

Diagnóstico y tratamiento de la depresión en la niñez y adolescencia

Eduardo L. Bunge¹, María Susana Mosquera, Natalie Soto, Mónica Falabella ,
Javier Labourt y Raúl Borgialli

¹Licenciado en Psicología. U.B.A. Co-Director del ETCl. (Equipo de Terapia Cognitiva Infanto Juvenil). Director de la escuela de formación de posgrado en psicoterapias cognitivas, Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito XV
E-mail: eduardobunge@etci.com.ar

Introducción

El recorrido histórico del concepto de depresión en la infancia y adolescencia sugiere que, si bien surgió en los últimos años con mayor fuerza, ciertos autores ya habían mencionado casos de niños deprimidos. A pesar de ello, durante muchos años la depresión en los niños y adolescentes fue pensada como una rareza, e incluso como algo 'conceptualmente imposible en los jóvenes'. Se creía que la misma exigía cierta experiencia de vida, que sólo una acumulación de sucesos negativos podría generar pesimismo, lo cual llevaría a la depresión.

Se sabe que el inicio temprano del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y el Trastorno distímico (TD) conllevan consecuencias sumamente negativas para el paciente y su familia, son trastornos frecuentes, recurrentes, y suelen presentarse acompañados por otros trastornos psiquiátricos ((Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, & Kaufman, 1996). Un estudio realizado con población local (Casullo, 1998), revela que el 23% de los adolescentes cuyas edades oscilan entre 13 y 18 años informa sobre la presencia de síntomas depresivos de relevancia clínica. La presencia tanto del TDM como del TD aumenta el riesgo de abuso de sustancias y de comportamientos suicidas además de estar asociados a un marcado deterioro psicosocial y funcional. Los estudios epidemiológicos mundiales afirman que en el caso de los adultos, la depresión mayor constituye la primera causa de discapacidad y la enfermedad con mayores costos económicos (Murray & Lopez, 1996). Según un estudio que evalúa el curso natural de la depresión en adolescentes (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2003) se halló que 45% de los jóvenes con antecedente de TDM recurrió entre los 19 y los 24 años. Las tasas de suicidios en sujetos de 15 a 19 años se incrementaron alrededor de 4 veces desde 1950. Esto se halla fuertemente ligado al abuso de sustancias durante la adolescencia, a un elevado impacto académico y a la presencia de trastornos comórbidos (Birmaher et al, 1996).

Las investigaciones que se vienen realizando hace ya unos 20 años arrojan datos alarmantes que resaltan la importancia de hacer énfasis en el adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión en la niñez y la adolescencia. La prevalencia de la depresión en los niños en etapa prepuberal varía entre un 1 y un 3% ((Birmaher et al., 1996; Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Fischer, 1993) y en adolescentes entre un 3 y un 9% (Birmaher et al., 1996), es decir, ocurre a niveles comparables a los de la adultez (Kashani & Carlson, 1987; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993). En cuanto a las diferencias por género, la relación en los niños es equivalente, mientras que en los adolescentes es de dos mujeres por cada varón (Mezulis, Hyde, & Abramson,

2006) Según los estudios de cohorte, hay un aumento secular de la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) y pareciera que ocurre cada vez a edades más tempranas. A partir de del siglo XXI el riesgo de desarrollar TDM es mayor y se manifiesta a edad más temprana (Lewinsohn, Rohde et al., 1993; Shaffer & Waslick, 2003).

Dentro de los factores de riesgo se encuentran la psicopatología parental, los conflictos familiares, la presencia de habilidades de afrontamiento deficitarias y la carencia de apoyo social. Low y Stocker (2005), hallaron que dentro de los factores asociados al riesgo de sufrir depresión en la adolescencia, en relación al estilo familiar, se puede encontrar al control maternal excesivo, el rechazo, bajos niveles de calidez y cuidado, el criticismo y la hostilidad. Los estudios con familias de niños deprimidos (Beardslee, Bemporad, Keller, & Klerman, 1983; Keller et al., 1986; Low & Stocker, 2005) afirman que los hijos de madres depresivas tienen un riesgo mayor de padecer depresión. En la interacción temprana de un adulto deprimido con el niño, se desarrollan patrones de afrontamiento al estrés que llevarían a una mayor predisposición a deprimirse, ya que el adulto estaría enseñando a su hijo a “darse por vencido”, es decir no modelaría un modo de regulación del afecto negativo. Otro mecanismo posible, consistiría en que la falta de atención del adulto deprimido, la focalización en los aspectos negativos de su hijo y/o la irritabilidad expresada produciría un aumento de la vulnerabilidad. (Wells, Deykin, & Klerman, 1985). Cabe destacar que los niños deprimidos, a su vez, también pueden generar conflictos que llevan a la manutención del cuadro, como por ejemplo, el bajo rendimiento académico puede generar que sus padres respondan con reprimendas o críticas que lleven al chico a continuar evaluándose a sí mismo negativamente y, consecuentemente, sentir una menor motivación para el estudio, motivo por el cual comienza nuevamente el circuito de interacción negativo (Beardslee et al., 1983).

Diagnóstico

Se pueden describir distintos tipos de trastornos del estado del ánimo: el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno depresivo no especificado, el trastorno bipolar tipo I, el trastorno bipolar tipo II, el trastorno bipolar no especificado y el trastorno ciclotímico entre otros. Los criterios de la CIE.10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y del DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2000) para el Trastorno Depresivo Mayor en adultos han mostrado reflejar de una manera adecuada la fenomenología de dicha entidad diagnóstica en niños y adolescentes aunque en ellos se requiere una menor duración de los síntomas, y el humor depresivo puede manifestarse como irritabilidad.

Según el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), los criterios diagnósticos para definir un trastorno depresivo mayor, episodio único, en un niño o adolescente son: la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante un período de por lo menos 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los cuales debe ser la presencia de estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros (en los niños puede observarse irritabilidad en lugar o además de tristeza o llanto); o bien, la disminución acusada de la capacidad para sentir interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día. Los otros

síntomas posibles son: pérdida importante de peso en adolescentes y fracaso en lograr el aumento de peso esperado en niños; insomnio o hipersomnia casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día que tiene que ser observable por los demás; fatiga o pérdida de la energía casi cada día, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena); y pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Por otra parte, para definir un trastorno distímico, según el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), se requiere la presencia de estado de ánimo crónicamente depresivo o irritable la mayor parte del día, la mayoría de los días por al menos un año y dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Para poder hacer este diagnóstico, no tiene que haber un período libre de síntomas superior a los dos meses ni un episodio depresivo mayor en el primer año de la alteración y es importante destacar que en el trastorno distímico, no suele presentar ideación suicida.

En torno a la evolución y pronóstico Birmaher et al (1996) señala que el inicio temprano de la depresión suele presagiar una forma severa y un pronóstico oscuro a largo plazo. En la infancia y adolescencia, la duración media de un episodio depresivo es de 9 meses y la de la recuperación es de entre 7 y 9 meses. Tras un año se recupera un 60% y tras 18 meses, el 90 %. El 70 % de niños y adolescentes que han presentado una depresión, presentan un nuevo episodio dentro de los 5 años subsiguientes. El 25 % de estos pacientes presenta trastorno bipolar al alcanzar la edad de 20 años. La comorbilidad y la depresión doble (depresión mayor sumada a la distimia) agravan el pronóstico.

Psicoterapia para la depresión en niños y adolescentes

Más allá de las líneas teóricas y prácticas que puedan seguir los distintos modelos se puede decir que existe un consenso generalizado en considerar que, dentro de las intervenciones psicosociales, se requiere el trabajo tanto con el paciente, como con la familia y la escuela (Brent, Holder, & Kolko, 1998). A continuación se describirán diversos tratamientos que han sido sometidos a investigación empírica.

Terapia cognitiva conductual de Stark (1996) para niños deprimidos

El modelo cuenta con ciertos pasos generales que suelen ser similares en todos los programas de tratamiento de corte cognitivo que siguen una secuencia lógica: brindar el diagnóstico, realizar la conceptualización del caso y psicoeducar acerca de las características del trastorno, factores de mantenimiento, etc.; obtener el consentimiento por parte de los padres; realizar las intervenciones individuales, familiares y con los padres; y por último trabajar en la prevención de recaídas.

En cuanto a las intervenciones, se encuentran las dirigidas al niño, y otras orientadas a los padres. El trabajo con los padres se introduce con la idea de que puedan funcionar como nexo entre la sesión del consultorio y el ámbito natural del paciente, y colaboren generando un ambiente familiar más propicio.

Es decir, va a orientarse a alentar el desarrollo de esquemas adaptativos en los niños y el uso de habilidades de afrontamiento en ambientes extraterapéuticos; y a modificar elementos del ambiente que contribuyan al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos.

En cuanto a las intervenciones centradas en el niño, en primera instancia se intenta que él mismo pueda comenzar a reconocer su malestar afectivo, es decir que sea capaz de comprender sus experiencias emocionales, estableciendo un vocabulario para sus emociones (e.g., se pueden utilizar juegos para aprender a diferenciarlas y reconocerlas por sí mismo) y poder relacionarlas con sus pensamientos y conductas. Luego se intenta programar actividades placenteras y de dominio. Para ello es importante que el niño pueda reconocer la relación entre hacer cosas divertidas y sentirse bien -esto suele coordinarse en conjunto con los padres ya que son quienes controlan las actividades de su hijo-. Del mismo modo se incluyen actividades de dominio orientadas a la resolución de problemas y el auto refuerzo. Otra de las áreas en las cuales se recomienda trabajar es la de la conducta interpersonal.

Sin duda alguna, el gran desafío de los terapeutas infanto juveniles es encontrar la forma de trabajar con las cogniciones desadaptativas. El primer paso suele consistir en que el niño pueda automonitorear sus propios pensamientos ante eventos positivos o que generen emociones placenteras, de este modo se sortea la dificultad de expresar los pensamientos negativos y se puede focalizar en aspectos positivos que el niño pueda estar dejando de lado debido a sus sesgos cognitivos. Para identificar este tipo de cogniciones, se le puede pedir por ejemplo: 'Hoy quiero que me cuentes casa cosa que hagas bien durante la sesión, y cuando eso pase, que me digas qué fue lo que pensaste'. Es importante poder establecer un método para registrarlas, como por ejemplo una libreta secreta con la que trabajaran juntos el terapeuta y el paciente. Una vez que el niño es capaz de reconocer sus pensamientos, el paso siguiente apunta a que pueda modificar los pensamientos automáticos desadaptativos. El terapeuta debe ayudarlo a reconocer su tendencia a pensar negativamente; le puede pedir, por ejemplo: que piense en voz alta mientras arman juntos un rompecabezas, prestando atención a sus cambios de ánimo para, en ese momento, pedirle que vea la relación entre su pensamiento y el cambio en su humor. Para enseñarle a modificar dichos procesos mentales, el terapeuta puede modelar, las primeras veces, modos alternativos de interpretación de dichas situaciones, y se pueden realizar trabajos con historietas donde se hace un registro de la situación, los pensamientos, sus emociones y sus conductas, para luego rehacer la historieta reemplazando el pensamiento desadaptativo por uno alternativo que genere modificaciones positivas en el ánimo y el comportamiento. Las estrategias orientadas a modificar los esquemas disfuncionales suelen ser complejas, las preguntas como: ¿cuál es la evidencia?, ¿de qué otra manera se puede ver la situación?, ¿qué pasa si...? muchas veces requieren adaptaciones y un esfuerzo de flexibilidad y creatividad muy grande por parte del terapeuta. Una de las estrategias más utilizadas es la de dirigir experimentos conductuales, en los cuales el niño y el terapeuta trabajan juntos como dos detectives del pensamiento en busca de pistas o pruebas que puedan generar modos alternativos de interpretar las situaciones y/o confirmar o desconfirmar sus pensamientos negativos.

TCC con Adolescentes

En la investigación sobre la efectividad de la TCC se utilizaron diversos manuales de tratamientos estandarizados, en donde se diseñaron formas de aplicación grupal denominadas como "TCC-G". Uno de los más replicados fue el 'Coping With Depresión Course' (CWDC) (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley, 1999; Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge, & Teri, 1984). A pesar de que la TCC-G ha establecido su eficacia para el tratamiento de la depresión en la adolescencia, siguen presentándose problemas específicos como las elevadas tasas de recidiva y el alto porcentaje de pacientes que abandonan los tratamientos. Debido a que una alta tasa de adolescentes tratados no se recupera totalmente, se ha introducido el concepto de Tratamiento de Mantenimiento con el objetivo de prevenir la recurrencia y las recaídas. (Kroll, Harrington, Jayson, Fraser, & Gowers, 1996), observaron que la inclusión de seis sesiones recordatorio de TCC después de la finalización del tratamiento agudo daba como resultado un porcentaje de recaídas (20%) mucho menor que si recibían la TCC aguda sin dichas sesiones.

El CWDC actualmente presenta un formato de curso con un fuerte tinte psicoeducacional, de carácter no estigmatizante y donde el terapeuta tiene un rol de instructor, distinto al modelo clásico de psicoterapeuta al que estamos habituados. Las intervenciones en la fase aguda con los adolescentes involucra el empleo de técnicas como: monitoreo del estado de ánimo, habilidades sociales, actividades placenteras, manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva, técnicas de comunicación y resolución de problemas. Seguido a la fase aguda, se incluye una sección de trabajo con los padres, donde se realizan 3 sesiones en conjunto con los adolescentes, durante las cuales cada familia practica las habilidades de resolución de conflictos.

Psicoterapia interpersonal para adolescentes con depresión

La psicoterapia interpersonal para adolescentes con depresión (TIP-A) es una adaptación de la TIP, un tratamiento breve desarrollado en su origen para adultos (Klerman, 1989). La misma sitúa al episodio depresivo en el contexto de las relaciones interpersonales y se centra en los conflictos interpersonales actuales. Su objetivo es abordar cuestiones comunes del desarrollo adolescente, como por ejemplo la separación de los padres, el desarrollo de relaciones amorosas, las primeras experiencias con la muerte de un familiar o amigo y las presiones de los compañeros. Se cuenta con dos ensayos clínicos controlados (Mufson & Fairbanks, 1996; Rossello & Bernal, 1999). Mufson y Fairbanks (1996) compararon la TIP con lista de espera y, en un estudio posterior, compararon la TIP con un grupo de control clínico. El estudio realizado por Rosello y Bernal (1999), comparó un grupo que recibió TIP, con otros que recibieron TCC o permanecieron en lista de espera. Pese a las limitaciones metodológicas de estos estudios, se sugiere que la TIP puede ser un tratamiento eficaz para la depresión en adolescentes.

Esta terapia apunta a que se comprenda cómo las relaciones influyen en el estado del ánimo, la importancia de una adecuada red de apoyo, las posibles áreas problemáticas de las relaciones, como la pérdida de un ser querido, las transiciones de rol, las disputas de rol y cómo mejorar las relaciones mediante entrenamiento en asertividad, comunicación positiva y otras habilidades sociales. Es una terapia de corta duración centrada en el problema 'aquí y

ahora', orientada a reducir los síntomas depresivos mejorando las relaciones interpersonales, haciendo énfasis sobre todo en las relaciones actuales.

En torno a su estructuración el protocolo de tratamiento cuenta con tres etapas dirigidas a distintas áreas bien delimitadas. Las sesiones iniciales apuntan a la exploración de las relaciones más importantes, comenzando con el presente; la naturaleza de cada relación (i.e., frecuencia del contacto y las actividades compartidas); las expectativas de cada relación, la revisión de los aspectos satisfactorios e insatisfactorios de la relación, las formas en que le gustaría cambiar la relación a través de cambios en el/ella o en el/la otro/a. Las sesiones Intermedias se dividen en cuatro áreas problema: la del duelo, la de disputa de rol, la transición de rol y la de déficit interpersonal. En cuanto a las sesiones finales, se trabaja sobre la posibilidad de la finalización del tratamiento y las preocupaciones que esto puede generar, como el temor a la separación o la posible continuidad del tratamiento. Se trabaja sobre la prevención de recaídas, se evalúan los progresos y las habilidades que se requirieron para solucionar los conflictos con las relaciones interpersonales.

Conclusiones

La depresión infanto-juvenil es una patología de características similares a la del adulto, que presenta alta prevalencia y que incide significativamente en la evolución de aquellos quienes la padecen. Existe en la actualidad una variedad de abordajes con apoyo empírico. Poder comenzar a implementar los mismos a nivel local, podría significar que sectores de la población reciban los tratamientos adecuados.

Referencias:

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic, Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington: A.P.A. Press.
- Asarnow, J. R., & Bates, S. (1988). Depression in child psychiatric inpatients: cognitive and attributional patterns. *J Abnorm Child Psychol*, 16(6), 601-615.
- Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. B., & Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder: a review. *Am J Psychiatry*, 140(7), 825-832.
- Birmaher, B., Arbelaez, C., & Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 11(3), 619-637, x.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(12), 1575-1583.
- Brent, D. A., Holder, D., & Kolko, D. (1998). Treatment for adolescent depression. *Harv Ment Health Lett*, 15(2), 7.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 54(9), 877-885.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en Riesgo: Identificación y Orientación Psicológica* (1 ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group

- treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(3), 272-279.
- Cole, D. A., & Turner, J. E., Jr. (1993). Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *J Abnorm Psychol*, 102(2), 271-281.
- Cooper, J., Appleby, L., & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(6), 271-275.
- Coyle, D., Matthews, M., Sharry, J., Nisbet, A., & Doherty, G. (2005). Personal Investigator: A Therapeutic 3D Game for Adolescent Psychotherapy. *International Journal of Interactive Technology and Smart Education*, 2, 73-88.
- Ferro, T., Verdelli, H., Pierre, F., & Weissman, M. M. (2000). Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. *Am J Psychiatry*, 157(3), 375-379.
- Fine, S., Forth, A., Gilbert, M., & Haley, G. (1991). Group therapy for adolescent depressive disorder: a comparison of social skills and therapeutic support. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(1), 79-85.
- Fliege, H., Kocalevent, R. D., Walter, O. B., Beck, S., Gratz, K. L., Gutierrez, P. M., et al. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *J Psychosom Res*, 61(1), 113-121.
- Gillham, J., Reivich, K., Jaycox, L. H., & Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of Depressive Symptoms in Schoolchildren: a two years follow up. *Psychological Science*, 6(6), 343-351.
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P., & Campbell, F. (1998). Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ*, 316(7144), 1559-1563.
- Kashani, J. H., & Carlson, G. A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *Am J Psychiatry*, 144(3), 348-350.
- Keller, M. B., Beardslee, W. R., Dorer, D. J., Lavori, P. W., Samuelson, H., & Klerman, G. R. (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. *Arch Gen Psychiatry*, 43(10), 930-937.
- Klerman, G. L. (1989). Evaluating the efficacy of psychotherapy for depression: the USA experience. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 238(5-6), 240-246.
- Klerman, G. L., & Weissmann, M. M. (1987). Interpersonal psychotherapy (IPT) and drugs in the treatment of depression. *Pharmacopsychiatry*, 20(1), 3-7.
- Kroll, L., Harrington, R., Jayson, D., Fraser, J., & Gowers, S. (1996). Pilot study of continuation cognitive-behavioral therapy for major depression in adolescent psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(9), 1156-1161.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J. S., & Teri, L. (1984). *The Coping with Depression Course*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clin Psychol Rev*, 19(3), 329-342.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*, 102(1), 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Fischer, S. A. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *J Abnorm Psychol*, 102(1), 110-120.

- Low, S. M., & Stocker, C. (2005). Family functioning and children's adjustment: associations among parents' depressed mood, marital hostility, parent-child hostility, and children's adjustment. *J Fam Psychol*, *19*(3), 394-403.
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Dev Psychol*, *42*(6), 1012-1025.
- Miller, A., Rathus, J., & Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents* (First ed.). New York/London: The Guilford Press.
- Mufson, L., & Fairbanks, J. (1996). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: a one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *35*(9), 1145-1155.
- Muñoz, R., Aguilar-Gaxiola, S., & Guzmán, J. (1986). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*. San Francisco San Francisco General Hospital Depression Clinic.
- O'Hanlon, W. H. (1993). On Seeking Possibilities and Solutions in Therapy *The Family Journal*, *1*(4), 365-379.
- O'Kearney, Richard., Gibson., Mal., Christensen., Helen., et al. (2006). Effects of a Cognitive Behavioural Internet Program on Depression, Vulnerability to Depression and Stigma in Adolescent Males: A School Based Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *35*(1), 43-54(12).
- 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *37*(1), 26-34.
- Reynolds, W. M., & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol*, *54*(5), 653-660.
- Rose, & Abramson. (1990). Developmental predictors of Depressive Cognitive Style: Research and Theory. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Developmental Perspectives on Depression*. Rochester: Boydell & Brewer
- Rossello, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol*, *67*(5), 734-745.
- Shaffer, D., & Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en los niños y adolescentes*. Barcelona: Ars medica.
- Tompson, M. C., Pierre, C. B., Haber, F. M., Fogler, J. M., Groff, A. R., & Asarnow, J. R. (2007). Family-focused treatment for childhood-onset depressive disorders: results of an open trial. *Clin Child Psychol Psychiatry*, *12*(3), 403-420.
- Weisz, J. R., Weiss, B., & Langmeyer, D. B. (1987). Giving up on child psychotherapy: who drops out? *J Consult Clin Psychol*, *55*(6), 916-918.
- Wells, V. E., Deykin, E. Y., & Klerman, G. L. (1985). Risk factors for depression in adolescence. *Psychiatr Dev*, *3*(1), 83-108.