

# AVANCES EN DEPRESIÓN INFANTIL Y JUVENIL

Victoria del Barrio

**RESUMEN** En este trabajo se presentan los logros obtenidos en la investigación sobre la depresión infantil y juvenil y especialmente en los últimos cinco años. Al hilo de las preguntas que Malmaquist hizo a los expertos sobre DI en 1977 se van exponiendo las últimas tendencias e investigaciones que pueden dar contestación a las mismas sobre el concepto, evolución, el pronóstico, la incidencia, las influencias sociales y el tratamiento. Se hace especial hincapié en lo logrado en la investigación realizada en lengua española tanto en España como en Hispanoamérica.

**ABSTRACT** This paper presents some of the recent achievements obtained in research on children and adolescent depression, especially in the last five years. The list of questions presented to experts some years ago by Malmaquist (1977) have been compared with current knowledge appearing in the reviewed literature, in order to evaluate gains and loss. Special attention has been paid to specialized production carried out by Spanish and Hispanic researchers in the field.

## INTRODUCCIÓN

El tema de la depresión se ha vuelto crucial en la época en la que vivimos. La incidencia de nuevos casos crece paulatinamente en las sociedades desarrolladas y se ha considerado que llegará a convertirse en la alteración psíquica más prevalente de los años venideros. Las condiciones psicosociales de los países desarrollados parecen, sin lugar a dudas, incrementar la vulnerabilidad a desarrollar la depresión en las personas que, teóricamente, tendrían menos razones para sentirse tristes y desalentadas y esto no sólo ocurre en el mundo adulto sino, lo que es todavía más preocupante, en el infantil.

Paralelamente al incremento de la incidencia se ha producido también un aumento de los estudios dedicados a la depresión, desde el campo de la psicología

y de la psiquiatría. La consideración de las cifras de trabajos que en el Psyinfo se reúnen sobre esta emoción puede dar una idea de la importancia que ha alcanzado la depresión.

Si se comparan estas cifras globalmente consideradas adultos, adolescentes y niños los trabajos dedicados a depresión, comparadas con las de otras emociones básicas son mucho más elevadas; la única que se le aproxima es la ansiedad con una curva paralela pero más baja. Los datos de los últimos dos años pueden dar una idea de lo dicho.

**Tabla 1: Trabajos sobre depresión, ansiedad e ira en Psyinfo.**

AÑO	EMOCIÓN	NÚMERO
1999	DEPRESIÓN	4.465
1999	ANSIEDAD	2.530
1999	IRA	577
2000	DEPRESIÓN	4.037
2000	ANSIEDAD	2.907
2000	IRA	579

**Tabla 2: Evolución en Psyinfo de trabajos sobre depresión infantil.**

AÑO	NÚMERO
1975	30
1978	60
1981	102
1984	290
1987	310
1990	510
1993	560
1996	460
1999	467
2000	367

Si se analiza este fenómeno en la literatura dedicada a la DI, se advierte un proceso de incremento muy similar y se pasa de 30 ítems en 1975 a 467 en 1999.

Como se puede observar, en el año 75 el número de trabajos es muy bajo y a partir de ahí se produce un incremento espectacular y después de un pico en el año 1993 hemos ingresado en una meseta de producción alta y constante, y a nuestro juicio la pequeña inflexión del año 2000 hay que tomarla como un efecto de recencia, puesto que algunas revistas se retrasan en su aparición y no ha habido tiempo para haber sido vaciadas en la base de datos.

En el año 1972 sólo existía un libro en cuyo título se incluyese la expresión Depresión infantil, en su título *Depressive states in childhood and adolescence* (Anell, 1972); en el 2000 son más de 50 los que específicamente tratan de ese tema. Los últimos aparecidos en inglés son el de Essau & Peterman (1999) y la reedición revisada del Goodyer (2000).

Lo mismo ocurre con los capítulos de libros y artículos que a partir de los ochenta han experimentado un incremento impresionante y que en el 2000 se pueden cuantificar en 80 y 300 respectivamente.

De todas las revistas en donde aparecen artículos sobre DI, sin duda la que tiene una mayor representatividad es el *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Esto quiere decir dos cosas, la primera que hay que consultar esta revista cuando se quiere estudiar el tema de la DI y la segunda que, todavía en estos momentos, la DI continúa siendo principalmente estudiada en los ámbitos psiquiátricos.

Si nos planteamos qué temas se han tratado en estos trabajos habría que secuencializarlos temporalmente. En la primera época, del 75 al 80, los temas fundamentales han sido: criterios diagnósticos, instrumentos de evaluación y epidemiología. En los años ochenta continúan los anteriores y proliferan los estudios sobre los aspectos familiares y la relación de la depresión infantil con la materna. En 1990 la novedad fundamental es el localizar y aislar factores de riesgo. En 1991 comienzan los análisis de síntomas, el estudio de la eficacia del tratamiento con psicofármacos y se inician los estudios de seguimiento. En 1992 se intensifica la investigación sobre los aspectos psicosociales relacionados con la aparición de la DI. En 1993

aparecen los primeros estudios sistemáticos sobre la relación entre ansiedad y depresión y los problemas de atención y depresión. En 1994 se intensifica la investigación sobre la relación de la DI con el estrés. 1995 se caracteriza por los estudios sobre consumo de drogas, depresión y ajuste emocional. En 1996 se consolidan los estudios anteriores y el tema de la comorbilidad de la DI con otras alteraciones se convierte en fundamental. 1997 se caracteriza por la proliferación de estudios sobre cromosomas y DI. Ese mismo año se da la eclosión de los estudios longitudinales que habían empezado tímidamente en el 91. Lo anterior es un breve resumen de lo que ha pasado en la investigación sobre DI, (una revisión más detallada se puede encontrar en del Barrio 1997). El año 1999 lo vamos a analizar aquí más detenidamente, puesto que en la base de datos se contiene de una manera completa; sin duda, es indicativo de los avances más inmediatos y vamos a presentar los temas que han sobrepasado el número de cinco ítems.

**Tabla 3: Temas más frecuentes sobre DI en el Psyinfo 1999.**

TEMAS	NÚMERO
Madre	38
Tratamiento farmacológico	27
Familia	26
Comorbilidad	21
Evaluación y diagnóstico	15
Tratamiento psicológico	13
Bases biológicas	10
Predictores	8
Abuso	7
Trastornos de Atención e Hiperactividad	6
Acontecimientos vitales	6
Correlatos cognitivos	5
Género	5
Entorno social	5
Suicidio	5

Tabla 4: Trabajos sobre depresión infantil y adolescente en Psychodoc, 98.

	E.	T.	P.	F.R.	A.	S.	I.	R.
Aragón al., 97				Alcohol Pater.				
Aguilar et al., 90,93	X X							
Bas, 96		X TCC						
Bengochea, 96		X						
Bernal et al., 97	X							
Bralio al., 87							X	
Canals, 90								Biol.
Cardoze, 85	Ob.							
Carvalho al. 87						X		
Caso, 90							X	
Cejas et al.,				Separación				
Del Barrio et al., 89,90,90,94, 96	XXX EDNA CDI			Hospitalización	X			
Domenech et al., 89,90	X							Evaluación
Ezpeleta et al. 88,90,93,95	X DICA					X	X	Concepto
Eiseman, 88	X							
Frías et al., 91,91,92	X			Rendimiento Famili.				Concepto
Gangara, 95						Suicidio		
Gonzalez, 95	X							
Gonzalez. M., 90				Madre depre.				
Gonzalez. F., 94				Acont. vitales				
Gonzalez. C., 97								Concepto
Gomez et al., 92								Factor Riesg.
Lemos et al., 92							X	
López et al., 95						X		
Macías, 85		X						
Mendez et al., 1992	X							
Mesa, 86								Concepto
Mestre et al., 92, 92, 96	X CDI		X		X			
Montreal, 90	X							
Nissen, 89, 90		X Farmc	X					
Peña, 85				Diabetes				

E=Evaluación; T=Tratamiento; P=Prevención; FR=Factores de riesgo; A=Autoestima; S=Síntomas; I= Incidencia; R=Revisiones

Tabla 4: Trabajos sobre depresión infantil y adolescente en Psycodoc, 98 (Cont.).

Pons et al., 93				Divorcio				
Polaino et al., 88,90,92	X	X						Factor Riesgo
Raffo, 94				Institución				
Recart et al., 95				Madre Depre.				
Rodriguez R. 95		X						
Rivas et al, 95							X	
Roselló et al., 93,96, 97		X X TCC Eficacia					X	
Rubín et al., 90				Retraimiento				
Seva,84						X		
Sineiro et al., 97						X		
Tizón et al., 94			X					
Toledo et al., 95				Madre Depre.				
Valdes et al., 87		X						

E=Evaluación; T=Tratamiento; P=Prevención; FR=Factores de riesgo; A=Autoestima; S=Síntomas; I= Incidencia; R=Revisiones

Como se puede comprobar, la madre sigue siendo la estrella y la depresión materna es el tema fundamental. Los tratamientos farmacológicos exponen las ventajas de unos ciertos principios activos. En la comorbilidad son prioritarios los trabajos sobre ansiedad y problemas de conducta, si en este apartado se hubiesen incluido los trastornos de atención con hiperactividad la comorbilidad se hubiese convertido en un tema tan importante como el de la familia, pero hemos considerado mejor mantenerlos por separado. En la familia se tocan distintos aspectos, como cohesión, relaciones, apoyo, ruptura, papel del padre. En diagnóstico se incluyen los trabajos de diagnóstico diferencial e instrumentos de evaluación. Todas las demás categorías tienen una cierta homogeneidad.

Ni que decir tiene que este proceso de evolución de la literatura es sólo indicativo y que pueden hallarse estudios de cualquiera de estos temas a lo largo de todo el período expuesto. Sin embargo, entendemos que el cuerpo global de la investigación ha seguido esos derroteros. Si nos preguntamos cuáles de esos temas han sido los más constantemente estudiados a lo largo de todos esos años, se puede precisar esa contestación cuantificando las palabras claves incluidas en esos trabajos desde 1975 hasta ahora. Sin ningún lugar a du-

das, los términos más representados son: “Depresión Mayor” y “Adolescencia” en proporción pareja que se mantiene entre 120 y 140 trabajos por año, a partir de los años noventa. El término inmediatamente más frecuente es “Madre”, pero su número desciende ya a unos 40 trabajos anuales.

Estos estudios de investigación se producen mayoritariamente en los Estados Unidos; pero también hay grupos muy activos de investigación sobre DI en Australia, Canadá, Puerto Rico, Gran Bretaña, Suecia, Polonia, España, Italia, Japón y Nueva Zelanda.

Podemos determinar cuál ha sido el panorama de nuestro entorno más inmediato, a través del último Psycodoc -98, en donde sólo aparecen vaciados artículos de revistas.

Allí nos encontramos con una producción de 62 trabajos y, como casi todos ellos están firmados por varios autores, se podría calcular que unas 100 personas trabajan sobre DI.

En otra revisión bibliográfica de libros, capítulos de libros y artículos de revista sobre el tema de DI, hemos obtenido 100 publicaciones en español desde el año 1985 hasta el 2000; su distribución temporal muestra que desde 1985 a 1988 aparece una publicación

por año, pero en 1988 ya aparecen tres; a partir de ahí el número se incrementa paulatinamente hasta un máximo en 1997 en el que aparecen 14 publicaciones; desde entonces la producción se estabiliza, baja y se mantiene en una media de 9 publicaciones por año.

La mayor parte de los grupos han publicado sólo un artículo mientras que algunos publican asiduamente sobre este tema. Los autores que han publicado más de un artículo son: Aguilar, del Barrio, Domenech, Ezpeleta, Frías, Mestre, Polaino y Roselló.

El núcleo de Barcelona creció en torno a E. Domenech en la UAB. En Madrid hay dos grupos el de la UCM con A. Polaino a la cabeza y otro en la UNED con V. Del Barrio y el valenciano, iniciado por V. del Barrio, siguió luego en torno a V. Mestre.

En Hispanoamérica, entre otros, existe un grupo en México alrededor de F. De la Peña, en Guatemala otro liderado por Aguilar y Bernal y en Puerto Rico otro con Roselló.

Si se quiere analizar la temática sobre la que versan estos trabajos, se observa que se distribuye, principalmente, en torno a Evaluación, Factores de Riesgo y Revisión.

Los capítulos de libro son numerosos, pero al no haber sido recogidos por una base de datos, no haré mención de ellos, porque pueden darse olvidos inconvenientes. Un recuento manual arroja una cifra aproximada de 17 y es evidente que Polaino, Domenech y

del Barrio son los autores más productivos en este apartado.

Respecto de los libros específicamente dedicados a la DI tenemos ya una producción considerable que en su mayor parte se refieren a los resultados de la investigación llevada a cabo con población de niños españoles; de nuevo Polaino y del Barrio son los autores más productivos.

### **Logros más destacados**

Si consideramos qué es lo que se ha conseguido saber en estos años de intensa investigación, sería curioso analizar qué es lo que sentían como problemático los primeros investigadores del tema y compararlo con la situación actual, en el comienzo del siglo XXI. Para ello podría ser una estrategia útil analizar la lista de preguntas que Malmaquist hacía a los expertos en DI el año 1977 y sobre las que pedía precisiones, en los albores de la investigación. Entre otras, las fundamentales son las siguientes:

*¿Qué es la Depresión Infantil?*

*¿Cuál es su incidencia?*

*¿Qué problemas evolutivos se relacionan con la DI?*

*¿Cuáles son las bases teóricas de la DI?*

*¿Qué tipos de familia y estados transitorios incrementan la DI?*

*¿Qué elementos intrapsíquicos se relacionan con la predisposición a desarrollar DI?*

**Tabla 5: Libros españoles sobre Depresión Infantil y Juvenil.**

AUTOR	TÍTULO	TEMA
Polaino, 1988	Las depresiones infantiles	Revisión: Concepto, evaluación y tratamiento
Polaino & Domenech	Depresión en niños españoles de 4º de EGB	Investigación
Del Barrio & Mestre, 1989	Epidemiología de la DI en Valencia	Investigación
Domenech & Polaino	Epidemiología de la depresión infantil	Investigación
Mestre, 1992	La depresión en población adolescente valenciana	Investigación
Polaino & G. Villamisar, 1992	La depresión infantil en Madrid	Investigación
Badillo, 1997	La depresión infantil	Revisión
Del Barrio, 1997	La depresión infantil. Concepto, Evaluación y Tratamiento	Revisión e Investigación.
Mendez, 1998	El niño que no sonríe	Tratamiento
Del Barrio, 2000	Depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones	Factores de riesgo y Prevención

*¿Cuál es el Pronóstico de la DI?*

*¿Hay diferencias transculturales en la DI?*

*¿Qué se implica en la frecuencia del diagnóstico?*

Es impresionante la sistematización de estas cuestiones en una época en la que la depresión infantil acababa de ser aceptada por la comunidad científica y la investigación sobre ella era relativamente escasa. Estas preguntas se convirtieron en una especie de guía para los investigadores que entonces iniciaban su estudio sobre el tema.

Hoy se puede sostener que la mayor parte de estas preguntas de Malmaquist han llegado a obtener una contestación bastante precisa. Esto no quiere decir que la investigación sobre DI se haya agotado, sino que este primer movimiento de investigación ha dado sus frutos y que en el horizonte se plantean nuevos temas de estudio con metodología cada vez más acerada.

Para hacer un inventario de lo que se ha logrado en la investigación sobre DI, podemos hacer el ejercicio de contestar a las preguntas que se hizo Malmaquist en 1977 utilizando para ello el bagaje de conocimientos que se han ido perfilando durante todos estos años, haciendo especial hincapié en los más recientes y sobre todo en los datos que se han encontrado en población española.

Se puede sostener que uno de los primeros éxitos en el trabajo de investigación sobre DI ha sido la generación inicial de una serie de instrumentos, precisamente en la primera época. Esto fue esencial para arrancar, con buen pie una etapa larga de investigación.

Los dos primeros instrumentos han sido el Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs & Beck, 1977) y el Children's Depression Scale (CDS, Lang & Tisher, 1978). Probablemente, los últimos son el de Laike, Scale Observation State (SOT, 1995), el Internalizing Symptoms Scale for Children (ISSC, Merrell & Walters, 1999) y que completan un número aproximado de 30 instrumentos específicos para la evaluación de la depresión infantil. A todos estos habría que añadir los instrumentos genéricos de evaluación de problemas infantiles que contienen un factor de depresión con los que se alcanza una cifra mucho mayor.

De todos los instrumentos, generados en el mundo anglosajón, el más usado al principio es el CDI de 1977 ya citado, y también en este momento, en su última versión (Kovacs, 1992); en estos momentos se ha empezado a levantar una actitud crítica hacia el CDI

(Craighead et al., 1995), pero su uso continúa inalterado. Probablemente el Reynolds Adolescent Rating Scale (RADS, Reynolds, 1987) y el Reynolds Children Rating Scale (RCDS, Reynolds, 1989) tienen iguales características psicométricas, son más cortos, los ítems están formulados más brevemente y tienen dos rangos de edad lo que les hacen más específicos, pero han llegado al mercado en un momento en el que éste ya estaba ocupado y esto ha tenido como consecuencia que alcancen una difusión mucho menor.

En España se han elaborado dos instrumentos de DI la Escala de Evaluación de la Depresión (EED, del Barrio et al. 1993) y la Escala de Depresión para Maestros (ESDM, Domenech & Polaino, 1990) que son usadas fundamentalmente en el ámbito nacional. La mayor parte de los instrumentos de medida elaborados en inglés han sido adaptados al español y circulan en versión experimental (del Barrio, 1997), el CDS es el único que está publicado comercialmente y ha sido adaptado a población española por TEA.

Este esfuerzo en la elaboración de instrumentos de evaluación ha producido un cuerpo de doctrina con datos que tienen una consistencia muy aceptable en las investigaciones llevadas a cabo en muy diferentes países y por equipos dispares.

### *¿Qué es la Depresión Infantil?*

Independientemente de las variaciones que se pueden encontrar en la apreciación derivada de los diferentes marcos teóricos, y que afectan sobre todo a la atribución causal de la DI, se puede decir que hay una unanimidad sólida respecto a la consideración conceptual. Se considera globalmente que la depresión es un trastorno afectivo en el cual se implican aspectos orgánicos, emocionales, cognitivos, motores y sociales.

En las discrepancias teóricas sobre las causas o factores de riesgo implicados en la aparición de una depresión, también se puede llegar a encontrar un denominador común que es la "Pérdida". Para los psicodinámicos será la ira interiorizada provocada por la pérdida de la madre, para los conductistas la pérdida de refuerzos, para los cognitivistas la pérdida de un juicio correcto respecto de sí o del mundo circundante y que puede afectar al pasado, al presente y al futuro. La indefensión aprendida de Seligman ha resultado ser una pieza clave para la aceptación de la existencia de la depresión infantil, tan cuestionada en el modelo dinámico.

Si comparamos la primera descripción de la depresión infantil de Spitz con las más actuales podemos advertir ese denominador común.

“Los niños se vuelven llorones, exigentes, tienden a asirse al observador, cuando éste logra tener contacto con ellos... el lloriqueo se cambia en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención del índice de desarrollo... los niños se niegan al contacto, yacen postrados. Se inicia el insomnio; prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades interrecurrentes; el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial... el retraso motor se acrecienta y es reemplazado por el letargo. Factores etiológicos: descubrimos que todos los niños de la nuestra muestra. Que había generado este síndrome, tenían una experiencia en común: en cierto momento entre el sexto y el octavo mes de vida, todos ellos, fueron privados de la madre durante un período ininterrumpido de tres meses.” (Spitz, 1965 pgs. 199-200).

Si comparamos esta descripción con los criterios del actual DSM IV (1994), vemos que se cumplen siete de los 10 criterios enunciados; ocho, si usásemos el DSM III 1980; si partimos del ICD-10 en su versión más reciente para niños y adolescentes (1996), están presentes siete de los ocho y todavía más si se usasen criterios diagnósticos generados específicamente para niños, como los indicados por Birlleson (1981). Y si además comparamos esta descripción inicial con definiciones actuales, encontramos una sólida comunidad, a pesar de que la primera había sido generada en la observación de bebés de seis a nueve meses.

Mi definición de la DI de 1997: “Cambio persistente en la conducta de un niño consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, de comunicar con los demás y rendir escolarmente y que se acompaña de acciones de protesta plural”, no difiere de la descripción de Spitz y sólo la alusión a la vida escolar es diferente, porque lo es también el rango de edad para la cual han sido generadas.

El concepto de pérdida se mantiene a lo largo del tiempo. Arrabal ha dicho que el deprimido “pierde todo menos la razón”; es una intuición certera de la situación. Suele pasar que los escritores llegan por otros caminos a conclusiones parecidas a las de la ciencia.

### ***¿Cuál es su incidencia?***

El tema de la incidencia parece haberse estabilizado después de un período inicial de fluctuaciones máxi-

mas. Es evidente que en los primeros tiempos de la investigación sobre el tema (1975-1985) el hecho de que cada investigador usase diferentes criterios, muestras e instrumento fomentaba la aparición de datos muy dispares. La aparición en 1980 del DSM-III con criterios diagnósticos de depresión aplicables a niños y la difusión de los instrumentos específicos de evaluación, hizo que se fuesen acercando los resultados de las distintas investigaciones; por otra parte, la aparición de críticas a la metodología utilizada ha ido generando un mayor cuidado en la homogeneización de toma de datos, en la descripción de las muestras y en el diseño del trabajo. Hoy, con leves variaciones, casi todos los trabajos coinciden en que la incidencia de la DI se halla entre un 7% y un 8% tomada como una media global tanto en USA (Lewinsohn, 1993) como en Europa (Verhulst et al., 1997). Si analizamos el tema por edades, en etapas preescolares esta cifra descende a un 2% , en niños en edad escolar se estima en un 8-10% escolar y en adolescentes asciende a un 13% (Garrison, et al., 1997).

Con la única excepción de del Japón, en donde las tasas son más altas sobre todo en adolescentes (Lester & Abdel-Khalek, 1998), las incidencias son muy parecidas en todos los países industrializados y se mueven en un 2 % de Depresión Mayor y un 8% de Trastorno Distímico (del Barrio, 1997); por el contrario, las tasas de sintomatología depresiva descienden en los países subdesarrollados.

Es también un dato comúnmente aceptado que la Depresión Mayor es menos frecuente que el Trastorno Distímico, que la incidencia es más alta en población clínica que en la general y que las chicas a partir de los 12 años presentan tasas de sintomatología depresiva más altas que los varones de la misma edad y que a medida que se asciende en edad crece también el número de casos de depresión.

En España tenemos un panorama de incidencia muy similar al de USA; y en Hispanoamérica las cifras se disparan de una manera parecida a lo que ocurría en los primeros tiempos de la investigación en los países anglosajones.

Esto puede ocurrir por motivos artefactuales o por las circunstancias especiales por las que atraviesan estos países, aunque los datos disponibles no permiten hacer inferencias firmes sobre este particular. Todas las cifras anteriores se refieren a estudios transversales, los estudios longitudinales indican que, si se

**Tabla 6: Incidencia de la Depresión Infantil en España e Hispanoamérica.**

AUTOR	LUGAR	EDAD	INCIDENCIA
Domenech & Polaino, 1990	Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Gerona, Coruña	8-11	8.2%
Roselló et al., 1992	Puerto Rico	7-16	48%
Mestre, 1992	Valencia	13-17	
Berganza & Aguilar, 1992	Guatemala	13-17	35%
Rivas et al., 95	Oviedo	8-15	13%
Moreno, 1998	Madrid	3-6	7. %
Roa & Del Barrio, 1999	Madrid	9-14	5%
Bernal et al. 1999	Puerto Rico	13-20	20%
Bragado, et al., 1999	Madrid	6-17	12.98
De la Peña et al., 1999	Mexico	12-16	19.5%
Carrasco et.al., 2000b	Sevilla	12-16	11.78
Canals et al., 2001	Reus	17-18	12%

evalúan los sujetos a través de períodos extensos de tiempo, el riesgo de sufrir una depresión en la niñez y adolescencia se incrementa hasta un 20% (Lewinsohn et al., 1993).

### ***¿Qué problemas evolutivos se relacionan con la DI?***

El hecho de que se haya podido estar negando la existencia de la depresión infantil durante mucho tiempo se debe justamente a problemas evolutivos. No se concebía la posibilidad de la existencia de una emoción compleja, como la depresión sin que alcanzase un desarrollo cognitivo correspondiente a los 12 años. Hoy se sabe que el niño experimenta emociones desde al nacimiento. Las emociones básicas, entre las que se encuentra la tristeza, son claramente discriminadas por los adultos en el niño desde su primer mes. El niño, a su vez, es capaz de percibir de la emoción en el otro entre los seis meses y los nueve meses y por último la mayor parte de los expertos están de acuerdo que entre 3 y 4 años el niño tiene una adecuada autopercepción de sus emociones. Efectivamente, desde los tres años el niño puede ser autoevaluado utilizando instrumentos pictóricos (del Barrio 2000b).

Si se tiene en cuenta lo dicho anteriormente, parece patente que la depresión puede aparecer en niños pequeños; y más si, como ya se ha dicho, el trastorno depresivo se ha empezado a concebir sobre los estu-

dios hechos sobre niños entre 6-9 meses. Además se ha comprobado la aparición de conductas depresivas en monos. Todo ello hace admisible la idea de que la depresión es posible sin un desarrollo cognitivo total, aunque la frecuencia de casos sea, afortunadamente, muy escasa. Naturalmente ese desarrollo cognitivo produce cambios en el trastorno que en cada nivel de edad adquiere unas características determinadas tanto en la sensibilidad hacia distintos desencadenantes como en la sintomatología que presentan. Cuando se quiere analizar cómo afecta la evolución cognitiva del niño a la depresión, se puede tomar este análisis desde dos perspectivas diferentes: desde los síntomas y desde los desencadenantes. En niños hasta los seis años los elicitadores están preferentemente relacionados con el mundo familiar y la sintomatología es especialmente física, mientras que en edad escolar los niños son más sensibles a los problemas de relación social y rendimiento y sus síntomas comienzan a ser interiorizados. En la adolescencia la similitud con la depresión adulta es muy alta y los problemas de identificación, autoestima, autoeficacia, relaciones de pareja e independización de la familia suelen ser los relevantes (del Barrio, 1997).

### ***¿Cuáles son las bases teóricas de la DI?***

Las bases teóricas interpretativas de la DI difieren en función de la pertenencia de los investigadores a los

distintos grupos y eso todavía no ha cambiado. Los dinámicos encuentran las bases de la depresión del niño en la experiencia de la pérdida de la madre. Los conductistas piensan que la depresión infantil, como la adulta, se basa en una ausencia de refuerzos originada, bien por la inhabilidad paterna para proporcionar refuerzos adecuados o por la acumulación de experiencias negativas originadas en los eventos a los que el niño se ve expuesto. Los cognitivistas sostienen que la depresión tiene su origen en un desajuste de juicio acerca del mundo circundante y el propio sujeto en donde las atribuciones negativas superan a las positivas. En los niños esta tendencia puede ser aprendida socialmente o inducida por la acumulación de vivencias negativas.

Al comienzo de la investigación sobre la DI el marco teórico más potente fue, sin duda, el psicoanálisis, pero en estos momentos es el marco cognitivo-conductual el que tiene un mayor número de seguidores.

Ultimamente, se advierte una tendencia creciente a una integración de puntos de vista y la aceptación de una posición integradora en la que los factores de riesgo, tanto personales, sociales, como físicos juegan un papel potenciador o inhibidor de las respuestas depresivas en los niños (del Barrio, 1997).

### ***¿Qué tipos de familia y estados transitorios incrementan la DI?***

Si hay algo meridianamente claro en la investigación sobre la depresión en el niño es el papel importante de la familia y fundamentalmente de la madre en la aparición de la DI. La familia representa el núcleo primero de la socialización y toda depresión supone un déficit de esta capacidad que la mayor parte de las veces se origina muy precozmente (Segrin, 2000).

#### ***a) Depresión Materna***

La depresión materna es uno de los pocos factores de riesgo indiscutidos en toda la literatura de referencia (Murray, et al., 1999). Sin embargo, su última significación es cuestión muy debatida, pues la interpretación del hecho como un factor orgánico por parte de unos investigadores ha chocado con la visión ambiental de otros, lo que ha hecho correr ríos de tinta y probablemente estemos todavía lejos de poder deslindar con precisión estos distintos elementos etiológicos. En todo caso, hoy se admite una estrecha interacción en-

tre ambos. La incidencia de DI con madres deprimidas triplica a la de la población general.

En un reciente estudio (Radke-Yarrow, 1998), llevado a cabo durante cinco años con niños y adolescentes entre 1 y 19 años de edad pertenecientes a 98 familias, han aparecido unos interesantes datos. La muestra estaba compuesta por familias con madres representativas de una triple condición: sin depresión (30), con depresión unipolar (42) y con depresión bipolar (26). En estos grupos se ha comprobado que la incidencia de la depresión empieza a elevarse en las familias con madres deprimidas, a partir de los 5 años, pero no antes. Los grupos más afectados parecen ser los de madres con depresión unipolar. Se aprecia la aparición de un mayor número de casos con el paso del tiempo especialmente en los grupos de más edad donde, tanto en el caso de depresión bipolar como unipolar, la depresión infantil afecta al 70% de los sujetos. En cambio, en edades más jóvenes la alteración aparece en el 60% de los sujetos de madres unipolares y en el 35% de los de madres bipolares. Este dato no parece que apoye las tesis puramente organicistas.

Un estudio que analiza mediante meta-análisis de 46 investigaciones la relación entre depresión materna y hábitos de crianza (Lovejoy et al., 2000), sostiene que las madres deprimidas tienen más conductas negativas y desvinculadas hacia sus hijos. Otro estudio muestra cómo la depresión materna influye en la capacidad de los adolescentes para controlar sus emociones negativas y hacer una buena resolución de problemas (Sheeber et al., 2000). Otro estudio (Shiner et al., 1998) compara tres grupos: adolescentes deprimidos con madres deprimidas, adolescentes deprimidos sin madre deprimida y adolescentes y madres sin depresión, a lo largo de la vida en donde también se evaluaba a los padres; los resultados indican que el 47% en el caso de madres deprimidas tenían hijos con algún episodio de depresión, frente al 14% de las no deprimidas; por otra parte las relaciones familiares son peores en el grupo de adolescentes deprimidos frente al grupo control, pero no difieren entre los dos grupos de depresión. En adolescentes deprimidos con madres deprimidas el 43% procedían familias divorciadas, el 38% del grupo de madres sin depresión y el 22% del grupo control. Los informes de los padres no han podido ser tomados en cuenta seriamente por la pérdida de datos dado el porcentaje bajo de los que contestaron.

Por otra parte, los problemas sociales y de estrés de este tipo de madres son significativamente superiores a las de la población general, tanto en lo que se refiere a problemas matrimoniales como familiares, económicos etc., lo cual introduce un elemento claramente ambiental en la posible explicación. También apoyan esta tesis los estudios que encuentran relación entre las formas de pensamiento, creencias y estilos paternos (Shah & Waler, 2000) y en esta misma dirección apuntan los datos de Martins (2000), quien mediante un estudio por meta-análisis, ha subrayado la dificultad que la depresión materna supone para el establecimiento de un apego adecuado y en ello basa la relación entre DI y depresión materna.

Algunos trabajos muestran no sólo una correlación entre la depresión materna y la del hijo, sino una mayor propensión en éstos a ser hospitalizados y a sufrir más enfermedades (Kramer et al., 1998).

Siguen los estudios buscando una base biológica que explique el fenómeno de la depresión materna y la conducta infantil; en relación con ello, se ha mostrado que los hijos de madres deprimidas de 13 y 15 meses tienen una actividad frontal eléctrica cerebral menor que el grupo control en actividades interactivas tanto agradables como desagradables ya sea con la madre como con familiares no deprimidos (Dawson et al., 1999). Este último dato hace pensar que el bajo patrón de activación generado con la madre se generaliza a otro tipo de contactos sociales. Un fenómeno reciente es la aparición de estudios genéticos usando pares de gemelos para estudiar las diferencias entre síntomas depresivos y ansiosos en los niños, lo que da una idea del grado de sofisticación a que están llegando las evaluaciones del impacto orgánico o social de la DI (Eley & Stevenson, 1999).

### ***b) Calidad de las relaciones familiares***

La calidad de la interacción familiar es un tema fundamental que puede ser contemplado desde muy distintas perspectivas: la relación del hijo con los padres y, muy especialmente con su madre; la relación de los miembros de la familia en su conjunto, o las relaciones matrimoniales. Cada una de ellas tiene sus propias características y consecuencias y, aunque se implican mutuamente, no son equiparables ni menos identificables pero se dan con una cierta consistencia en todas las sociedades desarrolladas (Donnelly, 1999).

Empezaremos por las relaciones padres-hijos por ser primeras y principales. Aquí, el apego seguro se ha mostrado como uno de los factores más fuertemente protectores frente a la depresión. La separación materna ha sido el inicio del reconocimiento de la DI y desde Spitz hasta aquí se viene afirmando el carácter traumático depresivo de esta separación (Cejas et al., 1994).

En nuestra propia investigación el ítem del CDI más discriminante entre niños deprimidos y no deprimidos es el de "nadie me quiere" ( $p=0.00005$ ) (del Barrio, 1990) lo que realmente indica una percepción peyorativa de las relaciones afectivas. Los niveles de depresión de un niño ascienden cuando sus relaciones con los padres son malas; nosotros también hemos encontrado este dato repetidamente (del Barrio & Mestre, 1989).

Cuando se considera la interrelación familiar como un todo, su cohesión es también algo importante en relación con los niveles de depresión. Muchos autores han encontrado que hay relación entre malas relaciones matrimoniales y DI y una intensificación de la agresión cuando las malas relaciones son entre madre e hijo (MacKinnon-Lewis & Lofquist, 1996). En nuestra investigación hemos encontrado niveles de cohesión familiar real más bajos en los niños con más alta sintomatología depresiva y, por el contrario, mayor cohesión en los niveles normales y bajos de depresión (del Barrio, Moreno & Roa, 1994).

Hay una ingente literatura sobre separación matrimonial y problematización infantil, especialmente en lo referente a la depresión. Después de una primera etapa con resultados alarmantes, se ha venido a confirmar que las alteraciones infantiles subsiguientes a una separación matrimonial tienen las siguientes características: 1) hay un primer período de adaptación que puede ser considerado como un trastorno transitorio, 2) las alteraciones afectivas permanentes se derivan más de cómo se lleva a cabo la separación que de la separación misma. Nuestra investigación apoya esta última tesis, puesto que hemos encontrado que la situación emocional de los hijos de padres separados es mejor si las relaciones entre los progenitores son buenas. En cambio, los síntomas depresivos son más intensos en aquellos niños cuyos padres separados se llevan mal (Pons & del Barrio, 1993).

También hemos encontrado un nivel significativamente más alto de síntomas depresivos ( $p=0.0003$ ) en los

niños que viven con un solo progenitor, por separación, pero esto no ocurre cuando ello ha sido debido a la muerte de uno de ellos. Esto vuelve a confirmar de nuevo al papel fundamental que desempeñan las relaciones entre los padres en el estado emocional de un niño.

### ***¿Qué elementos intrapsíquicos se relacionan con la predisposición a desarrollar DI?***

Como Malmaquist proviene de la psicología dinámica, los mencionados elementos "intrapsíquicos" tienen la acepción específica que da esa orientación. Aquí se va a tomar el término en un sentido más amplio de elementos que han resultado ser relevantes en la explicación de la depresión del sujeto y que pueden incrementar su vulnerabilidad a padecerla. Entre los más importantes vamos a escoger tres: El temperamento, la personalidad y la autoeficacia. Los dos primeros son más clásicos y la autoeficacia ha surgido como tema de interés en relación con DI en la última década.

#### ***a) Temperamento***

Los estudios sobre temperamento han mostrado, consistentemente, una relación de ciertas dimensiones de éste con los problemas de conducta y emocionales (Strelau, 1999). Estudios recientes y directamente ligados a la depresión infantil indican que la emocionalidad negativa correlaciona positivamente con depresión (Lengua, West y Sandler, 1998) y también un alto nivel de actividad (Mesman & Koot, 2000<sup>a</sup>). Un trabajo nuestro muy reciente parece confirmar esa tesis plenamente (Carrasco et al., 2001a). En efecto, en una muestra de sujetos escolarizados, extraída al azar de la población general se ha hallado que los niños con dificultades temperamentales puntúan más alto en "Depresión total" y en los factores de "Disforia" e "Ineficacia". Es decir que los aspectos temperamentales, globalmente considerados, afectan principalmente al humor y al funcionamiento del sujeto y especialmente a éste último.

#### ***b) Personalidad***

La relación entre personalidad y vulnerabilidad a sufrir unos u otros trastornos psicológicos viene de Grecia pero se consolida en Alemania a principios del si-

glo XX. En los niños deprimidos esta relación está perfectamente clara y numerosas investigaciones han demostrado esta relación, como es el caso de los trabajos de Fisher, (1993), John, (1994) y Lemos, (1992). Nosotros hemos estudiado este tema y los resultados obtenidos muestran que los niños con más altas puntuaciones en "Neuroticismo" obtienen también puntuaciones altas en "Depresión" ( $p=0.009$ ), tanto usando para la evaluación de la depresión el CDI como el EED ( $p=0.0001$ ) mientras que, por el contrario, los niños que obtienen altas puntuaciones en "Extroversión" obtienen significativamente más bajas puntuaciones en "Depresión" (del Barrio et al. 1997).

Un elemento confirmatorio de lo anterior lo hallamos al relacionar medidas de "Ansiedad" y "Depresión"; en nuestros trabajos encontramos correlaciones positivas y significativas entre "Depresión", "Ansiedad Estado" y "Ansiedad Rasgo", siendo precisamente más altas con ésta última (del Barrio et al. 1997<sup>a</sup>).

Lo mismo ocurre si se utilizan otros instrumentos de evaluación, puesto que aplicado el Cuestionario de Personalidad de los Cinco Grandes (BFQ, Barbaranelli, Caprara & Rabasca, 1998, adaptación experimental española de del Barrio) de nuevo aparece que la depresión en los niños guarda una estrecha relación con la estructura de personalidad: sujetos que obtienen altas puntuaciones en el factor "Conciencia" muestran menores puntuaciones en "Depresión total" ( $p=0.0001$ ) y también en cada uno de los factores del CDI. Lo mismo ocurre con "Extroversión", "Apertura" y "Conformidad". En cambio, en el caso del "Neuroticismo" o inestabilidad emocional las puntuaciones en depresión se elevan precisamente en aquellos sujetos con altas puntuaciones en este factor (Carrasco et al., 1999).

#### ***c) Autoeficacia***

La autoeficacia puede ser considerada como la versión social de la autoestima y ésta ha sido repetidamente relacionada con la DI (Kaslow et al., 1984) hasta el punto de ser vista su ausencia como un síntoma de depresión. Nosotros hemos encontrado una potente correlación negativa entre autoestima y depresión en niños españoles (del Barrio et al., 1994).

La industria o eficacia ya era considerada como un elemento clave en la correcta evolución sentimental del niño por Erickson. La percepción de incompetencia, por el contrario, incrementa la probabilidad del

fracaso y éste se muestra estrechamente ligado a sentimientos negativos y deprimentes. Tales relaciones no sólo se han comprobado en adultos, sino también en niños (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara, 1999).

En nuestra investigación aparece claramente confirmada esta relación, puesto que los resultados muestran una covariación negativa constante entre la "Autoeficacia" y la Depresión y también entre cada uno de los factores de ambos constructos. Las correlaciones más potentes se encontraron entre "Autoeficacia académica" y los factores de "Ineficacia" y "Pesimismo" del CDI. El único factor de autoeficacia que no ha correlacionado con ningún factor de depresión ha sido el de "Resistencia a la tentación". Es interesante comprobar en este tipo de estudios la importancia que tiene el éxito académico en la vida emocional de los niños (Carrasco & del Barrio, 2001).

Es muy frecuente encontrar una correlación entre problemas escolares y DI (Prior et al., 1999; Cole et al. 1999). Un déficit de autoeficacia podría estar a la base de la explicación de esta asociación, aunque hay algunos investigadores que no encuentran esta relación (Little & Garber, 2000).

A última hora los problemas de autoestima y autoeficacia se basan en la seguridad con la que uno se juzga a sí mismo y a sus actos; por eso, es frecuente encontrar una fuerte asociación entre depresión y seguridad. Un trabajo reciente ha explorado esta relación (Joiner, 1999) y ha encontrado una potente correlación entre estados depresivos y búsqueda de seguridad en los otros.

### ***¿Cuál es el pronóstico de la DI?***

Los estudios transversales que han proliferado en los últimos años han dado pie a esclarecer este punto. El mejor predictor de depresión futura es haber tenido un episodio previo. Por tanto, el pronóstico ante un caso de DI no es del todo bueno. La duración de un episodio, en el caso de la Depresión Mayor, es de un año aproximadamente y de cuatro años, en el caso del Trastorno Distímico; si se produce una intervención terapéutica, esta duración puede reducirse sólo a tres meses, en el primer caso, y puede dilatarse hasta un año, en el segundo. En un reciente estudio de Lewinsohn y colaboradores (1999) se hizo el seguimiento de 261 sujetos adolescentes desde los 19 a los 24 años y sus

resultados muestran que existe una continuidad de la Depresión Mayor desde la adolescencia hasta la edad adulta. En ese mismo trabajo se hace un resumen de lo que se sostiene en distintas investigaciones sobre el tema y son las que siguen: 1- la mayor parte de los adolescentes se recuperan de la DM, 2- los índices de recurrencia son importantes, 3- una minoría desarrolla en el futuro un trastorno bipolar, 4- el curso de la DM en adolescentes es semejante para hombres y mujeres y 5- si existe comorbilidad el curso de la DM es peor.

El haber tenido un episodio depresivo en la adolescencia representa también mayor vulnerabilidad para desarrollar otro tipo de problemas, como por ejemplo la adicción a drogas, peor salud y por supuesto depresión en edad adulta (Bardone et al., 1998; Pine et al., 1999). También hay evidencia que los episodios depresivos en la niñez incrementan el riesgo de su aparición en la adolescencia (Avenevoli, 1999).

La probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo en la edad adulta se ha estimado en un 4.4 veces más alto si ha habido un episodio en la niñez (Horwath et al., 1992).

Se estima que el nivel de éxito de la intervención psicológica sobre DI es del 60% (Jayson et al, 1998). Se ha comprobado, también, que el riesgo de recurrencia es muy alto, se calcula que puede aparecer en un 70% de los casos (Kovacs et al., 1984) y la posibilidad de repetición se mantiene durante un período de cinco años (Kovacs & Bastiaens, 1994), además la aparición de una distimia incrementa el riesgo de aparición de una Depresión Mayor. Este dato aconseja que se produzca una consolidación de los logros terapéuticos evitando terapias breves, con un período de seguimiento que evite la aparición de recaídas. Este período de seguimiento adecuado no debe, por tanto, bajar de cinco años.

Por otra parte, la depresión adulta parece que tiene en un 58% de casos antecedentes en la niñez (Harrington et al, 1990), lo que hace pensar en la seriedad con la que hay que contemplar los episodios depresivos durante la infancia y sobre todo durante la adolescencia (Cicchetti & Toth, 1998).

En población española también se ha constatado la continuidad de la depresión infantil en la vida adulta, aunque se considera que no se puede mantener la afirmación inversa (Agüero, 1999). Un trabajo de segui-

miento desde la niñez a la adolescencia llevado a cabo en niños españoles muestra altas correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en los dos períodos de edad (Mestre et al. 1992).

### ***¿Hay diferencias transculturales en la DI?***

Los países desarrollados tiene las más altas prevalencias de DI, así como también las clases sociales más bajas. En numerosos estudios se encuentra una relación entre DI y estatus socioeconómico, siendo las clases sociales deprimidas las que incrementan los niveles de depresión (del Barrio, 1997; Gonzales et al., 2000).

Esto hace pensar que no es la falta de recursos materiales lo que incrementa el nivel de la depresión, sino unas determinadas expectativas y una forma de vida. Si se comparan las tasas de DI en los países desarrollados, todas son muy semejantes, a pesar de que la población se educa en culturas muy diferentes. Se ha sostenido que la etnicidad puede ser una explicación de las diferencias. Sin embargo, los estudios llevados a cabo en adolescentes de Hawai (Prescot, et al., 1998) muestran una incidencia del 9.9%, baja para este período de edad, y que no es diferente para Hawaianos y otras etnias existentes en las islas, mientras que en otros países orientales desarrollados se incrementen los niveles de DI hasta un 25%, como es el caso del Japón (Lester & Abdel-Khalek, 1998), lo que hace pensar que no es el peso de las culturas o etnias, sino el patrón de vida desarrollado el ingrediente clave explicativo de la vulnerabilidad a desarrollar una depresión.

Algunos autores, basándose en la semejanza de los factores que se obtienen en el BDI aplicado en muy diferentes culturas (búlgara, sueca y canadiense), defienden la homogeneidad transcultural de la depresión (Byrne & Campbell, 1999).

Hay algunas incidencias que no se ajustan al patrón usual, como puede ocurrir en los países hispanoamericanos, pero es muy posible, como ya se ha apuntado, que se deban a elementos artefactuales. En un trabajo reciente se han encontrado mayores incidencias de depresión en adolescentes kuwaities que en americanos del norte, pero el grado de desarrollo de Kuwait es difícil de determinar porque es muy variable según las clases sociales, lo que no se especifica en el trabajo en cuestión (Lester & Abdel-Khalek, 1998). En un estudio (Dión et al., 1998) los indios americanos obtienen

unas puntuaciones medias de depresión inferiores a los americanos no indios y, aunque podría tomarse como una influencia cultural, de nuevo en estos datos puede estar mediando la clase social y una forma de vida y desarrollo diferentes.

### ***¿Qué se implica en la frecuencia del diagnóstico?***

Se ha planteado que la frecuencia de los diagnósticos de depresión en el niño podrían ser debidos a la mayor atención que se dedica actualmente a este tema y no a un verdadero incremento del problema. Sin embargo, desde que se posee un aparato diagnóstico objetivo, el incremento de las tasas de depresión en sucesivas cohortes viene a ser un dato constante, tanto en población adulta como infantil. Por tanto, en lugar de desestimar esas cifras deberíamos, una vez por todas, aceptar que las formas de vida actual incrementan los riesgos de aparición de la DI, y así fijar un poco más la atención en aislar y combatir los factores de riesgo que parecen característicos de las sociedades desarrolladas tales como el aislamiento, la competitividad y la falta de apoyo social, tan frecuentes, sobre todo, en núcleos urbanos. Estos elementos son los que potencian los sentimientos de fracaso y la desesperanza típicos de la depresión.

Esto es lo que se ha estado investigando a lo largo de estos años y en relación con todo ello se han aislado unos factores de riesgo bastante claros aceptados por los expertos en el tema.

Los factores de riesgo más conocidos y consensuados son: Depresión materna, mala salud del sujeto o sus familiares próximos, género, problemas sociales tales como clase social baja, abuso, drogadicción, alcoholismo, malas relaciones familiares, problemas escolares. Una de las mejores investigaciones sobre este tema es la llevada a cabo por Lewinshon y colaboradores (1994) quienes en un estudio longitudinal muestra que, de todos ellos, los mejores predictores son: depresión pasada, intento de suicidio, problemas de internalización de conducta y síntomas somáticos.

Vamos ahora a exponer algunos de los trabajos de investigación sobre factores de riesgo más recientes donde se subraya algunos desencadenantes. El abuso físico para con los niños (Gries et al., 2000), es uno de los elementos que empieza a ser sistemáticamente considerado. Sigue habiendo trabajos sobre la omnipresente depresión materna, la ansiedad, consumo de dro-

ga y el rechazo de compañeros (Reinherz et al. 2000). Otro factor de riesgo perenne es el género: las chicas tienen una incidencia más alta a partir de la pubertad y antes o no se dan diferencias o son los chicos los de sintomatología más alta (Hankin & Abramson, 1999). Se ha estudiado, también, a través de la información de los padres (CBCL) que los niños que en el jardín de infancia les gustaba estar solos tenían comportamientos raros, presentaban enuresis diurna y chillaban parecían tener mayor riesgo de autoinformar una depresión en la preadolescencia; además, los problemas de atención se convertían en el mejor predictor de depresión cuando el informante era el maestro (Mesman & Koot, 2000<sup>a</sup>). Un trabajo con un largo seguimiento de 13 años (5-18) ha mostrado unos factores diferenciales para varones y mujeres; en los primeros los factores de riesgo más importantes son la dependencia y los problemas interiorizados; para las segundas, un bajo peso en el nacimiento y la muerte de uno de los progenitores (Frost et al., 1999). Otro estudio de seguimiento de adolescentes, éste de tres años, ha mostrado como factores de riesgo: las calificaciones bajas, pocas habilidades sociales, experiencia de acontecimientos negativos, bajo autoconcepto y soledad (Ward, 1999).

Siempre y también últimamente se ha apuntado a la posible causa genética de la comorbilidad, haciendo evaluación de gemelos (Thapar & McGuffin, 1997).

En población española se han investigado los factores de riesgo sociales (los personales ya se han mencionado) y se han encontrado correlaciones altas con depresión en los siguientes casos: Tabaquismo (Becoña & Vázquez, 1999), quienes hacen una revisión de todos los trabajos en donde aparece esta relación; el Alcoholismo de la madre como riesgo de depresión infantil tanto desde un punto de vista físico como psicológico (O'Connor & Kasari, 2000) y también la altísima incidencia de depresión (60%) en adolescentes hijos de padres alcohólicos (Castro et al., 1999).

Algo que se implica en la frecuencia del diagnóstico es la solución del problema y efectivamente en los últimos años se ha venido realizando un esfuerzo titánico para adecuar y mejorar las técnicas de intervención en la DI y hacer posible la minimización del mismo.

### ***¿Qué es lo más novedoso?***

Si hubiese de resumir concisamente lo que a nuestro juicio ha aparecido de más novedoso en el campo de la investigación de la DI en los últimos años, escoge-

ría algunos fenómenos. El primero es la intensificación de estudios sobre el tratamiento psicológico de la depresión infantil; el segundo, la creciente extensión de los estudios sobre la comorbilidad; el tercero, la aparición de trabajos sobre la felicidad; el cuarto, el cambio de las correlaciones entre distintas fuentes y, por último, la creciente producción sobre el tema.

#### ***a) Tratamiento***

El tratamiento de la DI no aparece siquiera como problema en el listado de Malmaquist. Muy probablemente esto se debe a que, en aquel momento, en el que la depresión se trataba en el ámbito psiquiátrico, el tratamiento era farmacológico y no aparecía como un posible problema. Este tipo de tratamiento ha sido el más constante y habitualmente utilizado desde los primeros tiempos. Se han realizado muchas investigaciones sobre la eficacia diferencial de los tratamientos farmacológicos. En estos momentos parece que hay una cierta evidencia de que unos principios bioquímicos actúan más eficazmente que otros; tal es el caso de la fluoxetina (Michael, 2000; Waslick et al., 1999).

Por el contrario, el tratamiento psicológico ha tardado más en abrirse camino y, cuando lo hizo, se trató de una aplicación de las técnicas terapéuticas adultas a la población infantil más que de una elaboración específica. Por ejemplo el libro de Matson (1989), el primero sobre el tema, a pesar de su título *Treating depression in children and adolescents*, dedica muy pocas páginas a las técnicas psicológicas. Quizás el libro de Stark (1990) sea el comienzo de una labor de especificación de la tarea terapéutica en la población infantil.

El tema de la eficacia diferencial de las distintas intervenciones psicológicas, que es una temática emergente en la clínica adulta, comienza hoy a plantearse también entre los clínicos especializados en niños (Brent, et al., 1998). Quizás el trabajo pionero en este campo fue el de Reynolds & Coats, (1986) en el que mostraba la superioridad de la Terapia Conductual Cognitiva y la relajación en el tratamiento de la depresión en adolescentes, resultados que resultan mantenerse con el tiempo (Wood et al., 1996).

En líneas generales, cuando se hacen revisiones de la literatura sobre el tema, se mantiene que, en niños, el tratamiento psicológico es superior al farmacológico, y que, cuando la depresión es muy severa, la combinación de ambos acelera los resultados positivos de la intervención (Michael, 2000). La terapia cognitivo

conductual parece eficaz en el tratamiento de la depresión adolescente, comparando grupos de intervención real con grupos de intervenciones inactivas, sobre todo en niveles moderados de depresión (Harrington, et al., 1999).

Los estudios realizados mediante meta-Análisis de la literatura sobre este tema parecen apoyar la tesis de que la terapia cognitivo conductual (TCC) es más efectiva en adolescentes que otros tipos de tratamientos (Reinecke et al., 1998) y también en niños (Lewinsohn & Clarke, 1999).

Los paquetes terapéuticos de amplio espectro comienzan a ser sustituidos por tratamiento de síntomas específicos (Clarke et al., 1999) que se someten a control para analizar sus logros diferenciales. Por ejemplo, Kendal y colaboradores (1992), sostienen que en población adolescente la terapia depresiva debe centrarse en identificación de pensamientos irracionales e incremento del autorrefuerzo y reducción del autocastigo. Se recomienda, en el caso de depresiones resistentes, el uso de tratamientos multimodales cognitivos, familiares, interpersonales y farmacológicos (James, 1999).

Se empiezan también a hacer trabajos sobre qué factores pueden predecir el éxito del tratamiento; en este sentido parece que los sujetos más jóvenes, los que parten de una situación de menor intensidad y menos problemas sociales son los que obtiene mayores mejorías (Jayson et al., 1998).

En adolescentes españoles se ha comprobado la diferencia de eficacia del tratamiento emparejándolo con el tipo de depresión en grupos de depresivos cognitivos o conductuales, los resultados mostraron que las técnicas cognitivas son más eficaces en los grupos depresivos cognitivos y las técnicas conductuales lo fueron más en el grupo depresivo conductual, lo que muestra la necesidad de especificación de los tratamientos (Rodríguez Naranjo, & Godoy, 1997). Un programa de intervención sobre adolescentes españoles ha mostrado que uno de los mejores predictores de eficacia han sido los niveles previos de alteración emocional: los adolescentes con más altos niveles de depresión son los que más se han beneficiado (Olmedo et al., 2000), respecto al efecto diferencial de los distintos componentes del programa utilizado. Las técnicas de relajación y las habilidades sociales han sido las más eficaces frente a los procedimientos basados en reestructuración cognitiva y solución de problemas (Olmedo et al., 1998).

Se ha señalado también la duración óptima de la terapia cognitivo conductual, y parece que 12 sesiones es el mínimo necesario para lograr una mejoría y más para lograr la superación de la depresión (Roselló et al., 1996). En el trabajo de Reinecke et al., (1998) en que se recogen los trabajos controlados de tratamiento se advierte una media de 11 sesiones.

En estos momentos se está señalando la necesidad de abordar el tema de la eficacia del tratamiento de la DI mediante más trabajos de meta-análisis que permitan consolidar los datos que aparecen en las recientes publicaciones sobre este tema específico.

### **b) Comorbilidad**

Se estima que entre un 60% y un 80% de las alteraciones infantiles tienen sintomatologías compartidas. En el caso de la depresión se estima una comorbilidad entre el 15 y el 61% según distintos trabajos (Kendal et al., 1992). De todos los trastornos comórbidos la ansiedad y los problemas de conducta son los dos constructos más fuertemente ligados (Weiss & Catron, 1994; Chorpita et al., 2000; MacKinnon-Lewis & Lofquist, 1996).

Este fenómeno se ha estudiado desde los años noventa; uno de los primeros artículos sobre este tema fue el de Rohde y colaboradores (1991) en donde se hacía una revisión de los trabajos en donde se había detectado y presentaba una relación de los trastornos asociados a la DI: ansiedad, abuso de drogas, trastornos de conducta, trastornos psicósomáticos, problemas de alimentación. Realmente es en este momento en donde se ha analizado con mayor precisión las características de esta relación. Por ejemplo Cole et al., (1997) han señalado que es imposible distinguir entre la ansiedad y la depresión en niños por debajo de los 10 años, pero a partir de ese nivel la distinción entre ambas se va haciendo no sólo posible, sino patente. La correlación entre DI y estrés se ha detectado en recientes estudios (Rudolph et al., 2000). Otros autores han encontrado una fuerte correlación entre Depresión Mayor y Trastornos de Atención con Hiperactividad (de la Peña et al., 1999b).

### **c) Felicidad**

El libro de Seligman *The happy child* ha abierto a una nueva forma de prevenir la aparición de la DI que es incrementar la conducta incompatible con ella: la felicidad. Esta tendencia se ha generalizado hoy. En el

mundo español se han publicado muchos libros sobre este mismo tema, Avia & Vázquez (1998), Fierro (2000), Rojas, (2000) y pronto aparecerán los paralelos para niños, pero ya hay artículos que denotan esta tendencia.

#### **d) Concordancia entre fuentes**

Desde el principio de la investigación sobre este tema se advirtió que entre el niño, los padres y el maestro que son los informantes más habituales- se producían unas correlaciones muy bajas. Esta disparidad hizo ahondar en la búsqueda de las razones de la misma. Los resultados de esta investigación mostraron que los niños eran los mejores evaluadores de la depresión. La razón de ello se encontró en el carácter interiorizado de la mayor parte de los síntomas. Los adultos eran peores informantes; las correlaciones, aunque bajas, las mejores las obtenían los padres, y los maestros las peores. Ya Kashani & Carlson (1987) comenzaron a encontrar, en niños preescolares, que los maestros correlacionaban más fuertemente con el niño que éste y sus padres. En este momento se ha producido un cambio y este fenómeno se ha extendido a todos los rangos de edad. Los últimos estudios indican de una manera clara que los maestros obtienen, con el niño, mejores correlaciones que los padres (Mesman & Koot 2000). Hay dos explicaciones posibles para este dato: que el maestro se haya sensibilizado más hacia la existencia de la DI o, por el contrario, que actualmente el maestro conoce a los niños mejor que los padres. La contestación exacta sólo podrá darse cuando se diseñen trabajos que permitan hacerlo con una cierta seriedad. Parece que los padres siguen teniendo una correlación más alta con los hijos si se les compara con las evaluaciones hechas por el personal sanitario (Pelegriño et al., 1999).

#### **e) Investigación en español**

En los últimos tiempos, como ya hemos visto, se ha producido un incremento espectacular de la investigación y publicaciones sobre depresión infantil y juvenil en español tanto aquí como en Hispanoamérica. En España hay grupos activos que publica con una periodicidad constante.

Se puede decir que la literatura científica sobre DI en español es una estrella ascendente que tiene un futuro muy positivo, siempre que logremos vencer la tendencia casi irrefrenable a mirar exclusivamente a la pro-

ducción en inglés que se advierte constantemente en los autores de habla hispana, tanto aquí como allende los mares. En tiempos pasados, esto era imprescindible, porque no existía producción en español ni tampoco caminos de comunicación fluidos. Hoy ambos problemas han sido, si no total, sí parcialmente superados y quizás lo único que falte es un cambio de actitud y perspectiva en los investigadores, que por otra parte ya se empieza a notar si se estudian con cuidado las citas de los más jóvenes autores. Esperemos que ésta sea también una actitud emergente.

#### **Referencias Bibliográficas**

- Agüero, J. (1999). Continuidad versus discontinuidad de los trastornos mentales: especial referencia a las psicosis, trastornos de conducta y trastornos depresivos. *Monografías de Psiquiatría*, 11, 32-40.
- Annell, A. (1972). *Depressive states in childhood and adolescence. Proceedings of 4<sup>th</sup> UEP Congress*. Upsala: Herasgegeben
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA.
- Avenevoli, S. (1999). The continuity of depression from childhood to adolescence. *Dissertation abstracts International: Section B The Science and Engineering*, 59, (10B): 5596
- Avia, M.D. & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Bandura, A.; Pastorelli, C.; Barbaranelli, C. & Caprara, G.V. (1999). Self-efficacy pathway to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269.
- Barbaranelli, C.; Caprara, G.V. & Rabasca, A. (1998). *Manual of BFQ-C. Big Five Questionnaire Children*. O.S. Organizzaaioni Speciali-Firenze.
- Bardone, A.M.; Moffitt, T.E.; Caspi, A.; Dickson, N.; Staton, W.R. & Silva, Ph. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorders, depression and anxiety. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 594-601.
- Becoña, E. & Vázquez, F.L. (1999). Relación de fumar y depresión en la adolescencia: Implicaciones clínicas preventivas. *Adicciones*, 11, 127-135.
- Berganza, C.E. & Aguilar, G. (1992). Depression in Guatemalan adolescents. *Adolescence*, 27, 771-782.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorders in childhood and development of a self-rating scale. *Journal of Child Psychiatry*, 22, 73-78.

- Bragado, C.; Bersabé, R. & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956.
- Bernal, G.; Roselló, J. & Martínez, A. (1998\*). El inventario de depresión para niños y niñas: propiedades psicométricas en dos muestras Portorriqueñas. *Revista de Psicología Contemporánea*, 4, 12-23.
- Brent, D.A.; Kolko, D. J.; Birmaher, B.; Baugher, M.; Bridge, J.; Roth, C. & Holder, D. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 906-914.
- Byrne, B.M. & Campbell, T.L. (1999). Cross-cultural comparisons and the presumption of equivalent measurement and theoretical structure: A look beneath the surface. *Journal of cross cultural Psychology*. Vol.30 (5), 555-574.
- Canals, J.; Bladé, J.; Carbajo, G. & Domenech, E. (2001). The beck Depression Inventory: Psychometric characteristics and selfness in nonclinical adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 63-68.
- Carrasco, M.A.; del Barrio, V. & Rodríguez, J.F. (2000<sup>a</sup>). Temperamento y sintomatología depresiva en niños y adolescentes. I Congreso Hispano Portugues de psicología. Septiembre, Santiago de Compostela. *I Congreso Hispano Portugues de psicología. Septiembre*, Santiago de Compostela.
- Carrasco, M.A.; del Barrio, V. & Rodríguez, J.F. (1999). Estructura de personalidad y problemas infantiles. *Symposio Internacional sobre Depresión*. Noviembre. Granada
- Carrasco, M.A.; del Barrio, V. & Rodríguez, J.F. (2000b). Sintomatología depresiva en escolares de 12 a 16 años y su relación con distorsiones cognitivas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 45-70.
- Carrasco, M.A.; del Barrio, V. & Rodríguez, J.F. (2001). Autoeficacia y agresividad en población infantil adolescente. *Simposio sobre Psicología Clínica Infantil*. Granada.
- Castro, R.; Ravelo, V.; Pérez, G. & Barreto, G. (1999). Cuestionario estructural tetradimensional de depresión: en padres bebedores de riesgo y alcohólicos e hijos adolescentes. *Psicopatología*, 19, 9-15.
- Cejas, M.R.; Díaz, B.M. & Hernandez, A.I. (1994). Efectos de la separación temprana de la madre en el desarrollo del niño. *Psiquis*, 15, 22-28.
- Chorpita, B.F.; Plumer, C.M. & Moffit, CE. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 299-310.
- Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Clarke, G.N.; Rhode, P.; Lewinshohn, P.M.; Hops, H. & Seeley, J.R. (1999). Cognitive behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.
- Cole, D.A.; Lachlan, J.M.; Peeke, A.; Seroczynski, A.D. & Fier, J. (1999). Children's over and underestimation of academic competence: A longitudinal study of gender differences, depression and anxiety. *Child Development*, 70, 459-473.
- Cole, D. A.; Truglio, R. & Lachlan, P. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression. A multitrait-multimethod- multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 110-119.
- Craighead, W.E.; Curry, J.F. & Ilardi, S.S. (1995). Relationship of Children's Depression Inventory factors to major depression among adolescents. *Psychological Assessment*, 7, 171-176.
- Dawson, G.; Frey, K.; Panagiotides, H. Yamada, E. Hessel, D. & Osterling, J. (1999). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal electric brain activity during interactions with mother and with a familiar nondepressed. *Child Development*, 70, 1058-1066.
- De la Peña; Estrada, A.; Almeida, L. & Páez, F. (1999a). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, 22, 9-13.
- De la Peña, Ulloa R.E. & Páez, F. (1999b). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, 22, 88-92.
- del Barrio, V. (1990). Familia y depresión infantil. En E. Domenech & A. Polaino, *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Expaxs.

- del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil. Concepto, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- del Barrio, V. (2000<sup>a</sup>). *Depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. Archidona, Málaga: Aljibe.
- del Barrio, V. (2000b). *El conocimiento de las emociones de las emociones en niños de 4 a 8 años*. *Asiedad y Estrés*, 6, 191-202.
- del Barrio, V.; Frías, D. & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 471-476.
- del Barrio, V. & Mestre, V. (1989). *Epidemiología de la depresión infantil en Valencia*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- del Barrio, M.V., Moreno, C. & López, R. (1997a). Anxiety, depression and personality structure. *Personality and Individual Differences*, 23, 327-335.
- del Barrio, M.V.; Moreno, C. & López, R. (1997B). Ecology of children depression. *European Psychologist*
- del Barrio, V.; Moreno, C. & Roa, L. (1994). Cohesión familiar y depresión infantil. Comunicación presentada en el *Simposio Internacional Familia y educación: nuevos retos del cambio social*. Madrid.
- Diñón, R.; Gotowiec, A. & Beiser, M. (1998). Depression and conduct disorder in native and non-native children. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 736-742.
- Domenech, E. & Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión en niños españoles*. Barcelona: Espaxs.
- Donnelly, M. (1999). Factors associated with depressed mood among adolescents in Northern Ireland. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol. 9 (1), pp. 47-59.
- Eley, T.C. & Stevenson, J. (1999). Using genetic analysis to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 105-114.
- Essau, C.A. & Peterman, F. (1999). *Depressive disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk, factors and treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Frost, A.K.; Reinherz, H.Z.; Pakiz-Camras, B.; Giaconia, R.M. & Lefkowitz, E.S. (1999). *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 370-381.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Archidona, Málaga: Ed. Aljibe.
- Gonzales, N.A.; Pitts, E.; Hill, N.E. & Roosa, M.W. (2000). A mediational model of the impact of interpersonal conflict on child adjustment in a multiethnic, low income sample. *Journal of Family Psychology*, 14, 365-379.
- Goodyer, I.M. (2001). *The depressed child and adolescent*. (2<sup>a</sup> Ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Garrison, C.Z.; Walker, J. Z.; Cuffe, S.P.; McKeonwn, R.E.; Addy, C.L. & Jackson, K.L. (1997). Incidence of Major depressive disorders and dysthymia in young adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 458-465.
- Gries, L.T.; Goh, D.; Andrews, M.B.; Gilbert, J.; Praver, F. & Stelzer, D.N. (2000). Positive reaction to disclosure and recovery from child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9, 29-51.
- Hankin, B.L. & Abramson, L.Y. (1999). Development differences of gender in depression. *Annals of Medicine*, 31, 372-379.
- Harrington, R.; Wittaker, J.; Shoebridge, Ph. & Campbel, F. (1999). Revisión sistemática de las terapias cognitivo conductuales en el trastorno depresivo de la infancia y adolescencia. *Revista de Toxicomanías*, 21, 41-47.
- Harrington, R.; Fudge, H.; Rutter, M.; Pickles, A. & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Horwath, E.; Johnson, J.; Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 817-823.
- Kashani, J.H. & Carlson, G. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 348-350.
- Kaslow, N.J.; Rehm L.P. & Siegel, A.W. (1984). Social cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 605-620.
- Kendal, P.C.; Kortlander, E.; Ellsas, T. & Brady E.U. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 869-880.
- Kovacs, M. & Bastiaens, M. (1994). The Psychotherapeutic management of major depressive disorders in childhood and adolescence: Issues and prospects. En

- I. Goodyer (Ed.). *Depression in childhood depression and adolescence*. Massachusetts: Cambridge University Press.
- Kovacs, M. & Beck, A. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J.G. Schulterbrandt *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Kovacs, M.; Freinberg, T.; Crouse-Novak, M.; Paulauskas, S. & Filkenstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood, I: A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kramer, R.A.; Wagner, V.; Olfson, M.; Ebanks, C.M.; Chaput, F. & Weissman, M.M. (1998). General medical problems among the offspring of depressed parents: a 10-year follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 602-611.
- James, A. (1999). Resistant depression in childhood and adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4, 483-491.
- Jayson, D.; Wood, A.; Kroll, L.; Fraser, J. & Harrington, R. (1998). Wich depressed Patients respond to cognitive-behavioral treatment?. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 35-39.
- Joiner, Jr. T.E. (1999). A test of interpersonal theory of depression in youth Psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 77-85.
- Laike, T. (1995). Observing the emotional state of healthy children. *Children's Enviroment*. Vol 12 (3), pp. 328-339.
- Lang, M. & Tisher, M (1978). *CDS Children's Depression Scale*. Australia, Victoria: HACER.
- Lemos, S.; Fidalgo, A.; Calvo, P. & Menendez, P. (1992). Mental health in Spanish adolescents. *Psicothema*, vol. 4 (1) pp. 21-48.
- Lengua, L.; West, S. & Sandler, I. (1998). Temperament as a predictor of symptomatology in children: addressing contamination measures. *Child Development*, 68, 164-181.
- Lester, D. & Abdel-Khaleek, A.M. (1998). Depression in College students on the United States and Kuwait. *Psychological Reports*, 83, 410-411.
- Lewinsohn, P.M. & Clarke, G.N. (1999). Psychological treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 329-342.
- Lewinsohn, P.M.; Hops, N.; Roberts, R.; Seeley, J. & Andrews, J. (1993). Adolescent Psychopathology, I: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P.M.; Roberts, R.E.; Seeley, J.R.; Rhode, P.; Gotlib, H.I. & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302-304.
- Lewinsohn, P.M.; Rohde, P.; Klein, D.N. & Seeley, J. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young Adult. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 56-63.
- Little, S.A. & Garber, J. (2000). Interpersonal and achievement orientations and specific stressors predicting depressive and aggressive symptoms in children. *Cognitive Therapy and Reseach*, 24, 651-670.
- Lovejoy, M.C.; Graczyk, P.A.; O'Hare & Neuman, G. (2000). Maternal depression and Parenting behavior : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- MacKinnon-Lewis, C. & Lofquist, A. (1996). Antecedents and consequences of boy's depression and aggression: Family and school linkages. *Journal of Family Psychology*, 10, 490-500.
- Malmaqist, C.P. (1977). Introduction. En Schulterbrandt & A Rasking. *Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Martins, C. & Gaffan, E.A. (2000). Effects of maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 737-746.
- Matson, J.L. (1989). *Treating depression in children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Merrell, K.W. & Walters, A.S. (1999). *Internalizing Symptoms Scale for Children*. Austin, TX: PRO-ED.
- Mestre, V.; Frías, M.D.; García, R. & del Barrio, V. (1992). Prevalencia de la depresión infantil en la infancia y la adolescencia. En V. Mestre. *La depresión en población adolescente valenciana*. Valencia : Conselleria de Sanitat i Consum.
- Méndez, F.X. (1999). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.

- Mesman, J.; & Koot, H.M. (2000a). Child-reported depression and anxiety in preadolescence: II Preschool predictors. *Journal of American Academy and Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1379-1386.
- Mesman, J. & Koot, H.M. (2000b). Child-reported depression and anxiety in preadolescence: I Associations with parent- and teacher reported problems. *Journal of American Academy and Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1371-1378.
- Michael, K.D. (2000). The efficacy of treatments for childhood depression: An integrative review. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60, 5784.
- Moreno, C. (1998). Evaluación de la depresión de cero a tres años. En E. Domenech & M.C. Jané. *Actualizaciones en Psicopatología Infantil*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- O'Connor, M. & Kasari C. (2000). Prenatal alcohol exposure and depressive features in children. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 24, 1084-1092.
- Olmedo, M.; Del Barrio, V. & Santed, M.A. (1998). Prevención de las emociones negativas en la adolescencia: valoración de las técnicas cognitivo-conductuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 121-137.
- Olmedo, M.; Del Barrio, V. & Santed, M.A. (2000). Sexo y emoción previa como predictores del cambio en depresión y ansiedad en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 6, 47-60.
- Pelegrino, J.F.; Singh, N.N. & Carmanico, S.J. (1999) Concordance among three diagnostic procedures for identifying depression in children and adolescents with EBD. *Journal of Emotional Behavioral Disorders*, 7, 118-127.
- Pine, D.S.; Cohen, E.; Cohen, P. & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 133-135.
- Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Pons, G. & del Barrio, V (1993). Depresión infantil y divorcio. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 11, 95-106.
- Prescot, C.A.; McArdle, J.J.; Hishinuma, E.S. et al. (1998). Prediction if major depression and distimia from CES-D scores among ethnic minority adolescents. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 495-503.
- Prior, M.; Smart, D.; Sanson, A. & Oberklaid, F. (1999). Relation between learning difficulties and psychological problems in preadolescent children from a longitudinal sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 429-436.
- Radke-Yarrow, M. (1998). *Children of depressed mothers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reinecke, M.A.; Ryan, N.E. & DuBois, D.L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and Meta-analysis. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 26-34
- Reinherz, H.Z.; Giaconia, R.M.; Carmola Hauf, A.M.; Wasserman, M.S. & Paradis, A.D. (2000). General and specific risk factors for depression and drug disorders by early adult. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 223-231.
- Reynolds, W.M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional Manual*. Odesa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Reynolds, W.M. (1989). *Reynolds Child Depression Scale. Professional Manual*. Odesa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc
- Reynolds, W. & Coats, K. (1986). A comparison of cognitive-behavior therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 553-560.
- Roa, L. & del Barrio, V. (1998). Los hábitos de crianza y problemas infantiles. *II Congreso Internacional Iberoamericano*. Julio. Madrid.
- Rohde, P.; Lewinshon, P.M. & Seeley, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II Comorbidity with other mental disorders in adolescent and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Rodríguez Naranjo, C. & Godoy, A. (1997). Factores que predicen la eficacia de diferentes tratamientos para la depresión leve o disforia. *Psicothema*, 9, 105-117.
- Rojas, L (2000). *Nuestra felicidad*. Madrid: Espasa.
- Roselló, J. & Martínez, A. (1999). Depresión en la niñez y la adolescencia: Aportes de la investigación. *Revista de Psicología Contemporanea*, 4, 64-75.
- Roselló, J.; Martínez; Martines, A. & Bernal, G. (1996). Efectos de "dosis" en el tratamiento de la depresión en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Argentina de Clínica*. Vol. 5, 4, pp. 217-224.

Roselló, J.; Guisasola, E.; Ralat, S.; Martínez, A. & Nieves, A. (1992). La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes portorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 8, 55-62.

Rudolph, K.; Hammen, C.; Burge, D.; Lindberg, N.; Herzberg, D. & Daley, S. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: the developmental context of stress generation. *Development & Psychology*, 12, 215-234.

Seligman, M.E.P. (1995). *The happy child*, New York: Harper.

Segrin, Ch. (2000) Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.

Shah, R. & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of care beliefs. *Journal of Nervous of Mental Disease*. Vol, 88 (1), pp. 19-25.

Sheeber, L.; Allen, N.; Davis, B. & Sorensen, E. (2000). Regulation of negative affect during mother-child problem-solving interactions: Adolescent depressive status and family process. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 467-479.

Shiner, R.L. & Marmorstein, N.R. (1998). Family environments of adolescents with lifetime depression: Association with maternal depression history. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1152-1160.

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

Stark, K.D. (1990). *Childhood depression: school-based intervention*. New York: Guilford Press.

Strelau, J. (1999). *Temperament. A psychological perspective*.

Taghavi, M.R.; Neshat-Doost, H.T.; Moradi, A.R.; Yule, W. & Dalgleish (1999). Biases in visual attention in children and adolescents with clinical anxiety and mixed anxiety-depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 215-223.

Thapar, A. & McGuffin, P. (1996). The genetic etiology of childhood depressive symptoms. A developmental perspective. *Development and Psychopathology*, 8, 751-760.

Verhulst, F.C.; Van der Ende, J.; Warner, V. & Wickramaratne, P. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnosis in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.

Ward, S.L. (1999). *Students at risk for early adolescent depression: a retrospective longitudinal investigation using school-based predictors*

Waslick, B.D.; Walsh, B.T.; Greehill, L.L.; Eilenberg, M.; Capasso, L. & Lieberg, D. (2000). Open trial of fluoxetine in children and adolescents with distimic disorder or double depression. *Journal of affective Disorders*, 56, 227-236.

Weiss, B. & Catron, T. (1994). Specificity of the comorbidity of aggression and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 389-401.

WHO. (1996). *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatry Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press. Traducción española (2001) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Wood, A.; Harrington, R. & Moore, A. (1996). Controlled trial of brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 737-746.

## Despachos en alquiler

- Por días
- Exteriores
- Aseo
- Individuales
- Amueblados
- Calefacción, etc...
- Primer piso
- Con amplia sala de espera

### Despachos profesionales

En C/. Luis Santangel, nº 27 - 1ª pta. • Valencia - 46005 • 96 333 26 42