

ESTRUCTURAS DEPRESIVAS EN LOS ADOLESCENTES

Por el Prof. Francisco Alonso-Fernández
Catedrático-Jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicopatología Médica
de la Universidad Complutense (Madrid).

El estudio de las estructuras depresivas propias de los adolescentes actuales exige tomar como puntos de referencia comparativa no sólo, como suele hacerse, la estructura depresiva completa y arquetípica descrita en los adultos —en cuyo análisis fenomenológico-estructural me encuentro profundamente comprometido—, sino el modelo de los adolescentes depresivos pertenecientes a épocas históricas anteriores.

La psicopatología más representativa de todas las edades, se halla en un proceso de mutación agudo, lo cual no es sino un reflejo de la gran crisis que atraviesa la mentalidad humana y el conjunto de la cultura occidental. Pienso haber dejado suficientemente cons-

tatado en diversos trabajos y libros las relaciones existentes entre ambos fenómenos básicos de nuestro tiempo, que concierne, respectivamente, a la psicopatología y a la antropología. La patomorfosis de los cuadros psiquiátricos y sus raíces histórico-culturales de tipo técnico-científico-industrial integran el conjunto articulado constituyente del capítulo de la psiquiatría sociológica que vengo denominando psiquiatría trans-histórica.

La crisis humana general propia de estos tiempos —y que conste que hablo de crisis, como recuerdo a menudo, en el sentido de Ortega y Gasset como un tránsito agudo a la forma de vivir— se agudiza durante la adolescencia. Esta agudización resulta lógica da-

do que la adolescencia representa el estadio evolutivo humano biosicosocial crítico y transformador por excelencia. De aquí la oportunidad de Ana Freud cuando dedica la consideración de anormal y patológico a todo adolescente que haya sido considerado como una «persona normal» por los adultos. La adolescencia se ha vuelto en las últimas décadas más intensa y turbulenta y mucho más prolongada que en otras épocas de la misma cultura occidental.

Por otra parte, entre los cuadros psicopatológicos que en bloque han experimentado modificaciones más intensas en los últimos tiempos, tanto cuantitativa como cualitativamente, sobresalen las depresiones. Por ambas razones (afectación máxima del cuadro depresivo y de la edad de la adolescencia por la metamorfosis tecnocientífico-industrial), entiendo que el estudio actual de las depresiones en el adolescente no puede prescindir de esta perspectiva transhistórica.

La adolescencia actual ha extremado sus características hasta el punto de haberse situado en el acmé de la gran crisis humana de la época, en el momento que el problema de la identidad propia toma su patetismo más elevado, sin alcanzar con seguridad un punto final preciso.

Hoy seguimos sabiendo con bastante precisión cuándo comienza la adolescencia, pero no cuando concluye. Son muchos los seres humanos que han sido conducidos a la tumba en los últimos tiempos a edades avanzadas de la vida sin haber abandonado la adolescencia. El borramiento del límite final de la adolescencia se debe al gran retardo con que ahora se produce el proceso de maduración afectiva, emocional y relacional. La mentalidad específica del adolescente se prolonga mucho más tiempo que antes. Esta pervivencia de rasgos inmaduros propios de la adoles-

encia y que ahora se extienden por todas las edades, tiñe a la convivencia humana de irresponsabilidad, toda vez que el comportamiento adolescente se ha puesto de moda y es vivido y hasta imitado disfrutando de la general complacencia.

La inmadurez del adolescente se exhibe hoy a cualquier edad como una condición propia y relevante, incluso con orgullo y vanidad. Lo que desprestigia es mostrar sentido de la responsabilidad, capacidad de independencia afectiva y estabilidad emocional. De esta suerte, la realidad de la adolescencia antes cuestionada, se ha afirmado como una realidad biopsicosocial y biográfica incuestionable y en la esfera de las estimaciones valorativas se ha elevado a la cúpula social, convirtiéndose en «non plus ultra» de nuestro tiempo.

Ante este jalnamiento cronológico tan impreciso que hoy tiene la adolescencia, casi no vale la pena distinguir la adolescencia precoz de la tardía, con relación al acontecer depresivo. Es obligatorio señalar de todos modos que la atipicidad propia de los cuadros depresivos en la adolescencia, va disminuyendo a medida que la adolescencia avanza y el sujeto se aproxima a la adultez.

Dentro de las depresiones, las modernas modificaciones transhistóricas más importantes conciernen a las depresiones situativas. (Prefiero hablar de depresiones situativas en lugar de depresiones unipolares por dos razones: porque así se efectúa una referencia a la etiología y porque, como vengo señalando con muchísima insistencia, existe un grupo de depresiones maníaco-depresivas distinguido por algunos autores como subtipo III de este círculo, que tiene una evolución estrictamente unipolar, efectuándose su identificación por los rasgos clínicos y la acumulación de casos bipolares en la familia.)

La incidencia general de las depresiones situativas se ha multiplicado por tres o por cuatro en las últimas décadas y sus manifestaciones se han dramatizado. Como factor responsable de este incremento de incidencia, interviene sobre toda la multiplicación de los cambios acelerados en el modo de vivir propio de la época, lo que implica la instauración súbita de nuevas situaciones con su cortejo de obligaciones y responsabilidades. Estoy con Nyssen en admitir también el incremento de la incidencia depresiva en los adolescentes, aún reconociendo que ha cambiado el concepto de depresión, volviéndose más conciso y completo lo que facilita el diagnóstico, y que ahora se acude más fácilmente al especialista. De todos modos, todavía no se ha logrado diagnosticar debidamente la depresión en la adolescencia, como lo demuestra el que en la historia un gran contingente de adultos depresivos figura el antecedente de fases depresivas en la época infanto-juvenil no correctamente catalogadas.

Ya hay autores, como Evans y Acton (1972), que se han lanzado a proclamar la depresión como el trastorno psiquiátrico más frecuente en la adolescencia. Pero la ausencia de adecuados estudios sobre la prevalencia de los trastornos psíquicos en la población general de adolescentes, recordada por Kandel y Davies (1982), no permite sostener con seguridad el aserto proclamado.

La adolescencia es hoy una época a la vez de moda y profundamente turbulenta. Llegan a ella los disturbios de múltiples lugares: las discordias familiares, el mal entendimiento generacional con los adultos, y sobre todo sus propias dificultades psíquicas para superar adecuadamente el proceso de identificación. Es el incremento de las depresiones de los adolescentes registrado en las últimas décadas, intervienen prefe-

rentemente los factores señalados, que hacen muchas veces incompatible la red de amigos iniciada en esta época con la red familiar, cuando ambas son imprescindibles y en su conjunto asumen una función protectora contra el acontecer depresivo. La desfamiliarización de la sociedad contemporánea que se traduce en la proliferación de personas jóvenes de ambos sexos, solteras, casadas o separadas, que viven independientes de la familia matriz y sin formar familia propia, constituye un fenómeno social en progresión en nuestro tiempo que favorece la incidencia de la depresión entre los adolescentes y los jóvenes. No resulta favorable para su propia salud mental que el adolescente se deje guiar por su afición a encerrarse en un grupo humano limitado y rechazar desde este claustro social todas las demás uniones posibles. El modelo más conveniente para el desarrollo de la personalidad del adolescente es el de mantener conexiones amplias y no excluyentes con los compañeros y amigos y con la familia nuclear (padres y hermanos).

La estructura depresiva propia de los adultos engloba, según investigaciones personales nuestras desde la perspectiva fenomenológico-estructural, cuatro dimensiones básicas: la del sufrimiento por vivir, la del descenso de los impulsos, la de la descompensación de los ritmos y la de la incomunicación verbal y averbal en los cauces sensorial y afectivo y cognitivo. Dentro de cada dimensión existen aspectos subjetivos y objetivos, elementos psíquicos y corporales.

En el campo de las depresiones de los adolescentes, hay algunos cuadros que se atienen a esta estructura típica. Pertenecen exclusivamente, como señalan Inamdar y colaboradores (1979), a la adolescencia tardía. Puede admitirse que antes de este momento evo-

lutivo, todas las depresiones se apartan sustancialmente de la mencionada estructura típica.

Lo que más se echa de menos en algunos adolescentes, en general, es la serie de alteraciones subjetivas propias de la depresión extendidas a las cuatro dimensiones referidas, como la falta de alegría y placer, el dolor de vivir, las cefaleas y otras molestias corporales, las ideas y las tendencias suicidas, el auto-desprecio, el aburrimiento, la apatía, la afalta de concentración y de memoria, la lentificación del pensamiento, la astenia, la adinamia, la soledad, las fuertes oscilaciones anímicas, la escasa resonancia afectiva y algunos datos más.

Los aspectos subjetivos de la depresión, más los psíquicos que los corporales, se difuminan en el adolescente por la falta habitual de una buena comunicación con el propio mundo interior. Se trata de una limitación impuesta por su falta de identidad, lo que se traduce en la carencia de una individualidad bien definida. Precisamente por esto, los niños y los adolescentes poseen un mundo interior de escasa consistencia y profundidad y son altamente permeables al influjo de los estímulos exteriores, aunque sea para oponerse sistemáticamente a ellos.

Más brevemente dicho, en las depresiones de los adolescentes los datos subjetivos cuentan mucho menos porque la subjetividad no ha tomado a esta edad todavía un desarrollo suficiente. De todos modos, los niños y adolescentes sospechosos de depresión, deben ser entrevistados convenientemente para indagar la presencia de experiencias subjetivas de esta estirpe.

Las dificultades del adolescente depresivo para conexionarse consigo mismo, no suelen pasar inadvertidas a las demás personas, que se ven así apremiadas algunas veces a realizar esfuerzos de control, por tener la sensación de

que se está poniendo a prueba su paciencia. Los informes de las personas del entorno sobre el niño o el adolescente depresivo (padres, hermanos, profesores, amigos y compañeros), como queda demostrado en el trabajo de Schnyder (1978), suelen contener importantes elementos que reflejan múltiples variables de índole objetiva y subjetiva. La introversión en cuanto dato estructural básico del aislamiento depresivo, se estructura a estas edades, con una mayor evidencia que en otras, como un repliegue narcisista.

Ocurre además que el adolescente afecto de molestias subjetivas propias de la depresión suele esforzarse intuitivamente en asignar al trastorno un origen físico, por ejemplo para el humor sombrío.

El humor depresivo tal como es recogido por algunos autores norteamericanos y el estado de ánimo triste en cuanto dato común a las llamadas depresiones neuróticas y reactivas, son elementos no integrados en la estructura depresiva, por lo cual se entiende que no pertenecen al síndrome depresivo acogido con un mínimo de rigor. La tristeza y el humor depresivo son fenómenos completamente distintos entre sí.

Las depresiones suelen expresarse en los adolescentes preferentemente por trastornos objetivos que afectan al soma y al comportamiento. Con relación a las depresiones de los adolescentes de estirpe somática, se debe puntualizar que no se trata de depresiones somatizadas, sino de depresiones acen-tuadamente depresiva fundamental. Lo que no obsta para que algunos cuadros depresivos se somaticen secundariamente en sujetos hipocondríacos previos casi siempre adultos. Pero los trastornos somáticos objetivos y subjetivos propios de la depresión, desde la cefa-

lea hasta la elevación del cortisol plasmático, no son somatizaciones o elaboraciones secundarias, sino productos depresivos primarios propios de la somaticidad o polo somatotrópico de la depresión.

Pues bien, las depresiones somatotrópicas de los adolescentes, suelen concentrarse, según mi casuística al menos, en el tubo digestivo alto, particularmente en forma de anorexia, náuseas, vómitos e identificación gastrointestinal. La sintomatología digestiva se extiende con frecuencia en el período precoz de la adolescencia a la eliminación de excretas, en forma de encopresis y enuresis.

Entre los adolescentes se manifiestan algunas veces otros trastornos somáticos frecuentes en los adultos, en particular las cefaleas y las alteraciones del sueño. Sus trastornos del sueño tienen la peculiaridad de aparecer como el dormir inquieto y agitado, la irrupción de pesadillas o sueños terroríficos y el despertar con crisis de pavor nocturno. Habrá que estudiar en el futuro la posible combinación de la depresión con las crisis sonambúlicas. Las alteraciones sexuales varían mucho de unos casos a otros, desde la absoluta inhibición hasta la hiperactividad promíscua. Pero son las alteraciones digestivas las que sobresalen por su tendencia a organizarse como una entidad estructural propia que enmascara la estructura depresiva básica.

Las alteraciones psíquicas objetivas tras las que subyace la depresión en la adolescencia, se distribuyen en cinco series estructurales: los fracasos escolares, los trastornos de conducta, el abuso del alcohol y otras drogas, las inhibiciones fóbicas y la transformación heboide.

Los fracasos escolares son la consecuencia inevitable de unos redimientos intelectuales interferidos por el hun-

dimiento energético-vital implicado en la depresión. En los centros escolares, el adolescente depresivo típico pasa por ser una persona débil, lenta, pasiva, flemática y parsimoniosa. En algunos informes de profesores se ha dicho de ellos que parecían vivir en otro mundo. A medida que se difuminan estos rasgos, fácilmente observables —no sólo en el centro escolar sino en todo su entorno— y permanece como manifestación aislada el rendimiento escolar insuficiente, puede hablarse de una constelación estructural depresiva específicamente escolar.

Dentro de su nivel general bajo, los rendimientos de los depresivos están sujetos con frecuencia a grandes oscilaciones. Esta acusada labilidad, en particular la labilidad afectivo-impulsiva, es una traducción externa objetiva de la disregulación de los ritmos, localizada en este caso en el ritmo intelectual. Por otra parte, las dificultades del pensamiento de los adolescentes depresivos se acentúan en las tareas siguientes: la captación de lo esencial y las elaboraciones abstractas; y, algo menos, en las construcciones de la fantasía.

Los trastornos de conducta, como la rebeldía extrema, las confabulaciones, las fugas, los hurtos, la hiperagresividad, la irritabilidad y la delincuencia, propios de algunos adolescentes depresivos, sobre un fondo de hiperactividad desmienten una vez más la visión angelista de la depresión. La dimensión estructural arquetípica de la depresión relacionada con la comunicación, se caracteriza a menudo no sólo por la retirada introversiva en grado mayor o menor, sino por enturbiar las relaciones con los demás mediante la desconfianza y la irritabilidad. En tanto en las depresiones de los adultos operan estos elementos como fuentes de producciones paranoides, entre los niños y los adolescentes se traducen por una con-

ducta antisocial. Además de los trastornos de la conducta originados directamente por los elementos estructurales depresivos señalados, el adolescente depresivo se desvía en otras ocasiones de la línea adaptativa con el propósito compensador de aliviar su sentimiento de inseguridad, afirmar su personalidad y no perder la estimación de los compañeros y del líder de algún grupo marginado que él frecuenta.

Tales aberraciones conductuales discrepan bastante del perfil de conducta depresivo típico —también sobresale la inseguridad, la inhibición y la pasividad—. El típico adolescente depresivo se deja conducir a un lado o a otro sin aportar nada, prefiere el contacto con muchachos de menor edad que la suya, mantiene buenas relaciones con los animales domésticos y exhibe con frecuencia una necesidad de castigo o reprimenda (lo que los autores alemanes han llamado *Strafbedürfnis*). Como modelo intermedio entre el perfil típico y la conducta hiperactiva atípica se encuentra el adolescente sensible, descontento, labil, desconfiado, antipático, celoso de sus hermanos y amigos. Para Toolan (1967), la conducta antisocial como configuración depresiva en los muchachos alcanza tanta importancia como el humor depresivo en las chicas.

El abuso del alcohol y otras drogas es en los adolescentes muchas veces una consecuencia de las dificultades y sufrimientos que interiormente les produce la depresión. El tipo de alcoholismo que vengo distinguiendo como alcoholomía, inicia sus manifestaciones antes de los 20 años en el 80% de los casos y se correlaciona positivamente con la depresión, situándose ésta, según los casos, entre los factores determinantes de la entrega alcohólico/a entre sus consecuencias. El estudio de la asociación alcoholismo-depresión es un

tema hoy de moda en la bibliografía especializada. La depresión enmascarada por el alcohol no se pone en evidencia muchas veces hasta que se instaura la abstinencia.

Ser dedica, en cambio menos atención a un dato que este equipo de trabajo del Departamento de Psiquiatría de la Complutense puso de relieve en el Congreso Internacional de Drogodependencia celebrado en Madrid en 1979. Se trata de que la administración de productos cannábicos y otras sustancias incluidas en el grupo de las drogas blandas, produce con cierta frecuencia depresión, y que a su vez esta depresión cannábica opera como un factor determinante de la alta importancia en la escala de las drogas. Los adolescentes consumidores de drogas hablan a menudo de la «depre» para referirse a la depresión. Y cuando se sienten muy afectados por ella la combaten con autodeterminación, una especie de «psicofarmacología salvaje», en términos de Pelicier, como puede ser un choque heroínico endovenoso o el impacto poderoso de otra sustancia ilegal o farmacéutica administrada por vía parenteral.

Las inhibiciones fóbicas, en especial el abandono del centro escolar, inducido por temores al profesor o a los compañeros y el aislamiento social dictado por la aparición de alguna dismorfofobia. A menudo nos encontramos con que un adolescente presa de la inhibición originada por sus respuestas angustiosas a determinadas situaciones, tiene dificultad para referir la existencia de experiencias fóbicas. Una vez más se refleja la gran dificultad del adolescente —sobre todo del adolescente depresivo— para acceder a su mundo interior y establecer contacto consigo mismo. Pero ello no debe ser obstáculo para que los estudiosos de la depresión no olviden la frecuencia con que la depresión se manifiesta en la adolescencia

por fobias escolares secundarias y dis-morfofobias.

La transformación heboide de la personalidad conduce a ostentar un comportamiento orgulloso y despectivo, retraído y distante, amanerado y rígido, no totalmente ajeno a la vivencia de esquizofrenia tan profundamente estudiada en la Psiquiatría alemana. En la fachada heboide de un adolescente subyace con frecuencia una estructura depresiva más o menos completa. Estos cuadros pueden inducir al diagnóstico de esquizofrenia. Una serie amplia de diagnósticos de la esquizofrenia aplicados a adolescentes, según el informe de Carlson y Strober (1979), han tenido que ser posteriormente rectificadas a favor de la depresión. El balance global demuestra la existencia de un exceso de diagnósticos de esquizofrenia en la adolescencia en detrimento de la depresión.

De estas cinco constelaciones depresivas estructurales atípicas propias de los adolescentes, son particularmente novedosas con relación a épocas anteriores las descritas como conductas hiperagresivas y delictivas equivalentes en cierto sentido a las depresiones paranoideas de los adultos y el abuso de drogas y alcohol.

La conexión etiológica existente entre la depresión y la anorexia mental, se ha vuelto más complicada en los últimos tiempos, a medida que el cuadro de la anorexia mental se produce con mayor frecuencia, se extiende a otras edades comienza a invadir las filas masculinas y adopta un franco polimorfismo clínico y etiológico. La anorexia mental de los adolescentes en cuanto a entidad morbosa ha dejado paso, de esta suerte, a la conducta anoréxica o síndrome de la anorexia mental. Las edades cronológicas de los sujetos afectados oscilan entre los 12 y los 30 años. Hay casos publicados de mujeres de 38 años iniciadas en el postpar-

tum. En mi casuística personal figuran ya algunas parejas de madre e hija afectadas simultáneamente.

En el moderno incremento de la incidencia de la anorexia mental intervienen factores diversos entre los que sobresalen la mayor morbilidad depresiva, el más alto consumo de drogas y de ciertos medicamentos, la hegemonía del ideal social de delgadez, el auge de la hipertrofia de la imagen corporal femenina propia y las falsas interpretaciones simbólicas sobre la función de comer. Ya ha comenzado a circular un test para evaluar las actitudes ante el alimento.

Su cuadro clínico ha adoptado un perfil evidentemente heterogéneo en su etiología y polimorfo en su sintomatología. Dentro de su heterogeneidad etiológica, se agrupan los cuadros debidos a una depresión, una neurosis obsesiva, una histeria, una esquizofrenia o una reacción vivencial, juntamente con los cuadros primarios que aparecen; por ejemplo, entre las alumnas de danza y arte dramático. La sintomatología se ha vuelto mucho más diversa. Llegan a alternar cuadros dominados por la vivencia de inmortalidad y la fobia a la muerte con otros donde impera la tendencia al suicidio. Abundan ahora incluso los cuadros regidos por el ideal de delgadez combinados con bulimia, compensada mediante vómitos o purgantes, trastorno llamado «bulimarexia» o «bulimia nerviosa», cuyo tratamiento fundamental, según la reciente revisión de Long y Cordle (1982), incluye algunas veces la terapia antidepresiva aún sin contar con la evidencia de que la estructura de la depresión se encuentra realmente presente.

El intento de desglosar la bulimarexia de la anorexia mental con la típica restricción alimentaria, se basa en datos etiológicos y clínicos, entre los cuales figura la mayor ligazón de la bulimarexia con la incidencia familiar de alte-

raciones afectivas, alcoholismo y drogodependencia, así como con el modelo de la personalidad impulsiva y poco dotada para controlar sus impulsos, todo lo cual es comentado recientemente por Srober y colaboradores (1982). De cualquier forma, se está imponiendo al fin el criterio de que la depresión asociada a la anorexia no es un epifenómeno del síndrome anoréxico y que el descenso urinario del 3-metoxi-4-hidroxi-feniglicol encontrado en el mismo se correlaciona con el grado de severidad de la depresión. Según Walsh (1982), las alteraciones del cortisol plasmático registradas en los anoréxicos reproducen el modelo de hiperactividad adrenal descrito en los depresivos.

La alteración que afecta al ciclo nicotermal del cortisol plasmático presente en un 60% de los depresivos adultos en forma de una elevación matutina que no se deja neutralizar por la administración de dexametasona, no aparece en los niños cuyos correspondientes resultados, según Golse y Debray-Ritzen (1982) se mantiene normales, pero sí es frecuente entre los adolescentes. Coinciden los autores con experiencia investigadora en esta cuestión, como Crumley y colaboradores (1982) y Robbins y colaboradores (1982) en señalar que el test de la dexametasona como marcado biológico depresivo tiene tanta sensibilidad y especificidad en la adolescencia como en la adultez.

Pero la utilidad práctica de este test para ayudar al clínico a identificar los adolescentes tributarios de tratamiento antidepresivo y a definir el momento más adecuado para suspenderles la medicación sin riesgo de recaída, espera su confirmación mediante la publicación de casuísticas más amplias. Ya puede anticiparse que aquí resulta más necesario que entre los adultos la maniobra de recurrir a la repetición del test

aprovechando las recaídas o los empeoramientos.

Finalmente, la distinción diagnóstica entre depresión situativa y depresión ciclotímica, es decir entre los grupos de depresiones bipolares y monopolares, respectivamente, resulta necesaria ante toda depresión aparecida en la adolescencia. Los datos epidemiológicos señalan que el 35% de los adultos afectados de una depresión manicodepresiva ha tenido durante la adolescencia episodios o fases de la misma enfermedad. La bipolaridad evolutiva constatada mediante la presentación ulterior de una fase maníaca en el adolescente depresivo, es naturalmente un dato diagnóstico concluyente. Pero de no contar con este dato definitivo hay que atenerse a los indicadores anticipados probables de bipolaridad entre los que figuran la presentación precoz, el comienzo extremadamente brusco, la intensa inhibición psicomotora, el cuadro psicopatológico acentuado, la presencia de elementos de psicoticismo, la alta carga familiar con enfermos bipolares y las oscilaciones hipertímicas espontáneas o precipitadas por el tratamiento antidepresivo, aunque sean muy breves.

Los cuadros depresivos de la infancia y la adolescencia, en una personalidad de organización límite, es decir, con notable tendencia a la disociación, están siendo objeto de amplios debates en la literatura de los últimos tiempos acerca de si deben incluirse o no en el género de los auténticos depresivos. La problemática es ardua, ya que durante la infancia y la adolescencia, resulta sumamente difícil identificar una personalidad límite con los criterios manejados en el adulto. Las dificultades para diferenciar este tipo de personalidad de la personalidad narcisista, entendida en la línea de los trabajos de Kohyt y Kernberg, presenta a estas edades dificultades extremas o insuperables.

A título de conclusión o resumen: aunque la estructura depresiva típica integrada por los aspectos objetivos y subjetivos, psíquicos y corporales, de las cuatro dimensiones semiológicas por mí señaladas (sufrimiento de vivir, vaciamiento, incomunicación y ritmopa-

tía) tal estructura queda inédita a estas edades infanto-juveniles con mayor frecuencia, por enmascararse con las constelaciones estructurales atípicas siguientes: la digestiva, la escolar, la hiperagresiva, la drogómana, la fóbica y la heboide.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO-FERNANDEZ, F.: *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Paz Montalvo, Madrid, cuarta edición, 1979, tomo II, pp. 227-306.
- ALONSO-FERNANDEZ, F.: *Compendio de psiquiatría*. Oteo, Madrid, segunda edición, 1982, pp. 353-372.
- CARLSON, G. y STROBER, M.: «Affective disorders in adolescence». *Psychiatric Clinic North Amer.* 2, 511-526, 1979.
- CRUMLEY, F. E. et al.: «Preliminary report on the dexamethasone suppression test for psychiatrically disturbed adolescents». *Am. J. Psychiatry* 139:8, 1062-4, 1982.
- EVANS, J. y ACTON, W. P.: «A psychiatric service for the disturbed adolescent». *British J. Psychiatry* 129, 429-432, 1972.
- GOLSE, B. y DEBRAY-RITZEN, P.: «Cortisolémie et test de freination à la descaméthasone au cours des états dépressifs récidivants de l'enfant». *J. Psy. Biol. et Thérap.* 2:6, 76-77, 1982.
- INAMDAR, S. C. et al.: «Phenomenology associated with depressed moods in adolescents». *Am. J. Psychiatry* 136:2, 156-159, 1979.
- KANDEL, D. B. y DAVIES, M.: «Epidemiology of depressive mood in adolescents». *Arch. Gen. Psychiatry* 39, 1205-1212, 1982.
- LONG, C. G. y CORDLE, Christine J.: «psychological treatment of binge eating and self-induced vomiting». *British J. Medical Psychology* 55, 139-145, 1982.
- SCHNYDER, Th.: «Depressive Kinder in ihrer näheren Umgebung». En: H. Städeli (editor): *Die chronische Depression beim Kind und beim Jugendlichen*. Hans Huber, Berna, 1978, pp. 61-81.
- ROBBINS, D. R. y colaboradores: «Preliminary report on the dexamethasone suppression test in adolescents». *Am. J. Psychiatry* 139:7, 942-3, 1982.
- STROBER, M. et al.: «Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa». *J. Nervous Mental Dis.* 170-6, 345-351, 1982.
- TOOLAN, J. M.: «Depression in children and adolescents». *Am. J. Orthopsychiatry* 32, 404-415, 1967.
- WALSH, Th.: «Endocrine disturbances in anorexia nervosa and depression». *Psychosomatic Medicine* 44:1, 85-91, 1982.