

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

F. Xavier Méndez y José P. Espada

RESUMEN Se revisa la evidencia acerca de la eficacia de los programas de tratamiento psicosocial para la depresión infantil: "Acción", de Stark y colaboradores, "Entrenamiento en Aumento del Control Primario y Secundario", de Weisz y colaboradores, y "Programa Emoción-Actividad-Cognición", de Méndez y colaboradores. Acción es el único programa valorado según los criterios establecidos por la comisión de expertos de la American Psychological Association para determinar el apoyo empírico de un tratamiento psicológico. La eficacia del tratamiento psicosocial para la depresión infantil sobre la base del Children's Depression Inventory es alta ($d > 0,80$). Se describen los tres elementos básicos del tratamiento psicosocial de la depresión infantil: educación emocional, actividades agradables, y reestructuración cognitiva.

PALABRAS CLAVE Depresión infantil, meta-análisis, tratamiento psicosocial.

ABSTRACT Evidence of the efficacy of the psychosocial treatment programs for child depression is reviewed: Action, by Stark and the others, Primary and Secondary Control Enhancement Training, by Weisz and the others, and Cognition-Action-Emotion Program, by Méndez and the others. Action is the only program evaluated in accordance with the criteria established by the American Psychological Association to determine the empirical support of psychological treatment. The efficacy of the psychosocial treatment for child depression with regard to the Children's Depression Inventory is high ($d > 0.80$). The three basic elements of the psychosocial treatment for child depression are described: affective education, pleasant activities, and cognitive restructuring.

KEY WORDS Child depression, meta-analysis, psychosocial treatment.

1. Estado actual del tratamiento psicosocial de la depresión infantil

Los principales programas estructurados aplicados en el tratamiento de la depresión infantil son "Acción", de Kevin D. Stark y colaboradores (ACTION; Stark y Kendall, 1996; Stark, Kendall, McCarthy, Stafford, Barron y Thomeer, 1996), "Entrenamiento en Aumento del Control Primario y Secundario", de John R. Weisz y colaboradores (*Primary and Secondary Control Enhancement Training*, PASCET; Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982; Weisz, Rothbaum y Blackburn, 1984), y, en nuestro país, el "Programa Emoción-Actividad-Cognición", de F. Xavier Méndez y colaboradores (PEAC; Méndez, 1998, 1999; Méndez y Espada, en prensa; Méndez, Olivares y Bermejo, 2001).

El programa ACCIÓN interviene directamente con el niño para modificar tres tipos de alteraciones características de la depresión: a) emocionales, mediante educación afectiva, control de la ira, reducción de la

ansiedad; b) conductuales, a través de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales; c) cognitivas, por medio de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, autocontrol. También se dirige a la familia, formando a los padres en paternidad positiva (reforzamiento positivo, técnicas de disciplina no coercitivas, etc.), en negociación y resolución de conflictos (escucha activa, empatía, etc.), en fortalecimiento de la autoestima, etc.

Se dispone de evidencia favorable sobre la eficacia de este tratamiento multicomponente. Kaslow y Thompson (1998) señalan que es el único protocolo terapéutico que cumple los criterios de la Comisión de Expertos, de la División 12 correspondiente a Psicología Clínica, de la *American Psychological Association* (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), para considerarlo un tratamiento "probablemente eficaz", ya que existen dos investigaciones con diseños de comparación de grupos, si bien llevados a cabo por

el mismo equipo de investigación (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987; Stark, Rouse y Livingston, 1991).

Nosotros¹ hemos realizado un meta-análisis para conocer la magnitud de la mejoría conseguida con el tratamiento del primero de los estudios controlados del grupo de Stark (Stark et al., 1987), basado en actividades agradables y autocontrol, donde participaron 28 escolares, de 9 a 12 años (edad media 11,2 años), 16 niños (57%) y 12 niñas (43%). Un dato que llama la atención en los estudios controlados de tratamiento de la depresión prepuberal es la predominancia del género masculino en las muestras reclutadas (Méndez, Moreno, Sánchez, Olivares y Espada, 2000). La puntuación media antes de empezar la terapia fue alta en un inventario de depresión (CDI = 21,4) y proporcionalmente más baja en una entrevista clínica (CDRS-R = 33,7).

Los tamaños del efecto (d) obtenidos en el meta-análisis se interpretan de la siguiente forma: valores negativos indican que se ha producido un empeoramiento, valores nulos (muy próximos a cero) significan que no se ha operado ningún cambio, y valores positivos revelan que se ha experimentado una mejoría significativa con la terapia. Cohen (1988) sugiere que valores iguales o mayores que 0,20, 0,50 y 0,80, equivalen a tamaños del efecto bajo, medio y alto, respectivamente. Smith, Glass y Miller (1980) ilustran intuitivamente el tamaño del efecto con la siguiente analogía: un curso escolar enseñando a leer a niños de 1.º de primaria se traduce en un aprendizaje de magnitud media ($d = 0,67$). La mejora se valoró con dos inventarios de depresión y con una entrevista clínica semiestructurada. Los tres instrumentos mostraron una mejoría muy importante al concluir el tratamiento: $d = 2,07$, según el *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1981); $d = 1,96$, según la *Reynolds Child Depression Scale* (RCDS; Reynolds, 1989)²; y $d = 1,80$, según la *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R; Poznanski et al., 1984). También merece destacarse que se logró una valoración más positiva de la valía personal: $d = 1,72$, según el *Coopersmith Self-Esteem Inventory* (CSEI; Coopersmith, 1975).

¹Deseamos agradecer la inestimable colaboración del doctor Pedro J. Moreno, Especialista en Psicología Clínica (PIR), en el cálculo de los tamaños del efecto.

²En el momento del estudio este test estaba sin publicar (en prensa).

La mejoría alcanzada fue significativa, no sólo estadísticamente, sino también clínicamente. Antes de iniciar el tratamiento todos los niños sobrepasaron el punto de corte del inventario fijado para diagnosticar depresión clínica (CDI > 13). Al finalizar el tratamiento, el 78% de los niños tratados estaban libres de depresión. Este porcentaje de recuperación aumentó al 88% en un seguimiento realizado dos meses más tarde. Según la entrevista clínica, el 100% de los niños tratados había superado la depresión al concluir la terapia.

El programa PASCET es un tratamiento cognitivo-conductual basado en el modelo de los dos procesos de control, primario, centrado en modificar las condiciones objetivas, como la aceptación de la pandilla, y secundario, orientado a cambiar las condiciones subjetivas, como creencias irracionales o estados de ansiedad. Sus principales componentes son actividades agradables, autocontrol, reestructuración cognitiva y relajación progresiva. Se enseña al niño a abordar las dificultades más frecuentes en la depresión con ayuda de juegos, de videocintas y de un cuaderno de prácticas, que incluye dibujos y recordatorios con las cuestiones clave. Se practican dos habilidades de control primario: 1) elegir y comprometerse conscientemente en actividades agradables, como hacer deporte o salir con los amigos, 2) fijarse metas y llevar a cabo las actividades propuestas; y tres habilidades de control secundario: 1) identificar y modificar los pensamientos depresógenos, 2) emplear estrategias cognitivas para mejorar el estado de ánimo, por ejemplo hallar un resquicio de esperanza en una mala experiencia, 3) usar la relajación y la imaginación positiva.

La muestra del estudio controlado de Weisz, Thurber, Sweeney, Proffitt y LeGagnoux (1997) se compuso de 48 escolares, de 9 a 12 años (edad media 9,6 años). La distribución por género fue 26 niños (54%) y 22 niñas (46%). La puntuación media fue 18,1 en el CDI, que corresponde al percentil 91 (Smucker, Craighead, Craighead y Green, 1986), y 40,7 en la CDRS-R, que equivale al percentil 93 (Poznanski y Mokros, 1996).

La mejoría constatada con el inventario de depresión fue elevada ($d_{\text{CDI}} = 1,42$) y más moderada según la entrevista clínica ($d_{\text{CDRS-R}} = 0,57$). Los porcentajes de niños tratados, cuyas puntuaciones en el CDI disminuyeron desde un rango clínico hasta un rango normal

Figura 1: Ficha de educación emocional "La tarta de los sentimientos" (Méndez, 1998).

LA TARTA DE LOS SENTIMIENTOS

Instrucciones

Karlos Sentiñano es un famoso cocinero, especialista en succulentos pasteles. En esta ocasión ha elaborado una tarta de diferentes sabores utilizando como ingredientes los sentimientos. Hay sabores dulces como la alegría, la tranquilidad o el amor, y amargos como la tristeza, el nerviosismo o el enfado. Escribe al lado de cada trozo de tarta una situación en la que tú has probado estos sabores distintos. Tienes como ejemplo el sabor dulce de la tranquilidad. Pinta luego cada trozo de tarta del color que mejor le vaya, por ejemplo blanco para la alegría y negro para la tristeza.



de vacaciones
tomando
el sol
en la playa



(sin depresión), fueron 50% y 62% en el postest y nueve meses después respectivamente. Las proporciones de niños recuperados de acuerdo con la CDRS-R fueron 38% al terminar la terapia y 69% en el seguimiento.

El programa PEAC es un tratamiento integrado para la depresión infantil, elaborado por Méndez (1998), que comprende tres elementos básicos para el cambio terapéutico: educación emocional, actividades agradables, reestructuración cognitiva, y otros elementos complementarios: habilidades sociales, relajación, higiene de sueño, reatribución. También incluye elementos dirigidos a la generalización y mantenimiento de los logros terapéuticos: tareas para casa, resolución de problemas, entrenamiento en autocontrol.

El terapeuta promueve la cooperación de otras personas del entorno del niño, como familiares, maestros y amigos, siendo especialmente importante la colaboración de los padres que desempeñan un doble papel:

a) *coterapeutas*, ya que poseen un elevado grado de control sobre los antecedentes y consecuentes de la conducta de su hijo. Su implicación es fundamental

para organizar la agenda infantil: hábitos de sueño y alimentarios, supervisión del tiempo libre, administración de reforzadores, etc. El programa incluye entrenamiento a padres en principios de modificación de conducta y en terapia cognitivo-conductual de la depresión;

b) *sujetos de terapia*, puesto que algunas veces su comportamiento inadecuado contribuye a mantener inadvertidamente el problema del hijo. Una situación común son las relaciones conflictivas padres-hijos. El programa comprende también entrenamiento en negociación y resolución de conflictos.

Actualmente la única evidencia disponible sobre su eficacia para tratar la depresión infantil procede de estudios de caso utilizando diseños A-B, en los que el tratamiento consiguió una mejoría clínicamente significativa que se mantenía en seguimientos posteriores, y de un estudio piloto con muestra análoga. Se precisan, por tanto, estudios de grupo con muestras clínicas para valorar y analizar los componentes del programa terapéutico.

2. Elementos básicos de la intervención terapéutica en la depresión infantil

La depresión presenta alteraciones afectivas, como la disforia, conductuales, como la pasividad, y cognitivas, como los pensamientos derrotistas. Los programas de tratamiento ACCIÓN, PASCET y PEAC promueven el cambio terapéutico en las áreas emocional, conductual y cognitiva. Así pues, la base del tratamiento psicosocial de la depresión infantil está constituida por el siguiente “trípode terapéutico” (Méndez et al., 2001):

1. Educación emocional

Se justifica por varias razones. En primer lugar, las habilidades de auto-evaluación y auto-exploración emocional del niño son limitadas. La pérdida de apetito, los problemas de sueño, la aparición de dolores de cabeza y de estómago, etc., confunden al niño que, en algunos casos, se queja de sufrir una enfermedad en vez de un trastorno del estado de ánimo. A diferencia del adulto que reconoce “estoy con la depre”, el niño afirma “estoy malito”. En segundo lugar, en la depresión infantil suelen coexistir estados de disforia e irritabilidad, entremezclándose emociones como tristeza e ira. En tercer lugar, la tasa de comorbilidad de la

depresión infantil es muy elevada, dato aducido en apoyo de la teoría de la “depresión enmascarada”, destacando especialmente la frecuencia del trastorno mixto ansioso-depresivo. En cuarto lugar, la educación emocional que imparten los adultos es bastante pobre, fomentando la represión emocional, por ejemplo, se castiga el llanto en ocasiones que resulta congruente con la situación; el falseamiento emocional, por ejemplo, se modela la expresión de la emoción contraria a la experimentada porque la “buena educación” exige agradar siempre a los demás; la desinformación emocional, por ejemplo, se elude dialogar abiertamente con el hijo sobre su “primer amor”; etc.

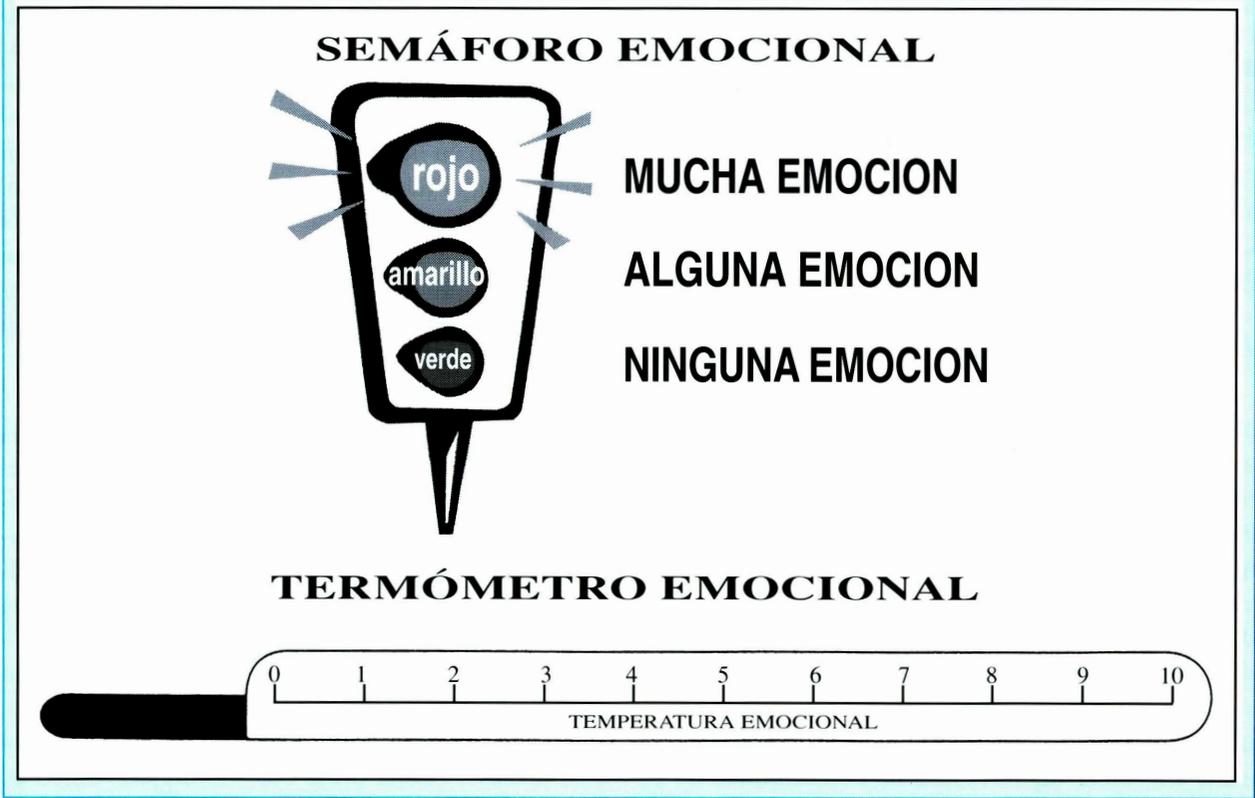
Los objetivos de la educación emocional son: a) reconocer y diferenciar las emociones, b) identificar las situaciones que provocan estados emocionales específicos y c) tasar la fuerza o intensidad de las emociones. El reconocimiento y discriminación de emociones se realiza por medio de juegos, como el “Vocabulario emocional”, las “Charadas emocionales”, la “Contraseña emocional”, las “Estatuas de emociones”, el “Pictionary emocional” o la “Expresión de emociones”, propuestos por Stark (1990), y fichas de trabajo, como “Los cestos de manzanas”, “Las piedras no comen pizzas”, “Cada oveja con su pareja”, “Adivina,

Figura 2: Modelo de auto-registro diario de emociones (Stark, Swearer, Kurowski, Sommer y Bowen, 1996).

DIA: _____

 <p>ORGULLOSA</p>	 <p>ILUSIONADO</p>	 <p>FABULOSO</p>	 <p>SEGURA</p>
 <p>TRANQUILO</p>	 <p>CONTENTA</p>	 <p>FELIZ</p>	 <p>ENTUSIASMADO</p>

Figura 3: Semáforo emocional y termómetro emocional.



adivinanza” o “Termina la frase”, elaboradas por Méndez (1998). El ejercicio “La tarta de los sentimientos” ilustra cómo se enseña al niño a asociar estados emocionales con situaciones desencadenantes (figura 1).

Un potencial efecto no deseado de la educación emocional es que el niño tome conciencia de la prevalencia de las emociones negativas agravándose su depresión. Para prevenir este problema los auto-registros focalizan la atención inicialmente en emociones positivas (figura 2).

La escala de estimación más aconsejable con niños de ocho o más años es una escala tipo Likert de once puntos (0 = me siento la vez que peor, 10 = me siento a la perfección), puesto que están acostumbrados a utilizar este sistema de calificación escolar. Con niños pequeños, poco colaboradores, o cuyo desarrollo cognitivo está limitado (p.ej., retraso mental) o deteriorado (p.ej., autismo) son recomendables métodos alternativos, más sencillos y motivantes, como el semáforo o el termómetro emocional (figura 3).

2. Actividades agradables

Se explica al niño la lógica del procedimiento terapéutico con ayuda de símiles como la doble espiral descendente-ascendente (Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990) o las pastillas de la doctora Actividad Agradable (Méndez, 1998). Una analogía clarificadora es la siguiente: cuando un coche lleva mucho tiempo parado, la batería se descarga, se queda sin energía, y hay que empujarle para que funcione. Lo importante es arrancar, puesto que una vez en marcha, cuanto más kilómetros se hacen, más se recarga la batería, antes alcanza el motor la temperatura y la potencia óptimas, y más veloz y alegre va el automóvil.

Para evitar el fenómeno de la saciedad se confecciona un amplio conjunto de actividades agradables, entre veinte y treinta, seleccionadas con ayuda de menús de actividades reforzantes, entrevistas, observación y auto-registros. Se incluyen actividades *sociales* (salir con los colegas, telefonear a una amiga, ir al cine con un compañero, asistir a una fiesta de cumpleaños, etc.), porque junto al placer de la acción se consigue apoyo

social y distracción que compite con las rumiaciones depresógenas; de *éxito*, es decir, actividades que se dominan y con las que se obtiene un resultado beneficioso para uno mismo y/o los demás, que conlleva (auto) reforzamiento (preparar con mamá una sabrosa receta de cocina, ayudar a papá en una tarea de bricolaje, recibir clases de guitarra, desparasitar al perro, etc.), fortaleciendo la autoestima; *físicas* (montar en bicicleta, jugar al tenis, nadar, patinar, etc.), porque aumentan el tono muscular, combaten el hastío y el aburrimiento de la pasividad e inercia, y contribuyen a estar en forma. La lista debe comprender tanto actividades que consuman poco tiempo para los días de entresemana donde el horario es más apretado, por ejemplo jugar en el parque, como actividades más complejas para los fines de semana donde se dispone de más tiempo libre, por ejemplo ir de excursión. El coste de las actividades debe de ser bajo, aunque se puede añadir alguna más costosa de acuerdo con las posibilidades económicas de la familia.

Al niño se le entrega el listado de actividades agradables junto con un auto-registro (figura 4), para que anote diariamente el tiempo de práctica de cada actividad, el grado de satisfacción obtenido y el estado de ánimo al final del día, evaluados con la misma escala de estimación utilizada en la educación emocional. Los

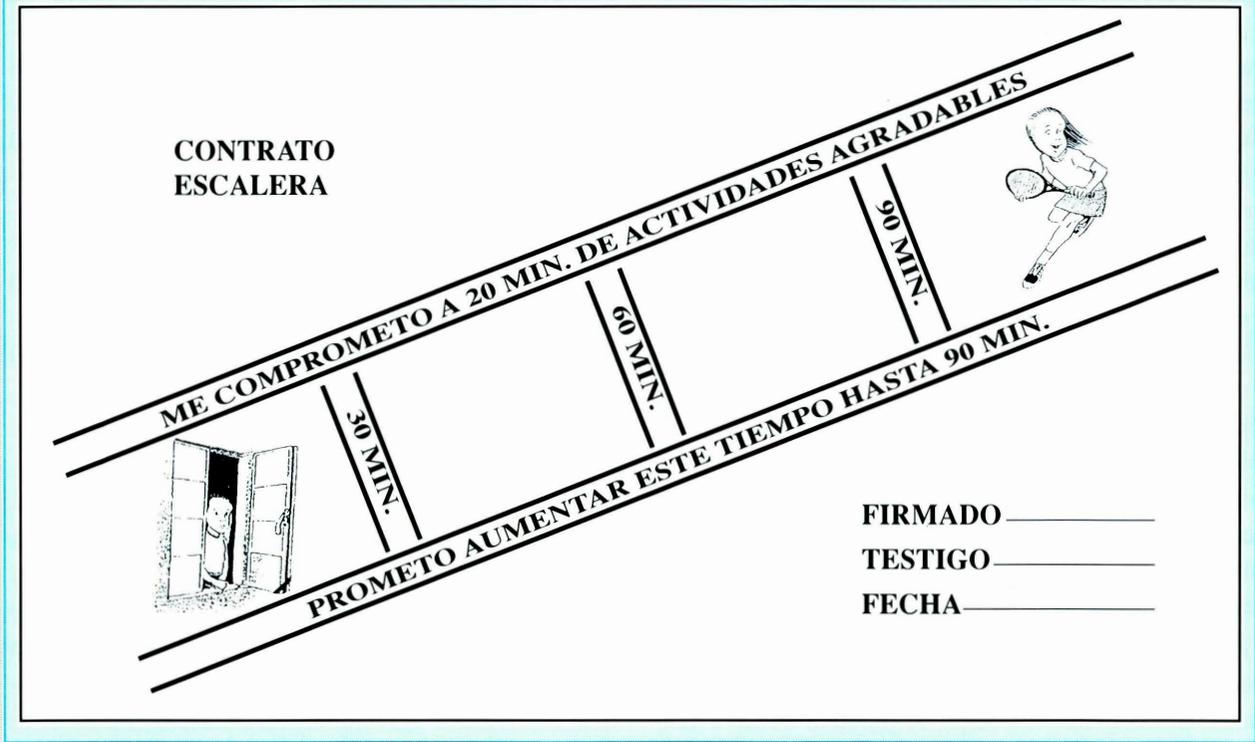
avances graduales se planifican en unidades de tiempo en vez de productos de conducta; por ejemplo, 20 minutos (no un kilómetro) de paseo por la playa. Se parte de un tiempo mínimo diario en función de la línea de base y se programan semanalmente pequeños progresos. En principio, no se establece un tiempo máximo para la diversión. La única limitación es la impuesta por las necesidades del horario (sueño, estudio, etc). Como en la depresión infantil se experimentan importantes variaciones del estado de ánimo, e incluso en el estado físico, conviene fijar un tiempo medio de práctica por semana, de modo que la valoración negativa de un "día negro" se contrarresta con el logro del promedio semanal.

Al principio puede ser difícil cumplir el plan de actividades agradables, porque el comienzo suele exigir un gran esfuerzo sobre todo en los casos más graves. Después se produce un rápido efecto de interacción muy positivo: las actividades agradables elevan el estado del ánimo, la mejor disposición psicológica (y física) aumenta la percepción de placer, la mayor tasa de refuerzo recibido incrementa la probabilidad de realizar actividades agradables, etc. Existen varias estrategias terapéuticas para vencer la dificultad inicial y facilitar la práctica de las actividades agradables. El control adulto del horario permite organizar la *agenda*

Figura 4: Auto-registro de actividades agradables.

LOGOTIPO DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA					
NOMBRE: _____			SEMANA: _____		
DÍA	ACTIVIDAD AGRADABLE	TIEMPO (minutos)	NOTA DE AGRADO Al final de la actividad (0-10)	NOTA DE ÁNIMO Al final del día (0-10)	OBSERVACIONES
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SÁBADO					
DOMINGO					

Figura 5: El “contrato escalera” es un compromiso del niño para practicar cada vez más las actividades agradables (modificado de Stark, Swearer, Kurowski, Sommer y Bowen, 1996).



infantil. El objetivo general es planificar minuto a minuto la vida del niño para conseguir que se divierta lo más posible y evitar que esté solo y/o aburrido. Se programan todas las actividades de un día prototipo: hora de levantarse con suficiente antelación para obviar premuras estresantes, desayuno compuesto de alimentos nutritivos y apetecibles (leche con canela y limón, batidos de frutas, zumos, cereales, etc.), tareas escolares atractivas acordadas con el maestro, etc. Para crear el “hábito” de actividades agradables se programa inicialmente un tiempo específico de práctica incorporado al horario habitual; por ejemplo, al regreso del colegio por la mañana y por la tarde. Conforme avanza la terapia las actividades agradables se llevan a cabo de forma cada vez más espontánea y menos programada. La agenda posibilita también planificar y supervisar el descanso, la dieta, las relaciones sociales, el ejercicio físico, etc. Otro recurso útil son los contratos terapéuticos. La figura 5 ofrece un modelo basado en la idea intuitiva de los peldaños de una escalera que conducen paso a paso, de forma ascendente, a la meta deseada.

Las actividades agradables se mandan como tareas para casa. No es conveniente la palabra “deberes” si el niño no es buen estudiante o no disfruta con sus obligaciones escolares. Posteriormente se revisan y se promueve la concienciación de la relación positiva de las actividades agradables con el estado de ánimo, mediante una gráfica similar a la empleada en el tratamiento de los adultos.

3. Reestructuración cognitiva

Se expone el modelo A-B-C (adversidad, balance cognitivo, consecuencias), propio de la terapia cognitiva, a través de explicaciones verbales y ejercicios escritos, describiendo el funcionamiento mental en la depresión e ilustrando la forma y el contenido de los pensamientos y razonamientos depresivos. La adversidad es la situación desencadenante, que puede ser un acontecimiento negativo generador de una respuesta excesiva, pero también un evento neutro o positivo malinterpretado por el niño (prejuicios, expectativas, atribuciones, etc.), originando sentimientos de tristeza, ira, ansiedad, etc., (consecuencias emocionales), y

Figura 6: Ficha "Cara y cruz en la discoteca" utilizada con niños para explicar el modelo A-B-C de la terapia cognitiva de la depresión (Méndez, 1998).

CARA Y CRUZ EN LA DISCOTECA		
A ANTECEDENTE	B BALANCE	C CONSECUENCIAS
<p>Fiesta fin de curso. Baile en la discoteca. Mueve el esqueleto, no seas ficus. Flor, la chica más guapa, se acerca a Fede, el chico más patoso, y le invita, ¿te apetece bailar conmigo? Los compañeros miran expectantes.</p>	<p><i>Si piensa:</i> ¿De verdad que no estoy soñando? ¡Estoy de suerte, hoy es mi día! Seguro que no le importa demasiado si le doy un pisotón sin querer, porque ella me ha elegido a mí entre todos los de la clase. ¡Bisguau! Fíjate con que ojos de envidia me miran.</p> <p><i>Si piensa:</i> ¡Horror, terror, pavor! ¿Por qué me tiene que pasar esto a mí? ¿Qué he hecho yo para merecer esto? Voy a quedar a la altura del betún cuando se dé cuenta que bailo como un pato mareado. Vaya miraditas de guasa del personal.</p>	<p><i>Sentirá:</i> Excitación, alegría. - Dirá: Faltaría más, encanto. Te advierto que no soy Fred Astaire - Hará: Salir a la pista a dar saltos (pedirle que siga el ritmo es demasiado)</p> <p><i>Sentirá:</i> Azoramiento, vergüenza - Dirá: De veras que lo siento. Me he torcido el tobillo. - Hará: Quedarse sentado fingiendo dolor en el pie.</p>

respuestas de escape, evitación, etc., (consecuencias conductuales). Al principio se emplean ejemplos didácticos que caricaturicen dos reacciones extremas ante la misma situación (figura 6).

Una estrategia complementaria para ilustrar las valoraciones depresógenas es mostrar la misma respuesta infantil suscitada ante dos situaciones netamente diferentes (figura 7).

Para soslayar el sesgo dicotómico se incluyen situaciones sin reducirse a dos interpretaciones contrapues-

tas. Así, don Severo, maestro riguroso y autoritario, riñe y castiga a Guerrero, alumno hiperactivo y desinquieto, por no acabar los deberes de matemáticas. Pitagorín, empollón y pelota, "¡ya era hora que le pusieran las peras al cuarto!, ¡siempre incordiando!, ¡al fin le han dado su merecido, bien por el profe! ¡¡¡ja, ja, cómo me alegro!!!". Anarquía, feminista y ácrata, "¡no hay derecho!, ¡abusa de su autoridad!, ¡la Declaración Internacional de los Derechos del Niño, la Convención de Ginebra, la ONU...!, ¡es indignante, esta-

Figura 5: Viñeta cómica "Peanuts", de Charles Schulz, empleada para explicar el A-B-C de la terapia cognitiva (Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990).



mos en el siglo XXI!, ¡¡¡qué rabia!!!” Pusilánime, tímido y medroso, “¡madre mía, yo sin terminar!, ¡me mandará al director, llamarán a mis padres!, ¡no me llega la camisa al cuerpo!, ¡¡¡tiemblo de miedo!!!” Piedad, compasiva y sensible, “¡pobre, con lo bien que me cae!, ¡debería ser más comprensivo el profesor!, ¡un poco trasto, es verdad, pero en el fondo más bueno que el pan!, ¡¡¡qué pena más grande!!!”

Una vez comprendida la lógica de la terapia cognitiva se procede a la sustitución de los pensamientos automáticos, los errores lógicos, y los esquemas cognitivos depresógenos, por modos de pensar adaptados y realistas, mediante el desarrollo de una actitud de reflexión crítica que cuestiona sistemáticamente las ideas y creencias. Una excelente herramienta es la historia de “Los mellizos Holmes”, de Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham (1995)³:

Érase una vez, en un pueblo muy parecido a Valdegallinas de Corral (localidad del niño), un niño de once años (edad del niño), que pedaleaba en su flamante bicicleta de color amarillo fosforescente camino del colegio. Desmontó al llegar, pasó el candado de seguridad entre los radios de la rueda delantera y lo cerró en torno a la valla de hierro. Después se dirigió dando saltos de alegría a clase. Cuando sonó el timbre al final de la tarde, corrió plétórico de entusiasmo a por su bici recién estrenada. Ardía de impaciencia por regresar a casa, dándole a los pedales lo más de prisa que fuera capaz al estilo de Induráin, su ídolo. Al acercarse a la cerca descubrió con estupor que la bicicleta había desaparecido y en su lugar habían dejado un viejo neumático negro encadenado a la reja.

- ¡Horror! ¿Qué es esto, qué ha sucedido aquí? ¡Oh, Dios mío, mi nueva bici amarilla! - exclamó llorando.

Estaba tremendamente abatido y desolado.

- Soy muy, muy desgraciado - se repetía a sí mismo.

En aquel preciso momento, un desconocido de pinta extravagante, ataviado con gabardina y descomunal sombrero, se aproximó. No lo conocía de nada. No lo había visto nunca antes.

- No sé quién es - pensó -. Es la primera vez que lo veo en mi vida.

- No te preocupes, jovencito. Soy el archifamoso, el superconocido, el gran... Hemlock Holmes. El mejor detective del mundo a tu servicio.

- Jamás he oído hablar de un detective llamado Hemlock Holmes. ¿No te habrás equivocado y eres en realidad Sherlock Holmes?

- ¡Ni hablar del peluquín! Soy Hemlock Holmes - replicó con tono enfadado -. ¿Por qué todo el mundo me confunde con ese mamarracho? Dejemos eso. Yo sé quien te ha robado la bicicleta. Ha sido el malísimo y peligrosísimo Robín, que es un robón.

- ¡Caray! - aulló - Eres el policía más rápido y sagaz. ¿Cómo has sabido tan pronto que fue él quien me quitó la bici?

- ¡Bah, menudencias! Fue el primer nombre que me vino a la cabeza, por tanto debe ser él -. Dicho esto, giró sobre sus talones, se trastabilló, y se perdió tropicándose en la luz anaranjada del atardecer.

Pero la historia no termina aquí, porque justo en ese instante hizo su aparición el intrépido, el osado, el célebre Sherlock Holmes. Se arregló su esclavina, se ajustó su gorra y declaró:

- Discrepo de ese bobo de Hemlock Holmes. Yo soy el bravo, el genial, el celeberrimo Sherlock Holmes, de quien se cuenta lo que no está escrito en los libros.

Al niño le pareció un tanto arrogante, pero necesitaba su ayuda. Sherlock Holmes continuó:

- Insisto, amigo mío, no estoy de acuerdo con ese memo de Hemlock Holmes. Pero, ¿qué clase de detective es? Un detective de los de verdad no se cree el primer nombre que le venga a la memoria. El buen detective elabora una lista de sospechosos y luego reúne pruebas para atrapar al

³Se ofrece una traducción connotativa realizada por Méndez (1998).

ladrón. Voy a seguir la pista y cuando regrese traeré conmigo el nombre del ladrón -. Y sin más dilación, volteó su macfarlán, enderezó su gorra, enarboló su lupa y salió del recinto.

- ¡Qué personaje tan pintoresco! – pensó el niño -, pero parece que se toma en serio su trabajo.

Un rato después, mientras jugaba a la puerta de su casa, el niño escuchó un ruido extraño. Se volvió y se topó con una figura que no era otra que la de Sherlock Holmes.

- Hola, caballere. Ante tus ojos, el bravo, el genial, el celeberrimo Sherlock Holmes, de quien los libros hablan y no paran.

- Chochea – pensó el chaval -. ¿Has descifrado el enigma de mi bici?

- Sí, por supuesto.

- ¿Cómo lo has logrado?

- Con método, con método. Pensé en primer lugar que tal vez hubiera sido el malísimo y peligrosísimo Robín de las Bicis. Pero no acepté

a pie juntillas mi primer pensamiento. Indagué y me enteré que había trabajado toda la tarde en el despacho del director, castigado por molestar en clase de la señorita Socorro, de modo que él no pudo ser. Luego pensé que quizás hubiera sido Evaristo, Dedos-no-Vistos. Busqué evidencia delatora, pero comprobé que había malgastado la tarde en el casino despilfarrando sus ahorros en las máquinas tragaperras; por tanto, tampoco pudo ser él. A continuación decidí investigar a Máximo Malvado y obtuve varios indicios clave. Recogí un llavero con las iniciales 'M & M' grabadas junto al sitio donde tu bicicleta se había esfumado. Fui entonces a hacer una visita al hogar de Máximo Malvado e interrogué a su madre. Confesó que su hijo había salido a pasear luciendo su bici amarilla, ganada ese mismo día en la escuela por ser el alumno de mejor conducta. Recorrí el barrio de arriba abajo hasta que lo hallé. Y efectivamente, allí estaba asustando a los críos pequeños con tu bicicleta. Elemental, querido Watson.

Figura 8: Implementación de experimentos conductuales con ayuda de la ficha "El laboratorio del profesor Sinoloveo Nolocreo" (Méndez, 1998).

EL LABORATORIO DEL PROFESOR SINOLOVEO NOLOCREO

El viejo profesor Sinoloveo Nolocreo no tiene un pelo de ingenuo, (ni de los otros, porque está calvo). Toda una vida consagrada a la investigación le ha enseñado a no aceptar ningún pensamiento que no haya superado la prueba de la realidad.

Taciturno Empecinado, su joven e inteligente discípulo, abriga pensamientos un tanto idiosincrásicos. Después de mucho discutir no llegan a ninguna conclusión. Entonces el sabio profesor le propone realizar varios experimentos

PENSAMIENTOS (discípulo)

No tengo amigos

Mi amigo íntimo está enfadado conmigo

No hago nada bien

EXPERIMENTOS (profesor)

Invita a tus amigos a casa. Comprueba cuántos aceptan tu invitación. Analiza las razones de los que declinan tu ofrecimiento y considera si son motivos justificados

Pregúntaselo. "Desde hace una semana no vienes a jugar por las tardes a mi casa como antes. ¿He hecho algo que te ha molestado?"

Anota durante un día cada una de las cosas que haces bien, regular o mal. Calcula los porcentajes

Etc.

Ejercicio: El niño y el terapeuta diseñan experimentos conductuales para poner a prueba los pensamientos automáticos y los esquemas cognitivos infantiles.

- ¡Oh, Sherlock Holmes! – exclamó lleno de gratitud y admiración el niño -. ¡Eres maravilloso! Mucho más listo que el lelo de Hemlock Holmes. Por favor, detective Holmes, ¿podrías devolverme mi rutilante bici amarilla fluorescente?

Sherlock Holmes bajó la mirada y comenzó a balbucir:

- ¡Uf! Pues, um, um, hablando con propiedad yo no he recuperado exactamente tu bicicleta. Verás, es que Máximo Malvado es terriblemente corpulento, como el primo de Zumosol, y realmente infunde bastante respeto. Creo que harías mucho mejor pidiendo a tus padres que vayan a traerte tu bicicleta – diciendo lo cual el célebre Sherlock Holmes se alisó su esclavina, se enfundó su gorra y se alejó con andar pausado en dirección a la puesta de sol (pp. 120-122).

Entre las dificultades más comunes se hallan la incredulidad ante los argumentos refutatorios del terapeuta, que se aborda con experimentos conductuales (figura 8), y la persistencia de los pensamientos automáticos que se trata con la técnica de detención del pensamiento.

3. Retos futuros

A pesar de los avances conseguidos en las dos últimas décadas, el tratamiento psicosocial de la depresión infantil es un campo con importantes cuestiones pendientes. Algunas de las líneas de investigación para el futuro inmediato son:

- Prestar mayor atención a los niños con riesgo de suicidio, del mismo modo que en la depresión adolescente (Brent et al., 1996; Polaino-Lorente, 1996).
- Desarrollar intervenciones preventivas, como el Penn Prevention Program, de Seligman y colaboradores (Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman, 1994; Seligman et al., 1995), para estudiantes de primaria y secundaria.
- Contrastar los programas terapéuticos con muestras clínicas de mayor tamaño y seguimientos más prolongados.

- Incorporar estrategias de prevención de recaídas (sesiones de recuerdo, planificación de la generalización, etc).

- Adaptar otros tratamientos, como la terapia interpersonal que ha obtenido éxito con adolescentes (Mufson, Weissman, Moreau y Garfinkel, 1999).

Referencias bibliográficas

- Brent, D.A.; Roth, C.M.; Holder, D.P.; Kolko, D.J.; Birmaher, B.; Johnson, B.A. y Schweers, J.A. (1996). Psychosocial interventions for treating adolescent suicidal depression: A comparison of three psychosocial interventions. En E.D. Hibbs y P.S. Jonsen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 187-206). Washington, DC; American Psychological Association.
- Clarke, G.; Lewinsohn, P. y Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coopersmith, S. (1975). *Self-Esteem Inventory-Form B*. Lafayette, CA: Self-Esteem Institute.
- Jaycox, L.; Reivich, K.; Gillham, J. y Seligman, M.E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Kaslow, N.J. y Thompson, M.P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146-155.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Méndez, F.X. (1998). *El niño que no sonrío: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. (1999). *Depresión en la infancia y adolescencia*. Madrid: UNED-FUE.
- Méndez, F.X. y Espada, J.P. (en prensa). *Psicopatología, evaluación y tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente*. Madrid: UNED-FUE.

- Méndez, X.; Moreno, P. J.; Sánchez, J.; Olivares, J. y Espada, J.P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: Una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual*, 8, 487-510.
- Méndez, F.X.; Olivares, J. y Ros, M.C. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Psicología clínica infantil* (Vol. 1, pp. 107-153). Madrid: Pirámide.
- Mufson, L.; Weissman, M.N., Moreau, D. y Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.
- Polaino-Lorente, A. (1996). Trastorno bipolar y conducta suicida en adolescentes. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollo actuales* (pp. 279-292). Madrid: Pirámide.
- Poznanski, E.O.; Grossman, J.A.; Buchsbaum, Y.; Banegas, M.; Freeman, L.N. y Gibbons, R. (1984). Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 191-197.
- Poznanski, E.O. y Mokros, H.B. (1996). *Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R): Manual*. Los Ángeles: Western Psychological Services.
- Reynolds, W.M. (1989). Reynolds Child Depression Scale: Professional manual. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*.
- Rothbaum, F.; Weisz, J.R. y Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Seligman, M.E.P.; Reivich, K.; Jaycox, L. y Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Smith, M.L.; Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Smucker, M.R.; Craighead, W.E.; Craighead, L.W. y Green, B.J. (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- Stark, K.D. (1990). *Childhood depression: School-based intervention*. Nueva York: Guilford Press.
- Stark, K.D. y Kendall, P.C. (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for "ACTION"*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Stark, K.D.; Kendall, P.C.; McCarthy, M.; Stafford, M.; Barron, R. y Thomeer, M. (1996). *ACTION: A workbook for overcoming depression*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Stark, K.D., Reynolds, W.M. y Kaslow, N.J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Stark, K.D.; Rouse, L. y Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive-behavioral procedures for the individual and family. En P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (pp. 165-206). Nueva York: Guilford Press.
- Stark, K.D.; Swearer, S.; Kurowski, C.; Sommer, D. y Bowen, B. (1996). Targeting the child and the family: A holistic approach to treating child and adolescent depressive disorders. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 207-238). Washington, DC: American Psychological Association.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Weisz, J.R.; Rothbaum, F.M. y Blackburn, T.F. (1984). Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist*, 39, 955-969.
- Weisz, J.R.; Thurber, C.A.; Sweeney, L.; Proffitt, V.D. y LeGagnoux, G.L. (1997). Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 703-707.