

A. Agüero¹
A. Giménez²
J. J. Plumed⁴
I. I. Conesa³
P. Llorens⁴

1 Profesor Titular de Psiquiatría.
2 PIR. Servicio de Psiquiatría. HCU. Valencia.
3 MIR.
4 Especialista en Psiquiatría.
Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. HCU. Valencia.
Servicio de Psiquiatría. HCU. Valencia.
Facultad de Medicina. Valencia.

Correspondencia:
A. Agüero Juan
Departamento de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario
Avda. Blasco Ibáñez, 17
46010 Valencia

Estudio clínico comparativo en la adolescencia entre trastornos de conducta y trastornos afectivo-ansiosos: (I) Aspectos clínicos y terapéuticos

Comparative clinical study between behavioral and affective-anxious disorders in adolescence: (I) clinical and therapeutical aspects

RESUMEN

Se estudian de forma comparativa dos muestras de adolescentes con trastornos conductuales (N= 67) y afectivo-ansiosos (N= 68), recogidas en consulta ambulatoria en el Hospital Clínico de Valencia, durante los años 1993-95, en relación con una serie de variables clínicas, evolutivas, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, y respuestas terapéuticas a las distintas modalidades de tratamientos. Tras el tratamiento estadístico (Test U de Mann-Witney), se establece un perfil diferencial teniendo en cuenta todas las variables mencionadas.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia; Trastornos de conducta; Trastornos afectivos; Ansiedad; Psicopatología; Curso evolutivo.

ABSTRACT

On a comparative study, two samples of teenagers with behavioral (N= 67) and affective-anxious (N=

68) disorders, collected on ambulatory consultory hours in Valencia's Clinical Hospital, during the years 1993-95, in relation to a group of clinical, evolutive, personal and family psychiatric antecedents, and therapeutical response to diferent types of treatments variables. After the statistical study (test U Mann-Witney), a diferencial profile is established, considering all the mentioned variables.

KEY WORDS

Adolescence; Behavioral disorders; Affective disorders; Anxiety; Psychopatology; Evolutive course.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta, ansiedad y afectivos son las patologías más frecuentes en la adolescencia, y las que generan una mayor demanda asistencial.

Los trastornos afectivos y los ansiosos son de difícil diferenciación en este período. Los cambios físicos y emocionales hacen que los adolescentes presen-

ten una mayor fluctuación del estado de ánimo que los adultos (Hambury, 1993), y éste oscila de forma continua entre un humor depresivo y un trastorno depresivo propiamente dicho (Compas, 1993). Así, en la adolescencia temprana se dan con frecuencia jóvenes que refieren tristeza, infelicidad o disforia, con tasas que van desde el 15% al 60%, dependiendo del método para determinar el humor deprimido y la edad y sexo de los participantes en cada estudio. Otro factor importante está en la dificultad que presentan algunos adolescentes para distinguir entre el humor depresivo y otras emociones negativas como ansiedad, hostilidad o irritabilidad. La expresión clínica mixta de ambos cuadros ha hecho a muchos autores considerar que no es útil la distinción clínica entre ansiedad y depresión (Kendell, 1975), y que la diferenciación entre las dos formas de afecto no es posible (Angold, 1992; Angold, 1993; Moreau, 1992; Kowacs, 1989).

Es importante señalar la continuidad de los trastornos de la adolescencia en la edad adulta. Así, la edad media de comienzo de los trastornos de ansiedad está en torno a los 16 años (Christie, 1988); los adolescentes que padecen cuadros depresivos tienen un riesgo aumentado de padecer cuadros depresivos mayores en la edad adulta (Garber, 1988).

La incidencia de las alteraciones de conducta en la adolescencia sufre un pico tan marcado que algunos autores consideran que es parte de la adolescencia normal (Lorea, Ageton, 1983). El trastorno de conducta es mucho más frecuente en varones que en mujeres (Offord, 1987). En varones predice conducta antisocial y abuso de sustancias en la edad adulta, y en las mujeres aumenta la probabilidad de que padezcan cuadros de ansiedad y depresión de adultas. Algunos estudios han mostrado que la edad de comienzo temprana está referida a una conducta antisocial más seria y persistente (Loeber, 1983).

El trastorno de conducta se manifiesta clínicamente con síntomas ansiosos, atencionales, somáticos y depresivos. La comorbilidad con otros trastornos es muy alta, especialmente con los afectivos. Así, algunos autores han llegado a considerar la posibilidad de establecer un nuevo diagnóstico: trastorno de conducta depresivo (Harrington, 1989). Éste, en comparación con los depresivos puros, presentaría menor tasa de depresión en el adulto, peor respuesta a la imi-

pramina y mayor variabilidad del humor. Si el trastorno de conducta se asocia en niños con trastorno de ansiedad, es menos probable que el adolescente tenga problemas con la ley y que sean rechazados por sus propios compañeros (Farrington, 1991; McClellan, 1990).

En este trabajo, se plantea un estudio retrospectivo de tipo comparativo entre los trastornos conductuales y los afectivo-ansiosos de inicio en el período de la adolescencia, con el objeto de describir las características clínico evolutivas y marcar las diferencias respecto a una serie de variables relacionadas, fundamentalmente, con la intervención terapéutica. Se enmarcaría como la primera parte de un estudio más amplio en el que se han considerado además de las variables descritas, otras referidas a aspectos de ajuste familiar y adaptación escolar. Estos aspectos serán descritos en la segunda parte de este estudio.

MÉTODO

Muestra

Se estudian los adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Clínico Universitario de Valencia en primera visita durante los años 1993, 1994 y 1995. De ellos se contabilizan un total de 220 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. Se realiza un estudio diagnóstico siguiendo los criterios CIE-10, obteniéndose la distribución que se muestra en la tabla 1.

Existe un claro predominio de los síndromes objeto de nuestro estudio que, en forma conjunta, abar-

Tabla 1 Distribución diagnóstica de la población general de la que es extraída la muestra

Diagnósticos	Frecuencia	%
Trastornos de conducta	67	30,45
Trastornos afectivo-ansiosos	68	30,90
Trastornos mixtos	16	7,28
Otros trastornos	53	24,09
Sin diagnóstico	16	7,28

12

Tabla 2 Distribución de la muestra por edad y sexo

Grupos	Nº Casos	Edad		Sexo	
		Media	D.S.	Hombres	Mujeres
Trast. conducta	67	13,67	1,77	44	23
Trast. afectivo-ansiosos	68	13,94	1,80	21	47

can más del 60% del total y si además incluimos los casos de sintomatología mixta afectivo-conductual, el porcentaje se eleva a un 68%.

En el apartado "Otros trastornos", se incluyen: el Retraso mental (N= 9); Trastornos psicóticos (N= 7); Trastornos de control de esfínteres (N= 11); Trastornos de la conducta alimentaria (N= 15); Trastornos del aprendizaje escolar (N= 10) y Abuso de tóxicos (N= 1).

La muestra final empleada para este estudio estaba compuesta por un total de 135 adolescentes, de los cuales 67 presentaban Trastornos de conducta y 68, Trastornos afectivo-ansiosos. La descripción de los grupos por edad y sexo se muestra en la tabla 2.

Material y procedimiento

Se realizó una revisión de todas las Historias Clínicas abiertas durante los años 1993, 1994 y 1995. De ellas, se seleccionaron aquéllas pertenecientes a pacientes adolescentes (rango de edad 13-17 años), y se procedió a clasificarlas en función del diagnóstico de los casos. Finalmente, se seleccionaron aquellos casos compatibles con un diagnóstico de Trastorno de Conducta o Trastorno Afectivo-Ansioso (dentro de estas dos categorías generales se incluían todos los diagnósticos específicos contemplados en la CIE 10).

VARIABLES ESTUDIADAS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

De toda la información recogida en las Historias Clínicas, se consideraron para este estudio las siguientes variables: en primer lugar, la *Edad* y *Sexo* de los pacientes; a continuación, respecto a la patología presente se concreta, además del *Diagnóstico* (utilizado como factor en los análisis), la *Edad de comienzo de los síntomas*, el *Tiempo de evolución actual* y el *Tipo de curso evolutivo*. Respecto al paciente, se establecen

Tabla 3 Prueba t de Student para la variable Edad

Diagnóstico	N	Media	D.S.	p <	Significación
Tr. conducta	67	13,67	1,77		
Tr. afectivo-ansiosos ..	68	13,94	1,80	0,945	n.s.

los *Antecedentes personales*, *Antecedentes familiares*, *Motivo de consulta*, *Actitud respecto al dispositivo asistencial* y la *Conciencia de enfermedad*. Por último, se consideran diferentes variables relacionadas con la intervención terapéutica, como son: el *Planteamiento terapéutico escogido*, *Tiempo actual de tratamiento*, *Abandono del tratamiento*, *Periodicidad de controles* y *Valoración de resultados*.

Para la tipificación de esta información, se construyó un listado en el que se adjudicaron diferentes categorías a cada una de las variables.

Las distintas variables fueron sometidas a un estudio estadístico descriptivo y comparativo mediante la valoración de las medidas centrales y su dispersión y mediante test estadísticos de significación. Excepto para la variable edad para la que se utilizó la prueba de significación t de Student, el resto de variables se analizó mediante el test U de Mann-Whitney por tratarse de datos recogidos en escala nominal.

RESULTADOS

Edad

Como se puede apreciar en la tabla 3, los resultados son prácticamente superponibles y no existen diferencias significativas respecto a la edad en ambos grupos diagnósticos.

Sexo

Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < ,0001$) respecto al sexo en función de los grupos diagnósticos (tabla 4). Existe un predominio de mujeres (69%) en los trastornos afectivos, mientras que en los trastornos conductuales se da la relación inversa, predominando los varones (65%).

Tabla 4 Prueba U de Mann-Whitney para la variable Sexo

Variables	Tr. Conducta		Tr. Afec.-Ansio.		p <	Signif.
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Sexo	67	56,68	68	79,15	,0001	***

Variables relacionadas con la patología

La edad adolescente es la época en que de forma mayoritaria aparecen los primeros síntomas, aunque se aprecian diferencias significativas ($p < ,05$) referidas a un *inicio de síntomas* en edad preadolescente más importante en los trastornos conductuales (30%) que en los trastornos afectivo-ansiosos (12%). El *tiempo de evolución* es mayor en los trastornos conductuales ($p < ,001$), superándose en el 78% de los casos un tiempo de evolución superior a un año, mientras que en los trastornos afectivo-ansiosos predominan las evoluciones cortas y menos de un 40% de los casos

Tabla 5 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con la patología

Variables	Tr. Conducta		Tr. Afec.-Ansio.		p <	Signif.
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Edad inicio síntomas	67	61,74	68	74,17	,0160	*
Tiempo de evolución	67	56,99	68	78,85	,0002	***
Tipo curso evolutivo	67	65,49	67	69,51	,5197	n.s.

superan los 6 meses de evolución. Respecto al *tipo de curso evolutivo*, no aparecen diferencias estadísticamente significativas, si bien es cierto que en los trastornos afectivos se reparten por igual los tres modelos evolutivos (progresivo, episódico y continuo), mientras que en los trastornos conductuales predominan claramente los tipos evolutivos progresivos y continuos, siendo muy raros los episódicos (tabla 5).

Variables relacionadas con los pacientes

No aparecen diferencias significativas respecto a los *antecedentes psiquiátricos personales*, aunque se manifiesta una tendencia superior en los Trastornos de conducta (34%) que en los Trastornos afectivo-ansiosos (17%). En los *antecedentes psiquiátricos familiares* existe prácticamente un equilibrio entre los dos grupos, siendo de todos modos elevados en ambos, un 31% de los casos para los Trastornos conductuales y un 44% de los casos para los Trastornos afectivo-ansiosos. Los *motivos de consulta* son evidentemente diferentes ($p < ,001$) y claramente definidos para cada grupo, observándose además que en la esfera de los Trastornos afectivo-ansiosos son claramente superiores las quejas de tipo ansioso a las de tipo depresivo. Las *actitudes de los pacientes respecto al dispositivo asistencial* también son diferentes ($p < ,001$) registrándose una mayor colaboración en los Trastornos afectivo-ansiosos (80%), mientras que en los Trastornos conductuales aparece una actitud de rechazo-indiferencia en más de la mitad de los casos. Estas diferentes actitudes son paralelas y coherentes con las diferencias encontradas respecto al grado de *conciencia de enfermedad* ($p < ,01$), el cual es muy intenso en los Trastornos afectivo-ansiosos (70%), sin llegar al 40% en los Trastornos de conducta (tabla 6).

Tabla 6 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con los pacientes

Variables	TR. Conducta		TR. Afec.-Ansio.		p <	Significación
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Antecedentes psiquiátricos personales	62	62,08	68	68,62	,1899	n.s.
Antecedentes psiquiátricos familiares	66	70,00	67	64,04	,2893	n.s.
Motivo de consulta	67	88,77	68	47,54	,0001	***
Actitud del paciente	66	76,76	65	55,08	,0001	***
Conciencia de enfermedad	64	72,00	64	57,00	,0061	**

Tabla 7 Prueba U de Mann-Whitney para variables relacionadas con aspectos terapéuticos

Variables	TR. Conducta		TR. Afec.-Ansio.		p <	Significación
	N	Rango M.	N	Rango M.		
Tipo de tratamientos	66	65,02	62	63,94	,8649	n.s.
Abandono del tratamiento	65	64,74	67	68,21	,5488	n.s.
Tiempo de tratamiento	58	63,62	62	57,58	,3235	n.s.
Periodicidad de controles	66	73,36	67	60,73	,0259	*
Valoración de resultados	59	64,42	56	51,24	,0220	*

Variables relacionadas con los aspectos terapéuticos

No aparecen diferencias significativas respecto a los tipos de planteamientos terapéuticos, aunque en los Trastornos afectivo-ansiosos existe una proporción equilibrada entre los tratamientos psicofarmacológicos, cognitivo-conductuales y otros, mientras que en los Trastornos conductuales existe un claro predominio de los planteamientos cognitivo-conductuales (53%) sobre los otros tipos. En ambos grupos y casi en 1/3 del total de la muestra se utilizaron tratamientos de tipo mixto. Las tasas de abandono del tratamiento es elevada, situándose casi en el 50% en ambos grupos clínicos, no existen diferencias relevantes entre los tipos de trastornos, aunque las cifras de abandono del tratamiento es ligeramente superior para el grupo de Trastornos conductuales. No aparecen diferencias estadísticamente significativas respecto al tiempo actual de tratamiento. Respecto a la periodicidad de los controles, se registran diferencias ($p < ,05$), llamando la atención la elevada proporción de Trastornos afectivos que solamente realizan un contacto con el Centro (23%) frente a sólo el 12% de los Trastornos conductuales, debido quizá a la mayor presión del entorno familiar para seguir el tratamiento. Por último, la valoración global de los resultados terapéuticos es pareja, por cuanto las mejorías superan la mitad de los casos tratados en ambos grupos (65% en los Trastornos afectivo-ansiosos y 57% en los Trastornos conductuales). No obstante, aparecen diferencias significativas ($p < ,05$) en la dirección de una recuperación total superior en el caso de los Trastornos afectivo-ansiosos que en el de los conductuales.

DISCUSIÓN

Datos epidemiológicos

Los síndromes objeto de nuestro estudio abarcan conjuntamente más del 60% de la muestra total. Este dato concuerda con los trabajos anteriores que indican, por un lado, que en contraste con las cifras relativamente bajas de trastornos afectivos en niños, en la adolescencia estos trastornos se incrementan alcanzando cifras similares a las de los adultos (Kashani y Simonds, 1979; Rutter, 1986; Kashani et al, 1989). Y por otra parte, se describe la elevada incidencia de trastornos de conducta en la población infantil que además predicen un riesgo importante de conducta antisocial y abuso de sustancias en la adolescencia y en la edad adulta (Fanington, 1991). En lo referente al género, el predominio de trastornos de conducta en los varones es altamente significativo, lo que concuerda con los datos encontrados en la bibliografía. Respecto a esto, el predominio de los varones en los trabajos publicados (Costello, 1989), que llegaba a ser de 4:1, no es tan marcado en la muestra de nuestro estudio (en torno a 1:3), quizás este dato refleje la tendencia a la baja en esta proporción. Respecto a los trastornos afectivo-ansiosos, nuestros datos confirman la preponderancia de mujeres en la adolescencia (Andersen, 1987).

Datos relacionados con las patologías

En primer lugar, se observa que pese a que no existen diferencias significativas respecto a la edad de comienzo de los síntomas, sí aparece la tendencia a un comienzo más temprano en los trastornos de conducta (30% de inicio preadolescente). Esto estaría relacio-

nado con lo apuntado anteriormente respecto a una posible continuidad desde la infancia hasta la adolescencia en los trastornos de conducta (Fanington, 1991), aspecto que no está presente en los trastornos afectivos (Rutter, 1986). En el mismo sentido, podría interpretarse el resultado referido a un *tiempo de evolución* superior en los trastornos de conducta, en los que se supera en el 78% de los casos un tiempo de evolución superior a un año, mientras que en los trastornos afectivo-ansiosos predominan las evoluciones cortas, y menos de un 40% de los casos superan los 6 meses de evolución.

Datos relacionados con los pacientes

Respecto a los *antecedentes psiquiátricos familiares*, no se encontraron diferencias significativas, pero son elevados en ambos grupos. Los trastornos de conducta se correlacionan de forma alta con una marcada psicopatología familiar (Offord, 1991; Lahey, 1989). Lo mismo sucede con los trastornos afectivo-ansiosos, ya que varios autores confirman que la aparición de estos trastornos se asocia con un pobre vínculo materno y con alteraciones psicopatológicas en la madre (Goodger, 1989). Junto con esto, el factor genético parece ser importante en este grupo (Mitchel, 1989; Puig-Antich, 1989). Por otro lado, desde los comienzos en la clasificación de los trastornos de conducta, los criterios diagnósticos han sugerido que gran parte de ellos presentan una *conciencia de enfermedad* deficiente. La primitiva organización mental que se supone a los pacientes que presentan estos trastornos suponen una tendencia a la interpretación hostil de las reacciones de los demás, una escasa empatía y una carencia de sentimientos de culpa (DSM IV), que evitan el sentimiento de enfermedad y determinan un vínculo concreto con el terapeuta, concretado en el hecho de verse como víctimas de los demás (Rutter, 1995). Por el contrario, los trastornos afectivos están ligados a un fuerte sentimiento de enfermedad y a actitudes autodespreciatorias. Estas ideas concuerdan con las diferencias encontradas en nuestro estudio referidas a la conciencia de enfermedad. Asimismo, estas diferencias son paralelas y coherentes con las diferencias aparecidas en relación a las *actitudes de los pacientes frente al dispositivo asistencial*. En los trastornos afectivo-ansiosos predomi-

na una actitud colaboradora en un 80% de los casos, mientras que en los trastornos de conducta aparece una actitud de rechazo-indiferencia en más de la mitad de los casos.

Datos relacionados con el tratamiento

Respecto al tratamiento, en nuestro estudio comprobamos que no aparecen diferencias significativas respecto a la *modalidad del planteamiento terapéutico* escogido para cada grupo, aunque en los trastornos afectivo-ansiosos existe una proporción equilibrada entre los planteamientos psicofarmacológicos, cognitivo-conductuales y otros, mientras que en los trastornos conductuales existe un claro predominio de los planteamientos cognitivo-conductuales. Se comprueba que existe una prescripción mucho mayor de psicofármacos para los trastornos afectivos. Existen diversos trabajos respecto a la eficacia de los antidepresivos en la depresión del adolescente, siendo éstos contradictorios en lo que respecta a la eficacia del tratamiento, ya que algunos consideran que no son superiores al placebo (Geller, 1990). En nuestra experiencia, los resultados parecen ser positivos. Los abordajes cognitivo-conductuales se han utilizado en ambos trastornos, y existe abundante bibliografía que apoya la eficacia de este tipo de métodos.

No se encontraron diferencias significativas respecto a las tasas de *abandono del tratamiento*, aunque llama la atención las cifras elevadas de abandonos que se sitúan para ambos grupos clínicos en casi un 50%. En este sentido podemos considerar, por un lado, la idea de que los trastornos de conducta son bastante refractarios a cualquier tipo de intervención terapéutica y, por otro lado, la fugacidad de los cuadros afectivos en los adolescentes, en los que aparece un marcado dramatismo tanto en el paciente como en su entorno en el inicio del cuadro, que tiende a desaparecer de forma rápida una vez se decide a intervenir el problema.

Respecto a la *periodicidad de los controles*, se registran diferencias que indican una mayor supervisión (mayor número de contactos con el Centro) para el grupo de trastornos de conducta. En esta línea, también destaca la elevada proporción de trastornos afectivo-ansiosos que solamente realizan un contacto con el Centro. Estas diferencias podrían ser explicadas por la existencia de una mayor presión del entorno fami-

16 liar para seguir el tratamiento en el caso de los trastornos de conducta y la tendencia a una mayor fugacidad en los trastornos afectivos apuntada anteriormente.

Por último, en relación a la *valoración de resultados* se observa, en primer lugar, que las mejorías superan la mitad de los casos tratados en ambos grupos. No obstante, se encuentran diferencias que indican una tasa mayor de recuperación total en el caso de los trastor-

nos afectivo-ansiosos. Éstas podrían explicarse por la respuesta positiva a los psicofármacos para este grupo encontrada en nuestra experiencia. Asimismo, también hay que considerar que el deterioro a nivel escolar, familiar y social que acompaña frecuentemente a los trastornos de conducta dificulta el desarrollo de la intervención terapéutica, produciéndose una mejoría más lenta y requiriéndose un mayor tiempo de tratamiento hasta conseguir una recuperación total.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Compas BE, Orosan PG, Grant KE. Adolescence stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *J Adolescence* 1993;16:331-349.
- 2 Angold A, Rutter M. Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development Psychopathol* 1992;4:5-28.
- 3 Mc Gee R, Feehan M, Williams S, Patridge F, Silva PA, Kelly J. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1990;29:611-619.
- 4 Cast CG, Strauss CC, Francis G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:726-730.
- 5 Offord DR, Bayle NH, Szatmary P. Ontario Health Study. Six month prevalence of disorder and service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:832-836.
- 6 Farrington DP. Antisocial personality: from childhood to adulthood. *Psychologist Bull Br Psychol Soc* 1991;4:389-391.
- 7 Livingston RL, Dykman RA, Akerman PT. The frequency and significance of additional self-reported psychiatric diagnoses in children with attention-deficit hyperactivity disorders. *J Abnormal Child Psychol* 1990;18:465-478.
- 8 Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:69-76.
- 9 Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: A review. *Am J Psychiatry* 1993;150:179-91.
- 10 Moreau D, Weissman HH. Panic disorders in children and adolescents: a review. *Am J Psychiatry* 1992;149:1306-1314.
- 11 Biederman J, Rosenbaum JF, Baldac EA, Faraone SV. A high-risk study of young children of parents with panic disorder and agoraphobia with and without major depression. *Psychiatric Res* 1991;37:333-348.
- 12 Kowacs M, Gatsanis C, Paulouskas S, Richard C. Depressive disorders in childhood. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:776-782.
- 13 McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. DSM-III disorders from age 11 to age 15. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1992;31:50-59.
- 14 McClellan JM, Rubert MP, Reichler RS, Silvester CE. Attention deficit disorder in children at risk for anxiety and depression. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1990;29:534-539.
- 15 Patterson GR, De Bausch BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychologist* 1989;44:329-335.
- 16 Loeber R. Early predicts of male delinquency: a review. *Psychological Bull* 94:68-99.
- 17 Harrington RC. Childhood and adolescent depression: recent developments. *Curr Opin Psychiatry* 2:480-483.
- 18 Hasmburg; wortman. Adolescent development and psychopathology. En: *Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Company; 1993.
- 19 Kendell. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell; 1975.
- 20 Christie KA, Burke, Regier DA. Epidemiological evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 1988;145:971-75.
- 21 Garber J, Kriss MR, Koch M. Recurrent depression in adolescents: a follow-up study. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1988;27:49-54.
- 22 Harrington RC. Child and adolescent depression: recent developments. *Curr Opin Psychiatry* 1989;2:480-483.
- 23 Puig-Antich J, Lukens E, Davies M. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:500-507.
- 24 Mitchell, McCauley, Burke, Calderon. Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1989;27:12-20.
- 25 Geller B, Cooper TB, Graham DL, Fetner HH, Masteller FA. Pharmacokinetically designed double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in 6- to 12-year olds with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1992;31:34-44.