionado por el National Institute of Mental Health, (2003; 2005). Se comparó el efecto diferencial del tratamiento entre grupos con TCC y fluoxetina, solo con TCC, solo con fluoxetina, y sólo con placebo. Los resultados mostraron que un 71% de los adolescentes mejoraban con la combinación de TCC y fluoxetina, en un plazo entre 12 y 36 semanas, el mejor resultado frente a los demás: 60% con fluoxetina, 43% TCC y 34% con placebo. Lo mismo sostiene (Pfeffer, 2007). Frente a esto, Melvin y et al., (2006) llevó a cabo un experimento paralelo en el que no se observaron diferencias entre el grupo de sólo TCC frente al tratamiento sólo farmacológico.

Han proliferado los tratamientos colectivos como el Coping With Depression-Adolescents (CWD-A, Clark Lewishon, 1986; Clark Lewishon, Rodhe et al 1999, últimamente revisado por Rohde, Clark, Mace et al., 2004). Consiste en unos pasos muy estructurados en los siguientes epígrafes: 1) Psicoeducación, 2) Actividades placenteras, 3) Entrenamiento en habilidades sociales, 4) Solución de problemas y 5) Reestructuración cognitiva.

Se ha subrayado también que, en el caso de que los niños presenten trastornos de conducta asociados a la depresión, se consiguen mejores resultados comenzando el tratamiento por el control de la ira (Flanagan, Allen & Henry, 2010).

Por otra parte, habría que centrarse en tratamientos conductuales en el primer período de edad e introducir luego los cognitivos en la adolescencia tardía, donde se ha constatado la mayor eficacia de este tipo de intervención (Stice, Shaw, Heateher, Bohon, Marti, Rhode, 2009).

En España han aparecido investigaciones sobre la eficacia del tratamiento de la depresión infanto-juvenil centrandose las técnicas conocidas, ajustadas específicamente al sujeto joven en donde básicamente se siguen los programas de Lewishon (Méndez, Rosa, Montoya, Espada & Olivares, 2003). Y un número de *Psicología Conductual* está dedicado especialmente a comparar la eficacia de los distintos tratamientos y uno específico sobre DI (Méndez, Olivares & Sánchez, 2002). Hay también recomendaciones para casos especialmente complicados en situaciones concretas del tratamiento de la depresión con niños (del Barrio, 2008).

También se han editado guías para profesionales a fin de unificar el proceso diagnóstico y el protocolo de actuación para evitar la mala praxis (Ministerio de Sanidad, 2009).

Cuando no se logra mejoría ante el tratamiento, se recomienda: 1) revisión del diagnóstico, 2) revisión del tratamiento y su cumplimiento, y 3) comprobar la comorbilidad. Hay estudios que se dedican a averiguar específicamente qué ocurre en los casos resistentes al tratamiento. El TORDIA (Brent, 2008) estudia los efectos de cambio de medicación junto a TCC tipo, aplicada por expertos en sesiones semanales de 60' a 80' de las cuales entre 3 y 6 fueron sesiones familiares y durante tres meses. Los resultados mostraron que los grupos con sólo cambio de medicamento permanecieron en

la misma situación y los acompañados de TCC mejoraron en un 55% de los casos.

Prevención

El conocimiento sobre un problema culmina con su prevención. La American Academy of Pediatrics está intensificando los esfuerzos para lograr una asistencia psicológica en niños a fin de prevenir problemas de salud mental, especialmente los emocionales. Recomiendan a los padres preocuparse por cómo sus hijos van en la escuela, su relación con otros niños y si son felices; es decir que, aparte de la salud física, debe vigilarse su salud intelectual, social y emocional.

La mayor parte de los programas preventivos se implementan en la escuela. Uno de los más conocidos es el Penn Resilience Program (PRP, Guillham & Reivich, 1999; Cardemil et al., 2002). Este programa se ha seguido adaptando para ser aplicado a clases sociales desfavorecidas (Cardemil, Reivich, Beevers, Seligman, James, 2007) y para familias latinas (Cardemil, Kim, Davidson, Clark, Sarmiento, Ishikawa, Sanchez & Torres, 2010).

Consiste en enseñar a los niños y adolescente a generar unas habilidades cognitivas y conductuales que les permitan afrontar con éxito sus problemas, fundamentalmente aquellos que les conducirían a la depresión.

Consta de 12 sesiones de 90-120 minutos de duración, dependiendo de la edad a la que van dirigidos. Se imparte en pequeños grupos, 14 es el número máximo y lo pueden impartir no sólo psicólogos, sino también los tutores y los maestros entrenados para ello.

El contenido del PRP es el siguiente: a) habilidades cognitivas que consisten funda-

mentalmente en aprender a ser optimista, b) resolución de problemas, lo que promueve la autoeficacia, c) afrontamiento de la adversidad que incrementa la fortaleza de espíritu (resilience) y d) manejo de las propias emociones (reconocimiento de las mismas, estrategias de inhibición y expresión adecuadas). Este programa tiene la ventaja de haber sido evaluado más que cualquier otro y ha demostrado ser eficaz en la prevención de la aparición de síntomas depresivos en niños y adolescentes, especialmente, si los profesionales que lo aplican han sido bien entrenados y si se combina con la colaboración de los padres. Además los efectos del programa se han mostrado duraderos a lo largo del tiempo, no sólo sobre la depresión, sino también sobre otros trastornos infantiles, tales como problemas de conducta o rendimiento (Heinonen, Räikkönen, & Kelticangsd-Jarvinen, 2005).

Cuando se han hecho estudios sobre la eficacia de la prevención primaria, se ha comprobado que los efectos de la misma son mejores si se aplican a poblaciones de riesgo que si se hace a la población general (Horowitz & Garber, 2006), cosa a tener en cuenta para su implementación.

Se sabe también que los efectos de la prevención son más eficaces y duraderos en las chicas que en los chicos (Guillham, Hamilton, Freres, Patton & Gallop, 2006) y en los adolescentes mayores. Los programas más exitosos son los aplicados por profesionales, frente a los que son ejecutados por maestros o por paraprofesionales (Stice, Shaw & Martin, 2007).

Un estudio de meta-análisis, que recoge 32 trabajos sobre el tema desde 1994 a 2007, muestra que los programas más eficaces son los que se focalizan en grupos de riesgo inmediato y alto, los que actúan sobre chi-

cas adolescentes con más edad, y los que incluyen trabajos para casa. Su duración óptima es de 12 horas (Stice, Shaw, Heateher, Bohon, Marti, Rhode, 2009). En este mismo trabajo se subraya que el 41% de los programas tienen éxito, lo que es un resultado mejor que las prevenciones que se llevan a cabo sobre otro tipo de problemas. Otro estudio de meta-análisis que evaluó la eficacia diferencial de la prevención de la TCC y de terapia interpersonal ha encontrado un éxito moderado para ambas, sobre todo en aquellas que se centran en grupos de riesgo y se aplican conjuntamente con la familia (Gladstone & William, 2009).

Sin embargo, Kovacs advierte que hay una falta de sincronía entre lo que se sabe sobre la depresión infantil y juvenil y los programas preventivos que realmente se desarrollan. Por ejemplo, piensa que se descuida la vulnerabilidad familiar y que se aplican terapias cognitivas cuando el niño no presenta distorsiones cognitivas. Si se tienen en cuenta estas dos críticas, se debería focalizar la prevención de la depresión infantil, tanto en el tratamiento de la depresión materna, que es uno de los predictores más potentes, como en los síntomas previos aunque no alcancen el nivel necesario para realizar un diagnóstico. Por otra parte, habría que centrarse en tratamientos conductuales en la primera etapa e introducir los cognitivos en la adolescencia.

Acento en los aspectos felicitantes

La psicología científica ha comenzado estudiando los grandes problemas y ahora, con la psicología positiva, está inmersa en analizar las formas de vida de los que no los tienen. A esto se llama la promoción de factores protectores. En el caso de los niños, está perfectamente claro que unas buenas relaciones entre la pareja progeni-

tora, unas relaciones de apego adecuadas y unos hábitos de crianza basados en el control cariñoso (Roa & del Barrio, 2002; Tur, Mestre, & del Barrio, 2004; Aluja, Barrio, García, 2005; 2006; 2007), parecen ser la parte nuclear de una buena instalación sentimental. En este clima los niños aprenden a tener una confianza básica que les permite explorar e interactuar con el mundo externo sin temor. El miedo es la emoción básica en donde se alveola la depresión y ello es especialmente importante en la primera infancia.

Son padres antidepresivos aquellos que tratan con cariño a sus hijos y al mismo tiempo se implican en una educación que da normas adaptativas y cuida de su cumplimiento (del Barrio et al. 2007). Este cuadro se completa con el cuidado de la socialización fuera del hogar. Los padres educan no para el hogar, sino para el mundo; por tanto, tienen que iniciar al hijo en la interacción social con los individuos de su misma edad, fomentando el respeto, el compartir, la colaboración, la comprensión y la aceptación del otro. Todo ello promueve la independencia del sujeto en la resolución y adaptación a los problemas que necesariamente ha de afrontar en solitario.

Seligman (2009), que ha inaugurado esta vía, subraya el carácter protector de la capacidad de recuperación, de la fortaleza (resilience) en los niños, puesto que los que la poseen tienen menor probabilidad de desarrollar una depresión.

Las actividades físicas, lúdicas, sociales se han convertido en las recomendaciones básicas de lo que es felicitante para un niño; es decir, se ha recuperado el juego como una necesidad básica para el niño (Jerstad, Boutelle, Ness & Stice, 2010).

En España también se han creado programas preventivos en esta dirección (Hernández & Méndez, 2007; 2009; del Barrio, 2008) que recogen toda una serie de recomendaciones que proporcionan a los niños experiencias felicitantes y por tanto son antidepresivas.

Un elemento fundamental para lograr la felicidad de un niño es construir su autoconfianza; para ello hay que enseñarle a ser eficaz. Esto se consigue: enseñando las cosas en pequeños escalones que aseguren el éxito del aprendizaje, procurando la diversión en la educación, escuchando lo que dice, convenciéndole de que el miedo es un sentimiento normal y generalizado cuando se ignora la solución de un problema, y, por último alabando sus pequeños logros (Gunn, 2010).

Se recomienda evitar aquellas conductas que pueden alterar el mundo emocional de un niño por parte de las personas que los tienen a su cargo y que pueden reconducir su ajuste.

Resumen

Podríamos sostener que en líneas generales no ha habido un cambio de paradigma ni una nueva interpretación de la depresión infantil; lo que sí ha habido es un cambio de acento en la investigación. Ya no se buscan factores de riesgo sin más, sino que se rastrea su distinta actuación en diferentes etapas de la vida y en diferentes situaciones contextuales. Tampoco han aparecido nuevos tratamientos, pero sí hay una estructuración muy organizada del proceso y una seria investigación sobre sus efectos diferenciales.

Se ha producido también una alarma ante los tratamientos farmacológicos de la de-

presión infantil y juvenil, con la consiguiente recomendación del uso de terapias psicológicas como inicio del tratamiento.

La novedad más relevante es la intensificación de los programas preventivos y también de los aspectos protectores y felicitantes como antidotos de la depresión.

Por otra parte dada la ingente literatura sobre el tema, han aumentado, los artículos de meta-análisis que tratan de establecer comparaciones entre los distintos trabajos para destacar aquellos conocimientos que se revelan como más estables y sólidos a través de las investigaciones sobre los distintos temas relacionados con la depresión.

Referencias

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2006). Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: Ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Aluja, A., Barrio, V. García, L. (2005): Relationships between adolescents' memory of parental rearing styles, social values and socialization behaviour traits. *Personality and Individual Differences*, 39, 5, 903-924.
- Aluja, A., Barrio, V. García, L. (2006). Do parents and adolescents differ in their perceptions of rearing styles? Analysis of the EMBU versions for parents and adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 103-108.
- Aluja, A., Barrio, V. García, L. (2007). Personality, social values, and marital satisfaction as predictor of parents' rearing styles. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7, 725-737.
- Bagner, DM., Pettit, JW., Lewinsohn, PM. & Seeley, JR. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 49, 699-707.
- Bridge, J., Iyengar, S., Salary, CB., Barbe, RP., Birmaher, B. Pincus, H., et al. (2007). Clinical response and risk of reported suicidal ideation and suicidal attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 1683-1696.
- Bruke, JD., Hipwell, AE. & Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 49, 484-492.
- Boutelle, KN. Hannan, P. Fulkerson, JA. Crow, SJ. & Stice, E. (2010). Obesity as prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychology*, 29, 293-298.
- Cardemil, EV., Reivich, KJ., Seligman, M. (2002) The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Prevention & Treatment*, 5.
- Cardemil, E. MA, Reivich, KJ., Beevers, CG., Seligman, M. & James, J. (2007) The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: Two-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 313-327.
- Cardemil, EV., Kim, S., Davidson, T., Clark, Sarmiento, I A., Ishikawa, R Z., Sanchez, M., & Torres, S.(2010). Developing a culturally appropriate depression prevention program: Opportunities and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 188-197.
- Chien, LL., Ko, HC., Wu, JY (2007). The five factor model of personality and depressive symptoms: One-year follow-up. *PID*, 43, 1013-10-23.
- Clarke, GN. Lewishon, P.M. (1986). Coping with Depression.
- Clarke, GN. Lewishon, P.M., Rodhe, P., Hops, H., & Seeley, JR. (1999). Cognitive-behavior group treatment of adolescent depression. efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 38, 272-279.
- Coan, JA. & Allen, JJB. (2004). Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion, *Biological Psychology*, 67, 7-49.
- Costello, EJ., Erkanli, A. & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263-1271.
- Cramer, F. (2004): La psicoterapia en grupo para niños y adolescentes *Avances in relational mental health / Avances en salud mental relacional*, 2, 1-4.
- De Angelis, T. (2004). Taking acting for children's mental health. *APA Monitor*, 42-45.
- del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido*. Barcelona, Ariel.
- del Barrio, V. (2007). *Como evitar que su hijo se deprima*. Madrid, Síntesis.
- del Barrio, V. (2008). *Tratando... Depresión infantil*. Madrid, Pirámide.
- del Barrio, V. & Carrasco, M.A. (2004): Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs. Madrid, TEA.

- del Barrio, V. & González, M.J. (2001). Children's affective judgements and depression (IAPS, Lang, 1997), comunicación presentada en *6th Conference of the European Association of Psychological Assessment*. Septiembre, Aachen, Alemania.
- Figueras, A., Amador, JA. & Guàrdia, J. (2008). Psychometric properties of the Reynolds Child Depression Scale in Community and clinical samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 641-649.
- Gartstein, M. A., Bridgett, D. J., Rothbart, M. K., Robertson, C., Iddins, E., Ramsay, K., & Schlect, S. (2010). A latent growth examination of fear development in infancy: Contributions of maternal depression and the risk for toddler anxiety. *Developmental Psychology*, 46, 651-668.
- Flanagan, R., Allen, K. & Henry, DJ. (2010). The impact of anger management treatment and rational emotive behavior therapy in a public school setting on social skills, anger management and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Therapy*, 28, 87-99.
- Gladstone, TRG., William, RB. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54, 212-220.
- Guillham, JE., Hamilton, J., Freres, DR., Patton, K. & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care settings: A randomized controlled study of the Penn Resilience Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 203-219.
- Guillham, J. & Reivich, K. (1999). Prevention depressive symptoms in school children: A research update. *American Psychological Society*, 10, 461-462.
- Gotlib, IH., Hamilton, JP., Cooney, RE., Singh, MK., Henry, M. & Joormann, J. (2010). Neural processing of reward and loss in girls at risk for major depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 380-387.
- Gunn, A. (2010). Raising confident and happy children. Londres: HardieGrant Books.
- Hanking, BL., Gibb, BE., Abela, JEZ. & Flory, K. (2010). Selective attention to effective stimuli and clinical depression among youths: Role of anxiety and specificity of emotion. *Journal of abnormal Psychology*, 119, 491-501.
- Heinonen, K., Räikkönen, K. & Kelticangsd-Jarvinen., (2005). Self-esteem in early and late adolescence predicts dispositional optimism-pessimism in adulthood: a 21-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 39, 511-521.
- Hernández, O. & Méndez, FX. (2007). Prevención de la depresión infantil mediante el fomento del optimismo. *Revista de Psicoterapia*, 18, 77-89.
- Hernández, O. & Méndez, FX. (2007). Optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente, *Clínica y Salud*, 20, 273-280.
- Horowitz, JL. & Garber, J. (2006). The prevention on depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- Howard, A. (2010). Review of Depression: Cognitive behavior therapy with children and young people. *Child & Family Behavior Therapy*, 32, 167-171.
- Jacobs, RH., Beker-Wieidman, EG., Reinecke, MA., Jordan, N., Silva, SG., Rohde, P., & March, JS. (2010). Treating depression and oppositional behavior in adolescent. *Journal of Clinical and adolescent Psychology*, 39, 559-567.
- Jerstad, SJ., Boutelle, KN., Ness, KK. & Stice, E. (2010). Prospective reciprocal relations between physical activity and depression in females adolescents. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 78, 268-272.
- Kochman, F.J. Hantouche, E.G. & Akiskal, H.S. (2003): Los trastornos bipolares en adolescentes. *Archivos de Psiquiatría*, 66, 63-71.
- Kovacs, M. (2010). *CDI-2 Technical Manual*. Toronto: MHS.
- Kovacs, M. (2004) Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs, (adaptado por del Barrio, V. & Carrasco, M.A). Madrid, TEA.
- Kovacs, M. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 472-496.
- López, SJ. (2009). *The encyclopedia of positive psychology*. London: Wiley- Blackwell.
- López, C., Alcántara, MV., Fernández, V., Castro, M. & López, JA. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8-12 años, mediante el CBCL. *Anales de Psicología*, 26, 325-334.
- Lozano, García Cueto & Lozano, (2007) CEDAC. Madrid : TEA.
- Mata, J., Thompson, RJ & Gotlib, IH. (2010). BDNF genotype moderates the relation between physical activity and depression, *Health Psychology*, 29, 130-133.
- Martin, RC & Dahlen, ER. (2005). Cognitive motion regulation in the prediction of Depression, Anxiety Stress and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260.
- Melvin, GA., Tone, BJ. King, NJ., Heyne, D., Gordon, MS. & Klimkeit, E. (2006). A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1151-1161.
- Méndez, X., Olivares, J. & Sánchez, (DIRS.) (2002). Monográfico sobre Tratamientos Psicológicos eficaces para

los trastornos interiorizados en la infancia y la adolescencia, *Psicología Conductual*, 10, 3.

Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares J. (2003) Guía de tratamientos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En M. Pérez et al. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Ministerio de Sanidad (2009). *Guía de la práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Morris, C., Ciesla, J. A., Garber, J. (2010). A prospective study of stress autonomy versus stress sensitization in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 341-354.

National Institute of mental Health. (2003). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 531-542.

National Institute of mental Health. (2005). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 28-40.

Pfeffer, RC. (2007). Advertencias pediátricas de la FDA y cambios en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión pediátrica, *American Journal of Psychiatry*, 10, 448-451.

Rodríguez, MA., del Barrio, V. & Carrasco, MA. (2009). Consistencia interparental y su relación con la agresión y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 51-60.

Reynolds & Kamphaus, (2004). BASC, Sistema de evaluación de conducta en niños y adolescentes. Madrid: TEA.

Roa, L. & del Barrio, V. (2002) Cuestionario de percepción de la crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, 8, 37-51.

Rohde, P., Clark, GN., Mace DE., Jorgensen, JS., & Seeley, JR.. (2004) An efficacy/effectiveness study on cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 43, 660-668.

Rudolph, KD. & Troop-Gordon, W. (2010). Personal-acentuation and contextual-amplification models of pubertal timing: Predicting youth depression. *Developmental and Psychopathology*, 22, 433-451.

Seligman, M. (2009). Resilient kids learn better. *Monitor*, 40, 32-33.

Spitz (1965). *The first day of life*. New York: International University Press. (Ed. Española: Fondo de Cultura Económica, 1969).

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. & Rhode, P. (2009). Meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486-503.

Stice, E., Shaw, H., & Marti, CN. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention program: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 233-257.

Tur, A., Mestre, V. & del Barrio, M.V. (2004): Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial, el efecto de los hábitos de crianza. *Ansiedad y Estrés*, 10, 75-88.

Verduyn, C., Rogers, J. & Wodt, A. (2009). *Depression: cognitive behavior therapy with children and young people*. Londres: Routledge.

Weisz., JR., McCarty, CA. & Valery, SM. (2006). Effects of Psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.

Fecha de recepción: 29/10/2010

Fecha de aceptación: 15/11/2010