

*Metaanálisis sobre la eficacia de la psicoterapia y farmacoterapia en la depresión  
infanto-juvenil*

*Meta-analysis on the efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in childhood  
and juvenile depression*

*Roberto García Sánchez*

*Pedro Prieto Marañón*

*Juan I. Capafons Bonet*

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

*Metaanálisis sobre la eficacia de la psicoterapia y farmacoterapia en la depresión  
infanto-juvenil.*

*Meta-analysis on the efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in childhood  
and juvenile depression.*

**Resumen.**

Las intervenciones psicológicas y farmacológicas han demostrado ser efectivas en el tratamiento de los trastornos depresivos (TD) en población adulta, sin embargo, encontramos menos datos disponibles sobre la eficacia de estos tratamientos en la población infanto-juvenil, así como los posible efectos adversos de los mismos y la adecuación a los pacientes. Método: Revisión sistemática y meta-análisis de artículos científicos publicados entre 1998 y 2014, sobre el tratamiento psicológico y farmacológico del TD infanto-juvenil. Resultados: se incluyeron 9 estudios de los cuales siete eran estudios controlados aleatorizados, la calidad metodológica fue moderada. Las intervenciones psicológicas lograron un efecto terapéutico mayor sobre el TD infanto-juvenil que el tratamiento farmacológico. Las medidas de resultado dificultaron la comparación cuantitativa de todos los artículos científicos encontrados. Conclusiones: con los datos obtenidos en el presente trabajo cabe observar una mayor eficacia de la psicoterapia, con lo cual podríamos afirmar que ésta ha de ser el tratamiento de primera elección para esta población.

**Palabras clave:** trastorno depresivo, población infanto-juvenil, psicoterapia, farmacoterapia.

**Abstract.**

The psychological and pharmacological interventions have proven effective in the treatment of depressive disorders (TD) in adults, however, we find less data available on the efficacy of these treatments in the child population, as well as the possible adverse effects and the adequacy thereof for patients. Method: Systematic review and meta-analysis of scientific articles published between 1998 and 2014, on psychological and pharmacological treatment of child and adolescent TD. Results: 9 studies which were included seven randomized controlled studies, the methodological quality was moderate. Psychological interventions achieved greater therapeutic effect on child and adolescent TD than drug treatment. The outcome measures hindered the quantitative comparison of all scientific articles found. Conclusions: The data obtained in this study should be noted increased effectiveness of psychotherapy, which we could say that this has to be the treatment of choice for this population.

**Keywords:** depressive disorder, child and adolescent population, psychotherapy, pharmacotherapy.

*Metaanálisis sobre la eficacia de la psicoterapia y farmacoterapia en la depresión  
infanto-juvenil.*

**INTRODUCCIÓN.**

**1. Depresión.**

Cuando hablamos de un estado depresivo podemos hacer una distinción entre factores biológicos y factores psicosociales. Por un lado, sabemos que existen factores genéticos, cambios hormonales y ciertas enfermedades médicas que pueden contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión. Tampoco debemos olvidar que nuestras neuronas se comunican a través de conexiones sinápticas, donde se produce la liberación de neurotransmisores y, por ello, si existiera un déficit en la transmisión de alguno de ellos podría producirse un cuadro depresivo.

Por otro lado, también sabemos que los factores psicosociales son uno de los pilares sobre los que se sostiene un trastorno depresivo y las características de personalidad pueden hacer que un individuo sea más o menos vulnerable, un ejemplo de ello es la forma de enfrentarse a una situación concreta, la cual podría desembocar en sensaciones y emociones distintas. La baja autoestima, así como los pensamientos distorsionados, también son grandes contribuyentes en todo este entramado. Por lo tanto, podemos afirmar que nos encontramos ante un compendio de complejas interacciones entre factores sociales, psicológicos y biológicos.

Según el DSM-V, las personas que padecen este trastorno presentan las siguientes características: un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días; disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades; pérdida importante de peso sin hacer dieta; aumento de peso; disminución o

aumento del apetito; insomnio o hipersomnia; agitación o retraso psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones; pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir); ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Para el diagnóstico de depresión mayor es necesario el cumplimiento de cinco (o más) de los síntomas descritos, además, todo ello debe impedir desarrollar con normalidad la vida diaria y, por último, el episodio no se puede atribuir a otro tipo de efectos fisiológicos. Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Existen varios tipos de trastornos depresivos (que mencionaremos muy sucintamente a continuación), pero hemos de decir que los más comunes son el trastorno depresivo mayor -al que acabamos de hacer referencia- y el trastorno distímico.

El trastorno distímico, se caracteriza porque sus síntomas son de larga duración (dos años o más), menos graves que en la depresión mayor y pueden no incapacitar a una persona aunque sí afectarle en su vida diaria.

Depresión psicótica, ocurre cuando trastorno de depresión mayor está acompañada por alguna forma de psicosis, como ruptura con la realidad, alucinaciones o delirios.

Depresión posparto, el episodio depresivo se produce durante el primer mes después de haber dado a luz.

El trastorno afectivo estacional, aparece durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. Generalmente desaparece durante la primavera y el verano.

El trastorno bipolar, aquí nos encontramos ante cambios cíclicos en el estado de ánimo, que van desde episodios de euforia (manía) a estados de ánimo muy bajo (depresión).

## **2. Farmacoterapia y psicoterapia.**

Existen tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos -como la Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Interpersonal, Terapia Sistémica Familiar- o tratamiento farmacológico -como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) y los antidepresivos tricíclicos- que son los que mencionaremos en este trabajo.

### **1. Farmacoterapia.**

Los fármacos antidepresivos actúan sobre los neurotransmisores presentes en las conexiones sinápticas de distinta manera, así unos ejercerán su función principalmente sobre la serotonina, otros sobre la noradrenalina o la dopamina, aunque también pueden actuar sobre más de una de estas sustancias al mismo tiempo. Por lo tanto, la función que cumple este tipo de antidepresivos es la normalización de estas sustancias, debido a la posible existencia de un déficit de una o más de ellas y, de este modo, poder contribuir a la regulación el estado de ánimo. Distinguimos para el presente trabajo: ISRS, ISRSN y Antidepresivos Tricíclicos.

## 2. Psicoterapia

### 2.2.1. Tratamientos cognitivo conductuales (TCC).

La mayoría de las teorías sobre la depresión son modelos de diátesis-estrés en los cuales la perturbación cognitiva representa la diátesis y los eventos negativos de nuestra vida representan el estrés. La perturbación cognitiva modula los efectos del estrés sobre la sintomatología depresiva, o lo que es lo mismo, asumimos que las variables cognitivas interactúan con los eventos negativos que se producen en nuestra vida para desembocar en un estado de ánimo depresivo.

En el **modelo de Beck** (Beck, 1967), existe una clara relación entre los pensamientos de la persona, las emociones y los sentimientos que ésta experimenta.

El **modelo de indefensión aprendida** (Seligman, M., 1978) en el cual los fracasos se atribuyen a factores internos estables.

Por otro lado, existe otra teoría, desarrollada por **Lewinsohn** (1975), que postula que la depresión puede ser el resultado de la **reducción del refuerzo positivo** contingente a las conductas del paciente.

No podemos olvidar mencionar el **modelo de Rehm** (1977), que entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos.

### 2.2.2. Tratamientos no cognitivo conductuales.

Aquí podemos encontrar el **modelo sistémico** que da fundamento a la terapia familiar. Aquí se establece un modelo donde se tiene en cuenta el sistema y no el individuo. Se basa en el sistema familiar como un todo, como un conjunto de relaciones necesariamente interdependientes.

En este apartado queremos destacar también la **psicoterapia interpersonal de Klerman** (1984), que trata la depresión como una enfermedad asociado a un déficit en las relaciones personales significativas.

### **3. El caso infanto-juvenil.**

La dificultad para definir la depresión en esta etapa radica en su complejidad y en su polimorfismo, porque si intentamos equipararlo a los síntomas de este mismo trastorno observados en la adultez podremos observar cómo el niño no presenta alguna de las características que sí lo están en el adulto y, en oposición, también puede presentar algunas características adicionales, a lo cual hay que sumar la posible variabilidad existente entre una edad y otra..

La referencia al trastorno depresivo se emplea cuando el síndrome produce incapacidad en áreas importantes de la vida del niño, durante un período de tiempo determinado, donde se tienen en cuenta las variables biológicas, familiares, cognitivas, de aprendizaje, afectivas, emocionales, contextuales, y los factores de mantenimiento que responden a las acciones terapéuticas de maneras particulares (Jiménez, 1997). Todas las características anteriores han de tenerse en cuenta para la realización de un diagnóstico adecuado y diferencial respecto a otro trastorno en la infancia.



Desde el momento en que se establezca un diagnóstico de depresión en la etapa infantil, es de especial relevancia tener en cuenta la perspectiva evolutiva para poder abordar con mayor exactitud el cuadro depresivo atendiendo a las características concretas de cada etapa (como mencionamos con anterioridad) o ciclo de vida. A modo general podemos establecer las siguientes características:

- Desde bebés hasta la edad preescolar: se caracteriza por la presencia de llanto continuo, pasividad, decaimiento, retraimiento, disminución del peso corporal, retraso en el desarrollo psicomotor, mayor propensión a presentar algún proceso de infección, falta de expresividad emocional, disminución de la movilidad y rechazo al contacto físico.
- Preescolares: la depresión en este momento evolutivo se caracteriza por falta de sonrisa, apatía hacia el juego y una menor implicación con las actividades diarias, incluso con aquellas que proporcionan placer. Se produce una mayor irritación y aparece un llanto fácil ante situaciones que no son del agrado, también pueden agredir y realizar actividades destructivas hacia objetos, personas e incluso hacia ellos mismos (autolesiones). Aparecen quejas físicas continuas como dolores de cabeza u otras molestias. También es importante resaltar la disminución que se produce en cuanto a la capacidad de diálogo y la expresividad verbal. Con todo lo descrito no es de extrañar que pueda surgir rechazo a la escuela o síntomas de desagrado respecto a ésta.
- Escolares: aquí nos encontramos ante un deterioro notable en el desempeño escolar y la evitación de la interacción con el grupo de iguales. Es muy probable que aumente la irritabilidad, las peleas y las discusiones o confrontaciones con sus iguales e incluso con los adultos. A todo esto hay que añadirle un posible

aumento de la ansiedad y rechazo escolar. Existe una excesiva autocrítica al igual que constantes desvalorizaciones acompañado todo ello de conductas autodestructivas. Por supuesto, no hay que olvidar la aparición de apatía, falta de motivación y disminución del interés por cualquier tipo de actividad.

- Adolescentes: entramos en una etapa donde se incrementa la aparición de episodios depresivos apareciendo retraimiento, aislamiento e introversión. También puede aparecer agresión e irritabilidad y una conducta de oposición, desafiante. Cobran especial importancia los factores cognitivos como el disgusto por la imagen corporal, el desempeño a la hora de realizar actividades y la visión claramente pesimista del futuro. Existe una enorme cantidad de pensamientos catastróficos. Cabe mencionar la posible aparición de anorexia e insomnio, o bien, del efecto contrario, la ingesta incontrolada de alimentos e hipersomnias. Éste es el momento del ciclo evolutivo donde se produce una mayor cantidad de conductas e ideación suicida, convirtiéndose en un riesgo especialmente relevante en esta edad.

En el presente estudio se ha tenido especial interés en comparar los efectos de la psicoterapia y los de la farmacoterapia debido a que encontramos numerosas investigaciones que muestran la necesidad de incorporar la terapia psicológica como tratamiento de primera elección. Esto es así porque se aborda directamente los pensamientos, emociones y conductas de las personas que tienen depresión para adoptar un estilo emocional más adaptativo y prevenir recaídas, evitando así los posibles efectos adversos que podrían tener los fármacos. Todo ello nos permite adaptar el tratamiento a las necesidades psicológicas específicas de las personas y así, de este modo, abordar las diferencias individuales.

## **Método.**

La metodología se basó en una revisión sistemática de los estudios de metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos para la depresión infantil, y un posterior metaanálisis de la evidencia científica de estos estudios (un metaanálisis con trabajos de metaanálisis). Los criterios de inclusión para la selección de estudios fueron: estudios experimentales aleatorizados o no aleatorizados, con grupo control, publicados en inglés o español, entre el año 1998 y diciembre 2014, realizados sobre los efectos de la psicoterapia y farmacoterapia aplicadas en población infanto-juvenil, con los distintos tipos de intervenciones psicológicas, al igual que los diferentes fármacos existentes para el abordaje de este trastorno. Por lo tanto, se trata de poder determinar cuáles son más efectivos y establecer los efectos principales y secundarios de la utilización de un tipo u otro de intervención.

Se excluyeron estudios que incluían poblaciones con trastornos mentales crónico o diferentes a los indicados, o que no incluían estas medidas de resultado. Las bases de datos consultadas fueron: Medline-PreMedline, PsycInfo, Cochrane, Punto-Q y Pubmed. La información de los estudios fue registrada en cinco niveles: tipo de estudio, tratamiento-control, muestra, medidas (farmacológicas y/o psicológicas) y tamaño de efecto. Para observar la eficacia de los estudios del presente meta-análisis (dado que en algunos de ellos no se aportaban datos sobre el tamaño de los efectos y, cuando éstos se aportaban, se hacía con diferentes estimadores) se hizo necesario un proceso de conversión a una métrica común, que en este caso fue el índice  $d$  de Cohen. Para llevar a cabo el metaanálisis, propiamente dicho, se empleó la función `metaanalysis.fnc` (Prieto, P., 2014), desarrollada para correr en el entorno *R*. Si bien dicha función toma como partida los valores de  $d$  de Cohen, éstos son posteriormente transformados a

valores  $g$  de Hedges (Hedges & Olkin, 1985). La principal diferencia entre la  $d$  de Cohen y la  $g$  de Hedges, radica en que esta última está multiplicada por un factor de corrección para muestras pequeñas, convirtiéndose de este modo en un estimador insesgado del tamaño del efecto.

## **Resultados.**

### **(Ver Gráfica 1.)**

En la anterior gráfica podemos observar el tamaño del efecto de los distintos estudios que componen el grupo de farmacoterapia (Farma) y psicoterapia (Psico). Vemos que los tamaños de los efectos de los trabajos que componen el primer grupo mencionado presentan mayor variabilidad ( $I\text{-Squared}=94.7\%$ ) que aquellos que componen el segundo ( $I\text{-Squared}=63.2\%$ ). Siguiendo la clasificación de Higgins et al. (2003), podemos considerar que en el primer grupo la heterogeneidad de los tamaños de los efectos es alta, mientras que en el segundo caso alcanza un nivel moderado. Por lo tanto, el grupo Psico puede considerarse como más homogéneo en lo que se refiere al tamaño de los efectos.

### **(Ver Tabla 1.)**

En la tabla 1 mostramos un resumen de la información presente en la gráfica previa, donde podemos observar que los tratamientos psicológicos ( $g=0.50$ ) han mostrado mayor efectividad para el tratamiento la depresión infanto-juvenil que las terapias farmacológicas ( $g=0.46$ ).

### **(Ver Tabla 2.)**

En la tabla 2, podemos comprobar cómo la diferencia entre los tamaños medios anteriormente expuesta alcanza niveles de significación estadística ( $Q=0.13$ ,  $gl=1$ ,  $p=0.0589$ ).

### **Discusión y conclusiones.**

Si desglosamos los datos que nos aportan nuestros resultados podemos observar que el tamaño del efecto de los tratamientos farmacológicos han sufrido un impulso al alza gracias al trabajo de Hazell, P. & Mirzaie, L. (2003), debido a que éste recogía un tamaño del efecto muy superior al del resto, haciendo que el tamaño del efecto global de este tipo de tratamiento diera resultados más positivos. Por lo tanto, sin tener en cuenta este trabajo nos encontraríamos con un tamaño del efecto de la farmacoterapia de 0,26. El fenómeno opuesto lo encontramos en los tratamientos psicológicos, que mantienen unos resultados más homogéneos entre sí, sin embargo, los resultados del trabajo de sobre la efectividad de la Terapia Familiar Sistémica (Méndez, X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares, J. & Meca, J.S., 2002) hacen que el tamaño del efecto global de las psicoterapias descendan. Sin considerar este trabajo, nos encontraríamos con un tamaño del efecto de la psicoterapia de 0,53.

En el presente estudio se ha podido ver también una mayor eficacia de los Tricíclicos frente a otros tipos de antidepresivos. Aun conociendo estos datos, no se debe extraer conclusiones precipitadas, puesto que hay una gran cantidad de artículos que muestran una mayor eficacia de los ISRS, pero que no se contemplan en este estudio por no aportar todos los datos necesarios para su análisis estadístico.

Ante esto, no se debe mostrar a los ISRS o a los antidepresivos Tricíclicos como la única solución adecuada, pues como se ha mencionado anteriormente, los

medicamentos pueden tener efectos terapéuticos distintos e incluso adversos y, por lo tanto, no existe una única propuesta exacta, sino aquella que mejor se adecue a la persona. No debemos dejar de recordar los posibles efectos secundarios que pueden mostrar algunos antidepresivos, como la aparición de vértigo, hipotensión, temblor, sequedad de boca, hasta el incremento del riesgo de autolesiones, pensamientos suicidas o intentos de suicidio.

Respecto al tratamiento psicológico, la Terapia Cognitivo Conductual se ha mostrado como un tratamiento efectivo a la hora de abordar la depresión, manteniendo estos resultados en la fase de postratamiento y en el seguimiento.

De todos los trabajos analizados observamos unanimidad en cuanto a los beneficios experimentados por los pacientes que han recibido este tipo de terapia. La Terapia Interpersonal también ha demostrado su efectividad en el abordaje de este trastorno, sin embargo, el efecto contrario ha sido puesto de manifiesto por los datos que se han obtenido del análisis de la Terapia Familiar Sistémica, la cual no ha logrado unos resultados favorecedores.

Resulta de especial relevancia mencionar la dificultad que se ha tenido para acceder a numerosos trabajos, así como para el análisis de los datos aportados por muchos de ellos. Fue descartada una cantidad considerable de artículos para el presente meta-análisis debido a la falta de información que aportaban, como tamaño de efecto, muestra... Como información adicional, cabe decir que muchos de esos estudios que no se han integrado contenían resultados bastante favorecedores para el tratamiento psicológico, con lo cual es probable que hubieran aumentado nuestro tamaño del efecto.

Como conclusión a lo mencionado anteriormente, podemos sugerir la terapia psicológica como el tratamiento de primera elección en el abordaje de la depresión infanto-juvenil, no solo por su efectividad empíricamente demostrada, sino también por carecer de efectos secundarios, de esos efectos adversos que observamos en los fármacos. Actualmente este trastorno es tratado con fármacos desde el primer momento en que el paciente entra a consulta en el Servicio Sanitario, ya sea por falta de tiempo para su adecuada atención o bien por su no derivación. Por lo tanto, la propuesta pasaría por un abordaje psicológico prioritario del trastorno y, en aquellos casos en los que sea necesario, utilizar el apoyo farmacológico y no al revés.

Una última reflexión que podemos hacer sobre este trabajo es que en la revisión de los artículos, en pocos de ellos, hemos encontrado que se aporte directamente el tamaño de los efectos. En muchos casos hubo que obtenerlos de forma indirecta a través de los estadísticos que presentaban los trabajos que, por otra parte, son diferentes unos de otros. A este respecto queremos recordar que ya desde finales de los noventa, la APA (*Wilkinson & Leland, 1999*) recomienda que se incluya el tamaño de los efectos en todos los trabajos y no solo el nivel de significación estadística. Desde nuestro estudio queremos hacer énfasis en esta importante sugerencia de la APA, ya que la inclusión de los tamaños de los efectos facilita enormemente la realización de los estudios de meta-análisis, que han demostrado ser de enorme importancia para el desarrollo de la ciencia.

## Referencias bibliográficas.

1. Abramson, L. Y., Seligman, M., Teasdale, J. D. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 87(1), 49-74.
2. Bateson, G.; Ruesch, J. (1965). *Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría*, Paidós, Barcelona.
3. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row. Republished as: Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
4. Bernadka, D., Sarah, H., Christopher, R. (2006). *Suicidal behavior in youths with depression treated with new-generation antidepressants Meta-analysis*. The British Journal of Psychiatry. Oct 189(5)393-398.
5. Hammad, T.A., Laughren, T., Racoosin, J. (2006). *Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs*. Arch Gen Psychiatry. Mar; 63(3):332-9.
6. Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D., Robertson, J., Henry, D. (1995). *Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis*. BMF; 310:897-901.
7. Hazell P., & Mirzaie L. (2013). *Tricyclic drugs for depression in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev. Jun 18; 6:CD002317.
8. Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for metaanalysis*. Orlando, FL: Academic Press.



9. Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D.G. (2003). *Measuring inconsistency in meta-analysis. British Medical Journal, 327*, 557–560.
10. Jesse, B., Klein, B.A., Rachel, H., Jacobs, B.A., Mark, A., Reinecke, Ph.D. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-Analytic Investigation of Changes in Effect-Size Estimates. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* November; 46(11): 1403–1413.
12. Jiménez, M. (1997). *Tratamiento psicológico de problemas infantiles.* Ed. Aljibe, ISBN 84-87767-77-X, pp. 15-52
13. John R. Weisz, Carolyn A. McCarty, Sylvia M. Valeri. (2006). *Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What We Can (and Can't) Learn from Meta-Analysis and Component Profiling. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry.* July; 46(7): 879–886.
14. Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy.* Nueva York: Basic Books
15. Lewinsohn, P.M. (1975). *Engagement in pleasant activities and depression level. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 84*, 644-654.
16. Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M. & Grosscup, S.J. (1982). *Behavioral therapy: Clinical applications.* In Rush, T.A. (Ed.) *Short term psychotherapies for the depressed patient*, New York: Guilford.
17. Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Roberts, R.E., & Allen, N.B. (1997). *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for*

*depression among community-residing older adults.* Psychology and Aging, 12, 277-287.

18. Méndez, X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares, J., Meca, J.S. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil: ¿evidencia o promesa? Psicología conductual, Vol. 10, Nº3, pp. 563-580.

19. Prieto, P. (2014). *Función metaanálisis.fnc.* Pendiente de publicar.

20. Rehm, L.P. (1977). *A self-control model of depression.* Behavior Therapy, 8, 787-804.

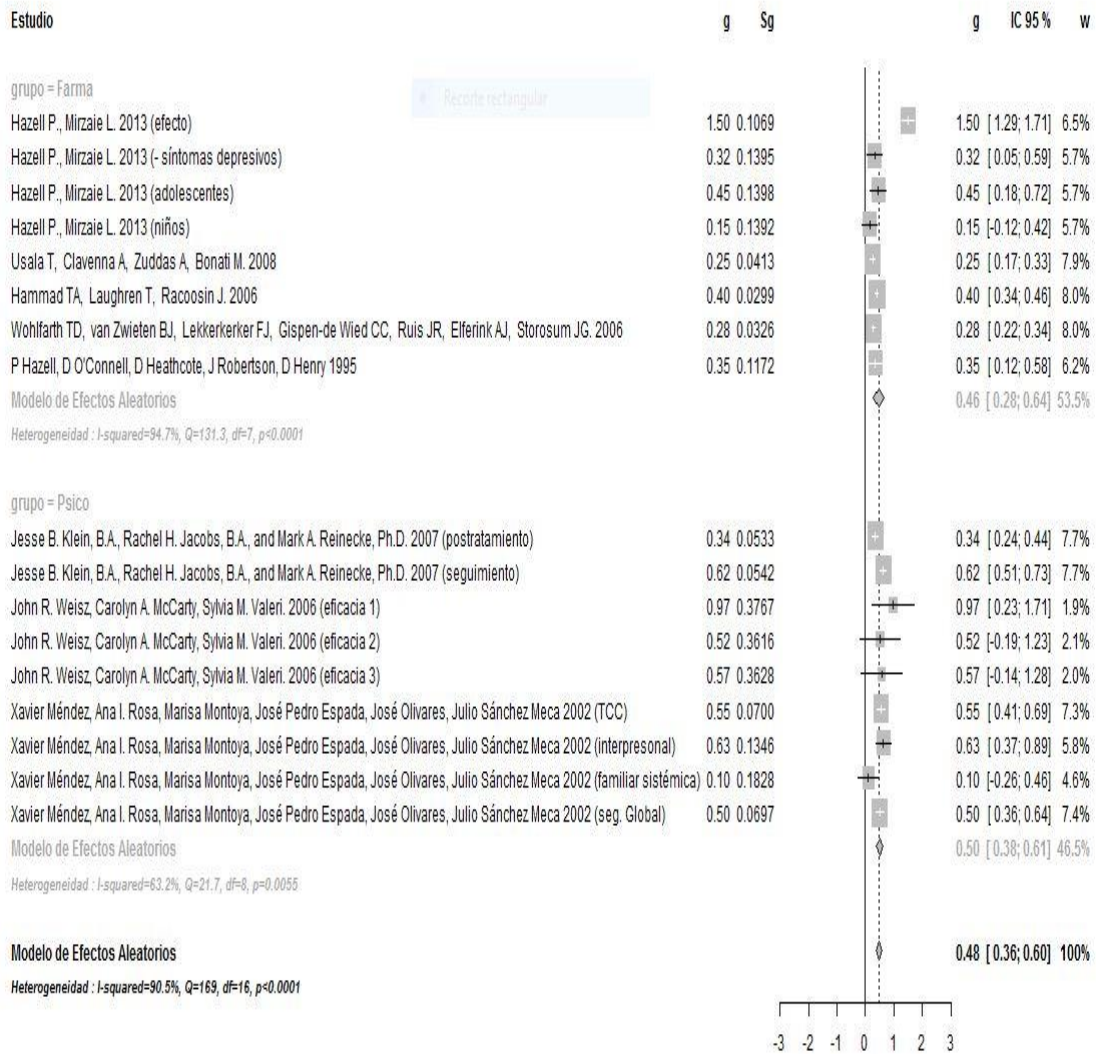
21. Usala, T., Clavenna, A., Zuddas, A., Bonati, M. (2008). *Randomized controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis.* Eur Neuropsychopharmacol. Jan; 18(1):62-73.

22. Vázquez, F.L., Muñoz, R.F., Becoña, E. (2000). *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX.* Psicología conductual, Vol.8 (3), 417-449.

23. Wilkinson, L. (1999). *The Grammar of Graphics.* Springer-verlag, New York.

24. Wohlfarth, T.D., Van Zwieten B.J., Lekkerkerker, F.J., Gispen de Wied, C.C., Ruis, J.R., Elferink, A.J., Storosum, J.G. (2006). Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide. Eur Neuropsychopharmacol. Feb; 16(2):79-83.

**Gráfica 1.**



**Tabla 1.**

Grupo	k	g	linf	lsup	Q	I2	w
Farma	8	0.46	0.28	0.64	131.40	94.7	53.7
Psico	9	0.50	0.38	0.61	21.71	63.2	46.5

**Tabla 2.**

---

Fuente	Q	gl	p
Intergrupo	0.13	1	0.0589

---

## Anexos.

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>	<b>N</b>	<b>Publicación</b>
Hazell P., Mirzaie L.	2013	Tricyclic drugs for depression in children and adolescents.	590	Cochrane Database Syst. Rev.2013 Jun 18; 6:CD002317. Doi: 10.1002/14651858.CD002317.pub2.
Usala, T., Clavenna, A., Zuddas, A., Bonati, M.	2008	Randomized controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis.	2530	European Neuropsychopharmacology 2008. Jan; 18(1):62-73. Epub 2007 Jul 26
Bernadka, D., Hadley, S., Roberts, C.	2006	Suicidal behaviour in youths with depression treated with new-generation antidepressants metaanalysis	6908	The British Journal of Psychiatry Oct 2006,189(5)393-398;DOI:10.1192/bjp.bp.105.011833
Hammad, T.A., Laughren, T., Racoosin, J.	2006	Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs.	4582	Arch. Gen. Psychiatry.2006 Mar; 63(3):332-9.
Wohlfarth, T.D., van Zwieten, B.J., Lekkerkerker, F.J., Gispens-de Wied, C.C., Ruis, J.R., Elferink, A.J., Storsum, J.G.	2006	Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide.	4000	European Neuropsychopharmacology 2006. Feb; 16(2):79-83. Epub 2005 Nov 18.
Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D., Robertson, J., Henry, O.	1995	Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis	294	BMJ 1995;310:897-901
Jesse, B., Klein, B.A., Rachel, H., Jacobs, B.A., Mark, A., Reinecke, Ph.D.	2007	Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-Analytic Investigation of Changes in Effect-Size Estimates	1447	J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 2007 November ; 46(11): 1403-1413.
John R. Weisz, Carolyn A. McCarty, Sylvia M. Valeri.	2006	Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis	35	Psychol Bull. 2006 January; 132(1): 132-149.
Xavier Méndez, Ana I. Rosa, Marisa Montoya, José Pedro Espada, José Olivares, Julio Sánchez Meca	2002	Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa?	3452	Psicología Conductual, Vol. 10, N°3, 2002, pp. 563-580.