

La depresión en adolescentes

El presente artículo define el concepto de depresión, recorre su evolución histórica y compara las diferentes teorías acerca de su etiología. Analiza la prevalencia y las diferencias según sexo, edad y cultura. Tras esta introducción general, se centra en la depresión adolescente describiendo los criterios diagnósticos para adultos y las características diferenciales con los adolescentes. Se evalúan los factores de protección y los de riesgo con una mención particular del riesgo de suicidio. También se analizan las posibles complicaciones y las consecuencias que se derivan de este tipo de trastornos. Por último, se exponen los tratamientos disponibles: psicofarmacológicos y psicoterapéuticos con sus ventajas y limitaciones. En un último apartado, se recogen instrumentos de evaluación, recomendaciones para padres y direcciones de interés. Las conclusiones generales enfatizan la necesidad de crear unidades multidisciplinarias especializadas que permitan una detección precoz y un tratamiento integrado.

Definición

Depresión

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos.

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner, H.; Glaser, D.; Malmquist, C.P.) Toolan, M. (1996) sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) que ya citaba Bakwin, H. en 1956. De todos modos, existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.

Adolescencia

La adolescencia es el período comprendido entre los 12 y los 18 años. Este periodo está marcado por cambios muy importantes en tres áreas:

Físicamente, el adolescente experimenta todos los cambios corporales de la pubertad.

En cuanto al **desarrollo cognoscitivo**, los adolescentes inician el pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual. Las primeras etapas de las operaciones formales son visibles para muchos, pero no para todos los adolescentes en este periodo. Estas etapas de los 14 años o más se caracterizan por un razonamiento moral convencional. A los 17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales consolidadas por un razonamiento moral.

En el **desarrollo social** estos cambios no sólo afectan a las relaciones con sus compañeros, también afectan a las relaciones con sus padres. De hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inician las relaciones heterosexuales.

Diagnóstico

Historia

La depresión existe desde la antigüedad. En el Antiguo Testamento se describe un síndrome depresivo en el rey Saúl. Homero, en el 400 a. C., se refirió a los trastornos mentales a los que denominó “mainé” y “melancolía” (En la *Iliada* se relata el suicidio de Ajax). Soranos de *Ephesus* describió los síntomas principales de la melancolía que son tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad en ocasiones jovialidad.

Posteriormente, Aulus Cornelius en el 30 a.C. describió la melancolía en su libro “*De re medicinae*”: Kaplan, H. & Sadoock, B. (1996), término que también utilizaron Areteo (120-180), Galeno (129-199), Alexander de Tralles en el Siglo VI y el médico Moses Maimónides en el Siglo XII.

Por desgracia, el último período Medieval se caracterizó por un énfasis en la demonología y la superstición como bases explicativas del comportamiento anormal. Sin embargo Paracelso (1493-1541) se opuso a estas creencias retomando las tesis Griegas que explicaban la conducta desadaptada en base a fenómenos naturales. En el Siglo XVI, Juan Huarte de San Juan (1530- 1589) escribió un tratado sobre psicología “*Probe of the mind*”, apoyando la explicación racional del desarrollo psicológico frente a teorías teológicas.

Otro escritor de la Edad de la Razón: Robert Burton (1577-1640), destacó el papel del enfado como centro emocional de la depresión en su obra “*Anatomy of Melancholy*”. Posteriormente en el Siglo XVII, Bonet describió una enfermedad mental a la que denominó “*maniaco-melancholicus*”. En 1854 Jules Falret llamó “*folie circulaire*” a una enfermedad caracterizada por la alternancia de estados depresivos con estados de manía. Coetáneo de

Falret, el psiquiatra francés Jules Baillarger describió una forma de depresión “folie à double forme” en la que los pacientes se iban deprimiendo cada vez más, entrando en un estado de estupor del que se recuperaban tras un espacio temporal.

Durante los inicios del Siglo XIX, el médico Franz Joseph Gall (1.758-1.828) formuló la teoría de la frenología tras estudiar el cerebro de diferentes tipos de personas: jóvenes, ancianos y trastornados. Según esta teoría, distintas facultades psicológicas se localizan en áreas específicas del cerebro. Se va evolucionando pues, hacia una base física de la enfermedad mental, como reflejan los tratamientos del médico escocés William Cullen (1.712- 1.790)

En estos mismos años, aparece un movimiento de reforma en Francia que, capitaneado por Pinel (1.745-1.826), refleja la compasión por las personas que padecen trastornos mentales. Pinel plantea que lo que necesitan los pacientes es cuidado humano y tratamiento. De hecho, llegó a proponer el siguiente tratamiento:

“Paciencia, firmeza, sentimiento humanitario en la forma de guiarlos, cuidado continuo en los pabellones para evitar los brotes de ira y las exasperaciones, ocupaciones agradables que varíen de acuerdo con las diferencias en el gusto, distintos tipos de ejercicio físico, lugares amplios entre los árboles, toda la alegría y la tranquilidad de la vida en el campo y, de vez en cuando, música suave y melodiosa, algo fácil de lograr ya que casi siempre en estos establecimientos hay algún músico distinguido cuyo talento necesita ejercitarse y cultivarse.” Pinel (1.809) pp. 258-260.

Una de las características que más nos interesan de este movimiento de reforma europeo, fue la creación de instituciones para el tratamiento de niños con problemas psicológicos y con retraso mental. A principios del siglo XIX, había una elevada tasa de mortalidad infantil y una muerte prematura en aquellos niños y adolescentes que trabajaban en minas de carbón, y fábricas textiles. A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio.

En América, Dorothea Dix (1.802-1.887) maestra de Boston, se preocupó tanto por la falta de trato humano e instalaciones dignas para los enfermos mentales, que visitó 18 misiones, 300 prisiones y 500 hospitales consiguiendo que se construyeran 32 hospitales de salud mental.

En Europa hasta 1.850, a los niños se les internaba en las mismas instituciones que a los adultos (se les encarcelaba), puesto que la niñez era la época anterior a la adquisición de la razón y la pérdida de la razón significaba demencia. En 1.816 casi un cuarto de los prisioneros de las cárceles Londinenses tenían menos de 17 años.

Tras una lenta evolución, a mediados del siglo XIX, los libros de texto que describían las anomalías psicológicas, empezaron a incluir secciones dedicadas a los niños en las que se describían trastornos como el denominado “demencia de edad temprana”.

En 1.882 desde Alemania, el psiquiatra Karl Kahlbaum acuñó el término “ciclotimia” para englobar depresión y manía, como estados de la misma enfermedad mientras que Kraepelin en 1.899 describía una psicosis maniaco depresiva cuyos criterios son compatibles con lo que actualmente se

diagnostica como Bipolar I y otro caso compatible con el trastorno de ánimo de inicio tardío.

Se habían sentado las bases nosográficas que permitirían en los albores del siglo veinte, establecer las clasificaciones posteriores de los trastornos el estado de ánimo.

Categorías diagnósticas y subtipos

Según la última revisión efectuada por la American Psychiatric Association del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), los trastornos de la infancia no incluyen ninguna categoría que aborde las depresiones infantiles como síndrome, aunque sí se cita sintomatología depresiva asociada en el trastorno de ansiedad por separación. El diagnóstico de las depresiones en el niño y en el adolescente se realiza en base a los mismos criterios que los adultos, con dos matizaciones; lo que en el adulto se manifiesta como un estado de ánimo deprimido, en el adolescente puede manifestarse como irritación. En segundo lugar, el aumento o pérdida de peso en este caso no se valora específicamente; tan sólo se considera el fracaso a la hora de estimar una ganancia de peso establecida.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud) en su última versión (CIE 10) tampoco considera la depresión como una categoría diagnóstica susceptible de ser incluida en los trastornos infantiles.

La clasificación de los trastornos depresivos, se establece en función de dos criterios: la severidad sintomática y la posibilidad de ciclar o no. De esta forma se establecen dos categorías básicas:

Episodio Depresivo mayor con episodio único o recidivante, que presenta una sintomatología más relevante (consultar criterios diagnósticos específicos en DSM-IV-TR) y **Trastorno Distímico**, con una sintomatología depresiva moderada.

Trastornos Bipolares, de tipo I y II en función de si se presentan episodios combinados, maníacos, hipomaniacos y depresivos (Tipo I) o bien episodios depresivos y/o hipomaniacos pero nunca maníacos (Tipo II) y **trastorno ciclotímico** que comprende ciclos suaves que pueden coincidir con períodos estacionales.

Una tercera categoría englobaría sintomatología depresiva asociada a otras causas:

Trastorno del estado de ánimo debido a... (enfermedad médica)

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno del estado de ánimo no especificado.

Síntomas propios de la adolescencia

La mayoría de los especialistas en el tema, están de acuerdo a la hora de describir los síntomas de la depresión propios de los adolescentes:

Aumento o descenso de peso.

Hipo o hipersomnia.

Disminución del rendimiento académico.

Problemas de atención y dificultad de concentración.

Anergia (pérdida o ausencia de energía)

Agitación motora o enlentecimiento.

Ausencia de motivación.

Estado de ánimo deprimido. Baja autoestima.

Evitación de actividades lúdicas.

Interacción social y familiar disminuídas.

Deseo continuo de estar sólo y no ser molestado.

Pensamientos recurrentes de muerte.

Actividades autodestructivas.

Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad (Rivero, C.)

Síntomas dependientes de edad, cultura y sexo

Parece que las cifras apoyan la teoría de que los síntomas melancólicos se dan más en personas de edad más avanzada, mientras que los síntomas atípicos se presentan en personas más jóvenes.

La **edad de inicio** también apoya esta dirección, puesto que la edad de inicio en las depresiones mayores se sitúa en torno a una media de 40 años, iniciando el trastorno entre los 20 y los 50 años un 50% de los sujetos. La depresión bipolar por el contrario, posee un inicio más temprano con una edad media de inicio de 30 años y con casos registrados desde los cinco años hasta los cincuenta según Kaplan, H. & Sadock, B., (1.996)

En lo que concierne al **sexo**, el trastorno depresivo mayor único o recidivante, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones, tanto en adolescentes como en adultos, sin existir relación aparente con raza, nivel de estudios o estado civil : Vallejo Ruiloba, J.& Homon, J. (2.006) Los episodios mixtos parecen ser más frecuentes en varones que en mujeres. En niños, los trastornos distímicos se presentan por igual en ambos sexos, provocando deterioro en el rendimiento escolar y en la interacción social, además de irritación, baja autoestima y escasas habilidades sociales.

En lo que respecta a **factores culturales**, la depresión en general, posee diferentes expresiones sintomáticas dependientes de la cultura. En las culturas latinas y mediterráneas por ejemplo, aparecen quejas de "nervios y cefaleas", mientras que estas quejas en las culturas Asiáticas, se centran más en problemas de debilidad o cansancio o incluso de falta de equilibrio.

En cuanto a la población inmigrante, parece que existen una serie de circunstancias que actuarían como factores de riesgo:

Desarraigo familiar.

Aglomeraciones en las viviendas.

Condiciones laborales con jornadas agotadoras.

Contextos xenófobos circundantes.

Riesgo de suicidio en el adolescente

Según algunas estadísticas Europeas, quitarse la vida es la segunda causa de muerte en adolescentes de la Unión Europea (M^º José Mardomingo OUnidad de Pediatría, Hospital Gregorio Marañón de Madrid)

En el caso de los adolescentes suicidas, se han hallado datos: Fan et cols. (1.970) que sugieren que en muchos casos el acto suicida, es la única manifestación que lleva consigo un exámen médico. Datos de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), relacionan el 60% de los intentos de suicidio con trastornos depresivos. De hecho, esta organización observó que en 42 de los 52 casos estudiados, el intento de suicidio aparecía como única manifestación clínica.

Davidson et cols (1.972) por su parte, estudiaron los motivos subyacentes a las tentativas de suicidio adolescentes, comprobando que un 60% de ellos acumulaban dificultades familiares, sociales y circunstancias conflictivas ajenas a ellos. Este mismo autor encontró la existencia de un problema de salud mental en uno de los progenitores, en un 33% de los casos estudiados.

Una decepción amorosa, la falta de integración social, la ausencia de la figura materna y/o paterna y el fracaso académico, podrían actuar como factores moduladores. A este respecto, nuestra sociedad actual proporciona desencadenantes más fulminantes: valores centrados en el tener y no en el ser, baja o nula tolerancia a la frustración, necesidad de satisfacer de forma inmediata las necesidades materiales o afectivas, crítica a las conductas de cooperación, elogio al individualismo y filosofía de vida centrada en el recibir de forma continua con un modelo de atribución externo que apoya el no responsabilizarse de las propias acciones, entre otros.

Curso

La **Depresión Bipolar Tipo I** tiene una edad de aparición en torno a los 20 años, no como los **episodios maniacos**, que se sitúan en los primeros años de la treintena. En cuanto a la **Distimia**, tiene un comienzo temprano en la niñez, adolescencia o principio de la edad adulta y su curso suele ser crónico.

Algunos autores (Talbot, p.406) establecen el curso de la depresión como crónico en un 20% de los casos, episódico en un 40% y con remisión completa en un 40% de los casos.

Evolución y pronóstico

En la adolescencia pueden aparecer reacciones de tipo mixto: ansioso-depresivas que evolucionan desapareciendo el estado depresivo y depresión por inferioridad o depresión por abandono cuya evolución en el tiempo depende del tratamiento propuesto. Los episodios hipomaniacos en la población adolescente, pueden ir asociados a ausencias escolares, comportamiento antisocial, fracaso escolar y consumo de sustancias.

Factores de protección

Según Cava, M.J. & Murgui, S. y Musitu, G. (2.008) *son factores de protección:*

Calidad de las amistades.

Estatus en el grupo de iguales (Un estatus positivo o bien valorado)

Actitudes y expectativas de sus amigos hacia: autoridad y el consumo de sustancias (Una actitud de respeto a la autoridad y de rechazo hacia el consumo)

De forma más genérica, también se citan:

Adecuada comunicación familiar.

Elevada autoestima social.

Elevada autoestima familiar.

Complicaciones

Cualquier trastorno depresivo, puede evolucionar hacia un cuadro de mayor entidad o bien agudizarse o cronificarse, en función de una serie de factores:

Muerte de un familiar próximo.

Muerte de un amigo.

Maltrato físico y/o psíquico.

Maltrato a uno de los progenitores.

Abusos sexuales.

Patología física relevante.

Intento o tentativa de suicidio.

Consumo excesivo de drogas, alcohol, marihuana o cocaína.

Fracaso amoroso.

Divorcio de los progenitores.

Cambio de residencia.

Acoso escolar.

Dificultad para la integración social.

Fracaso escolar.

Consecuencias

Las consecuencias inmediatas de un trastorno depresivo según Corcos, M. et al (2.003) en estas edades son:

Trastornos del comportamiento.

Fracaso escolar.

Conductas suicidas.

Conductas de dependencia.

Otra complicación que empieza a estudiarse es el papel de los síntomas

depresivos como factor de riesgo para desarrollar sobrepeso en infancia y adolescencia. Una investigación de Liem, E. T.; Sauer, P.J. et cols. (2.008), revisó bases de datos de revistas médicas desde enero de 1997 hasta marzo de 2.007, concluyendo que los resultados apoyan una relación positiva entre los síntomas depresivos a la edad de 6 a 19 años y el sobrepeso en la etapa adulta de la vida., valorada tras un período de 1 a 15 años.

Diagnóstico Diferencial

Existen una serie de alteraciones médicas no psiquiátricas que cursan con **sintomatología depresiva comórbida**:

Trastornos endocrinos (glándulas pituitaria, adrenal y tiroidea)

Déficits y excesos de vitaminas y minerales (pelagra, hipervitaminosis A, beri-beri, anemia perniciosa)

Infecciones (encefalitis, hepatitis, tuberculosis)

Trastornos neurológicos (esclerosis múltiple y enfermedad de Wilson)

Enfermedades del colágeno (lupus sistémico eritematoso)

Trastornos cardiovasculares (cardiomiopatía, isquemia cerebral)

Procesos oncológicos.

En ocasiones puede diagnosticarse una **Depresión Mayor** cuando en realidad se trata de:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo debido a consumo de sustancias.

Hipotiroidismo.

Trastorno esquizoafectivo.

En la **Distimia**, habría que diferenciar con:

Trastorno Depresivo Mayor.

Trastorno debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo.

También se diagnostica **Episodio mixto**, cuando en realidad es un:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno por Déficit de Atención por hiperactividad.

En cuanto al diagnóstico del **Episodio Hipomaniaco**, hay que hacer el diagnóstico diferencial con:

Trastorno de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Con respecto al **Trastorno Bipolar II**, hay que diferenciar con:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno ciclotímico.

Trastornos psicóticos.

Y en cuanto a la **Ciclotimia**, pueden cometerse errores de diagnóstico con:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias,

Trastorno Bipolar Tipo I con ciclos rápidos.

Trastorno Bipolar Tipo II con ciclos rápidos.

Trastorno límite de la personalidad.

Por último, hay que tener en cuenta que en adolescentes se tiende a sobre diagnosticar la esquizofrenia, sobre todo en los casos en que se trata de un **Trastorno Bipolar I**.

Otros términos más genéricos y que constituyen descripciones sintomáticas generales, pueden convertirse a veces en síndromes de forma errónea, a saber:

Duelo:

El duelo implica siempre una pérdida de una persona o de un valor abstracto específico: libertad, por ejemplo. Según Freud, S. (En: *Essaies de Psychoanalyse*, 1.986), en el duelo podemos presuponer que la persona se recuperará después de cierto tiempo. Por lo tanto, sería inoportuno y perjudicial perturbarlo. Por otra parte, en el duelo no aparece una característica básica de la depresión: la disminución del sentimiento de autoestima.

Humor depresivo:

Entendido como “menosprecio por la propia persona, que invade de descontento toda representación, actividad y afecto”: Hollande, C. (1.976) en: Marcelli, D. y Braconnier, A. (2.003), puede confundirse con uno de los signos típicos de las depresión, pero en el adolescente será su estabilidad en el tiempo y su grado de intensidad la que nos alarme si llega el caso.

Aburrimiento:

A pesar de su aparente aspecto de inhibición afectiva, motora o intelectual, en la adolescencia muchos autores la identifican con una forma de “ensimismamiento productivo” a todos los niveles que podría incluso suponer un mecanismo defensivo ante la depresión.

Indiferencia:

La indiferencia entendida como rechazo para interesarse por personas, situaciones u objetos, es uno de los aspectos más primados por la sociedad actual (mucho más centrada en la autosatisfacción inmediata individual que en la grupal). Precisamente por ello, apenas constituye un elemento patológico en el adolescente, mucho más expuesto a los medios de comunicación y a los reclamos publicitarios.

Prevalencia

La Organización Mundial de la Salud, ya ha alertado acerca de la Depresión como el mayor problema de salud mental del mundo, sobre todo en países desarrollados.

Las cifras de prevalencia en la población adulta, son las siguientes:

Depresión Mayor: presente en 10-15% mujeres y 5-12% de hombres

Distimia más Depresión Mayor superpuesta aparece en un 6% de la población.

Distimia simple: 3% de la población.

Trastorno Bipolar I: entre el 0,4 y el 1% de la población.

Trastorno Bipolar II: 0,5% de la población.

Trastorno ciclotímico: 0,4-1% de la población.

Lewinsohn et cols. (1.993) estiman una prevalencia de la Depresión **en la población general** en torno al 15%. De forma específica, se estima: Vallejo Ruiloba, J. (2.006) que entre pacientes psiquiátricos, la Depresión afecta al 50%.

Esta prevalencia desciende hasta un 8% en el caso de la **población adolescente**, según datos de la Organización Mundial de la Salud, aunque autores como Festorazzi Acosta, A. & Rodríguez, A. (2.008), hayan encontrado en los adolescentes, prevalencias del 24% para la depresión y del 11% para la ansiedad concluyendo además que ambos trastornos suelen presentarse conjuntamente. Estas cifras coinciden con las establecidas para la población Española, incluyendo el 20-40% de los casos en los que el Trastorno Bipolar se inicia en la adolescencia.

Parece que se da una tendencia al aumento de este tipo de problemas psicopatológicos, como afirma el: Journal of Child Psychology and Psychiatry (2.004) cuando cifra en un 70% el aumento de la depresión en adolescentes Británicos.

Otros datos: Marcelli, D. & Braconnier, A. (2.005), afirman que un 67% de los adolescentes con Depresión Mayor no están siendo tratados ni médica ni psicológicamente. Quizás este hecho sea el que justifique el hallazgo de Harrington (1.977) de que existía una recidiva del 60% en este tipo de trastornos.

Modelos explicativos (etiopatogenia)

Genética:

El riesgo de morbilidad en familiares de pacientes Bipolares según Vallejo y Ruiloba (2.006), se estima en un 12,1 (padres), 21,2 (hermanos) y 24,6 (hijos).

Neuroendocrinología:

Existen evidencias de que en las depresiones endógenas, se da un alteración del complejo hipotálamo-hipofisario.

Neurofisiología y Neuroanatomía:

Parece demostrado que en la Depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex pre frontal y temporal, cíngulo anterior y núcleo caudado Videbeck, (2.000)

Nivel Funcional:

Según Koplewicz, H.S., entre los 14 y 17 años, el cerebro sufre una serie de modificaciones que alteran las conducciones neuronales, eliminando células innecesarias y primando redes imprescindibles para nuestro aprendizaje como adultos. En cualquier caso, habría que demostrar que estas modificaciones están relacionadas con los trastornos depresivos.

Bioquímica:

La *hipótesis catecolaminérgica*, es la que inicia la investigación bioquímica en la psiquiatría. Según esta hipótesis, algunas depresiones presentan decrementos funcionales en la noradrenalina, mientras que los Trastornos Bipolares estarían relacionados con incrementos en la actividad de la noradrenalina, efectos que se pueden bloquear con antagonistas dopaminérgicos.

La *hipótesis serotoninérgica*, atribuye un papel decisivo de la disminución de la actividad de la serotonina como factor desencadenante en la Depresión. En este caso, son eficaces los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el citalopram, fluoxetina, paroxetina y fluvoxamina entre otros.

Otros autores como Janowsky y cols. (1972) describieron una *alteración del sistema colinérgico*, llegando a proponer la hipersensibilidad colinérgica como un marcador de tipo genético de la depresión.

Factores psicológicos:

Psicoanálisis:

La obra "Duelo y melancolía" de Freud, presenta la depresión como un duelo, reacción normal ante la pérdida real, en donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, predominando los sentimientos de abatimiento y tristeza.

Conductismo:

Seligman y su equipo de la Universidad de Pensilvania, acuñaron en 1.967 el término *learned helplessness* (indefensión aprendida) de forma casual, mientras investigaban la teoría del aprendizaje en perros. Según este autor, la depresión aparece en sujetos con una auto percepción de descontrol sobre circunstancias externas reforzadoras, puesto que este hecho conduce de forma indefectible hacia vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza.

Lewinsohn (1.993) por su parte, explicó la depresión como el resultado de la ausencia de habilidades sociales y disminución de reforzamiento positivo contingente con la respuesta.

Teorías Cognitivas:

En 1.964, Aaron Beck: Beck, A. (1.964) describió un “estilo cognitivo alterado” como principal responsable del trastorno afectivo. Este estilo cognitivo particular, estaría caracterizado a grandes rasgos por una concepción peyorativa de sí mismo, interpretación negativa de las experiencias propias y visión pesimista del futuro.

Tratamiento

Psiquiátrico:

En general, cualquier tratamiento se prescribe en función de la severidad sintomática, de la rapidez de sus efectos y de la moderación de los efectos secundarios.

Hace varias décadas se utilizaban los IMAOS (inhibidores de la mono amino oxidasa) y antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión mayor y el litio. Sin embargo, tras comprobar que los antidepresivos tricíclicos podían precipitar una manía, se han iniciado nuevas investigaciones volviendo a recuperar tratamientos en desuso como la privación de sueño y el tratamiento con luz de elevada intensidad.

En casos de manía se suelen utilizar fármacos anti psicóticos (fenotiazinas) como coadyuvantes al tratamiento con litio como fármaco estabilizador del estado de ánimo en trastornos bipolares. o anti convulsionantes (carbamazepina, clonazepam y valproato) si la sintomatología es acusada.

En adolescentes, el tratamiento de elección solían ser los ISRS, pero las últimas investigaciones parecen mostrar un aumento de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes, asociados a este tipo de psicofármacos. De hecho, el pasado 8 de noviembre de 2.008, la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios remitió una nota a los profesionales sanitarios, en la que desaconsejaba la utilización de los ISRS en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, tras examinar varios estudios que vinculaban estos fármacos con el aumento de comportamientos suicidas en la citada población.

Según un estudio de la Universidad de Maryland en Estados Unidos, el número de niños que toma psicofármacos por problemas de comportamiento y emocionales ha aumentado en más del doble en una década..El problema es que se desconocen los efectos a largo plazo de estos medicamentos en una población tan joven.

La otra cara de la moneda, la aportan las cifras que presenta Roger Vilar y que concluyen que de cada 10 depresivos, menos de 2 recibe tratamiento (los jóvenes no tratados pueden tener un episodio de Depresión Mayor cada seis meses aproximadamente, lo que significaría entre 6 y 12 recaídas durante la adolescencia)

Por ultimo, citar la TEC (terapia electroconvulsiva), como un tipo de tratamiento para casos severos que no responden a medicación o en casos

con gran agitación o intentos de autolisis difícilmente controlables psicofarmacológicamente. Estas reservas en su utilización, provienen del hecho de que este tipo de intervención produce cambios profundos en el SNC (Sistema Nervioso Central) aunque se desconocen sus mecanismos de acción se supone que disminuye la cantidad de receptores adrenérgicos β , aumentando la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos.

Eficacia del tratamiento psicofarmacológico:

Según Salín Pascual, R. (1.997), la Depresión Mayor con melancolía debe tratarse con venlafaxina y no con ISRS., mientras que si la depresión tiene un componente ansioso, el tratamiento de elección sería la amitriptilina. En cuanto a los efectos secundarios, cita las náuseas en el caso de venlafaxina, fluoxetina y otros ISRS y el deseo sexual inhibido en el caso de ISRS, venlafaxina, ADT e IMAOS. Recomienda la utilización de antidepresivos tricíclicos como tratamiento de segunda elección en el caso de depresiones secundarias a problemas médicos y recuerda es fundamental individualizar, observar respuestas y sobre todo, establecer patrones familiares de respuesta a medicación en el caso de que existan antecedentes familiares demostrados.

Psicoterapéutico:

La depresión, implica una serie de factores biopsicosociales complejos, aunque en la mayoría de los cuadros depresivos la relevancia de los factores biológicos, obliga a un tratamiento psicofarmacológico pautado.

El tratamiento de la depresión en adolescentes, requiere de una serie e características específicas como son:

Gran flexibilidad por parte del psicoterapeuta.

Paciencia y empatía (al adolescente le resulta difícil poder mantener una conversación sobre sus problemas de forma unipersonal y con un adulto)

Capacidad para generar un clima de confianza, que no induzca a vivir la psicoterapia de una forma intrusiva o controladora, hecho que conllevaría una no colaboración implícita o explícita.

Precisamente, estas son algunas de las razones por las cuales en ocasiones se opta por un *tratamiento grupal* (unidades de tratamiento de trastornos de la alimentación, por ejemplo.)

Psicoanálisis:

Las principales técnicas propuestas por autores especializados son:

Entrevistas exigidas, Psicoterapia breve o de larga duración (Malan, Davanloo).

Psicoterapia breve de provocación de ansiedad (Sifneos)

Psicoterapia dinámica de tiempo limitado (Strupp)

Terapia expresiva y de apoyo (Luvorsky)

Terapia de Conducta:

La Terapia de Conducta trabaja con la modificación de las conductas depresivas. Se llega al cambio conductual mediante el cambio en los sistemas de recompensa y castigo. Las fases incluyen:

- Análisis funcional de la conducta.
- Selección de conductas específicas.
- Registros.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en asertividad.
- Control de la conducta estado de ánimo.
- Detención, retraso y sustitución de pensamientos disfuncionales.

Terapia Cognitivo-conductual:

Desarrollada por Aaron Beck en 1979, propone pautas específicas para el tratamiento de la depresión. Se basa en la idea de que la depresión posee una serie de síntomas producidos por distorsiones cognitivas. La terapia cognitivo conductual se centra en la resolución de objetivos concretos mediante la participación activa de terapeuta y paciente.

Como estrategia, se manejan tres componentes:

- Didáctico (genera expectativas positivas como medio de aumentar la adherencia al tratamiento)
- Semántico (identificación y sustitución de pensamientos disfuncionales)
- Cognitivo o conductual (reducción de la frecuencia de pensamientos negativos)

Terapia Interpersonal:

Centrada en interacciones interpersonales y en el entorno psicosocial como centro del tratamiento. Se utiliza la psicoeducación de la depresión en general. La definición de los problemas en función de los cuales se seleccionan tratamientos específicos son:

- Técnicas exploratorias directas e indirectas.
- Facilitación del afecto.
- Análisis de clarificación.
- Uso de la relación terapéutica.

Terapia Familiar:

La Terapia familiar recomendada para este tipo de casos, es la Terapia familiar con componente sistémico.

Eficacia del tratamiento psicoterapéutico:

Apenas existen trabajos exhaustivos que evalúen la eficacia del total de tratamientos psicológicos, aunque la mayoría de ellos coinciden en

recomendar la terapia cognitivo conductual como la más eficaz. Uno de los más rigurosos es la Tesis Doctoral de Montoya Fernández, M.J. (2.003) “Eficacia del tratamiento para la depresión infantil y adolescente; un estudio meta analítico”, publicada por la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, donde se concluye que los tratamientos psicoterapéuticos son eficaces en este tipo de trastornos, siendo la Terapia Cognitivo- Conductual la que muestra una mayor evidencia experimental.

Eficacia de tratamientos combinados:

Varios investigadores de la Universidad de Duke, en Estados Unidos, han publicado una investigación en el Journal of American Medical Association (JAMA) en la que asignaban 439 adolescentes con depresión grave a cuatro grupos:

Tratamiento con fluoxetina.

Tratamiento con psicoterapia y fluoxetina.

Tratamiento con psicoterapia.

Placebo.

Tras tres meses de tratamiento, obtuvieron los siguientes porcentajes de respuesta al tratamiento:

Tratamiento con fluoxetina. **(60,6%)**

Tratamiento con psicoterapia. **(43,2)**

Tratamiento con psicoterapia y fluoxetina. **(71,6%)**

Placebo. **(38,4%)**

Los autores concluyeron que tanto la fluoxetina como el tratamiento psicológico deberían estar disponibles en el tratamiento de la depresión adolescente. Sin embargo el codirector de la publicación: Richard M. Glass, matiza estos resultados aludiendo a que el estudio deja dos preguntas sin resolver, la primera es si la fluoxetina es el único psicofármaco eficaz en el tratamiento de la depresión adolescente y la segunda es si la psicoterapia por sí sola es eficaz cuando se trata de depresiones moderadas o graves.

Normas generales para padres

Según Masís Olivas, E. (2.008), los padres deberían:

Buscar un apoyo profesional que permita detectar irregularidades; buscar un apoyo médico, psicológico y educativo, si fuese necesario.

Revisar si la dinámica familiar puede ser el desencadenante de la depresión de su hijo/hija.

Propiciar la integración de su hijo/hija en el grupo familiar, haciéndole sentirse importante dentro del mismo (que se le tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones, por ejemplo)

Supervisar sus hábitos alimenticios y de auto higiene, así como la organización del material de trabajo y de su ropa.

No recriminarle el hecho de estar deprimido. Ofrecerle apoyo incondicional y sobre todo, escucharle.

Resolver juntos los conflictos que puedan presentarse (integración en grupos de iguales, incentivar actividades que le motiven, incentivar el deporte-las endorfinas liberadas con la actividad física, pueden ser útiles en la reducción de la sintomatología depresiva)

Instrumentos de evaluación

Cuestionario educativo y clínico de ansiedad y depresión (CECAD) (Lozano González, L; García Cueto, E.; Lozano Fernández, L.M., 2.007) Madrid, TEA ediciones

CDI (Kovacs, M., 2.004) Madrid, TEA ediciones.

Cuestionario estructural tetra dimensional para la depresión: CET-DE (Alonso Fernández, F. 1.989) Madrid, TEA ediciones.

Cuestionario de Depresión para niños CDS (Lang, M. & Tisher, M., 1.983).Madrid, TEA ediciones.

Conclusiones generales

Según Victoria del Barrio, las nuevas sociedades basadas en la competitividad, generan situaciones de soledad opuestas a sociedades con menos recursos económicos donde la cohesión y la compañía son bienes preciados. La autora se pregunta cómo es posible que una vez resueltos los problemas básicos de mortandad y escolaridad, no seamos capaces de impedir el aumento de los problemas afectivos.

El sistema de valores que hemos creado es afectivamente deficitario. Los padres trabajan demasiado y la culpa de no poder estar más tiempo con sus hijos, se supe con frases como “es mejor calidad que cantidad”. La pregunta es ¿Cuánto tiempo diario es “calidad”? En la misma línea, los padres justifican la falta de dedicación maximizando la formación académica y deportiva sin preguntarse si sus hijos son capaces de seguirla. Nos encontramos con adolescentes sometidos a jornadas interminables de colegio- extraescolares, con poco tiempo para los amigos y para no hacer nada.

En este sentido, hay que destacar la influencia de la evolución de la familia tradicional hacia situaciones diferentes. Evidentemente, cuando existe una situación de conflicto, la familia mono parental aporta mayor equilibrio que una familia tradicional donde el clima es agresivo. Sin embargo, en ocasiones las reestructuraciones familiares son demasiado rápidas y los adolescentes deben asumir la no residencia con uno de los progenitores o los traslados permanentes entre un domicilio y otro, o la adaptación a una nueva pareja y/o a sus hijos. No nos compete a los profesionales el juicio de tales circunstancias porque cada situación debe ser evaluada de forma particular. Lo que sí nos corresponde, es afirmar taxativamente que todas estas circunstancias influyen en el nivel de adaptación personal, social y afectivo del adolescente.

En la sociedad multicultural actual, sí hemos aportado valores mucho más amplios de convivencia pero a veces hemos olvidado salvaguardar los principios básicos de habitabilidad, condiciones laborales y atención familiar en aquellas personas que han venido a nuestro país esperando encontrar un medio de ganarse la vida. Pese a los denodados esfuerzos gubernamentales,

quedan niños sin escolarizar, situaciones de hacinamiento, guarderías ilegales y menores que pasan solos gran parte del día o adolescentes que hacen de padres encargándose de sus hermanos menores. En estas poblaciones y en los adolescentes que llegaron a nuestro país y no acceden a ningún ciclo formativo, es donde aumenta el consumo de sustancias y los problemas afectivos fruto de una integración mal planteada.

El sistema académico por su parte, también tiene su parte de responsabilidad puesto que veces no puede asumir situaciones particulares o conflictivas. Entonces, se produce un vacío en el que el adolescente está desatendido en casa y en el centro escolar. Hablamos de prevención de los trastornos afectivos. Precisamente en este vacío es donde entra el grupo de iguales con sus influencias positivas o negativas. El grupo de iguales o de desiguales, reales o virtuales. Nos referimos a las situaciones en que vía internet se contacta con personas supuestamente de la misma edad o situación que proporcionan información real o falseada en función de sus propios intereses.

Quizás este artículo sea absurdo si no se plantea como medida preventiva básica hablar de los trastornos afectivos de los padres de adolescentes. Es un hecho que muchos padres no han sabido poner límites y que han comprado su tranquilidad con medios materiales, enfatizando más la formación académica que la humana. También es cierto que muchos padres tiran la toalla cuando comprueban que no son capaces de acceder a un canal de comunicación con sus hijos, saturados por la información externa que proviene de sus amigos, internet, la televisión, y la música. Por si fuera poco, los progenitores se quejan de estos canales son difícilmente susceptibles de acceso restringido temporal (en caso de castigo) dada su gran accesibilidad.

Existen soluciones viables, tanto a nivel preventivo, como curativo:

A nivel preventivo, una buena comunicación afectiva DIARIA con el adolescente, tiempos compartidos por ejemplo durante las comidas (es fundamental comer y/o cenar juntos y sin TV), tiempos fuera de casa juntos, incluso compartiendo alguna afición con uno u otro progenitor (esto facilita conversaciones diferentes a las domésticas con claras connotaciones de obligatoriedad) y supervisión de hábitos de alimentación y auto cuidado así como de rendimiento académico e integración social, facilitan el detectar problemas en fase inicial y el poder abordarlos desde un principio, porque existe un clima de comunicación y afecto de base.

Desde el punto de vista **curativo**, en este artículo se han descrito pautas de actuación por parte de los padres, tipos de procesos psicoterapéuticos más eficaces e incluso lecturas recomendadas. Tan sólo queda sugerir que se incentiven iniciativas como la puesta en marcha por el Hospital la Fé de Valencia, que ha creado una unidad específica para abordar trastornos de conducta en menores adoptados, con un equipo interdisciplinar compuesto por: Pediatras, Psiquiatras, Psicólogos, Pedagogos y Trabajadores sociales.

Estamos siendo testigos del aumento de los trastornos depresivos en los adolescentes. Para no convertirnos en observadores pasivos, debemos plantearnos la necesidad de crear unidades específicas (médicos de familia y hospitalarias) capaces de detectar este tipo de casos evitando su o agravamiento o cronificación.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA Y DIRECCIONES DE INTERÉS

Fundación ANAR.

Ayuda a niños y adolescentes. Teléfono 24 horas, 365 días al año. Gratuito.
Teléfono: 900 20 20 10.

SITIOS WEB DE INTERÉS

www.ops-oms.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&ID=216 página con información acerca de depresión y suicidio.

www.med.uio.no/iasp/index_spanish.html página de la Asociación Internacional para la prevención del suicidio.

www.who.int/features/2005/mental_health/help/es/index.html página que ofrece datos de suicidio por países.

www.depresionyansiedad.com.mx página para médicos y profesionales de la salud, construida por la UNAM, para informar acerca de estos trastornos. El Instituto Nacional de Psiquiatría también imparte cursos on line para docentes, padres y profesionales de la salud interesados en el tema.

www.depresion.psicomag.com Información sobre depresión.

www.familyaware.org Familias para la concienciación de la depresión.

www.who.int/features/2005/mental_heath/help/es/index.html OMS Qué hacer para ayudar.

www.docstoc.com/docs/2505600/unlited-272K Vídeo para padres y adolescentes. Explora síntomas y tratamiento de la Depresión maniaco depresiva.

LIBROS PARA PADRES Y/O PROFESIONALES RELACIONADOS

Barrio, V. (2.007) "Depresión infantil; causas, evaluación y tratamiento" Edit. Ariel, Barcelona.

FitzPatrick, C. & Sarroy, J. (2.006) "Ayudando a vencer la depresión en la gente joven; una guía para padres" Ediciones Oniro, S.A.

Guilbert Reyes, W. (2.002) "El suicidio; un tema complejo e íntimo" Edit. Científico Técnico. La Habana.

Shaffer, D. & Waslisch, B.D. (2.003) "Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes" Edit. Ars Médica. Barcelona.

Soutullo Esperon, C. (2.005) "Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes" Ediciones Universidad de Navarra.

Para adolescentes (11-13 años)

Nikki Tate (2.000) "No hay cafés en Narnia; una novela en la isla de Tamagona"

Para adolescentes (13-18 años)

Linda Wasmer Smith (2.000) "Depresión; qué es y cómo superarla"

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bakwin H. (1.953) "Clinical management of behavior disorders in children" Sanders, C.O. USA.

Barrio, Victoria del (2.007) « Depresión infantil: causas, evaluación y tratamiento" Ariel, Barcelona.

Beck, A. (1.998) "Terapia cognitiva de la depresión" Edit. Biblioteca de Quebec de Brower, España.

Beck, A; Wynnendod, P. (1.964) "Thinking and depression" Arch. Gen. Psychiatry (10) 561-571.

Bouvard, R. K. (1.997) «Les dépressions de l'enfant et de l'adolescent. » Expansion Scientifique, Paris.

Caballo, V.E. ; Simon, M.A. (2.004) " Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos generales" Pirámide, Madrid.

Caballo, V.E. ; Simon, M.A. (2.005) " Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos específicos" Pirámide, Madrid.

- Carlson, G. A. & Strober, M.** (1.979) "Affective disorders in adolescence" *Psychanalyse Clinic North America* (2) 511-526.
- Corcos, M.** (2.001) « Le contrat de soin: marché de dupes ou de partenaires. » *Adolescence et Séparation*. FIREA, éd. 61-75.
- Cracken, M.** (1.992) "Etiological aspects of child and adolescent mood disorders" *Child Adolescent Psychiatric Clin. North American* (1), 89-109.
- Davanloo, H.** (1.978) "Basic principles and techniques in short term dynamic therapy" *Medical Books*, New York.
- Davidson et cols.** (1.972) « Contribution à l'étude du suicide des adolescentes ; étude médicaux sociale de 139 tentatives de suicide » *Hygiène Mental*, (61) 1, 1-32.
- Dugas, M. ; Mouren, M. C.** (1.980) « Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans » PUF, Paris.
- Fan et cols.** (1.970) In : Ey, H. (1950) « Le suicide pathologique, étude N° 14 »
- Festorazzi Acosta, A.; Rodríguez Luis, A.** (2.008) *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* (184)
- Freud, S.** (1.917) « Deuil et mélancolie » In : « Métapsychologie » Gallimard, Paris.
- Janowsky, D. S.; Craig, R. S.** (1.987) "Role of acetylcholine mechanisms on affective disorders" In: *meltzer, H. Y. "Psychopharmacology; the third generation of progress"* 505-512. Raven Press, New York.
- Kaplan, H.; Saddok, B.; Greb, J.** (1.996) "Sinopsis de Psiquiatría "Editorial Panamericana, Buenos Aires.
- Lewinsohn, P. H.; Allen, N.B.** (1.999) "First onset versus recurrence of depressions differential processes of psychological risk" *Journal of Psychological Assessment* (16) 59-65.
- Lewinsohn, P. M.; Hops, H.** (1.993) "Adolescente Psychopatología, Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students" *Journal of Abnormal Psychology* (102) 133-144.
- López Ibor, J.J.** (2.001) *DSM-IV-TR "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales "* Masson, Barcelona.
- Luborsky, L.** (1.984) "Principles of Psychoanalytic Psychotherapy" *Basics Books*, New York.
- Malan, D.** (1.976) "The frontiers of brief psychotherapy" *Plenum Press*, New York.
- Marcelli, D.; Braconnier, A.** (2.005) "Psicopatología del adolescente" *Masson, Barcelona*.
- Mardomingo Sanz, M.J.** (2.001) "Características clínicas de los trastornos de ansiedad" *Revista Pediatría y Atención Primaria* (3) 61-71.
- Mardomingo Sanz, M.J.** (1.994) "Psiquiatría del niño y del adolescente" *Díaz de santos*, Madrid.
- Martínez Otero, V.** *Revista Científica Electrónica de Psicología, UCM. Icsa-UAEH, N°3, p. 341-378* .Descleé de Brower, Paris.
- Méndez, F. X.** (1.999) "depresión en infancia y adolescencia" *Klinic*, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)** (1.992) *CIE-10 "Trastornos Mentales y del Comportamiento; descripción clínica y pautas para el diagnóstico"* Meditor, Madrid.
- Pérez Barrero, S.** (2.008) "Como evitar el suicidio; preguntas y respuestas" *Paidós*, Argentina.
- Rosello, J.; Bernal, G.** (1.999) "The efficacy of cognitive behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents" *Journal Of consulting and Clinical Psychology* (167) 734-745.
- Salín Pascual, R.** (1.997) "Bases bioquímicas y farmacológicas de la neuropsiquiatría" *Mc Graw-Hill Interamericana*, México.
- Sifneos, P.** (1.972) "The prevalence of alexithimic characteristics in Psychosomatic Patients" *Psychotherapy Psychosomatic* (22)255-253.
- Strupp, H.H.; Binder, J.** (1.984) "Psychotherapy in new key: a guide to time limited dynamic psychotherapy" *Basic Books*, mew York.

Talbot, J. A.; Hales R.E.; Yudofsky; S.C. (1.989) "Tratado de Psiquiatría" Ancora, Barcelona.

Toolan, M. (1.996) "Total speech: an integrational linguistic approach to lenguaje" Durham (NC) Duke up.

Vallejo Ruiloba, J. (2.006) "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" Masson (Elsevier) Barcelona.

Videberch, P. (2.000) "PET; measurements of brain glucose metabolism and blood flow in major depressive disorder; a critical review." Acta Psychiatry Scand (101)11-20.

Waslick, B. et cols. (2.000) "Open trial of fluoxetine in children adolescente and in the ederyly" Acta Psichiatric Scand (101) 26-34.

Wicks, N.; Israel, A. C. (2.005) "Psicopatología del niño y del adolescente".

Pearson/ Prentice- Hall, Madrid.

