



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

ISSN: 2174-0550

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Sanz, Jesús; García-Vera, María Paz

Las Ideas Equivocadas sobre la Depresión Infantil y Adolescente y su Tratamiento

Clínica y Salud, vol. 31, núm. 1, 2020, Enero-, pp. 55-65

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180662593006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org  
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## Las Ideas Equivocadas sobre la Depresión Infantil y Adolescentes y su Tratamiento

Jesús Sanz y María Paz García-Vera

Universidad Complutense de Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*  
Recibido el 27 de junio de 2019  
Aceptado el 20 de diciembre de 2020

*Palabras clave:*  
Depresión infantil y adolescente  
Psicoterapia  
Medicamentos antidepresivos  
Eficacia  
Enfermedad mental  
Modelo médico

### R E S U M E N

Se analiza la veracidad de cinco ideas muy populares sobre la naturaleza y el tratamiento de la depresión infantojuvenil que dificultan que los niños y adolescentes reciban un tratamiento apropiado y que favorecen la farmacoterapia en perjuicio de la psicoterapia. Esas ideas se contrastan con los resultados de los metaanálisis y estudios más recientes localizados en PsycINFO y MEDLINE, que contrariamente a esas ideas indican que: 1) la psicoterapia cura la depresión infantojuvenil, 2) la psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes y la terapia interpersonal para adolescentes, es el tratamiento de primera elección tanto para la depresión leve como para la moderada o grave y por delante de la medicación antidepresiva, 3) la psicoterapia para la depresión infantojuvenil suele ser un tratamiento de corta duración, 4) la depresión infantojuvenil se considera un trastorno mental, no una enfermedad mental y 5) no se ha demostrado empíricamente que la causa principal de la depresión infantojuvenil sea biológica, sino que esta es solamente una hipótesis más.

### Misconceptions about child and adolescent depression and its treatment

### A B S T R A C T

This paper analyzes the veracity of five very widespread ideas about the nature and treatment of child and adolescent depression that makes it difficult for children and adolescents to receive adequate treatment and that promote pharmacotherapy to the detriment of psychotherapy. These ideas are contrasted with the results of the more recent meta-analyses and studies located in PsycINFO and MEDLINE. These results indicate that, contrary to those ideas: 1) psychotherapy cures child and adolescent depression; 2) psychotherapy, especially cognitive behavioral therapy for children and adolescents and interpersonal therapy for adolescents, is the first-line treatment over antidepressant medication for both mild and moderate-to-severe depression; 3) psychotherapy for child and adolescent depression is usually a short-term treatment; 4) child and adolescent depression is understood as a mental disorder, not as a mental illness; and 5) it has not been empirically proven that the main cause of child and adolescent depression is biological, instead this is only one more hypothesis.

Recientemente, [Sanz y García-Vera \(2017a, 2017b\)](#) analizaron la veracidad de diez ideas equivocadas sobre la naturaleza y el tratamiento de la depresión en adultos que aparecen en algunos medios de comunicación con una gran audiencia (p. ej., el portal digital *CuidatePlus*, que está vinculado al diario *El Mundo*) o que son defendidas por algunos manuales de psiquiatría o por algunas guías de práctica clínica de gran difusión y prestigio (p. ej., [Vallejo y Urretavizcaya, 2015](#)). Esas ideas como, por ejemplo, que «la psicoterapia no cura la depresión», que «la psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva» o que «la psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, sino tan

solo en la leve o moderada», no solamente están equivocadas según los conocimientos científicos actuales, sino que, además, dificultan el que las personas reciban un tratamiento apropiado, promueven la farmacoterapia en detrimento de la psicoterapia, desestimulan una de las principales actividades de los psicólogos y al favorecer a otros profesionales implican una competencia desleal.

En el presente artículo se analizará la veracidad de algunas de esas ideas en lo que respecta a la depresión infantil y adolescente, puesto que entre esta y la depresión adulta hay importantes diferencias, en especial en cuanto a su tratamiento, de manera que tales ideas están

Para citar este artículo: Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>

Financiación. Este trabajo ha sido en parte posible gracias a una ayuda de investigación del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2014-56531-P) y a otra del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PGC2018-098387-B). Correspondencia: [jsanz@psi.ucm.es](mailto:jsanz@psi.ucm.es) (J. Sanz).

ISSN:1130-5274/© 2020 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Tabla 1.** Ideas equivocadas sobre la depresión en niños y adolescentes y su tratamiento

Idea	Respuesta supuestamente correcta	Respuesta según la literatura científica
1. La psicoterapia no cura la depresión infantojuvenil	Verdadera	Falsa
2. La psicoterapia es menos eficaz que la medicación antidepresiva en la depresión infantojuvenil	Verdadera	Falsa
3. La psicoterapia es eficaz en la depresión infantojuvenil leve, pero no en la moderada o grave	Verdadera	Falsa
4. El tratamiento de la depresión infantojuvenil es largo	Verdadera	Falsa en parte
5. La depresión infantojuvenil es una enfermedad mental	Verdadera	Falsa

aún mucho más equivocadas respecto a la depresión infantojuvenil. Por ejemplo, si la literatura científica actual indica que es falsa la idea de que la psicoterapia sea menos eficaz que la medicación (Sanz y García-Vera, 2017b), esa misma literatura también indica, como se verá más adelante, que la psicoterapia es el único tratamiento que hasta el momento ha demostrado de forma consistente que es eficaz en la depresión infantojuvenil, mientras que para dicha depresión no está totalmente demostrada la eficacia de ninguna medicación, salvo una, la fluoxetina, y tan solo en adolescentes.

Por otro lado, la depresión infantojuvenil ha sido un campo en el cual la investigación científica ha avanzado considerablemente en los últimos 50 años, permitiendo descartar algunas ideas equivocadas que se consideraban ciertas no hace muchos años y que hoy parecen poco menos que disparatadas, incluidas las ideas que negaban la propia existencia de la depresión infantojuvenil como un constructo psicopatológico reconocible, distingible de otros y útil (Kashani et al., 1981; Welner, 1978). Por ejemplo, alrededor de los años 30 del siglo pasado, las teorías psicoanalíticas ortodoxas, las cuales dominaban el campo de la psicopatología, negaban la existencia de la depresión infantil porque, según esas teorías, para que una persona sufriera una depresión era necesario que hubiese desarrollado un superyó y un yo bien estructurados. Esto justifica que hasta los años 60-70 del siglo XX todavía muchos psiquiatras y psicólogos clínicos psicoanalíticas consideraran que la depresión infantil era algo raro o inexistente (Rie, 1966). Por supuesto, en esos años también hubo expertos que discrepaban de esas teorías, entre los cuales cabría destacar a Spitz y Bowlby. Estos dos psicoanalistas heterodoxos estudiaron las consecuencias negativas que la separación materna provocaba en los niños pequeños, encontrando que tales niños presentaban un conjunto de conductas disfuncionales de llanto, disminución del apetito, desinterés, retramiento, estancación del desarrollo físico y mayor prevalencia de enfermedades, conjunto al que Spitz denominó «hospitalismo» y Bowlby, «depresión anacártica» (García-Vera y Sanz, 2016).

En los años 60-70 del siglo XX, muchos otros expertos también consideraron que la depresión infantil existía, pero creían que estaba constituida por «equivalentes depresivos», es decir, por conductas disfuncionales que en sentido estricto no eran depresivas, como, por ejemplo, conductas delictivas, dolores de cabeza, enuresis, fracaso escolar o fobias. Es más, estos expertos propusieron que cualquier problema que respondiera a un medicamento «antidepresivo» debería considerarse un síntoma depresivo, en concreto, un síntoma de la existencia de una «depresión enmascarada», lo que condujo a una situación muy confusa, ya que, antes de iniciar el tratamiento, era imposible distinguir la depresión de otros trastornos o problemas psicológicos infantojuveniles y, por lo tanto, era imposible, por ejemplo, saber previamente si el mejor tratamiento sería la medicación antidepresiva u otro tipo de tratamiento farmacológico o psicológico (Kashani et al., 1981; Welner, 1978).

Todas esas ideas equivocadas fueron en su momento desmentidas por la investigación científica y acertadamente descartadas por los profesionales encargados de la salud mental de niños y adolescentes (Kashani et al., 1981; Welner, 1978). Actualmente, nadie niega la validez y utilidad del constructo de depresión infantojuvenil definido por un conjunto concreto de conductas anormales discernibles de otros trastornos mentales (García-Vera y Sanz, 2016). Sin embargo,

los procesos de refutación científica son lentos y suelen chocar con grandes resistencias al cambio, tanto teóricas como relacionadas con la práctica profesional, y así las ideas rebatidas por la investigación a veces perduran más tiempo de lo deseable.

En el presente artículo se revisarán, sobre la base de los datos de la literatura científica más actual, cinco ideas sobre la naturaleza y el tratamiento de la depresión infantil y adolescente que son defendidas por la *Redacción de CuidatePlus* (2016), ya que, en su artículo, no detalla a qué población se refiere y, por lo tanto, sus afirmaciones también serían aplicables a la depresión infantojuvenil. Esas cinco ideas, además, también aparecen, al menos en algunas de sus variantes, en ciertas guías de práctica clínica para la depresión infantojuvenil o en ciertos manuales de psiquiatría infantojuvenil de gran prestigio y amplia difusión como, por ejemplo, las guías del Sistema Nacional de Salud español sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2009), el manual de psiquiatría de Palomo y Jiménez Arriero (Gutiérrez Casares, Pérez Rodríguez, Martín Lunar y Salcedo Salcedo, 2009) o los manuales de psiquiatría del niño y del adolescente de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Carballo Belloso, Figueiroa Quintana, García Martín, Soutullo Esperón y Zalsman, 2010) y de Mardomingo (2015). En la **Tabla 1** se muestran esas cinco ideas y, además, las respuestas que, tal y como se explicará en los siguientes epígrafes, se corresponden con los datos científicos actuales.

## Las Ideas Equivocadas sobre el Tratamiento de la Depresión Infantojuvenil

### La Psicoterapia no Cura la Depresión Infantojuvenil

*CuidatePlus* argumenta que «no hay ningún estudio que demuestre que las técnicas psicológicas erradiquen una depresión mayor» y que «en los casos de depresión mayor lo único que se ha demostrado eficaz es el tratamiento farmacológico» (*Redacción de CuidatePlus*, 2016, párr. 13), por lo que, según ese portal digital, la psicoterapia no cura la depresión. Los datos de la literatura científica, sin embargo, desmienten tanto la conclusión como los argumentos de *CuidatePlus*, ya que al menos una treintena de estudios demuestran que las terapias psicológicas son eficaces para la depresión infantojuvenil. Se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficas PsycINFO y MEDLINE utilizando, en los campos de búsqueda de resumen y título, la siguiente expresión: (childhood or children or adolescent or adolescence or teen or teenage or child) and depression and meta-analysis and (psychotherapy or therapy or treatment or medication). Se recuperaron 200 trabajos publicados en los últimos 10 años (entre 2009 y mayo de 2019), de los cuales siete eran metaanálisis de ensayos aleatorizados controlados sobre la eficacia de la psicoterapia para la depresión en niños y adolescentes (Forti-Buratti, Saikia, Wilkinson y Ramchandani, 2016; Keles y Idsoe, 2018; Mychailyszyn y Elson, 2018; Pu et al., 2017; Tindall et al., 2017; Yang et al., 2017; Zhou et al., 2015). Las principales características y resultados de estas revisiones metaanalíticas se recogen en la **Tabla 2**.

**Tabla 2.** Resultados de los metaanálisis más recientes sobre la eficacia de las terapias psicológicas para la depresión en niños y adolescentes

Referencia	Población	Terapia	Nº de ensayos aleatorizados controlados	Diferencia significativa frente al grupo control	
				Postratamiento	Seguimiento
Keles e Idsoe (2018)	Adolescentes	Cognitivo-conductual grupal	23	Sí	Sí
Mychailyszyn y Elson (2018)	Adolescentes	Interpersonal	5	Sí	
Pu et al. (2017)	Adolescentes	Interpersonal	7	Sí	Sí
Tindall et al. (2017)	Niños y adolescentes	Activación conductual	3	Sí	
Yang et al. (2017)	Niños	Cognitivo-conductual	9	Sí	Sí
Forti-Buratti et al. (2016)	Niños	Cognitivo-conductual	5	No	
Zhou et al. (2015)	Niños y adolescentes	Cognitivo-conductual	33 <sup>1</sup>	Sí	Sí
		Interpersonal	8 <sup>1</sup>	Sí	Sí
		Otras psicoterapias	28 <sup>1</sup>	No	No

Nota. <sup>1</sup>La suma de los números de ensayos aleatorizados controlados para la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y las otras psicoterapias supera el número total de 52 ensayos revisados por Zhou et al. (2015), ya que en algunos ensayos se comparaban dos o más psicoterapias entre sí o con una condición de control (p. ej., lista de espera, no tratamiento, tratamiento habitual).

Como se puede apreciar en la **Tabla 2**, todos los metaanálisis ofrecen resultados consistentes sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (incluida la terapia de activación conductual) para la depresión en niños y adolescentes y de la terapia interpersonal para la depresión en adolescentes, salvo el metaanálisis de Forti-Buratti et al. (2016), que cuestiona la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión en niños. Este metaanálisis, sin embargo, es muy discutible, ya que incluye tan solo cinco estudios, al parecer porque muchos autores a los que Forti-Buratti et al. solicitaron información no les mandaron los datos de sus estudios. Es más, sus conclusiones están muy sesgadas, ya que, por ejemplo, al analizar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, se muestran muy críticos por sus aparentes pocos beneficios frente a los resultados de los grupos control, pero sin embargo se muestran muy favorables a la terapia familiar y a la terapia psicodinámica a pesar de que sus supuestos beneficios proceden de un único estudio y tras analizar únicamente los cambios entre el pretratamiento y el postratamiento, no sus beneficios en comparación a los resultados de un grupo control. Por otro lado, lo que es más importante, un metaanálisis posterior centrado en niños, que incluía un mayor número de ensayos aleatorizados controlados (nueve en lugar de cinco), sí encontró que la terapia cognitivo-conductual era eficaz para la depresión en niños, tanto en el postratamiento como a medio-largo plazo, en los seguimientos (Yang et al., 2017).

No obstante, es importante subrayar que el respaldo empírico para la eficacia de la psicoterapia es más sólido en el caso de la depresión adolescente que en el de la depresión infantil. En esta dirección apuntan también las conclusiones de la Sociedad de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, o División 53, de la Asociación Americana de Psicología (Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2017), que hace suyas las conclusiones sobre los tratamientos psicológicos avalados empíricamente para la depresión infantil y adolescente a las que llegaron Weersing, Jeffreys, Do, Schwartz y Bolano

(2017) en su revisión sistemática y narrativa de 42 ensayos clínicos aleatorizados controlados y realizados con niños o adolescentes con un trastorno depresivo diagnosticado. Según esta revisión y esa sociedad científica, y en función de los criterios para distinguir cinco niveles de apoyo empírico establecidos por Southam-Gerow y Prinstein (2014), basados a su vez en los de Chambless et al. (1998), para la depresión adolescente existen cinco “tratamientos bien establecidos o que funcionan bien (nivel 1)”, en concreto, la terapia cognitivo-conductual global, individual y grupal y la terapia interpersonal global e individual, un “tratamiento probablemente eficaz o que funciona (nivel 2)”, a saber, la terapia interpersonal grupal, y dos “tratamientos posiblemente eficaces o que podrían funcionar (nivel 3)”, la biblioterapia basada en la terapia cognitivo-conductual y las intervenciones familiares. En comparación, para la depresión infantil no habría, actualmente, ningún “tratamiento bien establecido (nivel 1)” o “probablemente eficaz (nivel 2)”, aunque sí cuatro “posiblemente eficaces (nivel 3)”: la terapia cognitivo-conductual global, grupal y asistida por tecnologías y la terapia de conducta. Los dos primeros niveles de apoyo empírico (niveles 1 y 2) implicaban la existencia de dos o más ensayos clínicos aleatorizados controlados, demostrando de manera clara que dichos tratamientos eran superiores a los grupos control, mientras que el nivel 3, en el caso de la depresión infantil, implicaba que tan solo existía un único ensayo clínico aleatorizado controlado que demostraba claramente esa superioridad, mientras que otros ensayos no habían replicado claramente esa superioridad (Weersing et al., 2017).

En resumen, según la literatura científica actual hay que concluir que las psicoterapias que han demostrado empíricamente su eficacia en mayor (niveles 1 y 2) o menor grado (nivel 3) o sobre la base de los resultados de diversos metaanálisis sí curan la depresión infantojuvenil. En consecuencia, la afirmación de que la psicoterapia no cura la depresión infantojuvenil es *falsa*.

**Tabla 3.** Resultados de los metaanálisis más recientes sobre la eficacia de los fármacos antidepresivos para la depresión en niños y adolescentes

Referencia	Población	Antidepresivo	Nº de ensayos aleatorizados controlados	Diferencia significativa frente al grupo con placebo	
				Postratamiento	Seguimiento
Cipriani et al. (2016)	Niños y principalmente adolescentes	Fluoxetina	10 <sup>1</sup>	Sí	
		Otros ISRS	11 <sup>1</sup>	No	
		Tricíclicos	10 <sup>1</sup>	No	
		Atípicos	9 <sup>1</sup>	No	
Hazell y Mirzaie (2013)	Niños y principalmente adolescentes	Tricíclicos	14	No	
Herrick et al. (2012)	Niños y principalmente adolescentes	Fluoxetina	5	Sí	
		Otros ISRS	12	No	

Nota. <sup>1</sup>La suma de los números de ensayos aleatorizados controlados para los distintos tipos de fármacos antidepresivos supera el número total de 31 ensayos revisados por Cipriani et al. (2016), ya que en algunos ensayos se comparaban dos o más fármacos entre sí o con un placebo farmacológico. ISRS = inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

## La Psicoterapia es menos Eficaz que la Medicación Antidepresiva en la Depresión Infantojuvenil

Al contrario de lo que sugieren ciertas guías de práctica clínica sobre la depresión infantojuvenil ([Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2009](#)) y ciertos manuales de psiquiatría infantojuvenil ([Carballo Belloso et al., 2010](#)), la literatura científica actual no solo no demuestra que las terapias psicológicas sean menos eficaces que la medicación antidepresiva, sino que, más bien, cuestiona la eficacia de la mayoría de la medicación antidepresiva en la depresión infantil y adolescente. A partir de la búsqueda bibliográfica citada en el epígrafe anterior, se encontraron tres metaanálisis publicados en los últimos 10 años sobre la eficacia de la medicación para la depresión infantojuvenil ([Cipriani et al., 2016](#); [Hazell y Mirzaie, 2013](#); [Herrick, McKenzie, Cox, Simmons y Merry, 2012](#)) cuyas principales características y resultados se recogen en la [Tabla 3](#). Como puede verse en esta tabla, los resultados de las revisiones metaanalíticas más recientes indican consistentemente que salvo la fluoxetina ningún inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) ni ningún antidepresivo tricíclico o atípico han demostrado su eficacia para la depresión en niños y adolescentes. Es más, en el caso de la fluoxetina los datos disponibles apoyan su eficacia en el postratamiento y en los adolescentes, pero no hay datos sólidos sobre su eficacia a medio o largo plazo o en niños.

Por otro lado, cabría argumentar que aunque la mayoría de los fármacos antidepresivos no se hayan mostrado eficaces para la depresión infantojuvenil, la fluoxetina, que sí lo ha hecho, sí podría ser más eficaz que la psicoterapia. Sin embargo, los datos de la literatura científica no parecen apoyar esta posibilidad. [Cox et al. \(2014\)](#) realizaron un metaanálisis de los estudios que comparaban directamente la eficacia para la depresión infantojuvenil de la psicoterapia y de la medicación aplicadas en solitario o en combinación. Dado los pocos estudios realizados hasta la fecha y los resultados tan poco consistentes, los autores concluyeron que no era posible saber cuál de las tres estrategias terapéuticas era más eficaz: la psicoterapia sola, la medicación sola o su combinación. En concreto, respecto a la comparación directa entre la psicoterapia y la medicación antidepresiva, el metaanálisis de [Cox et al. \(2014\)](#) tan solo pudo encontrar y analizar los datos de dos estudios, ambos con adolescentes y ambos comparando la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con un ISRS, en un caso con la sertralina y en el otro con la fluoxetina. Teniendo en cuenta 15 diferentes medidas de postratamiento y de seguimiento relacionadas con la remisión del trastorno depresivo, la reducción de la sintomatología depresiva y la mejora del funcionamiento, los resultados de ambos estudios en general no mostraban que ninguno de los ISRS fuera más eficaz que la terapia cognitivo-conductual. El único dato clínico consistente al comparar ambas estrategias terapéuticas fue que los adolescentes deprimidos que habían recibido únicamente un ISRS mostraban significativamente más ideación suicida que aquellos que habían recibido únicamente la terapia cognitivo-conductual, tanto a corto plazo (postratamiento) como a medio plazo (seguimientos de 6 a 9 meses). En concreto, respecto a la fluoxetina, la presencia de ideación suicida clínicamente significativa fue en el postratamiento significativamente mayor en los adolescentes que habían tomado dicha medicación que en los que habían seguido la terapia cognitivo-conductual (18.6% frente a 5.4%), diferencia que se mantenía significativa de seis a nueve meses más tarde (13.6% frente a 3.9%) ([Cox et al., 2014](#)).

En resumen, los datos actualmente disponibles permiten afirmar que la idea de que la psicoterapia, o al menos la terapia cognitivo-conductual, es menos eficaz que la medicación antidepresiva en la depresión infantojuvenil es *falsa*. Es más, esos mismos datos también permiten afirmar: (1) que salvo la fluoxetina para la depresión adolescente, ningún ISRS ni ningún antidepresivo tricíclico

o atípico han demostrado su eficacia para la depresión infantojuvenil, (2) que no existen actualmente datos que permitan afirmar que la fluoxetina, o cualquier otro fármaco antidepresivo, sea más eficaz que la psicoterapia para la depresión infantojuvenil y (3) que existen algunos indicios de que la fluoxetina, y posiblemente algún otro ISRS, muestran más efectos adversos que la psicoterapia, en particular una mayor presencia de conductas e ideación suicidas ([Cox et al., 2014](#); [García-Vera y Sanz, 2016](#); [Sparks y Duncan, 2013](#)).

Teniendo en cuenta esas tres conclusiones, no es de extrañar que la guía de práctica clínica para la depresión en niños y adolescentes del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en la Atención [[National Institute for Health and Care Excellence - NICE](#)] del Reino Unido incluya, tras su última actualización, las siguientes recomendaciones ([NICE, 2019](#), pp. 17-18, 20-22):

- La medicación antidepresiva no debería usarse como tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve.
- Para los niños de 5 a 11 años con una depresión leve que continúa después de 2 semanas de espera vigilante, y sin problemas comórbidos significativos o planes o ideas activas de suicidio, considerar las siguientes opciones adaptadas al nivel de desarrollo según sea necesario: terapia cognitivo-conductual digital, terapia cognitivo-conductual grupal, terapia grupal de apoyo no directiva y terapia interpersonal grupal.
- Para los adolescentes de 12 a 18 años con una depresión leve que continúa después de 2 semanas de espera vigilante, y sin problemas comórbidos significativos o planes o ideas activas de suicidio, ofrecer una opción de las siguientes terapias psicológicas por un período limitado (aproximadamente 2 a 3 meses): terapia cognitivo-conductual digital, terapia cognitivo-conductual grupal, terapia grupal de apoyo no directiva o terapia interpersonal grupal.
- Para los niños de 5 a 11 años con una depresión moderada a grave, considerar las siguientes opciones adaptadas al nivel de desarrollo según sea necesario: terapia interpersonal basada en la familia, terapia familiar (tratamiento centrado en la familia para la depresión infantil y sistemas integradores de terapia familiar), psicoterapia psicodinámica y terapia cognitivo-conductual.
- Para los adolescentes de 12 a 18 años con una depresión moderada a grave, ofrecer terapia cognitivo-conductual individual durante al menos 3 meses.
- Considerar una terapia combinada (fluoxetina y terapia psicológica) para el tratamiento inicial de la depresión moderada o grave en adolescentes (12-18 años), como una alternativa a la terapia psicológica seguida de terapia combinada.
- Tras una revisión multidisciplinar, ofrecer fluoxetina si la depresión moderada a grave en un adolescente (12-18 años) no responde a una terapia psicológica específica después de 4 a 6 sesiones.
- Tras un revisión multidisciplinar, considerar con cautela la fluoxetina si la depresión moderada a grave en un niño (5-11 años) no responde a una terapia psicológica específica tras 4 a 6 sesiones, aunque los datos científicos para la eficacia de la fluoxetina en este grupo de edad no están establecidos.
- No ofrecer medicación antidepresiva a niños y adolescentes con depresión moderada a grave excepto en combinación con una terapia psicológica concurrente.

En definitiva, el [NICE \(2019\)](#), tras revisar la literatura científica más actual, no considera que la psicoterapia sea menos eficaz que la medicación. Al contrario, las recomendaciones del NICE para la depresión en niños o en adolescentes priorizan claramente la psicoterapia frente a la medicación antidepresiva, incluida la fluoxetina.

## La Psicoterapia es Eficaz en la Depresión Infantojuvenil Leve, pero no en la Moderada o Grave

Son varias las guías de práctica clínica sobre la depresión infantojuvenil ([Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2009](#)) y los manuales de psiquiatría infantojuvenil ([Carballo Bellosio et al., 2010](#)) que siguen afirmando que la psicoterapia solo es eficaz en los trastornos depresivos leves o moderados, pero no en los graves. Esta idea, sin embargo, no está en consonancia con lo que señalan los datos científicos actualmente disponibles.

En el metaanálisis de [Zhou et al. \(2015\)](#) se analizaron los resultados obtenidos con un total de 2.361 niños y adolescentes con depresión reclutados en 52 ensayos clínicos sobre la eficacia de la psicoterapia, la mayoría sobre la terapia cognitivo-conductual y en comparación a un grupo control. Este metaanálisis encontró que la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal eran las únicas terapias significativamente más beneficiosas que las condiciones de control en el postratamiento y en el seguimiento y además halló que estos beneficios no dependían de si los niños o adolescentes tenían un diagnóstico de trastorno depresivo y, por tanto, presentaban una depresión más grave, ni de si simplemente superaban un punto de corte en una medida de sintomatología depresiva y, por tanto, presentaban una depresión menos grave.

No obstante, el origen de la idea errónea de que la psicoterapia no es eficaz para la depresión infantojuvenil grave no se encontraría en los estudios que contrastan la eficacia de la psicoterapia en niños y adolescentes con depresiones de distinto nivel de gravedad, sino que probablemente es el calco de una idea similar y también equivocada que existe con mayor arraigo en el campo de la depresión adulta. Sin embargo, como han discutido con detalle [Sanz y García-Vera \(2017b\)](#), los datos científicos actuales sobre la eficacia de los tratamientos para la depresión mayor en adultos claramente demuestran que: (a) la psicoterapia es eficaz tanto en las depresiones menos graves que en las más graves y (b) los fármacos antidepresivos y la terapia cognitivo-conductual no se diferencian en cuanto a su eficacia en el tratamiento agudo de los adultos que sufren un trastorno depresivo mayor grave.

En resumen, la afirmación de que la psicoterapia no es eficaz en la depresión infantojuvenil grave o moderada, sino tan solo en la leve, es falsa, ya que, al igual que ocurre en el campo de la depresión adulta, la psicoterapia es eficaz para todos los niveles de gravedad de la depresión. Es más, en el caso de la terapia cognitivo-conductual, esta terapia en adultos es igual de eficaz para la depresión grave que los fármacos antidepresivos, pero en la depresión infantojuvenil, estrictamente y tal y como se ha comentado en el apartado anterior, no hay estudios suficientes que comparen directamente la eficacia de la psicoterapia frente a la medicación antidepresiva, aunque sus resultados indiquen que el perfil costes-beneficios de la psicoterapia en niños y adolescentes con depresión, al menos el perfil de la terapia cognitivo-conductual, es mucho mejor que el de la medicación antidepresiva, ya que presenta una eficacia similar con menos efectos adversos.

## El Tratamiento de la Depresión Infantojuvenil es Largo

[CuidatePlus](#) afirma que «la terapia de una depresión mayor (grave) debe realizarse durante al menos un año» y que, por tanto, es un tratamiento largo, ya que la depresión mayor «es una enfermedad recurrente (que vuelve a aparecer)» ([Redacción de CuidatePlus, 2016](#), pár. 5). Es verdad que el trastorno depresivo mayor en los niños y adolescentes presenta, al igual que ocurre en los adultos, índices muy altos de recaídas y recurrencias. Entre el 34% y el 75% de los niños y adolescentes que han tenido un primer episodio depresivo mayor sufrirán otro episodio en los próximos cinco años ([Grupo de trabajo](#)

[de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018](#)). Es verdad también que en algunos estudios la continuación de la medicación antidepresiva tras la remisión del episodio y durante al menos 9-12 meses, con un mínimo de seis, ha mostrado más eficacia que el placebo para disminuir esos altos índices de recaídas y recurrencias ([Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018](#)).

Sin embargo, la terapia cognitivo-conductual y la terapia inter-personal, las psicoterapias que en la actualidad se muestran más eficaces para la depresión infantojuvenil, son breves y normalmente duran entre 3 y 4 meses, ya que se suelen realizar en sesiones semanales durante aproximadamente 12 sesiones. Por ejemplo, en los estudios recogidos en el metaanálisis de [Yang et al. \(2014\)](#) la duración media de la terapia cognitivo-conductual fue de aproximadamente 11 sesiones (rango = 8-16 sesiones) realizadas en una media de nueve semanas (rango = 4-16 semanas), mientras que en los estudios revisados metaanalíticamente por [Pu et al. \(2017\)](#) la duración media de la terapia interpersonal fue de 12 sesiones (rango = 10-16 sesiones), realizadas en una media de 11.7 semanas (rango = 6-16 semanas).

Es más, algunos estudios con niños y adolescentes con depresión han encontrado que añadir entre 8 y 11 sesiones de terapia cognitivo-conductual al tratamiento farmacológico continuado mejoraba la prevención de recaídas ([Emslie et al., 2015](#); [Kennard et al., 2014](#)), por lo cabría especular que las 11-12 sesiones que como media componen la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal se podrían alargar con 8-11 sesiones adicionales de refuerzo para prevenir las recaídas. Incluso en este caso la duración total de esas psicoterapias alcanzaría como mucho las 22 sesiones, que con la ratio habitual de una sesión de psicoterapia por semana supondría que con sesiones de refuerzo las terapias cognitivo-conductual o interpersonal se alargarían hasta los cinco meses y medio, una duración mucho menor que los 10-15 meses que suele prolongarse la terapia farmacológica de la depresión en niños y adolescentes (6-12 semanas de duración del tratamiento habitual a los que habría que sumar los 9-12 meses de duración del tratamiento de continuación; [Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018](#)).

En resumen, la psicoterapia de la depresión infantojuvenil habitualmente es un tratamiento relativamente corto, aunque según sus características o las circunstancias que rodean al paciente podría prolongarse (p. ej., cuando el niño o adolescente presenta un funcionamiento muy deteriorado o sufre simultáneamente otros trastornos). En consecuencia, y al menos en lo que concierne a la psicoterapia, la afirmación de que el tratamiento de la depresión es largo es falsa en parte.

## Las Ideas Equivocadas sobre la Depresión Infantojuvenil

### La depresión Infantojuvenil es una Enfermedad Mental

Dejando al margen los datos erróneos sobre el tratamiento de la depresión infantojuvenil y sobre la supuesta ineficacia de la psico-terapia que parece manejar la Redacción de [CuidatePlus](#) y las guías clínicas y manuales de psiquiatría infantojuvenil que se han mencionado en los apartados anteriores, lo que subyace tras sus afirmaciones y argumentaciones es una hipótesis que aún no ha sido demostrada: la depresión infantojuvenil es una enfermedad, esto es, su causa es alguna alteración estructural o funcional del organismo y, en consecuencia, el único tratamiento posible es la medicación y, por lo tanto, solo los médicos la pueden tratar.

Muchos investigadores y profesionales de la salud defienden lícitamente esta hipótesis, pero es preocupante cuando olvidan su naturaleza incierta y asumen, sin asomo de dudas, que la depresión infantojuvenil es una enfermedad, que la existencia de la supuesta

alteración estructural o funcional del organismo que causaría la depresión infantojuvenil ha sido demostrada empírica e inequívocamente. Esto actualmente no es así. Todavía no se conocen bien las causas de las conductas de los niños y adolescentes que se engloban bajo el término de depresión. De hecho, la depresión es un constructo o concepto que sirve para entender la realidad compleja que suponen las conductas relacionadas con la tristeza, la falta de interés, los problemas de sueño, la falta de apetito, las ideas sobre la muerte, etc., cuando implican grados muy altos de disfuncionalidad, malestar, incapacidad o limitación. Precisamente porque no se conocen bien sus causas tales conductas se incluyen en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) o la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018) bajo el nombre de «trastorno mental», nombre menos específico que el de «enfermedad mental», para así recalcar que, asumiendo una multicausalidad biopsicosocial, dichas conductas puedan tener como causas fundamentales tanto factores biológicos como psicológicos o socioculturales (García-Vera y Sanz, 2016).

Puesto que los medicamentos antidepresivos son eficaces para la depresión en adultos, y dado que parecen ejercer su acción aumentando los niveles cerebrales de serotonina, noradrenalina o dopamina, se han propuesto varias hipótesis que afirman que la causa de los trastornos depresivos es un déficit de alguno o varios de esos neurotransmisores en el sistema nervioso central (Vallejo y Urretavizcaya, 2015), déficit que a su vez sería provocado por alguna disfunción en los procesos de síntesis, almacenamiento o liberación de la serotonina, la noradrenalina o la dopamina o de anomalías en sus receptores sinápticos.

Sin embargo, los argumentos y los datos que sustentan esas hipótesis son discutibles, especialmente respecto a la depresión infantojuvenil, por al menos dos razones. Primero, el que los medicamentos antidepresivos sean eficaces para la depresión en adultos no es en sí mismo una prueba sólida de que un déficit de serotonina, noradrenalina o dopamina sea la causa de la depresión. En este sentido, los psiquiatras Delgado y Moreno (2000, p. 5) afirmaban: «Algunos han argumentado que la depresión puede deberse a una deficiencia de NE [norepinefrina o noradrenalina] o de 5-HT [serotonina], ya que un aumento en la neurotransmisión noradrenérgica o serotonínergica mejora los síntomas de la depresión. Sin embargo, esto es como decir que puesto que una erupción en el brazo mejora con el uso de una crema con esteroides, la erupción debe deberse a una deficiencia de esteroides». Es más, ese argumento es aún menos sólido en la depresión infantojuvenil, ya que, como se ha señalado anteriormente, ningún antidepresivo, salvo la fluoxetina para la depresión adolescente, ha demostrado ser eficaz en la depresión infantojuvenil.

En segundo lugar, apenas existen estudios que hayan evaluado los niveles de serotonina, noradrenalina o dopamina en niños y adolescentes deprimidos y los hayan comparado con los niveles de los niños y adolescentes normales o que hayan correlacionado los niveles de esos neurotransmisores con el grado de depresión de niños y adolescentes, además de que los resultados de esos estudios no han encontrado consistentemente niveles más bajos en los niños o adolescentes deprimidos o una correlación negativa entre los niveles de serotonina, noradrenalina o dopamina y el grado de depresión, tal y como esperaría la hipótesis de la deficiencia de dichos neurotransmisores.

Por ejemplo, dado que la fluoxetina es el único fármaco que ha demostrado por ahora ser eficaz en la depresión infantojuvenil y dado que se considera que el mecanismo principal de acción de la fluoxetina es la recaptación de la serotonina en la neurona presináptica, se realizó una búsqueda en PsycINFO y MEDLINE de estudios que evalúan las diferencias en los niveles de serotonina asociadas a la depresión infantojuvenil, utilizando, para ello, la siguiente expresión en los campos de búsqueda de resumen o título: depression and (child\* or youth or adolescen\*) and ("blood serotonin" or "plasma serotonin" or "serotonin level" or "serotonin concentration" or "platelet sero-

nin" or "cerebrospinal fluid serotonin" or "serotonin uptake" or "serotonin dissociation" or "blood 5-HT" or "plasma 5-HT" or "5-HT level" or "5-HT concentration" or "platelet 5-HT" or "cerebrospinal fluid 5-HT" or "5-HT uptake" or "5-HT dissociation"). Esta búsqueda encontró 28 estudios realizados con humanos, de los cuales solo cuatro versaban sobre las diferencias entre menores deprimidos y controles en los niveles de serotonina o sobre la correlación entre sus niveles de serotonina y su grado de depresión (Gerhard, Naumann, Kluge y Blanz, 2002; Nobile et al., 1999; Tao y Li, 2015; Tyano et al., 2006), a los que había que unir otros cuatro citados en los estudios anteriores (Hughes, Petty, Sheikha y Kramer, 1996; Modai et al., 1989; Pliszka, Rogeness, Renner, Sherman y Broussard, 1988; Rogeness, Mitchell, Custer y Harris, 1985).

Tao y Li (2015) hallaron, en consonancia con la hipótesis serotonínergica, que el nivel medio de serotonina de 68 jóvenes pacientes hospitalizados por depresión de leve a moderada era menor que el de un grupo control de 148 jóvenes seleccionados de un instituto de enseñanza secundaria. Sin embargo, no está del todo claro que esta diferencia pueda asociarse a la depresión adolescente, ya que el rango de edad de los participantes estaba entre los 13 y 25 años, con una media de 18 años, lo que quería decir que muchos de ellos eran en realidad adultos jóvenes, no adolescentes. Nobile et al. (1999) compararon 18 niños y adolescentes con un trastorno depresivo mayor (edad media de 14 años) con 21 niños y adolescentes de un grupo control (edad media de 16 años) en cuatro parámetros de actividad de la serotonina plaquetaria, encontrando que ambos grupos diferían significativamente en dos de esos parámetros (menor tasa de captación de la serotonina y menor constante de disociación de la serotonina), pero no en los otros dos (unión a la paroxetina y densidad del sitio de unión y constante de disociación de la paroxetina). Otros dos estudios, el de Hughes et al. (1996) y el de Rogeness et al. (1985), no encontraron que el nivel de serotonina en sangre fuera significativamente distinto en grupos de niños y adolescentes con trastornos del estado de ánimo o con trastorno depresivo mayor en comparación con grupos de niños y adolescentes sin trastornos mentales.

Por otro lado, en el estudio de Gerhard et al. (2002) se encontró, en concordancia con la hipótesis serotonínergica, una correlación negativa entre la concentración de serotonina plaquetaria y la gravedad de la sintomatología depresiva en 145 pacientes de entre 4 y 19 años hospitalizados con distintos trastornos mentales. Consistentemente, Hughes et al. (1996) encontraron una correlación negativa entre el nivel de serotonina en sangre y la sintomatología depresiva medida por el BDI en una muestra de 118 niños y adolescentes compuesta por pacientes con trastornos del estado de ánimo y/o de conducta y participantes sin trastornos mentales. Sin embargo, no queda claro si en este estudio, al calcular dicha correlación, se controló el efecto de la edad, la cual también se había mostrado significativamente relacionada con el nivel de serotonina. Además, parece que en el estudio de Hughes et al. (1996) no se encontró correlación significativa entre el nivel de serotonina en sangre y otras dos medidas de síntomas depresivos en niños y adolescentes, una obtenida a partir del CDI y otra a partir del CDRS. Es más, otros tres estudios no han encontrado una correlación significativa entre el nivel de serotonina y la sintomatología depresiva. Tyano et al. (2006) no encontraron una correlación significativa entre el nivel plasmático de serotonina y la gravedad de los síntomas depresivos en una muestra de 211 adolescentes compuesta por dos grupos de pacientes psiquiátricos hospitalizados (uno que había intentado suicidarse y otro que no), un grupo de participantes ingresados en urgencias por intento de suicidio y un grupo de participantes sanos; es más, la correlación no significativa encontrada fue de signo positivo, incluso en los dos grupos de adolescentes psiquiátricos hospitalizados. Tampoco Modai et al. (1989) encontraron una correlación significativa entre diversas medidas de sintomatología depresiva derivadas del K-SADS y dos parámetros del nivel de serotonina en plaquetas (velocidad máxima y constante de Michaelis-Menten).

lis-Menten) en una muestra de 34 adolescentes con diferentes trastornos mentales, incluidos trastornos afectivos. De forma parecida, en el estudio de [Pliszka et al. \(1988\)](#) con un grupo de adolescentes varones con trastornos depresivos o de ansiedad procedentes de un centro de salud mental ( $n = 17$ ) y un grupo de adolescentes varones con trastornos de conducta procedentes de un centro juvenil de detención ( $n = 27$ ) el nivel de serotonina en sangre no correlacionó con una medida de síntomas depresivos derivada del K-SADS-III-R.

En resumen, los resultados de los pocos estudios que han testado las predicciones de la hipótesis serotoninérgica, son, en general, contrarios a dicha hipótesis o, en el mejor de los casos, inconsistentes. Además, los ocho estudios son transversales y, por tanto, no se puede descartar la hipótesis alternativa de que el estrés o la aparición de los síntomas depresivos fueran la causa del nivel más bajo de serotonina y no viceversa.

Esta escasez e inconsistencia de datos sobre la hipótesis serotoninérgica en la depresión infantojuvenil contrasta con los datos numerosos, consistentes y longitudinales (prospectivos) que señalan el papel de ciertos factores psicológicos y psicosociales en el desarrollo de la depresión infantojuvenil ([García-Vera y Sanz, 2016](#)). Por ejemplo, según los resultados de la revisión de [Jacobs, Reinecke, Gollan y Kane \(2008\)](#), 21 estudios al menos proporcionan datos empíricos que indican que el estilo atribucional depresivo predice la presencia futura de síntomas depresivos en niños, especialmente en adolescentes, lo cual sustentaría la hipótesis de que dicho estilo es un factor de vulnerabilidad cognitiva para la depresión infantojuvenil.

Los resultados de los estudios sobre la hipótesis serotoninérgica en la depresión infantojuvenil indican, pues, que la deficiencia de la serotonina por sí misma no es una explicación suficiente de sus causas y que el papel que desempeñan los sistemas de neurotransmisión de la serotonina en su origen y mantenimiento es más complejo de lo que la hipótesis supone. De hecho, en la actualidad no existe ningún marcador biológico de la actividad de la serotonina o de la actividad de la noradrenalina o la dopamina que permita diagnosticar la depresión infantojuvenil. Es más, no existe actualmente ningún test biológico con suficiente sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de los trastornos depresivos ni en niños o adolescentes ni en adultos, a pesar de que se hayan estudiado múltiples anomalías biológicas y que se hayan sometido a prueba más de 25 marcadores biológicos para el diagnóstico de la depresión ([Vallejo y Urretavizcaya, 2015](#)). No es de extrañar, pues, que, entre los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos que proponen los sistemas de clasificación y diagnóstico más consensuados y utilizados (DSM-IV-TR, DSM-5, CIE-10 y CIE-11) no se incluya hasta ahora ninguno de esos marcadores biológicos.

En conclusión, el constructo de enfermedad implica que la causa principal de un determinado problema de salud es la existencia de una alteración estructural o funcional del organismo, pero dicha alteración biológica causal todavía no se ha encontrado en la depresión. El DSM-IV-TR, el DSM-5, la CIE-10 y la CIE-11 se refieren coherently a la depresión con los nombres de «trastorno depresivo mayor», «trastorno depresivo persistente», «trastorno depresivo recurrente» o «trastorno distímico», no con los términos de «enfermedad depresiva mayor», «enfermedad depresiva persistente», «enfermedad depresiva recurrente» o «enfermedad distímica», ya que el constructo de trastorno mental está abierto a la posibilidad de que la causa principal de las conductas problemáticas de una persona sea una alteración biológica, pero también a la posibilidad de que sea una causa psicológica o sociocultural ([García-Vera y Sanz, 2016](#)).

La inexistencia de pruebas sólidas de que las causas principales de los trastornos depresivos son biológicas no invalida, por supuesto, el que se elaboren y se sometan a prueba hipótesis y potenciales marcadores biológicos de dichas causas pero, en cambio, sí justifica la elaboración y estudio de otras hipótesis. Es decir, asumiendo la multicausalidad biopsicosocial de los trastornos depresivos, los datos empíricos actualmente disponibles subrayan que la cuestión de las causas fundamentales de la depresión no está resuelta y está abierta

a muchas hipótesis y de muy diversos tipos (biológicas, psicológicas, socioculturales). De hecho, recientemente [Kendler \(2019\)](#) fue capaz de identificar, tras una pequeña revisión de la literatura científica, 37 causas potenciales de la depresión que se distribuían en 10 niveles de explicación científica: genético molecular, neurocientífico de sistemas, de efectos genéticos agregados, de otras influencias biológicas, neuropsicológico, de la personalidad, cognitivo, ambiental individual, ambiental familiar y comunitario-social-cultural.

En definitiva, actualmente la idea de que la depresión es una enfermedad es simplemente una hipótesis más, no una realidad empírica e inequívocamente demostrada, y una hipótesis que para la mayoría de los investigadores y profesionales solo comprendería a algunos tipos de depresión, no a todos. Es más, la cuestión de cuáles serían esos tipos de depresión que efectivamente son enfermedades también está abierta a discusión. Coherently, y dejando al margen la depresión debido a una enfermedad médica o la depresión inducida por el consumo de alguna sustancia, ni el DSM-IV-TR, ni el DSM-5, ni la CIE-10 ni la CIE-11 distinguen entre diferentes tipos de trastornos depresivos según sus causas, de manera que, por ejemplo, no distinguen entre un trastorno depresivo mayor endógeno o debido a causas biológicas y un trastorno depresivo mayor neurótico, reactivo o debido a causas psicosociales.

## Conclusiones

El objetivo de este trabajo era analizar, sobre la base de la literatura científica más actual, la veracidad de cinco ideas sobre la naturaleza y el tratamiento de la depresión infantojuvenil que aparecen en medios de comunicación de gran audiencia o incluso en algunas guías de práctica clínica o manuales de psiquiatría infantojuvenil de gran prestigio y difusión. Estas cinco ideas son consideradas por esos medios, guías y manuales como verdaderas, aunque según la literatura científica actual las cinco son realmente falsas, o en el caso de una de ellas falsa en parte (véase la [Tabla 1](#)). En resumen, contrariamente a las ideas que defienden esos medios, guías y manuales: 1) la depresión infantojuvenil se considera un trastorno mental, no una enfermedad mental, 2) la existencia de una causa biológica es simplemente una hipótesis más, no una realidad constatada empíricamente de una manera inequívoca, 3) la psicoterapia cura la depresión infantojuvenil, 4) la psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes y la terapia interpersonal para adolescentes, es el tratamiento de primera elección para la depresión infantojuvenil por encima de la medicación antidepresiva, tanto cuando la depresión es leve como cuando es moderada o grave, y 5) la psicoterapia para la depresión infantil y adolescente suele ser un tratamiento de corta duración.

El problema con estas discrepancias entre lo que la literatura científica indica y lo que algunos medios de comunicación dicen sobre la depresión infantojuvenil es que estos últimos la presentan como una enfermedad, cuando hoy en día esta forma de entender la depresión infantojuvenil es tan solo una hipótesis más. Al presentarla como una enfermedad, esos medios de comunicación promueven, sin fundamento científico, la medicalización del tratamiento de la depresión en niños y adolescentes en perjuicio de la aplicación de la psicoterapia, incluso cuando esta, o al menos la terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes y la terapia interpersonal en adolescentes, tiene un mejor perfil de eficacia que el de los fármacos antidepresivos.

No obstante, la constatación de que en los medios de comunicación existen ideas erróneas sobre la naturaleza y tratamiento de la depresión infantojuvenil, incluso en medios especializados en información sanitaria como *CuidatePlus*, no constituye ninguna novedad, aunque sí resulta inquietante. Más novedoso y aún más inquietante es constatar que algunas de esas ideas erróneas también aparecen en guías clínicas y manuales de psiquiatría infantojuvenil de referencia (p. ej., [Carballo Belloso et al., 2010](#); [Grupo de trabajo de la actuali-](#)

zación de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2009; Gutiérrez Casares et al., 2009; Mardomingo, 2015). Es importante, pues, que los autores de esas guías clínicas y manuales estén al corriente de los últimos avances sobre depresión infantojuvenil, ya que la literatura científica sobre la misma ha crecido considerablemente en los últimos años. Es más, es importante que dichos autores estén abiertos a la posibilidad de cambiar sus ideas previas sobre la naturaleza y tratamiento de la depresión infantojuvenil en función de los datos científicos más actuales, y que sean conscientes de que a veces resulta muy difícil cambiar las ideas previas cuando dichos datos no coinciden con la propia práctica profesional actual o con la propia línea de investigación actual. En este sentido, en ocasiones se observa entre los especialistas una gran resistencia al cambio, incluso aunque conozcan los datos que avalan ese cambio.

Por ejemplo, aunque la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia del Sistema Nacional de Salud que se ha publicado recientemente (Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018) ha utilizado, en su revisión de la literatura científica, prácticamente los mismos estudios que la última actualización de la guía del NICE (2019), sus conclusiones son muy diferentes respecto al papel de las terapias psicológicas, de las terapias farmacológicas y de su combinación en la depresión grave. En concreto, mientras que la guía del NICE recomienda, tal y como se detalló en un apartado anterior, iniciar el tratamiento de una depresión moderada a grave en niños y adolescentes con una terapia psicológica específica, y si la depresión no responde a la psicoterapia ofrecer fluoxetina de manera combinada, teniendo especial cautela con la utilización de ese fármaco en los niños de 5 a 11 años, la guía del Sistema Nacional de Salud recomienda en niños y adolescentes con depresión grave «utilizar inicialmente tratamiento combinado, asociando psicoterapia (terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal) con tratamiento farmacológico (ISRS)». Es más, la guía del Sistema Nacional de Salud sugiere que «en casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico», recomendando el uso de cualquier ISRS y apoyando la utilización de la fluoxetina en niños con 8 años o más (Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018, pp. 28-29).

Sin embargo, como demuestra el metaanálisis ya mencionado de Cox et al. (2014), no hay datos sólidos que indiquen que en los niños o adolescentes con depresión sea mejor la combinación de psicoterapia con fármacos que la utilización de psicoterapia en solitario. Es más, la guía del Sistema Nacional de Salud llega a aconsejar, en casos individualizados, la utilización de los ISRS en solitario, cuando ninguno de ellos, salvo la fluoxetina, ha demostrado su eficacia para la depresión infantojuvenil, y la fluoxetina tan solo ha sido eficaz para la depresión adolescente. Por el contrario, la guía del Sistema Nacional de Salud no llega a aconsejar la utilización de la psicoterapia en solitario, cuando algunas de ellas (la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal) sí que han demostrado eficacia en la depresión infantojuvenil y tienen, además, un perfil de riesgos-beneficios más favorable que la fluoxetina (al menos la terapia cognitivo-conductual). Es decir, la guía del Sistema Nacional de Salud continúa finalmente con la idea errónea de que la psicoterapia no es eficaz en la depresión grave, a pesar de que según los datos que en la propia guía se revisan y según los datos de la literatura científica más actual debería recomendar la psicoterapia como tratamiento en solitario para la depresión moderada a grave y circunscribir la utilización de los fármacos antidepresivos a la fluoxetina y esta solamente en la depresión adolescente.

Esta posición de la guía del Sistema Nacional de Salud contrasta, por ejemplo, con la mantenida recientemente por el Real Colegio

de Psiquiatras del Reino Unido, una institución poco sospechosa de favorecer a la psicoterapia frente a la medicación, que afirma que «la utilización de antidepresivos entre niños y adolescentes debería ser solo parte de un tratamiento de segunda línea para la depresión moderada a grave cuando los pacientes no respondan a la terapia psicológica» (Royal College of Psychiatrists, 2019, p. 2).

## Extended Summary

Recently, Sanz and García-Vera (2017a, 2017b) analyzed the veracity of ten misconceptions about the nature and treatment of depression in adults that appear in some popular mass media and in some prestigious psychiatric manuals and clinical practice guidelines. This paper was aimed to analyze, based on data from the scientific literature, the veracity of five similar ideas, but about child and adolescent depression, since it differs significantly from adult depression. These five ideas are not only wrong according to current scientific knowledge, as will be seen below, but they also make it difficult for children and adolescents to receive appropriate treatment, promote pharmacotherapy to the detriment of psychotherapy, discredit one of the main activities of psychologists, and, in favoring other professionals, imply unfair competition. In addition, these ideas are widespread through mass media (e.g., the health web portal *CuidatePlus*, linked to *El Mundo* newspaper), clinical practice guidelines for child and youth depression developed by official agencies (e.g., Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2009), and highly regarded manuals of child and adolescent psychiatry (e.g., Carballo Beloso, Figueira Quintana, García Martín, Soutullo Esperón, & Zalsman, 2010; Gutiérrez Casares, Pérez Rodríguez, Martín Lunar, & Salcedo Salcedo, 2009; Mardomingo, 2015).

## Psychotherapy Does not Cure Child and Adolescent Depression

A search in PsycINFO and MEDLINE for the period 2009-2019 identified seven meta-analyses of randomized controlled trials on the efficacy of psychotherapy for depression in children and adolescents (Forti-Buratti, Saikia, Wilkinson, & Ramchandani, 2016; Keles & Idsoe, 2018; Mychailyszyn & Elson, 2018; Pu et al., 2017; Tindall et al., 2017; Yang et al., 2017; Zhou et al., 2015) (see Table 2). In general, their results consistently support the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT), including behavioral activation therapy, for depression in children and adolescents, and the efficacy of interpersonal therapy for depression in adolescents, although empirical support is stronger for adolescent depression than for child depression (Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2017; Weersing, Jeffreys, Do, Schwartz, & Bolano, 2017). In conclusion, the idea that psychotherapy does not cure child and adolescent depression is *false*.

## Psychotherapy is less Effective than Antidepressant Medication in Child and Adolescent Depression

The above-mentioned literature search also identified three meta-analyses on the efficacy of medication for child and adolescent depression (Cipriani et al., 2016; Hazell & Mirzaie, 2013; Hetrick, McKenzie, Cox, Simmons, & Merry, 2012) (see Table 3). Their results consistently indicate that, except for fluoxetine, no antidepressants have proven to be effective for depression in children and adolescents. Moreover, the available data support the efficacy of fluoxetine for adolescents in the short term, but there are no solid data on its efficacy in the medium or long term, or for children.

On the other hand, data from the scientific literature do not support the idea that fluoxetine or any other selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) is more effective than psychotherapy in adolescent depression. The results of the meta-analysis by Cox et al. (2014) suggest that nowadays it is not possible to know whether psychotherapy alone, SSRI alone, or their combination is more effective, since there are few studies that directly compare these three therapeutic alternatives and their results are inconsistent. The only consistent result is that depressed adolescents who receive SSRI alone show significantly more suicidal ideation than those who receive CBT alone.

In conclusion, the data currently available allow one to state that the idea that psychotherapy, or at least CBT, is less effective than antidepressant medication for child and adolescent depression is *false*. This conclusion agrees with the recommendations of the UK's National Institute for Health and Care Excellence, since the last edition of its clinical guideline for depression in children and young people clearly prioritizes psychotherapy over antidepressant medication, including over fluoxetine (NICE, 2019).

### **Psychotherapy is Effective for Mild Depression in Children and Adolescents, but not for Moderate or Severe Depression**

In the meta-analysis carried out by Zhou et al. (2015) it was found that CBT and interpersonal therapy were the only psychotherapies significantly more beneficial than control conditions at post-treatment and follow-up, and also found that these benefits did not depend on whether children or adolescents had a diagnosis of depressive disorder and, therefore, showed a more severe depression, or whether they simply exceeded a cut-off point in a measure of depressive symptomatology and, therefore, showed a less severe depression.

Consequently, the idea that psychotherapy is not effective in children and adolescents with severe or moderate depression, but only with mild depression, is *false*, since psychotherapy is effective for all levels of depression severity.

### **Child and Adolescent Depression Treatment is Long**

Major depressive disorder in children and adolescents has very high rates of relapse and recurrence, and to decrease these rates some studies have found that the continuation of antidepressant medication after episode remission and for at least 9-12 months is more effective than placebo (Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018). However, CBT and interpersonal therapy, the psychotherapies that are currently most effective for child and adolescent depression, are brief, since they usually last between 3 and 4 months, that is, approximately 12 weekly sessions (Pu et al., 2017; Yang et al., 2014). Moreover, some studies have found that adding between 8 and 11 sessions of CBT to continuous medication treatment improves relapse prevention (Emslie et al., 2015; Kennard et al., 2014). Therefore, it may be that total duration of psychotherapies could be extended up to 22 sessions in order to prevent recurrences and relapses better, that is, it could be extended up to five and a half months. However, this duration is much shorter than that of continuous medication therapy.

In conclusion, the psychotherapy for child and adolescent depression is usually a relatively short treatment, although, depending on patient's characteristics or the circumstances surrounding the patient, the psychotherapy could be prolonged (e.g., when the child or adolescent has a highly deteriorated functioning or suffers simultaneously from other mental disorders). Consequently, and at least as far as psychotherapy is concerned, the idea that the treatment of child and adolescent depression is long is *false* in part.

### **Child and Adolescent Depression is a Mental Illness**

The hypothesis that underlies the erroneous statements previously reviewed about the treatment of depression in children and adolescents is that child and adolescent depression is a disease, that is, it is caused by some structural or functional alteration of the organism and, consequently, the only possible treatment is medication and, therefore, only physicians can treat it.

Many researchers and health professionals legitimately defend that hypothesis, but they forget that it has not yet been empirically and unequivocally proven. For example, since antidepressant medications are effective for depression in adults and since they appear to exert their action by increasing brain levels of serotonin, norepinephrine or dopamine, several hypotheses have been proposed that state that the cause of depressive disorders is a deficit of one or more of these neurotransmitters in the central nervous system (Vallejo & Urretavizcaya, 2015). However, the fact that antidepressant medications are effective for depression in adults is not in itself a solid proof that a deficit of serotonin, norepinephrine, or dopamine is the cause of depression (Delgado & Moreno, 2000). Moreover, this argument is even less solid in child and adolescent depression, since, as noted above, no antidepressant has proven to be effective for child and adolescent depression, except fluoxetine for adolescent depression.

In addition, there are hardly any studies that have assessed the levels of serotonin, norepinephrine, or dopamine in depressed children and adolescents and have compared them with the levels of normal children and adolescents, or that have correlated the levels of these neurotransmitters with the degree of depression of children and adolescents. Moreover, the results of those studies have not consistently found lower levels in depressed children or adolescents or a negative correlation between serotonin, norepinephrine, or dopamine levels and the degree of depression, as the neurotransmitter deficiency hypothesis claims.

For example, a search in PsycINFO and MEDLINE found only eight studies on the differences between depressed children or adolescents and controls on serotonin levels or on the correlation between their serotonin levels and their degree of depression (Gerhard, Naumann, Kluge, & Blanz, 2002; Hughes, Petty, Sheikha, & Kramer, 1996; Modai et al., 1989; Nobile et al., 1999; Pliszka, Rogeness, Renner, Sherman, & Broussard, 1988; Rogeness, Mitchell, Custer, & Harris, 1985; Tao & Li, 2015; Tyano et al., 2006). The results of these few studies are, in general, contrary to the serotonin deficiency hypothesis or, at best, inconsistent. In addition, the eight studies are transversal and, therefore, one cannot rule out the alternative hypothesis that stress or the appearance of depressive symptoms were the cause of lower levels of serotonin and not the consequence.

This scarcity and inconsistency of data on the serotonin deficiency hypothesis in child and adolescent depression contrast with the numerous, consistent, and longitudinal (prospective) data that support the role of certain psychological and psychosocial factors, such as the depressive attributional style, in the development of child and adolescent depression (Jacobs, Reinecke, Gollan, & Kane, 2008; García-Vera & Sanz, 2016).

On the other hand, there is currently no biological marker of the activity of serotonin, norepinephrine, or dopamine that can diagnose child and adolescent depression. Therefore, it is not surprising that the most validated and commonly used classification and diagnostic systems for mental disorders (DSM-IV-TR, DSM-5, ICD-10, and ICD-11) propose diagnostic criteria for depressive disorders that do not include any of those biological markers, and that these systems refer to depression as a "disorder", and not as a "disease", since the "mental disorder" construct is open to the possibility that the main cause of problematic behaviors of a person is a biological alteration, but it is also open to the possibility that the main cause is psychological or sociocultural (García-Vera & Sanz, 2016). In con-

clusion, the idea that child and adolescent depression is a mental illness is *false*.

## Conclusions

On the basis of the most current scientific literature, it can be concluded that, contrary to the ideas advocated by some mass media and some clinical practice guidelines and manuals on child and adolescent psychiatry: 1) psychotherapy cures child and adolescent depression; 2) psychotherapy, especially CBT for children and adolescents and interpersonal therapy for adolescents, is the first-line treatment over antidepressant medication for both mild and moderate-to-severe depression; 3) psychotherapy for child and adolescent depression is usually a short-term treatment; 4) child and adolescent depression is understood as a mental disorder, not as a mental illness; and 5) it has not been empirically proven that the main cause of child and adolescent depression is biological, instead this is only one more hypothesis.

The finding that there are misconceptions about the nature and treatment of child and adolescent depression in the mass media, even in specialized health media such as *CuidatePlus*, is not new, although it is disturbing. More novel and even more disturbing is to note that some of these misconceptions also appear in clinical guidelines and psychiatry manuals that are considered reference sources for the treatment of child and adolescent depression (e.g., [Carballo Bellosa et al., 2010](#); [Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018](#); [Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2009](#); [Gutiérrez Casares et al., 2009](#); [Mardomingo, 2015](#)). It is important, therefore, that its authors are aware of the latest scientific advances, since the literature on child and adolescent depression has grown considerably in recent years. Moreover, it is important that these authors are open to the possibility of changing their previous ideas to conform to the most current scientific data, and that they are aware that sometimes that change is very difficult when such as data do not support their own current professional practices or research lines.

In this sense, for example, the recent update of the clinical practice guideline on major depression in childhood and adolescence of the Spanish National Health System ([Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2018](#)) continues to insist on the misconception that psychotherapy is not effective for severe depression, despite the fact that, according to the scientific evidence reviewed in the guideline itself and according to the data of the most current scientific literature (e.g., [NICE, 2019](#)), any current guideline should recommend psychotherapy as a solo treatment for moderate-to-severe depression in children and adolescents ([Royal College of Psychiatrists, 2019](#)) and should circumscribe the use of SSRIs to fluoxetine, and this only for adolescent depression.

## Conflictos de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR* (4<sup>th</sup> ed. Test revision.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Carballo Bellosa, J. J., Figueroa Quintana, A., García Martín, I., Soutullo Esperón, C. y Zalsman, G. (2010). Trastornos depresivos. En C. Soutullo Esperón y M. J. Mardomingo Sanz (Coords.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 145-166). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16. <https://doi.org/10.1037/e619622010-001>
- Cipriani, A., Zhou, X., Del Giovane, C., Hetrick, S. E., Qin, B., Whittington, C., ... Xie, P. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: A network meta-analysis. *Lancet*, 388, 881-890. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30385-3)
- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G. y Hetrick, S. E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008324.pub3>
- Delgado, P. y Moreno, F. (2000). Role of norepinephrine in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl. 1), 5-12.
- Emslie, G. J., Kennard, B. D., Mayes, T. L., Nakonezny, P. A., Moore, J., Jones, J. M., ... King, J. (2015). Continued effectiveness of relapse prevention cognitive-behavioral therapy following fluoxetine treatment in youth with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54, 991-998. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.09.014>
- Forti-Buratti, M., Saikia, R., Wilkinson, E. L. y Ramchandani, P. G. (2016). Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1045-1054. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0834-5>
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. Madrid, España: Pirámide.
- Gerhard, U.-J., Naumann, M., Kluge, H. y Blanz, B. (2002). Thrombozytäre Serotonin-Konzentration bei depressiven Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 30(3), 163-172. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.30.3.163>
- Grupo de trabajo de la actualización de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. (2018). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. Actualización. Guías de práctica clínica en el SNS*. Madrid, España: Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (avalia-t), Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. (2009). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Guías de práctica clínica en el SNS*. Madrid, España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Gutiérrez Casares, J. R., Pérez Rodríguez, A., Martín Lunar, M. T. y Salcedo Salcedo, M. S. (2009). Trastornos mentales específicos en la infancia y la adolescencia. En T. Palomo y M. A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp. 555-565). Madrid, España: ENE Publicidad.
- Hazell, P. y Mirzaie, M. (2013). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002317.pub2>
- Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Cox, G. R., Simmons, M. B. y Merry, S. N. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004851.pub3>
- Hughes, C. W., Petty, F., Sheikha, S. y Kramer, G. L. (1996). Whole-blood serotonin in children and adolescents with mood and behavior disorders. *Psychiatry Research*, 65(2), 79-95. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(96\)02932-0](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(96)02932-0)
- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K. y Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 28, 759-782. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.006>
- Kashani, J. H., Husain, A., Shekim, W. O., Hodges, K. K., Cytryn, L. y McNew, D. H. (1981). Current perspectives on childhood depression: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 138, 143-153. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.2.143>
- Keles, S. e Idsoe, T. (2018). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of Adolescence*, 67, 129-139. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011>
- Kendler, K. S. (2019). From many to one to many—the search for causes of psychiatric illness. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1085-1091. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1200>
- Kennard, B. D., Emslie, G. J., Mayes, T. L., Nakonezny, P. A., Jones, J. M., Foxwell, A. A. y King, J. (2014). Sequential treatment with fluoxetine and relapse prevention CBT to improve outcomes in pediatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1083-1090. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111460>
- Mardomingo, M. J. (2015). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, España: Díaz Santos.
- Modai, I., Apter, A., Meltzer, M., Tyano, S., Walevski, A. y Jerushalmi, Z. (1989). Serotonin uptake by platelets of suicidal and aggressive ado-

- lescent psychiatric inpatients. *Neuropsychobiology*, 21, 9-13. <https://doi.org/10.1159/000118543>
- Mychailyszyn, M. P. y Elson, D. M. (2018). Working through the blues: A meta-analysis on interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Children and Youth Services Review*, 87, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.011>
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE. (2019). *Depression in children and young people: Identification and management. NICE guideline*. Recuperado de <http://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- Nobile, M., Begni, B., Giorda, R., Frigerio, A., Marino, C., Molteni, M., ... Battaglia, M. (1999). Effects of serotonin transporter promoter genotype on platelet serotonin transporter functionality in depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1396-1402. <https://doi.org/10.1097/00004583-199911000-00014>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: EDITOR.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *CIE-11. Clasificación internacional de enfermedades* (11<sup>a</sup> revisión). Recuperado de <https://icd.who.int/es>
- Pliszka, S. R., Rogeness, G. A., Renner, P., Sherman, J. y Broussard, T. (1988). Plasma neurochemistry in juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 588-594. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00012>
- Pu, J., Zhou, X., Liu, L., Zhang, Y., Yang, L., Yuan, S., ... Xie, P. (2017). Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 253, 226-232. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.023>
- Redacción de CuidatePlus. (2016, 1 de octubre). *Ideas equivocadas sobre la depresión*. Recuperado de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/2002/04/02/ideas-equivocadas-depresion-7447.html>
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood. A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61960-9](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61960-9)
- Rogeness, G. A., Mitchell, E. L., Custer, G. J. y Harris, W.R. (1985). Comparison of whole blood serotonin and platelet MAO in children with schizophrenia and major depressive disorder. *Biological Psychiatry*, 20, 270-275. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(85\)90056-3](https://doi.org/10.1016/0006-3223(85)90056-3)
- Royal College of Psychiatrists. (2019). *PS04/19: Position statement on antidepressants and depression*. Recuperado de <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/position-statements/position-statements-2019>
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2017a). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (I). *Papeles del Psicólogo*, 38, 169-176 <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2833>
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2017b). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II). *Papeles del Psicólogo*, 38, 177-184. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2834>
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (2017). Sadness, hopelessness, & depression. *Effective child therapy. Evidence-based mental health treatment for children and adolescents*. Recuperado de <https://effectivechildtherapy.org>
- Southam-Gerow, M. A. y Prinstein, M. J. (2014). Evidence base updates: The evolution of the evaluation of psychological treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43, 1-6. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.855128>
- Sparks, J. y Duncan, B. (2013). Outside the black box: Re-assessing pediatric antidepressant prescription. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 240-256.
- Tao, R. y Li, H. (2015). High serum uric acid level in adolescent depressive patients. *Journal of Affective Disorders*, 174, 464-466. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.031>
- Tindall, L., Mikocka-Walus, A., McMillan, D., Wright, B., Hewitt, C. y Gascoyne, S. (2017). Is behavioural activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 770-796. <https://doi.org/10.1111/papt.12121>
- Tyano, S., Zalsman, G., Ofek, H., Blum, I., Aptek, A., Wolovik, L., ... Weizman, A. (2006). Plasma serotonin levels and suicidal behavior in adolescents. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 49-57. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.05.005>
- Vallejo, J. y Urretavizcaya, M. (2015). Trastornos depresivos. En J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8<sup>a</sup> ed., pp. 249-276). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. T., Schwartz, K. T. y Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46, 11-43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>
- Welner, Z. (1978). Childhood depression: An overview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 588-593. <https://doi.org/10.1097/00005053-197808000-00006>
- Yang, L., Zhou, X., Zhou, C., Zhang, Y., Pu, J., Liu, L., ... Xie, P. (2017). Efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy for depression in children: A systematic review and meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 17, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.002>
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 207-222. <https://doi.org/10.1002/wps.20217>

