

NOSOLOGIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

M. C. Ballesteros Alcalde, V. Conde López y
G. Rodríguez Carretero

X REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA BIOLOGICA.
Participación a la II Ponencia sobre «Aspectos clínicos-biológicos de los trastornos afectivos».
Santiago de Compostela, 4 y 5 noviembre 1983.

Palabras claves:

Nosología de las depresiones infanto-juveniles
Clasificaciones de los trastornos afectivos (T.A.)
Trastornos afectivos infantiles juveniles

Key words:

Nosology of child-depression
Classifications of child disorders (A.D.)
Affective disorders in Child and Young Psychiatric

Fecha de envío: 14 de marzo de 1985

1. INTRODUCCION HISTORICO Y CONCEPTUAL

1.1. Introducción a la problemática de la nosología en paidopsiquiatría

Numerosos autores se han preocupado de los sistemas clasificatorios en paidopsiquiatría (Achenbach, Ackerson, Freedman, Jenkins y Glicman, Spitzer y Rutter), fundamentalmente después de la aparición del paidopsiquiatra, el cual no estaba tan condicionado como sus predecesores, los «psiquiatras de adultos que trataban niños», en gráfica expresión de Mendiguchia (1982). Antes de mediados de nuestro siglo la nosología psiquiátrica infantil prácticamente no existía como tal, limitándose a des-

cripciones nosográficas aisladas, tratando de encontrar en los niños las características que hacían semejantes sus cuadros psicopatológicos a los padecidos por los adultos. Sin embargo, parece indudable que existan diferencias entre unos y otros; así, Achenbach (1966), señaló una serie de ellas, a las que se pueden añadir tantas como constructos y modelos conceptuales haya en un momento histórico determinado sobre el enfermar en las primeras edades de la vida, en sus diversas aproximaciones psicopatológicas. Por ejemplo, y en primer lugar, el niño acude a consulta por voluntad de los adultos y, rara vez, contribuye voluntaria y conscientemente al proceso diagnóstico y a las indicaciones terapéuticas. El diagnóstico clínico se basa, cotidianamente, sobre todo, en

observaciones provenientes de los padres, maestros y médicos y no sobre los informes que el paciente infantil da sobre sí mismo, lo que constituye la base fundamental de un diagnóstico en los adultos. En segundo lugar, la mayoría de los trastornos psicopatológicos generales de los adultos no tienen una trasposición a la infancia. Para el citado autor la falta de relaciones entre los principales cuadros psiquiátricos que se observan en la infancia y en la edad adulta constituyen un argumento contra la aplicación apriorística en los niños de concepciones diagnósticas realizadas y para el adulto. Por último, la psicopatología de los adultos puede evaluarse en relación con criterios de interferencia en el funcionamiento social, psicológico y biológico. En los niños debe tenerse en cuenta, además el desarrollo, el crecimiento, la maduración y el estadio de evolución en que se encuentre en un momento dado, siendo a veces más importante que los síntomas en sí, la ausencia de una conducta adaptativa y la falta de progreso de una o más dimensiones del desarrollo, por lo que el paidopsiquiatra debe buscar no solamente la remisión de los síntomas sino, también, y de una forma más radical, el progreso en el desarrollo tanto cognitivo como social y emocional del niño. Por todo ello, Achenbach sugiere que la psicopatología infantil Podría exigir un marco nosológico de referencia diferente al empleado en psiquiatría de otras edades de la vida, todo lo cual tampoco parece específico, aunque sí diferencial, de cualquier etapa de la vida humana en la que los procesos de evolución o involución se imbriquen en lo psiquiátrico como ocurre en gerontopsiquiatría.

Mendiguchia (1982), más recientemente, cuando se plantea el problema de la nosología, considera dos factores fundamentales que diferencian a los ni-

ños de los adultos. Por una parte el factor temporal, ya que al ser el niño un ser en evolución los síntomas que aparecen un día de determinada manera pueden cambiar rápidamente y aún desaparecer a veces espontáneamente, por un proceso de maduración o por el influjo de fuerzas ambientales; el mismo concepto de lo patológico se modifica cuando se tiene en cuenta la edad del niño. En segundo lugar, las fronteras entre los diversos cuadros nosológicos, relativamente delimitados en el adulto, no lo están en el niño. A aquí precisamente surge una de las raíces del diagnóstico nosológico y semiológico por criterios observacionales —directos o indirectos—, así como multiaxiales, con objetivos pragmáticos de incrementar significativamente la fiabilidad, validez y estabilidad diagnóstica. Los mismos conceptos de salud y enfermedad, muy relativos al aplicarlos a los adultos, tienen en paidopsiquiatría un sentido más indeterminado en su definición, designación, denotación, connotación y, frecuentemente, pasan desapercibidos o son sobrevalorados, dependiendo de la tolerancia del medio ambiente, tanto familiar como escolar o social entre otras cosas, a veces más que el propio cuadro clínico. Sin ánimo de entrar en polémica sobre la necesidad de profundizar en una paidopsicopatología fenomenológica y analítico-existencial y, nuevamente, a modo de ejemplo, algo semejante ocurre con «ser» y «estar enfermo», «ser depresivo» y «estar deprimido», «ser un distímico» y «estar disfórico», etc.

Otro autor español, L. Martín Santos, en la VI Reunión de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil en 1958, refiriéndose al problema de la nosología en paidopsiquiatría se preguntaba de qué manera la obsesión taxonómica por «la especie morbosa» que tanto preocupaba a la psiquiatría de adultos de la época,

había favorecido o estorbado al desarrollo de la paidopsiquiatría, suministrando pautas válidas de trabajo o más bien simples lechos de procusto en los que era necesario introducir al niño a la fuerza, deformándole y haciéndole perder su originalidad. Son cuestiones que aún quedan sin respuesta, aunque si cada vez mejor planteadas tanto lógica como clínicamente.

Pese a todos estos problemas, se han hecho intentos de clasificación, y uno de los primeros fue realizado por Ackerson, en 1942, que utilizó métodos estadísticos para obtener correlaciones entre los problemas de conducta observados en los niños, logrando un número tan alto de ellas —superaban las siete mil— que resultaba enormemente complejo para ser utilizado en la práctica clínica habitual y con poco interés en relación a los T.A.

En 1946 Jenkis y Glickman (Tabla I), combinando criterios estadísticos y clínicos obtuvieron cinco síndromes para ambos sexos: hiperinhibido, delincuente social, agresivo no socializado, con lesión cerebral y esquizoide.

El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría publicó en 1952 el DSM-I, pero sin mencionar los trastornos psíquicos en la infancia. En 1966 la misma Asociación Americana de Psiquiatría a través de su grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP) (Tabla II), en

TABLA I

**SINDROMES PAIDOPSIQUIATRICOS
CLINICO-ESTADISTICOS SEGUN
JENKINS Y GLICKMAN (1946)**

- 1. Síndrome hiperinhibido
- 2. Delincuente social
- 3. Síndrome agresivo no socializado
- 4. Síndrome esquizoide

TABLA II

**COMITE DE PSIQUIATRIA INFANTIL
DEL GRUPO PARA EL AVANCE DE
LA PSIQUIATRIA (Nueva York, 1966)**

- 1. Respuestas sanas:
 - Crisis del desarrollo.
 - Crisis situacionales.
- 2. Desórdenes reactivos.
- 3. Desviaciones del desarrollo.
- 4. Desórdenes psiconeuróticos:
 - Neurosis ansiosa.
 - Neurosis conversiva.
 - Neurosis disociativa.
 - Neurosis obsesivo-compulsiva.
 - Neurosis depresiva.
 - Neurosis traumática.
- 5. Trastornos de la personalidad:
 - Personalidad compulsiva.
 - Personalidad histérica.
 - Personalidad ansiosa.
 - Personalidad sobredependiente.
 - Personalidad oposicionista.
 - Personalidad sobreinhibida.
 - Personalidad sobreindependiente.
 - Personalidad esquizoide.
 - Personalidad desconfiada.
 - Desórdenes de descarga de tensión.
 - Personalidad neurótica.
 - Deseviación sexual.
- 6. Psicosis:
 - De la temprana infancia.
 - Autismo.
 - Simbiosis.
 - De la latencia.
 - Esquizofrenia.
 - Otras.
 - De la adolescencia.
 - Esquizofrenia.
 - Otras psicosis.

TABLA III

TERCER SEMINARIO DE LA O.M.S.
(París, 1967)

- 0.0. Variaciones normales.
- 1. Reacciones adaptativas.
- 2. Trastornos específicos del desarrollo.
 - 2.1. Hipercinesia.
 - 2.2. Trastornos de la palabra y el lenguaje.
 - 2.3. Otras dificultades específicas del aprendizaje.
 - 2.4. Dispraxia de evolución (o torpeza anormal).
 - 2.5. Enuresis (como síntoma aislado).
 - 2.6. Encopresis (como síntoma aislado).
 - 2.7. Tics.
 - 2.8. Tartamudez.
- 3. Trastornos del comportamiento.
- 4. Trastornos neuróticos.
- 5. Psicosis.
 - 5.1. Psicosis infantil temprana.
 - 5.2. Psicosis desintegrativa.
 - 5.3. Esquizofrenia.
 - 5.4. Otras psicosis.
- 6. Trastornos de la personalidad (desviaciones sexuales).
- 7. Trastornos psicossomáticos.
- 8. Otros síntomas clínicos.
 - 8.1. Estado confusional agudo.
 - 8.2. Demencia.
 - 8.3. Síndrome de Guilles de la Tourette.
 - 8.4. Anorexia nerviosa.
 - 8.5. Cualquier otro síndrome clínico.
- 9. Trastornos caracterizados por subnormalidad mental únicamente (no encuadrable en ninguno de los síndromes anteriores).

su Sección de Psiquiatría Infantil, propone una clasificación con seis categorías diagnósticas, dentro de las cuales los T.A. podían incluirse en los desórdenes reactivos y en los psiconeuróticos, donde se integran las neurosis depresivas.

De la misma manera la O.M.S. en la Sección 5ª de su clasificación (1960) no disponía de un sistema apropiado para los trastornos psiquiátricos infantiles, y por ello el Comité de Expertos de dicha organización en la Reunión celebrada dicho año, observando tal carencia, expuso la necesidad de una clasificación conjunta para la infancia. El Tercer Seminario de la O.M.S. celebrado en París en 1967 propuso ya una clasificación de los trastornos paidopsiquiátricos (Tabla III). En dicha clasificación del T.A., fundamentalmente los depresivos, podrían incluirse en las reacciones adaptativas y trastornos neuróticos. En 1968 en la 8ª revisión aparecen por primera vez varias, escasas, categorías diagnósticas dedicadas a la infancia, algunas de ellas referentes ya a T.A.

Con la misma perspectiva histórica en los albores de la década de los 70 y desde un sistema teórico diferente, A. Freud elaboró una clasificación de trastornos paidopsiquiátricos (Tabla IV). En este contexto los trastornos afectivos resultan de cambios en la economía de la libido o dirección de la catexis.

Rutter en 1978, sienta los principios básicos para una buena clasificación multiaxial en Psiquiatría Infantil. Posteriormente Achenbach (1980), Spitzer y Cantwell (1980), vuelven a ocuparse del tema de la nosología, al considerar las aportaciones del DSM-III a la clasificación en paidopsiquiatría, aspectos evaluados posteriormente.

La Sociedad Americana de Psiquiatría, ya había publicado el DSM-II (1968), donde se describían trastornos más es-

pecíficos de la niñez y adolescencia, aunque los afectivos tenían que incluirse en las mismas categorías que los de los adultos. En 1980, hito histórico para el estudio de los trastornos afectivos contemporáneos, antes, y actuales a partir de la celebración de la Reunión

de Paidopsiquiatras de la Unión Europea (Estocolmo), el DSM-III se mantiene en la misma línea y señala explícitamente que los trastornos afectivos en el niño se diagnosticarán siguiendo los mismos criterios que en el adulto (Tabla V). En este Manual existen ya cate-

TABLA IV

**CLASIFICACION PSICOANALITICA DE LOS TRASTORNOS
PAISOPSIQUIATRICOS SEGUN A. FREUD (1970)**

1. Síntomas que resultan de una no-diferenciación entre procesos somáticos y psicológicos: enfermedades psicosomáticas.
 2. Síntomas que resultan de formaciones de compromiso entre el ello y el yo: neurosis.
 3. Síntomas que resultan de la irrupción del ello en el yo: psicosis y/o delincuencia.
 4. Síntomas que resultan de cambios en la economía de la libido o dirección de las catexis:
 - Megalomanía.
 - Descuido del cuerpo.
 - Estados depresivos.
 - Despersonalización.
 - Hipocondría.
 5. Síntomas que resultan de cambios en la cualidad o dirección de la agresión:
 - Inhibiciones.
 - Fallas en el juego, aprendizaje.
 - Autoagresiones.
 - Explosiones agresivas.
 6. Síntomas que resultan de regresiones sin defensas:
 - Infantilismo.
 - Pseudodebilidad.
 - Sobredependencia.
 - Rasgos pasivo-femeninos.
 - Ineficiencia.
 7. Síntomas que resultan de causas orgánicas.
-

gorías diagnósticas para los trastornos de inicios en la infancia, la niñez o la adolescencia.

1.2. Introducción histórica y conceptos básicos sobre las divisiones, ordenamientos y clasificaciones de los trastornos afectivos en paidopsiquiatría

Es típico referirse al IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras como el comienzo de una preocupación

por los trastornos depresivos del niño que llevaría a la programación de estudios más sistematizados; esta fecha, 1971, marca un hito importante en la aproximación científica a estos trastornos de los que ya se encontraban referencias muchos años atrás. Estados de excitación y de depresión fueron señalados en 1852 por Delasieuvre. Moreau de Tours (1888), refería que el niño, a partir de los 7 años podía presentar una clara excitación maníaca o por el contrario una manifiesta depresión, y así mismo Griesinger (1867), refiriéndose a

TABLA V

	DSM-II (1968)	DSM-III
Trastornos mentales orgánicos		292.84 Trastornos afectivos por alucin. 293.83 Síndrome afectivo orgánico
Trastornos esquizofrénicos	295.70 Esquizofrenia tipo esquizoafectivo 295.73 Esquizofrenia tipo esquizoafectivo agitado 295.74 Esquizofrenia tipo esquizoafectivo depresiva	295.70 Trastornos esquizoafectivo 295.XX Esquizofrenia con trastorno afec. atípico superpuesto
Trastornos afectivos mayores	296.10 Enfermedad maniaco-depresiva tipo maniaco 296.20 Enfermedad maniaco-depresiva tipo depresivo 296.30 Enfermedad maniaco-depresiva tipo circular 296.33 Enfermedad maniaco-depresiva tipo circular, maníaca 296.34 Enfermedad maniaco-depresiva tipo circular, depresiva	296.4X Trastorno bipolar maniaco 296.2X Depresión mayor: 1º episodio 296.3X Depresión mayor recurrente 296.5X Trastorno bipolar depresivo 296.6X Trastorno bipolar mixto
Otras psicosis	298.00 Reacción psicótica depresiva	
Trastornos neuróticos	300.40 Neurosis depresiva	300.40 Trastorno distímico
Trastornos adaptativos	307.00 Reacción adaptativa infantil 307.10 Reacción adaptativa de la niñez 307.20 Reacción adaptativa de la adolescencia	309.00 Trastorno adaptativo con estado ánimo depresivo 309.28 Trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos

la posibilidad de encontrar estados depresivos en la infancia, afirmaba: «También las formas melancólicas aunque decididamente menos corrientes, se producen en la niñez en todas sus variantes». Kraepelin (1921), señala que «En raros casos (0,4%) de la enfermedad maniaco-depresiva, los comienzos pueden encontrarse antes de los 10 años»; este mismo hecho es señalado por Breuler en 1936, y mucho antes lo había sido por Esquirol. En la década de los cuarenta al alcanzar la paidopsiquiatría su autonomía, las opiniones sobre la posibilidad de existencia de estos trastornos, son a veces contrapuestas. Así Kanner (1946) mantiene que los trastornos afectivos tales como la psicosis maniaco-depresiva son bastantes raros antes de la pubertad, y otros como Rice (1944), Olkon (1945) y Campbell (1952) siguen las opiniones clásicas de la posibilidad de su existencia ya en la infancia. En 1952, el interés por estos trastornos se pone de manifiesto con la publicación de un número monográfico en «The Nervous Child» sobre la enfermedad maniaco-depresiva en la infancia. Consideración aparte merece el camino seguido por los trastornos depresivos, desde que Spitz en 1945 publicó sus observaciones sobre las depresiones precoces de los niños a los que separaban de su madre y que denominó en un término que ha quedado clásico **Depresión anaclítica**. Bowlby (1951) describió unos cuadros «con gran parecido a los síndromes depresivos» determinados por la carencia de cuidados maternos, caracterizados por una disminución de interés en la comunicación, apatía, inhibición, pobre reactividad, abatimiento y tristeza. Aubry denominó «síndrome de estabulación hospitalaria» a un cuadro similar al anterior que aparecía en los niños que cambiaban frecuentemente de hogar. A partir de estos trabajos referidos a niños de

edades muy cortas fue generalizándose la opinión de la posibilidad de existencia de trastornos depresivos durante la segunda infancia y prepubertad, y a partir de 1960 crece el interés por los trastornos depresivos en los niños quizá por la convergencia histórica de tres grandes procesos, que fructifican posteriormente. En primer lugar, la madurez del sistema pedagógico-psicoanalítico, que prácticamente es el único capaz de proporcionar una concepción coherente de la etiopatogenia médico-psicológica y paidopsiquiátrica, cristalizando en las obras de A. Freud y su escuela. Al mismo tiempo, los desastres de la guerra exigen dar respuesta en la práctica clínica cotidiana al sufrimiento humano y especialmente al dolor de los niños huérfanos, abandonados, vagabundos, marginados, desenraizados, emigrantes, que sufren todas y cada una de las pérdidas posibles que se han descrito como causas de depresiones. En tercer lugar, con la aparición de la psicofarmacología en 1952, surge la última revolución psiquiátrica que permite el nacimiento primero, y el desarrollo posterior de una paidopsiquiatría biológica, que junto con los avances de la psicología genética y evolutiva se constituirían en las raíces actuales de nuestro quehacer.

Posteriormente se han ido multiplicando los trabajos acerca de estos trastornos afectivos observándose una serie de dificultades en su diagnóstico siendo quizás la principal el delimitar unos criterios nosológicos y nosográficos ya que la consideración del niño como un ser en constante evolución afectiva y cognitiva hacía difícil mantener unos criterios estables y válidos para todas las edades. Han sido numerosos los propuestos, valga como ejemplo la relación de los publicados en la década de los sesenta: Toolan (1962), Sandeler y Joffe (1966), Frommer (1968), Ling,

Ofiedal y Weinberg (1970), Poznanski y Zull (1970), Malmquist (1971), Nissen (1971), Barwin (1972), Arajarvi y Huttunen (1972), Vranjesevicradovic (1972), Huhn y Kuhn (1972), Connell (1972), Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick y Dietz (1973), McComville, Boag y Purchit (1973), Cytrin y McKnew (1974) y Renshaw (1974). A todos ellos hemos de añadir los incluidos en la sección 5.^a de la C.I.E. en su 8.^a y 9.^a revisión así como los del DSM-II y DSM-III. Como conclusión, se podría considerar la década de los cuarenta como la de maduración de los sistemas psicodinámicos, la de los cincuenta el descubrimiento y avances de la psicofarmacología y la de los sesenta se caracteriza por la búsqueda de criterios diagnósticos, fiables, válidos y estables, que culmina, por el momento, en los intentos de clasificaciones multiaxiales y glosarios de referencia clínica.

2. CLASIFICACIONES ACTUALES DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Se entiende habitualmente por **nosología** los sistemas de división, ordenamiento y clasificación metódicos de las enfermedades, con objeto de establecer las características distintivas y diferenciales que permitan su investigación, designación, conceptualización, diferenciación, predicción, control, etc. Por **nosografía**, la descripción metódica de las enfermedades y extensivamente de los síndromes, complejos nosológicos, agrupamientos semiológicos, etc. Por **taxinomia**, **taxonomia** o **biotaxia** se entiende la división, discriminación o distribución de los elementos clínicos —cualesquiera que sea su nombre y valgan como ejemplo: trastor-

nos, alteraciones, perturbaciones— entre un cierto número de clases, habitualmente de forma disyuntiva con objeto de establecer un ordenamiento jerárquico, habitualmente de tipo estático, hasta intentar llegar a clasificaciones cada vez más sistemáticas en las cuales las diversas formas de clases se encuentran vinculadas por una o más relaciones que denotan, a su vez, relaciones con la realidad, en nuestro caso y de la forma más natural y menos subjetiva posible; en último extremo, todo sistema taxonómico más que una teoría o sistema de proposiciones es un sistema de conceptos y un conjunto de hipótesis asociado al sistema conceptual, que se utilizan para establecer la clasificación pero no se presentan en la misma; de aquí las dificultades en establecer tales sistemas taxonómicos en medicina en general y en psiquiatría en particular, y la confusión provocada en este campo por la imposibilidad de dilucidar y precisar conceptos; de aquí también que las obras actuales al uso traten más de «clasificaciones» que de sistemáticas o de taxonomías, al ser aquellas mucho menos categóricas y comprometedoras.

Sin más pretensiones, por el momento, que las derivadas de establecer un conjunto de aproximaciones nosológicas relevantes en nuestra actividad cotidiana, a continuación se resumen las nosologías fundamentadas en modelos de desarrollo genético-evolutivos, psicodinámicos, clínico-fenomenológicos y fenoménicos, «adultomorfos», neurobiológicas, psicométricas y conductistas.

Somos conscientes de las limitaciones de esta primera aproximación, de las dificultades en establecer una lógica jerarquizada y real y de la imposibilidad de agotar un ámbito bibliográfico que crece exponencialmente en las últimas décadas. Sólo la conjunción de los esfuerzos en investigación básica y

aplicada al servicio de nuestra práctica paidopsiquiátrica, permitirá contrastar nuestra experiencia real con la foránea. Valga como ejemplo, nuestra impresión de encontrarlo en una región de baja frecuencia de trastornos depresivos, en general, y paisopsiquiátricos, en particular; se podría establecer un conjunto de hipótesis, en función de las cuales el niño promedio castellano tendría, en su caso, una dotación biopsicológica común a la de otras regiones y países, pero con el desarrollo se troquelarían formas de aparición y expresión clínicas que no se ajustan a los patrones, modelos y criterios descritos en los últimos años.

2.1. **Nosologías basadas en sistemas y teorías del desarrollo genético-evolutivo y psicodinámico**

Al enfrentarnos con el problema de los trastornos afectivos en la infancia, siguiendo un modelo genético-evolutivo, es obligado comenzar por los trabajos de M. Klein, quien siguiendo a Abraham en su división de la fase oral en dos períodos: oral de succión y oral agresivo, formuló su teoría sobre la evolución de la libido en el primer año de la vida del niño. A la llamada por ella **posición esquizo-paranoide**, que abarcaría los 6 primeros meses de la vida del niño, seguiría la **posición depresiva**, en la que éste es capaz de vivir a su madre como «objeto total», fuente tanto de frustraciones como de gratificaciones, pudiendo ya sentir agresión ante dichas frustraciones, a las que reaccionaría con sentimientos de culpa y necesidad de reparación. La adecuada superación de ambas posiciones, supondría el primer paso hacia una madurez de la personalidad; consecuentemente, esta posición depresiva no implica trastorno

mental alguno sino, al contrario, un **estado evolutivo** normal.

En esta misma línea, algunos autores han insistido en la depresión durante la infancia como expresión emocional de un **estado fundamental y primario del yo**, que surge cuando el individuo se siente incapaz de obtener gratificaciones suficientes para mantener su equilibrio narcisista (Bibring, 1953). De la misma manera Hartmann (1964), postula que la capacidad para deprimirse en una medida apropiada a la causa originaria, es un importante **índice de salud**, y debe ser expresada por el niño normal a lo largo de su desarrollo como respuesta a pequeñas frustraciones, separaciones cortas y leves disminuciones de su autoestima. Sandler y Joffe (1965), describieron la depresión como un **afecto básico negativo** que aparece cuando se pierde un estado de bienestar, considerándola como una respuesta psicobiológica que, siguiendo a una privación, puede ser canalizada normalmente buscando nuevas fuentes de bienestar; por último, Arietti (1973) acepta también la existencia de la tristeza como una reacción a la privación que puede tener un objetivo beneficioso, alertando al individuo a buscar otros modos de obtener gratificación y estima. Es el fracaso en esta tarea lo que llevaría a la parición de la depresión como episodio clínico.

Siguiendo el punto de vista evolutivo, R. Spitz describe el cuadro, ya clásico, de la **Depresión Anaclítica** que sobrevendría cuando la separación de la madre sucede en la segunda parte del primer año de la vida del niño, en que pasada la crisis de angustia o fobia —al extraño, el niño es capaz de reconocer a su madre como un «objeto» diferenciado y distinto del resto de las personas. La pérdida de la madre en este período, conlleva un riesgo decisivo para el funcionamiento del Yo, dando lugar

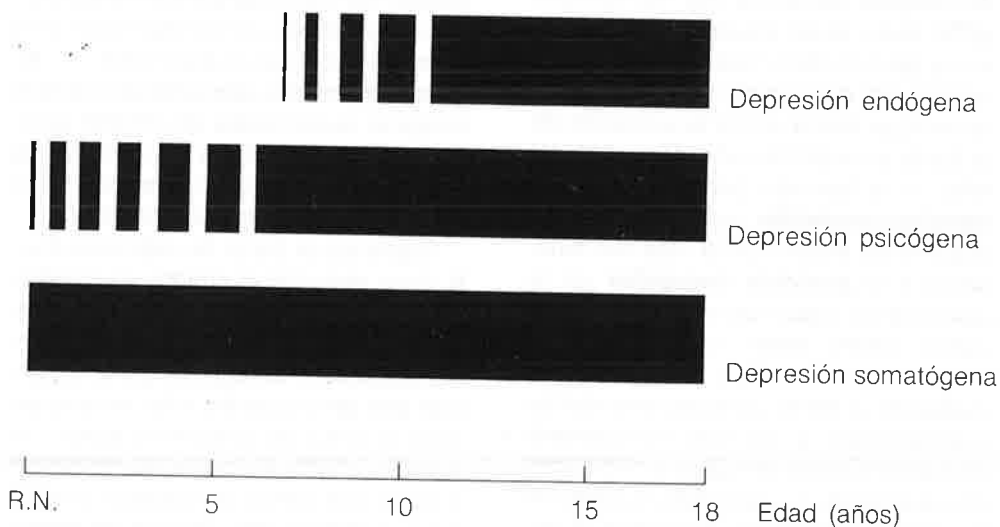
a los síntomas que dicho autor describió, característicos de este tipo de depresión. Aunque este cuadro ha sido criticado posteriormente por algunos autores, que lo consideran debido simplemente a carencia de estímulos, tiene la importancia de haber sido el primer estudio sobre las reacciones del niño a frustraciones afectivas precoces. Asimismo Nissen (1978), considera que ya en épocas muy precoces de la niñez pueden aparecer depresiones que él incluye entre las somatógenas, encuadrándose en ellas ciertos cuadros que más tarde se diagnosticarán de **depresión psicopática** (Figura 1).

Posteriormente, alrededor de los dos años de la vida del niño, se han descrito las depresiones de separación, fun-

damentalmente estudiadas por Bowlby, que consideraba su evolución de la siguiente manera: una primera fase de «protesta», que sigue inmediatamente a la pérdida, en la que el niño expresa su pena con llanto y llamadas a la madre, sin que otras personas le sirvan de sustituto materno. Le sigue la fase de «depresión», en la que cesan las quejas presentando una apariencia de patía y pena, sin responder a otras personas en sus demandas afectivas para, posteriormente, aferrarse excesivamente a alguna de ellas. Terminaría la elaboración de la pérdida con la fase de «despegamiento», en la que aparece más alegre, despreocupado, aceptado el afecto de los demás y estableciendo nuevas relaciones.

FIGURA 1

CRONOPATOGRAMA DE LAS FORMAS DE APARICION DE LAS DEPRESIONES SOMATOGENAS Y ORGANICAS, PSICOGENETICAS Y ENDOGENAS FASICAS UNIPOLARES O BIPOLARES NISSEN 1978



Aparentemente, termina con una vuelta a la normalidad pero con una mayor vulnerabilidad ante nuevas pérdidas.

Como el negativo de las descripciones de Bowlby, M. Mahler (1961), comunicó sus observaciones respecto a los niños que mostraban una gran dificultad para separarse de su madre y

que, sin embargo no parecen obtener gratificación en esta relación. Son niños sometidos y resignados, que aparecen como descontentos, enfadados, inhibidos y sin la «exuberancia» que generalmente muestran los niños en la primera infancia; sin observarse síntomas depresivos francos, tenían, en su opinión,

FIGURA 2

**DEPRESIONES DEPENDIENTES DE LA SOCIALIZACION EN LA INFANCIA
SEGUN G. NISSEN (1976)**

Edad	
15	Depresión de maduración.
14	
13	
12	Depresión neurótica.
11	
10	
9	Depresión de sobrecarga.
8	
7	
6	Depresión inducida.
5	
4	
3	Depresión de la separación.
2	
1	
R. N.	Depresión anaclítica.

un alto riesgo de presentar más tarde alteraciones afectivas.

Nissen (1976) sitúa las depresiones por separación alrededor de los dos años de la vida del niño. Este mismo autor describe la, llamada por él, «depresión inducida» en niños cuyas madres sufren cuadros depresivos, considerándola como una trasposición de estos síntomas a su hijo. (Figura 2)

Llama la atención que fueron autores de la Escuela Psicoanalítica los que describieron cuadros depresivos en los primeros años de la vida del niño y, posteriormente, otros autores, psicoanalistas también, negaron la posibilidad de la existencia de depresión en la infancia, basándose solamente en formulaciones teóricas. Así, Rochlin (1959) mantenía que si la melancolía era el resultado de un conflicto intrapsíquico derivado de un Super-Yo punitivo, era lógico pensar que los niños al carecer de un Super-Yo estructurado no podían sufrir sentimientos depresivos. Posteriormente, RIE (1966) considerando, dentro de la psicología del Yo, la depresión como una pérdida de autoestima motivada por la discrepancia entre el Yo

Ideal y el Sí Mismo (self) real, dado que los niños carecían de una autoimagen ideal estable, serían inmunes a la depresión. Arieti postuló una jerarquía de las emociones en la que la depresión sería un estado emocional de orden superior, que requiere un alto nivel cognitivo y social. Aunque estas ideas frenaran durante un tiempo los estudios sobre depresiones, desde el punto de vista dinámico, clínicamente era imposible negar la evidencia de su existencia y siguieron describiéndose cuadros depresivos en niños. Las que tienen lugar en la edad escolar fueron estudiadas por numerosos autores, algunos de los cuales como Cytryn y McKnew (1972) las clasificaron en tres tipo: **agudo, encubierto y crónico**, cuyas características se resumen en la Tabla VI.

McConville y cols. proponen una clasificación, teniendo en cuenta la edad del niño, en tres grupos: de los 6 a los 8 años, al que denominan «tipo afectivo», ya que se expresa fundamentalmente en sentimientos de tristeza y desamparo; un segundo grupo, de los 8 a los 10 años, en el que lo predominante es la negativa autoestima con inten-

TABLA VI

**CLASIFICACION DE LAS REACCIONES DEPRESIVAS EN LA INFANCIA MEDIA
SEGUN CYTRYN Y MCKNEW (Año 1972)**

Tipo	Frecuencia	Desencadenante	Adaptación premórbida	Patología familiar
Agudo	Bastante común	Pérdida reciente	Bien adaptado	Benigna
Encubierto	Muy frecuente	Ninguno	Grave, acting-out variado	Psicopatía grave
Crónico	Raro	Ninguno	Adaptación marginal	Padres deprimidos; separaciones tempranas frecuentes

sos sentimientos de desvalorización y de no ser querido, y un tercer grupo, a partir de los 10 años, en que ya se expresan, verbalizándose, ideas de culpabilidad y autodestrucción.

En estas edades, Nissen sitúa la **depresión por sobrecarga o depresión escolar**, con un importante condicionamiento sociológico, relacionándose con determinados substratos sociales, anómalo comportamiento de los maestros y nefastas reformas educativas; hace hincapié en el aumento de los suicidios en niños en edad escolar desde que la enseñanza se declaró obligatoria, aunque este hecho pudiera tener otras causas ajenas a la problemática escolar. Estas «reacciones de sobrecarga», según Mierke evolucionan en la infancia siguiendo tres fases: agresión, regresión y restitución. En la primera se objetiva una actividad excesiva, quizás como mecanismo de sobrecompensación, pero sin un objetivo adecuado; en la fase de regresión se observa inhibición, disminución del rendimiento y restricción en la esfera de intereses. En su opinión del autor esto, protegería al niño de una conmoción destructiva, facilitando la última fase de restitución. (Figura 3)

A partir de esta edad, aproximadamente los 10 años, pueden aparecer otros tipos de depresiones similares a las de los adultos: orgánica y sintomáticas, endógenas fásicas, constitucionales, etc. siendo las de los años anteriores, fundamentalmente psicógenas. (Figura 4)

Concluyendo la evolución de la infancia, ya en la adolescencia se han descrito las **depresiones de maduración**, llamadas por algunos autores psicoanalíticos, Lebovici entre otros, **depresiones de inferioridad**, en relación con la turbulencia de esta época debida a las dificultades en encontrar la identidad del yo, en responder a las exigencias pa-

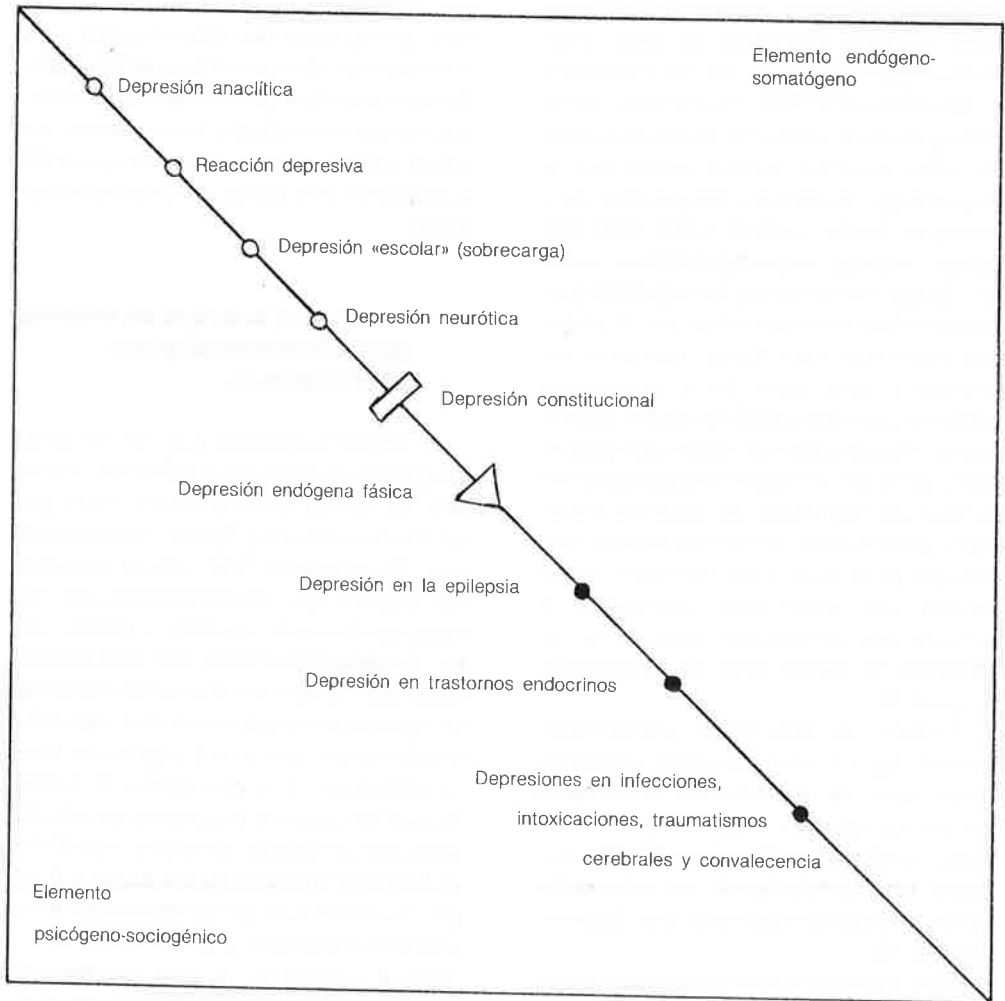
ternas y por los problemas de identificación. Akiskal (1980-83), refiriéndose a las depresiones crónicas las divide en cuatro subgrupos, uno de los cuales, que él denomina **carácter spectrum**, comenzaría en la infancia o adolescencia, seguiría un curso intermitente, apareciendo en personalidades dependientes, histriónicas o sociopáticas, siendo nula la respuesta de estos cuadros a los timolépticos. En los antecedentes familiares presentan con frecuencia trastornos de personalidad y alcoholismo, así como padres separados o divorciados o cualquier otro grado de disarmonía familiar.

2.2. Nosologías basadas en criterios clínico-fenomenológicos y fenoménicos

El DSM-III explicita que los criterios diagnósticos para los trastornos afectivos han de ser los mismos en niños que en adultos con muy ligeras modificaciones. Sin embargo, han sido numerosos los autores que interesándose por los cuadros afectivos del niño y adolescente, fundamentalmente los depresivos, describen síntomas diferentes teniendo en cuenta el estadio evolutivo del niño, lo que daría lugar a una expresión clínica diferentes a la del adulto. El hecho de que en algunas edades no pueda observarse un estado de ánimo claramente disfórico lleva a algunos autores a negar la existencia de la depresión en la infancia (Lefkowitz y Burton, 1978), y a otros a considerar la casi totalidad de los trastornos psicopatológicos de la infancia como posible expresión de un trastorno afectivo. De ahí la enorme diferencia entre las cifras dadas respecto a la incidencia de estos trastornos en la infancia y que varían del 1,6% (Nissen) o 3% (Weber) al 25% (Toolan y Frommer). Dadas las especiales ca-

FIGURA 3

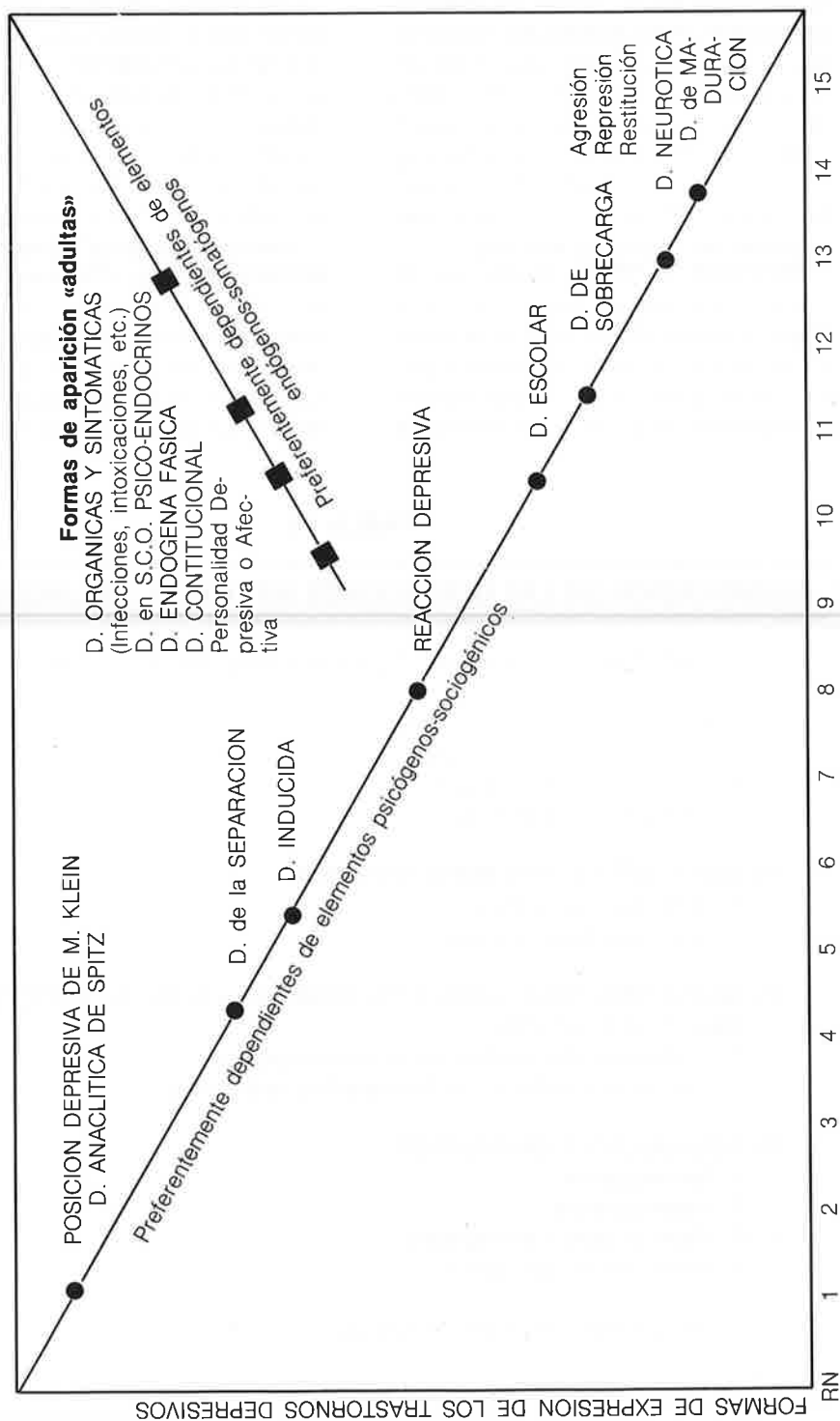
**ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL DE LAS DEPRESIONES EN LA INFANCIA
SEGUN G. NISSEN (1976)**



- Predominio reactivo.
- Reactivo y condicionado por la disposición (núcleo neurótico-psicopático).
- ▽ Predominio de la predisposición.
- Predominio somatógico (sintomático).

FIGURA 4

CLASIFICACION ETIOPATOGENICA MULTIFACTORIAL DE LAS DEPRESIONES INFANTO JUVENILES SEGUN NISSEN (1976) (MODIFICADO POR V. CONDE LOPEZ)



racterísticas de los trastornos psicopatológicos en estas edades los términos, equivalentes depresivos, depresión enmascarada, etc. han sufrido en nuestra opinión un gran abuso en su utilización.

No obstante, es evidente que hay que tener en cuenta el momento evolutivo del niño al considerar los síntomas que expresan un trastorno afectivo.

Malmquist, en 1972 propuso una clasificación basada en los estadios evolutivos y cómo afecta esto a la manifestación clínica de la depresión (Tabla VII). Glaser especifica dos tipos clínicos de depresión: la primera se manifesta-

ría en retrasos de desarrollo con afectación física, intelectual y emocional, y que se daría fundamentalmente en bebés y en niños pequeños, y la segunda cuya expresión clínica lo constituían crisis de irritabilidad, fugas, desobediencia, delincuencia, etc. característica de los niños mayores y adolescentes.

Una explicación al cambio de la sintomatología en las diferentes edades podría encontrarse en las características psicopatológicas de cada edad: el preescolar es una criatura activa, «exuberante», con necesidades de exploración, que compensa sus frustraciones

TABLA VII

CLASIFICACION DE LAS DEPRESIONES INFANTILES (MALMQUIST, 1972)

A) DEPRESIONES ASOCIADAS CON ENFERMEDADES ORGANICAS:

1. Leucemia.
2. Enfermedades degenerativas.
3. Enfermedades infecciosas.
4. Enfermedades metabólicas.
5. Deficiencias nutritivas.

B) SINDROME DE PRIVACION AFECTIVA:

1. Depresión anaclítica.
2. Caracteropatía atímica.

C) SINDROMES ASOCIADOS CON TRASTORNOS EN EL PROCESO DE INDIVIDUALIZACION:

1. Problemas de separación-individualización.
2. Fobias escolares con componentes depresivos.

D) EQUIVALENTES DEPRESIVOS:

1. Somatización.
2. Hiperquinesia.
3. Paso al acto («acting-out»).
4. Alteraciones del apetito.

E) ESTADOS MANIACO-DEPRESIVOS

F) DEPRESIONES EN LA ADOLESCENCIA

mediante la actividad, y desviando su atención a situaciones más placenteras; cuando aparecen síntomas disfóricos toman la forma de inhibiciones, dificultades para jugar, trastornos en la alimentación y en el sueño.

En la edad escolar ya los afectos están más desarrollados, y el niño tiene un acercamiento al entorno más cognitivo ya que el lenguaje y el juego simbólico reemplazan a la acción. Los niños en esta fase de desarrollo expresan, a veces, períodos prolongados de infelicidad, pero en los primeros años de esta etapa no aparecen sentimientos de culpa o disminución de la autoestima, y no se acompañan de las cogniciones depresivas habituales; estos síntomas sólo aparecerán al final de esta etapa, lo que está de acuerdo con los períodos de evolución de la inteligencia descritos por Piaget.

Los síntomas depresivos descritos en la segunda infancia serían fundamentalmente: trastornos de los esfínteres y para algunos autores trastornos psicósomático-somatopsíquicos, dificultades en el aprendizaje y en el juego, disminución de las iniciativas, tendencia al aislamiento, trastornos agresivos, inestabilidad e irritabilidad, tendencia al llanto y con alguna frecuencia trastornos fóbicos; se debe mencionar aquí la consideración de la fobia escolar por algunos paidopsiquiatras como síntoma depresivo aunque en este problema se implican concepciones teóricas sobre la relación de la ansiedad y la depresión en la infancia, que bien estudiada en el adulto no lo es tanto en el niño; y hacemos referencia a ello, porque con mucha frecuencia se recogen en estos cuadros antecedentes en los primeros años de ansiedad de separación. La fobia escolar es considerada por algunos dentro de los cuadros depresivos de la segunda infancia y comienzo de la adolescencia, por la psicopatología subya-

cente y la buena respuesta a los anti-depresivos. Las depresiones en estas edades están motivadas fundamentalmente por influencias ambientales que implican pérdida de gratificación y de bienestar para el niño, más que por conflictos intrapsíquicos más profundos que afecten a su self y al ideal del Yo; por todo ello las depresiones en esta edad suelen ser la mayor parte reactivas y responden más que a antidepresivos a modificaciones ambientales.

Poznanski y Zrull (1970), refiriéndose ya a los niños en edad prepuberal, señalan que reaccionan menos a las frustraciones ambientales y están más afectados por sentimientos de desagrado consigo mismo. De la misma manera McConville y cols. (1973), encuentran que hasta los 8-10 años no aparecen expresadas ideas de baja autoestima y pasados los 10 años se observan ya sentimientos de culpabilidad. Además en el niño mayor empiezan a cristalizar mecanismos defensivos con los que trata de evitar el dolor o la humillación pero que pueden conducir a una mayor vulnerabilidad para los sentimientos depresivos. En consecuencia la depresión en los prepúberes se asemeja a la de los adultos, aunque frecuentemente está ausente la falta de expectación o Planes hacia el futuro, tan típico de los adultos deprimidos. En opinión de RIE (1966) los prepúberes pierden la dimensión temporal en su pensamiento, por lo que no experimentarán su desesperanza tan típicamente como los adultos, al no tener una conciencia de la relación entre los acontecimientos cotidianos y los fines a largo plazo. Estos conceptos están de acuerdo con los hallazgos de Piaget en cuanto a que la habilidad cognitiva para manejar estos tipos de abstracciones no se desarrolla hasta el período de las operaciones formales que tiene lugar alrededor de los 11 años.

En la adolescencia en cambio, al adquirir el sentido de tiempo aparece el sentimiento de que las cosas nunca podrán cambiar por lo que considera que una frustración trivial o una humillación tendrán efectos devastadores para el resto del futuro, y la imposibilidad que tiene de dar un poder correctivo al pensamiento y a la acción, como sucede en el adulto, es causa frecuentemente de los intentos de suicidio que se dan en estas edades. Por otra parte el adolescente tiene unas necesidades regresivas que satisface con dependencia de figuras paternas o uniéndose a otro grupo normal o patológico, a veces con expectativas irreales propias de otros períodos anteriores del desarrollo. No encuentran gratificación en «viejas formas» de vida y esta lucha contra reglas internalizadas les provoca ansiedad y culpa. Debe aprender a vivir en conflicto con estos modelos y fijar un código de conducta para el futuro. Los avances cognitivos de esta etapa junto con las presiones sociales serán, según Erikson (1959) un hecho decisivo en la expresión clínica de los trastornos afectivos, cuyos síntomas más frecuentes son: comportamientos disociales o antisociales, fugas, vagabundeos, hurtos, oposicionismo, agresividad y hostilidad. Con frecuencia abuso o adicción a drogas y fármacos. Todo ello con claros sentimientos de tristeza, culpa e inferioridad, que no siempre se exteriorizan porque utilizan frecuentemente mecanismos defensivos de negación, llegando incluso en estas épocas a describirse las depresiones denominadas de «cara alegre». La Tabla VIII resume una serie de clasificaciones propuesta por diferentes autores, atendiendo fundamentalmente factores clínicos, aunque tienen en cuenta también las etiopatogenias y evolutivos.

Nos hemos referido fundamentalmente a los trastornos depresivos, ya que

los maníacos tanto aisladamente como integrados en una enfermedad bipolar, en opinión de la mayoría de los autores son raros antes de la pubertad, quizás debido a problemas puramente biológicos. No obstante, algunos autores, Kasani (1931), Maving, J. D. y Campbell (1954) mantienen que estos trastornos no son infrecuentes en la infancia pero son escasamente diagnosticados, en parte porque se les incluye dentro de otras categorías diagnósticas como las esquizofrenias, trastornos neuróticos y de comportamiento, y en otras ocasiones son confundidos con enfermedades físicas, particularmente por los pediatras. Asimismo, en su opinión, se pone demasiado énfasis en los factores ambientales y dinámicos siendo de mayor importancia los constitucionales.

En la actualidad hay una tendencia a considerar que deberían incluirse dentro del grupo de las psicosis maniaco-depresivas ciertos cuadros de la infancia, con una serie de características comunes: un marcado componente afectivo, evolución con evidente periodicidad y recurrencia, antecedentes familiares de enfermedad bipolar y buena respuesta al tratamiento con litio; en cuanto a la clínica de estos trastornos han sido descritos cuadros heterogéneos y abigarrados: formas en las que predomina la hipercinesia y explosividad, fácilmente superponibles, y de ahí los errores diagnósticos con los trastornos por déficit de atención con hipercinesia (314.01 DSM-III); otras con estupor o excitación, e incluso algunos casos de delincuencia y alcoholismo. Fromer (1968), Ansell (1969), Dyson y Barcai (1970), Schou (1972), Brumback (1977), Youngerman (1978), Puig-Antich (1980).

Es evidente que no hay una delimitación clara de estos trastornos, persiste la dificultad en encontrar en estas edades unos cuadros tan delimitados como en los adultos con las mismas ca-

TABLA VIII. — CLASIFICACION DE LAS DEPRESIONES EN LA INFANCIA

AUTOR	CATEGORIAS DIAGNOSTICAS			
MALMQUIST (1971)	Por derivación (anacítica o falta de afecto, respuesta realista a la pobreza ambiental)	Por separación (en respuesta a la separación-individuación, fobias escolares)	Latencia (pérdida de objeto y autoestima) — equivalentes depresivos — hiperactividad-obesidad	
CYTRYN y MCKNEW (1972)	Aguda (pérdida reciente, duelo bien elaborado, patología familiar leve)	Enmascarada (más frecuente, marcado desajuste) <i>Acting-out</i> — patología familiar severa	Crónica (rara, marginada en su medio, separaciones tempranas frecuentes, padres deprimidos)	
ANTHONY (1975 a)	Anacítica (marcada dependencia y apeamiento, comienzo temprano, ansiedad de separación y reacciones somáticas)	Inhibida (hipercontrol, sentimientos de culpa sobre su comportamiento, inhibición de agresividad)	«desilusionada» (desencanto, pérdida de ilusión, pesimismo, rechazo a compartir)	
EISEN (1973)	Con ansiedad de separación (dificultades en el nacimiento, infancia problemática, depresión post-parto)	«Acting-out» (dificultades en el nacimiento, infancia problemática, agresivo, destructivo)	Psicosomática (separaciones en la infancia, angustia persistente por pérdida de afectos y de la madre, inhibición de la agresividad, somatización)	
CEBIOGLU y COLS. (1972)	Neurótica (82%) (Incluye los subtipos psiconeuróticos, y reactivos)	Anacítica (3%)	Endógena (8%) (Incluye los trastornos maniaco-depresivos y la depresión esquizoide)	
STACK (1972)	Simple (pérdida de interés, trastornos del sueño, apatía, irritabilidad, malhumor)	Fóbica-obsesiva (hiperansioso, perfeccionista, dolores abdominales, inhibición)	Mixta (con trastornos del aprendizaje, ansiedad nerviosa, trastornos del carácter, enuresis y encopresis)	
KOHLER y BERUARD (1972)	Neurótica	Reactiva	Mixta (incluye los casos de melancolía y pre-esquizofrénicos)	

* No se incluyen las categorías diagnósticas secundarias a afecciones somáticas.

racterísticas clínicas, evolutivas y fármaco respondientes.

2.3. **Nosologías basadas en las clasificaciones psiquiátricas de adultos**

Es lógico pensar que las clasificaciones de los trastornos paidopsiquiátricos en general y los trastornos afectivos en particular, siguiesen una evolución histórica implícita en la de la psiquiatría. La etapa científica de la clasificación de las depresiones se constituye con el magno sistema nosológico kraepeliniano, en cuya formulación inicial se sintetiza una enfermedad o entidad nosológica —la P.M.D.—, añadiéndose posteriormente la llamada melancolía involutiva. En otras palabras, ya el factor genético y evolutivo se impone en la psiquiatría de adultos —en este caso en las edades involutivas preseniles y seniles— con todas sus dificultades y posibilidades de controversia, que han de llegar y seguir hasta nuestros días. Por otra parte, la paidopsiquiatría va surgiendo progresivamente en esta época y tiene que arrastrar las mismas dificultades teóricas y conceptuales que la psiquiatría de adultos, pudiéndose recordar aquí la pertinencia de la frase de A. R. Feinstein y de A. Lewis, que prolongan el glosario de la C.I.E. 8ª (1976): «Los actuales debates psiquiátricos acerca de los sistemas de clasificación, los numerosos esquemas hipotéticos y sin confirmar de «mecanismo psicodinámico» y el interés por la ingerencia etiológica en detrimento de la observación son actividades nosológicas que a veces recuerdan las «taxonomías medievales».

Como los trastornos incluidos en el presente glosario se identifican por criterios predominantemente descriptivos, el uso de esta obra contribuirá a fomen-

tar el interés por la observación cuidadosa.

Por último, el hecho asistencial de encontrarse estrechamente vinculadas las psicopatologías de las diferentes edades de la vida, une aún más el destino de los sistemas nosológicos, nosográficos y nosotáxicos en la práctica clínica cotidiana, a pesar de que no resuelve las aproximaciones teóricas y metateóricas de cada clínico, que pierden cada vez más interés cuando se trata de transmitir científicamente sus observaciones, aportaciones e investigaciones. Y aún cuando nuestras concepciones actuales sobre los trastornos afectivos estén todavía influidas por las ideas de Kraepelin, el primitivo esquema unitario nosológico de la locura maniaco-depresiva causó grandes insatisfacciones, de todo tipo, desde su propuesta, al comprobar que numerosos pacientes no encajaban adecuadamente en las categorías nosológicas clásicas de ese sistema, de donde surgió la dualidad, desde las raíces de la misma observación clínica entre formas típicas y formas atípicas. Posteriormente fueron apareciendo una serie de subconjuntos subclasificatorios, divididos en tipos clínicos dualistas de la depresión, intentando constantemente establecer criterios que incrementasen progresivamente la validez, fiabilidad, estabilidad y valor pronóstico-terapéutico, o si se prefiere de control y predictivo de las categorías diagnósticas utilizadas. En la tabla siguiente se resumen los tipos clínicos dualistas más frecuentes de los trastornos afectivos en general y de los depresivos en particular.

No parece éste el momento ni el lugar más adecuado para realizar una historia de los trastornos afectivos centrada en la evolución de estos términos antinómicos y en su traslocación de la psiquiatría de adultos a la infantil, así como tampoco las implicacionesteóri-

TABLA IX. — TIPOS CLINICOS DUALISTAS O BIPOLARES DE CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

DICOTOMIA	VS	ANTONOMIA	AUTOR	AÑO
ENDOGENA	VS	EXOGENA	MOEBIUS y LANGE	1890 - 1923 y 26
TÍPICA	VS	ATÍPICA	KRAEPELIN	1899
PSICOGENA	VS	SOMATOGENA	KRAEPELIN y otros	1899
AUTONOMA o AUTONOMICA	VS	REACTIVA	GILLIPSIE	1929
PSICOTICA	VS	NEUROTICA	BUZZARD	1930
TÍPICA	VS	ATÍPICAS, MIXTAS, MARGINALES, ETC.	KLEIST y LEONHARD	1937
MANIFIESTA	VS	ENMASCARADA, LARVADA, EQUIVALENTES, ETC.	LOPEZ-IBOR y otros	1954
ENDOGENA	VS	NEUROTICA	ROTH, KIELHOLZ y GARSIDE	1963
ANGUSTIADA o AGITADA	VS	RETARDADA o INHIBIDA	— — —	— — —
UNIPOLAR	VS	BIPOLAR	LEONHARD	1957
FISIOLÓGICA	VS	PSICOLÓGICA	POLLIT	1965
VITAL	VS	PERSONAL	VAN PRAAG	1965
MAYOR con MELANCOLIA	VS	MENOR sin MELANCOLIA	D.S.M. III - APA	1980

cas y prácticas, sobre todo su valor frente a las diversas posibilidades terapéuticas —en último extremo síntesis y piedra de toque de toda actividad médica— aunque sí parece adecuado establecer los componentes clasificatorios que se encuentran en las nosologías psiquiátricas habituales de los trastornos afectivos, sin olvidar que en la década de los cincuenta prácticamente se solapaban o se confundían también los criterios de adultos con los utilizados en las primeras edades de la vida (Stute, Spiel, Nissen, etc.).

La Sección V de la CIE-8ª de la O.M.S. establece claramente los objetivos y relaciones entre nomenclatura, clasificación y glosario, ya en su introducción, recordando se trata «más (de) una clasificación de **enfermedades** que de **enfemos**. Sin embargo, para la mayor parte de los médicos el problema radica en clasificar enfermos... El objetivo fundamental del glosario, por consiguiente, es asegurar en todo lo posible que los usuarios empleen uniformemente los principales términos diagnósticos de uso habitual en psiquiatría. Además de contribuir a limitar al mismo las discrepancias entre los conceptos diagnósticos usados por los psiquiatras de diversos países para la notificación estadística de las enfermedades mentales, el empleo del glosario en las publicaciones sobre trabajos clínicos o de investigación podrá ayudar también a los psiquiatras de diferentes países y escuelas a comprender los trabajos y los conceptos de los demás. Aparte de su objetivo principal, de fomentar la comunicación, el presente glosario puede servir también como estímulo educativo, ya que ha sido compilado por psiquiatras representativos de muchos países y puntos de vista diferentes...» (págs. 12 y 13). En otras palabras, se establece los objetivos básicos que han de completarse en la CIE 9ª, que, a su vez, ha-

brán de ser superados en el DSM-III, no tanto por los grandes cambios de terminología en la nosología propuesta, como por la introducción de un sistema de división, ordenamiento y clasificación multiaxial, y lo que es más importante por la aparición de criterios diagnósticos para cada forma de aparición y de expresión clínica. También aparecen cambios importantes entre el capítulo 5º de la CIE 8ª y en el de la CIE 9ª, especialmente en las categorías correspondientes a depresión, trastornos de la niñez y de la adolescencia, reacciones de adaptación y reacciones ante gran tensión, factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otra parte, psicosis orgánica y otras categorías. Nuevamente de una manera subrepticia aparece el criterio clasificatorio evolutivo en otras edades de la vida, por ejemplo en la categoría 290.2 al tratar de la **demencia senil de tipo depresivo o paranoide**, con sus ideas delirantes y alucinaciones de contenido persecutorio, depresivo y somático. En relación con las depresiones, señala la CIE 9ª (1975) los problemas planteados y no resueltos en la dicotomía entre los trastornos neuróticos y psicóticos, aún cuando se mejora la situación nosológica al incrementarse de 10 a 19 categorías diagnósticas, ampliándose muchas de ellas a 4 dígitos y estableciéndose una ordenación más adecuada de las psicosis afectivas, del nuevo enfoque de los trastornos psíquicos pasajeros y de la incorporación apropiada de categorías para los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles, estableciendo **una primera lista de referencia rápida con las categorías de la CIE 9ª en las que la depresión constituye una característica principal o significativa**, que incluye 10 categorías de 3 dígitos y 19 de 4. En la tabla siguiente se resume esta comparación entre ambas clasificaciones, siendo adecua-

do recordar la necesidad de completar al máximo las categorías diagnósticas utilizadas en los trastornos depresivos y al mínimo la 311, revisando siempre las posibilidades de inclusión adecuada y pertinente en otras categorías de la CIE 9ª, utilizándose sólo por exclusión o cuando se esté persuadido «de que existen afecciones depresivas que no pueden clasificarse satisfactoriamente en función de la CIE como neuróticos ni como psicóticos (página 10).

Frente a esta dispersión nosológica, que categorizan los trastornos depresivos en 8 grandes categorías —295. Psicosis esquizofrénica; 296. Psicosis afectivas; 298. Otras psicosis no orgánicas; 300. Trastornos neuróticos; 301. Trastornos de la personalidad; 308. Reacción aguda ante gran tensión; 309. Reacción de adaptación; 311. Trastorno depresivo no clasificado en otra parte— el DSM-III (1980-1983) intenta un abordaje clasificatorio en términos aparentemente más unitarios, enunciando, de entrada, dos postulados: 1. «Dado que la sintomatología **esencial** de los trastornos afectivos y de la esquizofrenia es la misma para los niños que para los adultos, no hay categorías correspondientes a estos trastornos en este apartado de la clasificación (trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia). Por ejemplo, si un niño o un adolescente tiene una enfermedad que reúne los criterios de depresión mayor, trastorno distímico o esquizofrenia, estos diagnósticos deberían hacerse en función de la edad del sujeto. (En algunos casos, se incluye en el texto de la sintomatología “asociada” específica de los niños o adolescentes)» (página 41). 2. «En el DSM-III, la clasificación de los trastornos afectivos difiere de otras clasificaciones que se basan en distinciones dicotómicas, como neurótico **versus** psicótico, o endógeno versus reactivo. En este manual, los trastornos

afectivos se dividen en trastornos afectivos mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo), en otros trastornos afectivos específicos (con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración) y, por último, en trastornos afectivos atípicos (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas)» (página 215).

Sin entrar en discusiones apriorísticas, y sin ánimo de exponer las dificultades que plantea la utilización del DSM-III en la práctica clínica cotidiana y en nuestro ambiente habitual de trabajo, parece adecuado recordar que los sistemas multiaxiales intentan clasificar la situación clínica actual —en el sentido etimológico del término— de un paciente determinado en diferentes ejes o parámetros de evaluación de forma simultánea, con el objetivo primordial de incrementar la potencia de los juicios médicos clásicos, es decir, pronósticos o predictivos, diagnóstico o clasificatorios y terapéuticos o de control. Ya Essen-Møller, en 1947 y en sus trabajos clínico hereditarios y genéticos realizó una propuesta que pretendía superar el clásico sistema del diagnóstico polidimensional o pluridimensional de Kretschmer, que se encontró con las clásicas dificultades en sus estudios sobre biopsicopatología psiquiátrica. Strauss (1975) y Rutter y cols., también en 1975 y posteriormente otros autores, lo perfilan hasta desembocar en el DSM-III, tras una evaluación con una muestra de 126 niños y adolescentes —la mitad menores de 11 años— y realizada por 84 clínicos en diversas instituciones y con diferentes aproximaciones teóricas; en la fiabilidad entre los evaluadores se expresó al azar, considerándose aceptable a partir de 0,70 y habiéndose obtenido los resultados resumidos en las Tablas siguientes:

TABLA X. — LISTADO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS SEGUN LA O.M.S.

CIE - 8.^a Rev. (1968)		CIE - 9.^a Rev. (1978)
295.7	Esquizofrenia esquizoafectiva	Esquizofrenia esquizoafectiva
296.0		P.M.D. tipo maniaco
296.1	P.M.D. tipo maniaco	P.M.D. tipo depresivo
296.2	P.M.D. tipo depresivo	P.M.D. circular, fase maniaca
296.3	P.M.D. tipo circular	P.M.D. circular, fase depresiva
296.4		P.M.D. circular mixta
296.5		P.M.D. tipo circular fase no específica
296.6		P.M.D. de otro tipo y del no especificado
296.8	Otras	Otras
296.9	No especificada	Sin especificar
298.0	Psicosis reactivo depresiva	Psicosis no orgánica tipo depresivo
298.1		Psicosis no orgánica tipo agitado
300.4	Neurosis depresiva	Depresión neurótica
301.1	Personalidad afectiva	Trastorno afectivo de la personalidad
307	Trastornos transitorios de inadaptación	
308.0		Reacción aguda con predominio alteraciones emocionales
308.2	Trastornos mixtos conducto-neurótico en la infancia	
308.4	Reacción de adaptación en la infancia	Reacción depresiva breve
309.0		Reacción depresiva prolongada
309.1		Reacción mixta de adaptación por sintomatología depresiva
309.4		Trastorno depresivo no clasificado
311		Trastorno de las emociones específico de la infancia o de la adolescencia
323		

TABLA XI

**COEFICIENTES KAPPA DE ACUERDO DIAGNOSTICO PARA
LOS EJES I Y II DEL DSM III.
NIÑOS Y ADOLESCENTES (MENORES DE 18 AÑOS)**

	1ª Fase (N=71)	% muestra	2ª Fase (N=55)	% muestra
Trastornos afectivos	.55	16,9%	.30	9,1%
Trastornos afectivos mayores	.36	11,3%	— .02	3,6%
Otros trastornos afectivos	.38	5,6%	— .02	3,6%
Trastornos afectivos atípicos	— .01	2,8%	1	1,8%

TABLA XII

**COEFICIENTES KAPPA DE ACUERDO DIAGNOSTICO PARA
LOS EJES I Y II DEL DSM III.
ADULTOS (DE 18 AÑOS EN ADELANTE)**

	1ª Fase (N=339)	% muestra	2ª Fase (N=331)	% muestra
Trastornos afectivos	.69	43,1%	.83	38,7%
Trastornos afectivos mayores	.68	28,9%	.80	26,9%
Otros trastornos afectivos	.49	18,3%	.69	12,4%
Trastornos afectivos atípicos	.29	3,2%	.49	3,6%

**2.4. Nosologías basadas en
sistemas y teorías
neurobiológicas**

Si se entiende por neurobiología, o en una acepción más moderna «neurociencia», el conjunto de aportaciones teóricas y técnicas proporcionadas por las ciencias médicas básicas y aplicadas del sistema nervioso central, una somera revisión bibliográfica rebasaría los límites impuestos en este estudio. Los avances de la heredobiología, neurobioquímica, neurofisiología, psicofisiología, psicoendocrinología, etc., en el ámbito

de los trastornos afectivos ha sido decisivo en los últimos años. Sin embargo, sus aplicaciones al campo psiquiátrico no parecen haber resuelto los problemas, de forma equivalente a lo ocurrido en los trastornos afectivos de adultos.

Las clasificaciones neurobioquímicas, o si se prefiere psicofarmacológicas de los trastornos afectivos basadas en las potencias relativas de los antidepresivos en la inhibición de la recaptación de aminas, con el clásico modelo según el cual las aminas secundarias tienden a inhibir más selectivamente la re-

captación de noradrenalina y las aminas terciarias la de serotonina, no han sido plenamente estudiadas en las depresiones infantiles. Por otra parte, los modelos psicofarmacológicos sobre los mecanismos de acción de los antidepresivos se encuentran en revisión permanente y parecen intervenir todos los sistemas de neurotransmisión y neuromodulación, todo lo cual complejiza la clasificación elemental sobre «depresiones noradrenérgicas», «serotoninérgicas», «dopaminérgicas», etc., al poderse combinar, al menos en teoría, sistemas intermediarios, desequilibrios parciales, o totales, entre ellos, disminución, descompensación o interferencias de sensibilidades de receptores, etc. En todo caso, parece fácil pronosticar un gran avance en el futuro inmediato de este campo, no tanto a la nosología como a la etiopatogenia de los trastornos afectivos infanto-juveniles. Puig-Antich (1980-83) investiga las alteraciones bioquímicas en las depresiones infantiles y juveniles, mostrándose aún cauto en la exposición de sus resultados, que precisan de un mayor seguimiento.

Las clasificaciones psiconeuroendocrinas también parecen de importancia secundaria en el campo de los trastornos afectivos infanto-juveniles. Incluso la D.S.T. o R.S.D. parecen ser menos fiables y sensibles. Poznanski y cols. (1982) y Geller, Rogol y Knitter (1983) han realizado estudios sobre el test de supresión con dexametasona en niños cuyos resultados son aún muy imprecisos; el primero estudió 18 niños de ambos sexos, entre los 6 y los 12 años, 9 diagnosticados con los criterios R.D.C. de depresión, encontrando en 7 de estos un subtipo endógeno: utilizando 0,5 mg. de dexametasona, 5 de los 7 presentaban un test positivo, 1 equivoco y 1 negativo y entre el total de los 18 niños, la prueba tuvo una especificidad del 91 % y una sensibilidad del 71 %, es

decir, semejante a la encontrada en los adultos. Otro marcador biológico reciente en adultos y adaptado por Puig-Antich a T.A. depresivos mayores en edades prepuberales, es la la respuesta de la GH a la hipoglucemia inducida por insulina, sugiriendo los resultados que en contraste con la prueba de supresión de la dexametasona y la hipersecreción de cortisol durante la enfermedad depresiva activa, la hiposecreción de GH en relación con la hipoglucemia inducida por insulina tiene una mayor sensibilidad en prepúberes depresivos que en los adultos, en una proporción del 90 % v.s el 50 % respectivamente.

Como conclusión provisional puede señalarse con la máxima prudencia que existen relativamente pocos estudios neurobiológicos, en general y psicoendocrinológicos y neurobioquímicos en particular en las primeras edades de la vida, lo cual abre un amplio campo de estudios de evaluación, comparación y control. Así mismo de todas las múltiples formas clínicas de aparición y de presentación de T.A. infanto-juveniles, parece ir emergiendo un cuadro clínico, cada vez mejor delimitado de «trastorno depresivo mayor infanto-juvenil», en un grupo de niños seleccionados y cada vez mejor delimitado, y que difieren en numerosos de estos parámetros neurobiológicos de los restantes trastornos mentales en estas edades, y de forma análoga a como se van perfilando en las formas adultas, siendo de esperar que planteen los mismos problemas de fiabilidad, validez, sensibilidad, etc. en el futuro. Obviamente parece recomendable su estudio en nuestro país.

2.5. Modelos psicométricos

A diferencia de lo que ocurre en psiquiatría de adultos, e incluso en gerontopsiquiatría, existe un cierto retraso en

la formalización lógico-matemática de los T.A. infanto-juveniles. Históricamente puede considerarse la aplicación de estos métodos, instrumentos, técnicas, conceptos y constructos como plenamente actual y prácticamente posteriores a 1975 y de forma más avanzada en el área cultural anglosajona, como puede comprobarse con los estudios de Achenbach (1966-1978), Carlos y Cantwell (1979-1982), Kovacs y Beck (1977-1980), etc.

Precisamente uno de los límites de las escalas de evaluación comportamental E.E.C. para la medida o cuantificación de la depresión estriba en las dificultades de aplicación que plantea ante de los catorce años, o por lo menos de los diez. Ello indujo a ciertos autores a elaborar E.E.C. no basadas en los diversos tipos de historia clínica o de entrevista, más o menos unificada, baremada, cuantificada o dirigida, tal como se expone en otra parte de la ponencia y como se resumió y revisó en otros estudios. En todo caso los límites cronológicos en la evaluación comportamental de los T.A. fundamentos en el lenguaje, en el habla y en el desarrollo de los procesos cognoscitivos superiores tendrán el mismo suelo y el mismo techo que éstos. Consecuentemente las trasposiciones, alocaciones e inferencias abusivas suelen ser fáciles y frecuentes de cometer. También en este campo se ha de ser enormemente crítico con los orígenes y fines, así como con los pasos intermedios en la baremación o normalización de estos presuntos instrumentos de medida, que unas veces implican modelos, otras constructos, otras agrupamientos sintomáticos y semiológicos, heterogéneos y heterológicos, que incrementan por meros «valores de prestigio y de autoridad», que no científicos, su uso y abuso, sobre todo si no se tiene en cuenta los conceptos implícitos —que no tie-

nen por qué ser operacionales ni operativos, en la jerga pseudopositivista al uso—, los habituales criterios de denotación, designación y relacionales, especialmente clínico-exploratorio, así como los habituales requisitos de baremación, validación, etc.

En todo caso y en principio se puede considerar que toda E.E.C., implica cuanto menos, un modelo de T.A., a delimitar y a dilucidar en cada caso o conjunto de casos; parece recomendable también aconsejar que el clínico debe acostumbrarse a un análisis clínico-cualitativo de los perfiles y de los items, ponderando su valor clínico, diagnóstico y pronóstico, y no sólo tener en cuenta los puntajes totales o los juicios clínicos globales, brutos o en porcentajes, así como recordar también **lo que no son** las E.E.C., por ejemplo, sustitutos de los criterios diagnósticos observacionales, empíricos, «operativos», escalas o pruebas de riesgo o con valor predictivo, criterios diagnósticos de «síntomas característicos», etc. y que varían de autor a autor, han de estudiarse en su marca conceptual en cada caso y deben conocerse ya adaptarse en profundidad por cada equipo de trabajo.

Puig-Antich (1980) ha llamado también la atención sobre el hecho de no haberse contrastado ninguno de estos métodos —o mejor dicho instrumentos— sin excepción alguna, con entrevistas clínicas; consecuentemente el significado y la significación clínicas de un «factor de depresión» o «de un índice, indicador, valor medio o puntaje de depresión elevado por encima de un límite» no puede considerarse como determinado ni relacionado con la clínica. Uno de nosotros (Conde, 1969-78) ha tratado de estos y otros problemas de evaluación comportamental de los T.D., insistiendo en las cuestiones planteadas por los solapamientos entre conjuntos

y subconjuntos muestrales, criterios diagnósticos, grados de intensidad de la depresión, agrupamientos de E.E.C. entre sí y con otras pruebas psicológicas, etc. sobre todo cuando se utilizan instrumentos y técnicas estadísticas tan elementales como es habitual en nuestro medio de trabajo y para fines de evaluación clínico-terapéutico.

En todo caso la C.D.I. o I.D.I. de Kovacs y Beck parece ser uno de los instrumentos más difundidos en los EE.UU. y en nuestro ambiente de trabajo, habiéndose utilizado por Carlson y Cantwel, entre 1979-1982, tanto para estudios epidemiológicos Iniciales como para establecer comparaciones nosológicas y nosográficas con los criterios diagnósticos de Weinberg y los del DSM-III, pudiéndose resumir sus hallazgos considerando como muchos niños que puntuaban alto con el C.D.I. clínicamente no parecían padecer un juicio diagnóstico nosológico de depresión infanto-juvenil, por lo que diversos autores —incluyendo Puig-Antich—, la consideran más bien como una E.E.C. de intensidad o de gravedad más bien que una E.E.C. diagnóstica, y en ningún caso, una E.E.C. predictiva. Todo ello nos lleva a plantearnos nuevamente los modelos y constructos implícitos en las técnicas psicométricas habituales para la medición de los T.A., especialmente depresivos, y que se van constituyendo en su utilización clínica en «verdaderos criterios diagnósticos operacionales» como ocurrió anteriormente en los modelos y constructos psicopatológicos utilizados en la psiquiatría de adultos. En todo caso no nos parece muy claro si Kovacs y Beck consideran los síntomas de su inventario como **«patrones, rasgos o respuestas esenciales»**, que tiene que presentarse para que el T.D. sea diagnosticado, como tal o como **«rasgos asociados»** presentes en niños con trastornos depresivos definidos y

«adultomorfos», es decir análogos clínicamente a las formas de aparición de presentación en los adultos. Todo ello nos recuerda las dificultades de dilucidar en la clínica práctica cotidiana entre nosología, nosografía y nosotaxia, así como entre sistemas clasificatorios, glosarios de síntomas y signos y criterios diagnósticos, e incluso entre psicometría y diagnóstico no psicométrico; el DSM-III vuelve a ser claro, apotando por un reduccionismo que se ha de verificar en el futuro, cuando en su pág. 41, postula que: «dado que la sintomatología **esencial** de los trastornos afectivos y de la esquizofrenia es la misma para los niños que para los adultos, no hay categorías correspondientes a estos trastornos en este apartado de la clasificación. Por ejemplo, si un niño o un adolescente tiene una enfermedad que reúne los criterios de la depresión mayor, trastorno distímico o esquizofrenia, estos diagnósticos deberían hacerse en función de la edad del sujeto (en algunos casos, se incluye en el texto la sintomatología asociada específica de los niños o adolescentes»); por ejemplo, el «trastorno por angustia de separación» (309.21) se considera asociado característicamente en niños prepuberales, aun cuando la edad de comienzo puede ser en la etapa preescolar.

3. COMENTARIOS

La nosología paidopsiquiátrica requiere una constante dilucidación terminológica y conceptual, que permita evitar vaguedades intensionales y extensionales, es decir, y dentro de los límites impuestos por la práctica clínica cotidiana, evitar la indeterminación parcial de la profundidad o de la amplitud de las definiciones y conceptos utilizados (Bunge, 1969).

El paidopsiquiatra, como el psiquia-

tra general, debe conocer y utilizar sus métodos clínicos —en la amplitud máxima del término— siguiendo la lógica de toda investigación científica, recordando las equivalencias entre ambas, por ejemplo «Etiología» o estudio de sistemas multicausales; «Patogenia» o tratamiento de los modelos de los mecanismos que se perturban y que mantienen el trastorno morboso; formas clínicas de aparición, presentación, estado, etc. como consecuencia de la observación clínico-fenomenológica y fenomenológica, de la evaluación psico-bio-sociométrica y de la experimentación clínica básica o aplicada, conociendo el nivel analítico-inductivo e hipotético-deductivo; «Los clásicos juicios médicos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos» equivalen a la contrastación de la observación a la ingerencia, el valor predictivo de la psicosis, teóricas y sistemas y el control del proceso morboso, cuales quiera sea el sistema de división, ordenación o clasificación que se siga. Los procedimientos interpretativos y heurísticos habituales son también válidos en este campo paidopsiquiátrico, y en los últimos años cada vez más frecuente, y en los últimos años cada vez más frecuente la concordancia y convergencia de constructos y modelos, especialmente en el campo de la nosología, nosografía y nosotaxia paidopsiquiátrica.

Desde una perspectiva histórica, esta problemática se hace actual a partir de la década de los setenta y cristaliza en los sistemas clasificatorios nacionales e internacionales en construcción. Como en los restantes ámbitos de la psiquiatría es frecuente confundir los diversos niveles gnoseológicos, considerados artificialmente excluyentes, clasi-

ficar antinómica y dicotómicamente, y no dilucidar correctamente conocimientos y saberes, hipótesis y especulaciones pre o metacientíficas, sin solución real y empíricas en la actualidad.

4. RESUMEN

Los autores en la primera parte hacen una revisión histórica de los problemas de la nosología en paidopsiquiatría y de los conceptos básicos sobre las dimensiones, ordenamientos y clasificaciones de los trastornos afectivos —ya señalados por Delasieuve en 1852 y con referencia especial a partir del IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría de 1971 hasta la actualidad—, considerando la década de los 40 como la de maduración de los sistemas psicodinámicos, la de los 50 el descubrimiento y avances en psicofarmacología y la de los 60 la de búsqueda de criterios diagnósticos que culminarán en las clasificaciones multiaxiales y glosarios de referencia clínica actuales.

Resumen a continuación las nosologías fundamentadas en modelos de desarrollo genético-evolutivos, clínicos-fenomenológicos y fenoménicos, «adultomórficos», neurobiológicos y psicométricos, revisando la bibliografía habitual e intentando dilucidar críticamente los términos básicos y los fundamentos lógicos de estas aproximaciones nosológicas y nosotáficas.

Concluyen exponiendo la necesidad de una nosología paidopsiquiátrica que permita evitar vaguedades y requiera una constante dilucidación terminológica y conceptual. Se incluyen 73 referencias bibliográficas, 12 tablas y 4 figuras.

BIBLIOGRAFIA

1. ACHENBACH, T. M.: «The Classification of children's psychiatric symptoms: a factor analytic study». *Psychol Monogr.*, 806 (1966).
2. ACHENBACH, T. M.: «DSM III Inlight of empirical research on the classification of child psychopathology. *J. Am. Child. Psychiat.*, 19 (1980).
3. ACKERSON, L.: *Childrens behavior Problems*. Vol. 2, Chicago. Univ. Chicago Press. (1942).
4. AKISKAL, H. S.; ROSENTHAL, T. L.; HAYKAL, R. F., cols.: «Caracterolo logical depressions: Clinical and EEG Gindings separating subaffective dysthimias from character-spectrum disorders». *Arch. Ge. Psychiatry*, 37, 777-783 (1980).
5. AKISKAL, H. S.: «Disthymic disorder: Psychopathology of propesed cronic depressive subtypes». *Am. J. Psychiatry*, 140, 11-20 (1983).
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. (DSM-I) American Psychiatric Association, Washington (1952).
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. (DSM-II) American Psychiatric Association, Washington (1968).
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. (DSM-III) Ed. 3. APA. Washington (1980).
9. ANNELL, A. L.: «Lithium in the treatment of children and adolescents». *Acta Psychiat. Scand. (Suppl)*, 207, 19-33 (1959).
10. ANNEL, W. L.: «Manic depressive illness in children and effect of treatment with lithium carbonate». *Acta Paedopsychiatrica*, 36, 299-301 (1969).
11. ANTHONY, J.: «Depression and children handbook of studies on depression». Ed. Borrow. *Excerpta Medica*, 105-120 (1977).
12. ANTHONY, J.; SCOTT, P.: «Manic depressive psychosis in childhood». *J. Child Psychol. Psychiat.*, 53-72 (1960).
13. ARIETTI, S.: *The psychobiology of Sadness. En Severe and Mild Depression*, Ed. by S. Arietti and J. Bemporad. New York. Basic Books (1978).
14. AUBRY, J.: *La carence de soins maternel*. Paris, P.U.F. (1955).
15. BIBRING, E.: *The Mechanism of Depression. En affective Disorders*. Ed. Ph. Grenacre. New York. International Iniversities Press (1953).
16. BOWLBY, J.: «Some pathological processes set in train by carly mother-child separation». *J. Ment. Sci.*, 99-265 (1953).

17. BOWLBY, J.: *Cuidados maternos y salud mental*. Ed. Humanitas. Buenos Aires (1964).
18. BOWLBY, J.: *Attachment and Loss*. Vol. 1. Attachment and Loss. New York. Basic Books (1969).
19. BOWLBY, J.: *Attachment and Loss*. Vol. 2. Separation. New York. Basic Books (1973).
20. CARLSON, G. A.; CANTWELL, D. P.: «Diagnosis of childhood Depression: A comparison of the Weimberg and DSM-III Criterie». *Journal of the American Academy of Child Psychiatri.*, 21, 3, 247-250 (1982).
21. CONDE, V.; SANCHEZ, J.: «La Escala Autoaplicada para la Depresión de ZUNG». *Archivos de Neurobiología*, XXXII, 4, 335-558. Noviembre-Diciembre, 1969.
22. CONDE, V.; ESCRIBA, J. A.; IZQUIERDO, J. A.: «Estudio Crítico de la Escala Autoaplicada para la medida cuantitativa para la Depresión de ZUG». *Revista Clínica Española*. XXXI, 117, 71-78 (1970).
23. CONDE, V.; ESCRIBA, J. A.; IZQUIERDO, J. A.: «La escala autoaplicada para la depresión (S.D.S.) de ZUNG en pacientes ambulatorios». *Medicina Clínica*, 54, 4, 305-318 (1970).
24. CONDE, V.: *Contribución y comentarios a la problemática en la evaluación de los trastornos depresivos*. Zamudio (Bilbao). Ed. Sandoz, 107-118. (11-12 de mayo 1974, 156 págs.)
25. CONDE, V.; ESTEBAN, T.: «Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la "Self-Rating Depressions Scale" (S.D.S.) de ZUNG». *Arch. de Neurobiol.*, 36/5, 375/392 (1973).
26. CONDE, V.; ESTEBAN, T.: «Contribución al estudio de la S.D.S. (Self-Rating Depression Scale) en una muestra estratificada de población normal». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 29, 128, 515-553 (1974).
27. CONDE, V.; USEROS, E.: «Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de BECK». *Rev. Psicol. y Psiq. de Europa y América Latina*, XII, 4, 217-236 (1975).
28. CONDE, V.; ESTEBAN, T.; DOMENECH, B.: «Contribución a la evaluación en psicología y psicopatología clínicas de los trastornos angustioso-depresivos con terapéuticas psiquiátricas». *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. VI, nº 2, 157-206, marzo-abril 1978.
29. CONDE, V.: «Manejo terapéutico de los trastornos depresivos. I». Symposium sobre Psiquiatría en Medicina General. Ed. Roche (en prensa) (1983).
30. CYTRYN, L.; KNEW, D. H.: «Proposed classification of childhood Depression». *American J. Psychiat.*, 129, 2, August (1972).
31. DE MAUSE, LL.: *Historia de la Infancia*. Alianza Universidad, 32. Madrid (1982).
32. ERICKSON, E. H.: *Identity and the Life-Cycle*. (Psychological Issue, Vol. L). New York. International Universities Press (1959).
33. FROMMER, E.: «Depressive illness in childhood». *Br. J. Psych.*, 2, 117-123 (1968).
34. GELLER, B.; ROGOL, A. D.; KNITTER, E. F.: «Preliminary data on dexamethasone suppression test in children with major depressive disorder». *Am. J. Psychiatry*, 140, 620-622 (1983).
35. GLASER, K.: «Masked depression in children and adolescents». *Annu. Prog. Child. Psychiatry Dev.*, 1, 345-355 (1968).
36. GRIESINGER, W.: *Die Pathologie und Therapie der psychischen. Krankheiten*. Stuttgart (1867).

37. GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY. PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN CHILDHOOD. Report No. 62, New York: Group for the Advancement of Psychiatry. Vol. 6 (1966).
38. JENKINS, R. L.; GLICKMAN, S.: «Common syndromes in child psychiatry». I. Deviant behavior traits; II. The schizoid child. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 16, 244-261 (1946).
39. KELIN, M.: *A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. En Contributions to Psychoanalysis.* London Hogart Press (1948).
40. KOVACS, M.; BECK, A. T.: «An empirical-clinical approach to toward a definition of childhood depressions». In Schulterbrandt, J. G., Raskin, A., Eds.: *Depression in Childhood.* New York, Raven Press, 1-25 (1977).
41. KOVACS, M.: «Interview Schedule for Children (ISC)». (10th Rev). University of Pittsburg School of Medicine, Pittsburg, Pennsylvania (1978).
42. KOVACS, M.; BECK: *Cognitive-affective processes in depression Emotions in Personality and psychotherapy.* Ed. C. E. Izard. New York: Plenum, 147-442 (1979).
43. KOVACS, M.: «Rating Scale to assess depression in school aged children». *Acta Paedopsychiat.*, 46, 305-315 (1981).
44. LEOVICI, S.: *Contribution psychanalytique à la connaissance de la depression chez l'enfant et l'adolescent.* En *Etats dépressifs chez l'enfant et l'adolescent.* Ed. por A. L. ANNELL. Almqvist-Wiksell. Estocolmo (1971).
45. LEFKOWITZ, M. H.; BURTON, N.: «Childhood Depression. A Critique of Concept». *Psychological Bulletin*, 85, 716-726 (1978).
46. MALMQUIST, C. P.: *Depressions in childhood and adolescence, en Annual Progress in child psychiatry and child development.* Ed. S. Chess. New York, Brunner-Mazel (1972).
47. MARTIN SANTOS, L.: «Actas de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil». VI Reunión. San Sebastián (1958).
48. MENDIGUCHIA, F. J.: «Nosología y Nosotaxia en Psiquiatría Infanto-Juvenil». XXXIII Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil. Córdoba (1981).
49. NISSEN, G.: *Depressive Syndrome im Kindesund Jugendalter.* Springer, Berlin - Heidelberg - New York, (1971).
50. NISSEN, G.: *Masked depression in children and adolescents.* En KIELHOLZ, P. (dir), *Masked depression.* Int. Symp. St. Moritz, 1973, p. 133. Huber, Berna - Stuttgart - Viena (1973).
51. NISSEN, G.: *Psychopatologie des Kindesalters.* Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt (1977).
52. NISSEN, G.: *Das Depressive Kind.* Mschr. Kinderheilk., 126, 463 (1978).
53. NISSEN, G.: *Depressive Verstimmungen bei Kindern und Jugendlichen.* Dtsch. Arztebl., 76, 567 (1979).
54. NISSEN, G.: *Estados depresivos en los niños y adolescentes.* En KIELHOLZ, P.: «El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos», 151-160. Herder (1983).
56. O.M.S.: *Clasificación Internacional de Enfermedades.* Sección 5ª, 9ª Revisión (1980).

57. POZNANSKI, E. O.; CARROLL, B. J.; BANEGAS, M. C.; COOK, S. C.; GROSSMAN, J. A.: «The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children». *Am. J. Psychiatry*, 139, 321-324 (1982).
58. POZNANSKI, E. O.; ZRULL, J. P.: «Childhood Depression». *Archives of General Psychiatry*, 239, 8-15 (1970).
59. PUIG-ANTICH, J.: «Affective disorders in childhood. A review and Perspective». *Psychiatric clinics of North America*, Vol. 3, n.º 3, december (1980).
60. PUIG-ANTICH, J.: «Psychobiological Correlates of Major Depressive Disorder in Children and Adolescents». En *Psychiatry*, Part. III, Depression in Childhood and adolescence. A.P.A., 288-295 (1982).
61. RIE, H. E.: «Depression in childhood. A Survey of some pertinent contributions». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685 (1966).
62. ROCHLIN, G.: «The loss complex». *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 7, 299 (1959).
63. RUTTER, M.; SHAFFER, D.; SHEPHERD, M.: *A Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders*. Geneve, World Health Organization (1975).
64. SANDLER, J.; JOFFEE, W. G.: «Notes on Childhood Depression». *International Psychoanalysis*, 46, 88-96 (1965).
65. SPIEL, W.: «Depressive Zustandsbilder im Kindes- und Jugendalter». En Schulte, W., Mende, W. (dir) *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*, 208. Thieme, Stuttgart (1967).
66. SPITZ, R.: «Hospitalism». *Psychoanal. Study Child.*, 2, 113 (1946).
67. SPITZ, R.; WOLF, K. M.: «Anaclitic depression». *Psychoanal. Study Child.*, 2, 313-342 (1946).
68. SPITZER, R.; CANTWELL, D. P.: «Diagnostic process and diagnostic classification in child psychiatry DSM-III». *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 19, 348 (1980).
69. SPITZER, R. L.; CANTWELL, D. P.: «The DSM-III classification of the psychiatric disorders of infancy, childhood and adolescence». *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 19, 355-370 (1980).
70. TOOLAN, J. M.: «Depression in children and adolescents». *Am. J. Orthopsychiatry*, 32, 404-414 (1962).
71. WEINBERG, W. A.; BRUMBACK, R. A.: «Mania in childhood». *Amer. J. Dis. Child.*, 130, 380-384 (1975).
72. WELLER, E. E.; PRESKORN, S.: *Imipramine Plasma Levels in Depressed Children*. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, New Orleans, Louisiana, Mayo (1981).
73. WELNER, Z.; WELNER, A.; MC CRAY, M. D. y cols.: «Psychopathology in Children of Nervous With Depression: A Controlled Study». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 408-413 (1977).