

PSICOPATOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA

Cap. 1. INTRODUCCION

Cap. 2. ORIGENES Y POSICIONES DE PARTIDA

Cap. 3. CAMBIOS EVOLUTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

- 1) Cambios hormonales**
- 2) Cambios corporales**
- 3) Cambios psíquicos**
- 4) Cambios sociales**

Cap. 4. CONSECUENCIAS PSICOPATOLOGICAS

4.1- LOS PROBLEMAS DE ADAPTACION Y CONDUCTA

Diversas formas fenomenológicas

Los criterios nosológicos actuales

Círculo relacional

Trastornos de la sexualidad en la adolescencia (embarazo y maternidad en la adolescencia)

4.2- LA CONNOTACION EXTERNA

4.3- LA CRISIS DE LA CRISIS

Los trastornos de "su" ansiedad

Las formas depresivas en la adolescencia (suicidio y tentativas de suicidio en la adolescencia)

El primer "brote" psicótico

La (re)organización estructural (borderline)

4.4- DEL NARCISISMO Y LA MUERTE EN LA ADOLESCENCIA

Las presentaciones psicósomáticas y las somatizaciones en la adolescencia (somatizaciones, Munchausen y acné)

El inicio en las conductas adictivas en la adolescencia: el uso de alcohol, drogas y sustancias psico-activas

"Comer nada": anorexia versus bulimia

Cap. 5. LA INTERVENCION PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA

5.1. Prevenir:

Contener y re-definir

5.2. El problema del "enganche":

"Mejor con los pares que con los padres"

5.3. La transferencia y la contratransferencia:



¡Ojo! a las identificaciones

BIBLIOGRAFIA

Capítulo 1

INTRODUCCION

Lo primero que sobresale al acercarse a la adolescencia es el relevante desconocimiento que sucede en casi todo su devenir y acontecer vital. Es la gran desconocida del proceso de desarrollo del ser humano, al menos desde la perspectiva psicopatológica y psicosocial.

De hecho existe **un problema de definición** de esta etapa del desarrollo. Esta dificultad es tanto mayor cuanto que el observador (profesional de la salud, educadores) no se introduce en la propia organización estructural de esta fase del desarrollo. En general, se entiende por adolescencia una etapa que abarca desde los finales de la infancia hasta la futura adultez, englobando todas las incertidumbres connotativas del crecimiento emocional y social del ser humano. La adolescencia puede tener cualquier duración y la intensidad de los procesos que en ella acontecen es variable en todo su trayecto, pudiendo alcanzar hasta 10 años (desde que se inicia) en nuestras sociedades occidentales contemporáneas. Pero, sobre todo, hay que señalar que se trata de un proceso psicológico y psicosocial vinculado a la pubertad; por ser ésta su índole se trata de un proceso que varía de persona a persona, de familia a familia y de época histórica a época histórica, era, centuria o década en relación con la siguiente. Es una etapa que está sujeta a cambios y modificaciones continuos, llena de dinamismo, mutable en sí misma.

Una segunda característica está representada por el hecho que la adolescencia se constituye en el **problema de los problemas**. Si la diversidad es simplemente una característica previsible en los asuntos de la adolescencia, también representa una invitación para explorarlos. En efecto, la niña empieza a menstruar y el niño a eyacular, pero son cada niño y cada niña quienes asignan una significación psicológica a estos acontecimientos dramáticos (al menos en ocasiones para ellos/as) y que los adultos/as que los rodean (en ocasiones sólo son gente mayor, parafraseando a El Principito) reaccionan ante esos cambios en su condición de ser meramente fenómenos físicos. Tanto el niño/a como el adulto se esfuerzan por someter una genitalidad emergente a las normas sociales y al orden moral vigentes. La sexualidad y la moralidad maduran de una forma conjunta, todo lo demás se desarrolla a su alrededor. Se aparta al sujeto del mundo (supuestamente) asexuado de la infancia y se le inicia en la sexualidad y la responsabilidad moral adultas. La autorización para funcionar sexualmente como un sujeto adulto se otorga con la única condición de ser iniciado, simultáneamente, en el orden moral imperante.



Para abordar, de forma razonable y sensata, los problemas originados por las dos características enunciadas con anterioridad, es preciso que podamos ser más humildes y pasar, de nuevo, **de la connotación a la simple denotación**. Los adultos siempre intentamos adjetivar algo y a alguien, ponerlo un juicio moral, por eso frente al temor que podría despertarle la adolescencia que suele oscilar entre la **negación** lisa y llana (p.e. mirar a otro lado, trivializar lo que sucede) y **la identificación con el agresor** adolescente (parecerse al objeto de temor p.e. asumir sus códigos de lenguaje, su forma de vestir, su música). Frente a estos procesos, pensamos que se precisa fundamentar los puntos de vista en "estudios profundos", aceptando que la adolescencia es un mero artefacto social que interactúa con las relaciones existentes entre el "invento" y las necesidades económicas de nuestras sociedades industriales y postindustriales, sobre todo occidentales. De esta suerte los adolescentes son dignos de elogio ya que evidencian las inquietantes discrepancias entre el objetivo manifiesto de proteger a los niños y niñas y la forma solapada en que los adultos imitan a Herodes.

Capítulo 2

ORIGENES Y POSICIONES DE PARTIDA ACTUALIZADAS

Ya en las filosofías jónicas del siglo VI a.C. diferenciaban una época de transición entre la infancia y la vida de los adultos. También estudios antropológicos desarrollados en diversas culturas han evidenciado la ritualización iniciática, tanto en el varón como en la mujer, que marcaban su abandono de la infancia y la entrada en la vida adulta.

Pero la invención de la adolescencia se atribuye a Rousseau en el siglo XVIII, con su obra "El Emilio". Este invento lo consolida, de forma definitiva, con las características de etapa evolutiva diferenciada y conflictiva Stanley Hall con su obra, en buena medida autobiográfica, "The life and confessions of a Psychologist", con la que termina de configurar este artefacto social llamado: adolescencia.

Se puede concluir que cada sociedad **inventa** la adolescencia que se merece y luego considera a ese invento como monstruoso, santo o heroico. Cualquiera que sea su ideología, sus creencias políticas o experiencias personales, la mayoría de los adultos se sienten obligados a apaciguar la temible vitalidad de estos "monstruos". En buena medida el temor máximo de los adultos es que los adolescentes consigan desarrollar algo de lo que ellos, cuando fueron adolescentes, quisieron llevar a cabo y no supieron, no les dejaron, no se atrevieron o, simplemente, no pudieron.

Para acceder a la comprensión de la adolescencia se debe contemplar tres elementos fundamentales: En primer lugar descartar el mero acercamiento cronológico para describir la adolescencia; la relación ideal del yo/yo ideal en esa etapa evolutiva, para acceder a comprender los mecanismos del proceso de identidad del yo y, por fin, hay que saber que tanto lo social como lo individual (como fundamento psíquico del sujeto) no son dos niveles superponibles, ya que son dos niveles lógicos de análisis diferentes que debe hacernos comprender que no es posible una relación lineal causa-efecto entre los acontecimientos que pudieran suceder y la adolescencia como etapa que los desencadena sin otro tipo de acercamiento y/o reflexión.

Los poetas y los niños/as siempre nos dicen verdades, en ocasiones duras y sangrantes, por ello me permito repetir algunas consideraciones al caso de algunos importantes poetas españoles, sus elocuentes versos no precisan más comentario:

"Ved que todo es infancia:
Lo de entonces fue sueño. Fue una edad. Lo de ahora
No es presente o pasado,
ni siquiera futuro: es el origen"

Claudio Rodríguez (Oda a la infancia)

"Pero aunque el viento pasó
aún está vivo en el viento
lo que el viento se llevó"

Rafael Alberti (Juan Panadero canta a la nueva juventud)

"El niño que fui recuerda:
Me trabaja como un hueco.
El niño que fui me llama
a gritos con su silencio"

Gabriel Celaya (El niño que ya no soy)

"Niño dos veces niño: tres veces venidero.
Vuelve a rodar por ese mundo opaco del vientre.
Atrás, amor. Atrás, niño, porque no quiero
salir donde la luz su gran tristeza encuentre"

Miguel Hernández (El niño de la noche)

Capítulo 3

CAMBIOS EVOLUTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

1) Cambios hormonales: Son derivados del proceso de maduración somática, en la niña hace que se eleven los estrógenos y en el niño los andrógenos, dicho proceso hace desarrollar los caracteres sexuales secundarios: aparición y distribución del vello (de forma más característica con la aparición de la barba en el varón, vello axilar, vello púbico), la redistribución del tejido adiposo (de forma muy manifiesta en la mujer: desarrollo mamario, grasa en las caderas), el desarrollo del tejido muscular (más manifiesto en el varón), el crecimiento y cierre óseo, el cambio de la voz (enronquecimiento de la voz en el varón) y, posiblemente, la aparición del acné. Estos cambios hormonales y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, son el inicio de la pubertad y constituyen el substrato inicial que pone en marcha los cambios que expondremos a continuación. Pero nos interesa señalar que estos cambios hormonales son propios de la pubertad y ésta solo representa el inicio de la adolescencia.

2) Cambios corporales: Más allá de lo meramente descriptivo de los cambios descritos en el punto anterior, estos cambios hacen referencia a la modificación acerca de la propia "**imagen corporal**", en el concepto dinámico que le otorga Silder. Así podemos acceder a comprender la preocupación, a veces excesiva, o el desprecio o una mezcla de ambas o, más aún, las oscilaciones entre uno y otro polo a lo largo de la adolescencia. Desde la imagen corporal, obtenida a lo largo de toda la primera y segunda infancia, debe adquirirse una nueva que puede oscilar entre el mayor nivel de agrado y aceptación al mayor de los rechazos, intentando "disimular" esos cambios corporales o bien a realzarlos de forma exagerada. Esta imagen corporal idealizada o rechazada pone, una vez más, en consideración el emerger de la sexualidad versus genitalidad adulta y su función. Como ejemplos se podrían citar muchos: la capacidad de seducción de la Lolita de Nabokov que evidencia a los adultos el deseo por ese despertar perdido. También podemos comprender aspectos que van desde el narcisismo hasta la dismorfofobia; desde la sumisión a la seducción se juega en estos cambio corporales que hacen emerger una imagen corporal reencontrada desde el mundo infantil, imagen corporal originada inicialmente desde la etapa del espejo y que reconstruye cómo se formó el yo en su día; espejo vil y traicionero que puede enganchar como en el cuento de Blanca Nieves o que puede acabar con el placer para sumergirlo en la muerte de la posesión y goce de la propia imagen, como en el mito de Narciso. El adolescente se mira y se vuelve a mirar, quiere comprender: ¿soy

realmente yo? exclama asombrado, pero ¿eres tú? le contestamos asustados, sorprendidos, seducidos y ambivalentes, por lo tanto también algo de nuestro goce está en juego. Dos característicos contenidos: en la mujer adolescente la inquietud o disconformidad con las tallas de la ropa que utiliza y en el niño varón la función del "estirón".

3) Cambios psíquicos: En tan tormentosa situación no es extraño que la percepción del mundo y las vivencias se vean influenciadas, apareciendo una serie de cambios en la esfera psíquica de singular importancia. Los más relevantes cambios serían los siguientes:

3.1- El ideal del yo: Cumple una misión clave para poder entender estos cambios. Ideal del yo que se va construyendo sobre cimentaciones imaginarias y un tanto míticas, lo que posibilita explosiones de ilusión y, en ocasiones, de fervor. Un ideal teórico, inalcanzable y bellamente utópico; en otras ocasiones es duro y dramático. Esta situación hace que el/la adolescente se enfrente/confronte con la Ley, por ello juega en y desde el límite de las situaciones. Este situarse en el límite origina no pocos conflictos, tanto en el plano personal como en el relacional.

3.2- Reactualización de conflictos aparentemente superados: La reactualización del conflicto edípico es el punto más relevante de la conflictiva psíquica. Vuelve a emerger, con toda su fuerza, un conflicto de épocas precedentes pero que alcanza toda su virulencia en esta etapa. La reactualización se realiza por los puntos que más débilmente quedaron aparentemente cerrados. Estos puntos se refieren a la relación con la Ley, de aquí los enfrentamientos fuertes y duros con las figuras parentales y/o sus sustitutos. La identidad sexual y el deseo sexual cumplen un papel determinante en estas fases del desarrollo.

3.3- La identidad personal: La identidad es la base de la subjetividad, en la diferencia y en el contraste se va adquiriendo y consolidando la identidad. El primer paso se establece con **la identificación**, sea con los pares o con "ideas", por ello es fácil observar una forma de vestir, de hablar, de moverse o simplemente de estar, se buscan signos claros que permitan que esa identificación se realice desde el mundo externo. Muchos movimientos juveniles tienen un gran componente de estos contenidos, p.e. la estética de los hippies, los punk, los rockers, los "pijos". Una segunda característica esta representada por un **idealismo** en ocasiones ingenuo y simple, pero en otras ocasiones cargado de argumentos que ocasionan incomprendiones y bastantes problemas con el contexto familiar y social. Es la época de militar en organizaciones juveniles altruistas (p.e. la explosión de las ONGs en la actualidad o en organizaciones políticas radicales otrora) o bien pandillistas, es el momento

de "cambiar el mundo", pero no hay que olvidar el posible desencanto posterior. Por fin, el **narcisismo** en la adolescencia que permite creerse un cierto centro del mundo, una cierta intolerancia a otras opiniones y la confrontación como forma de relacionarse con todo lo que suponga Ley. Una cierta tendencia a aislarse de ciertos estereotipos familiares y el cuidado por la imagen externa configuran y terminan por completar lo más llamativo de esta situación. Uno de los fundamentos de esa identidad consiste en la consecución de la **identidad sexual**, en un buen número de chicos y de chicas es un proceso delicado, cuanto menos, en el que las dudas, temores y ansiedades están presentes durante un buen periodo de tiempo.

4) Cambios sociales: El más relevante, desde la perspectiva psicológica, es el que acontece para evolucionar **desde la dependencia a la autonomía**, tanto en la toma de las decisiones como en las relaciones sociales, aparece la elección de modas, de pertenencia a grupos, la explosión de la identidad sexual y de la sexualidad en su conjunto. Subjetivamente el/la adolescente establece un cambio hacia la autonomía, buena parte de la conflictividad familiar y social tiene que ver con los límites reales de ese proceso de cambio. Aquí hay que considerar como clave las **capacidades personales y sociales** de los propios adolescentes. P.e. la integración social definitiva y su autonomía depende, en buena medida, de la posibilidad para acceder al mercado de trabajo y a poseer su propia casa y sostener un mínimo nivel de vida. En ocasiones las capacidades personales se poseen (p.e. la información sexual) pero las posibilidades sociales no están totalmente adquiridas (p.e. la posibilidad de acceder libremente a los servicios de planificación familiar o la de tener un lugar propio con razonables comodidades para llevar a cabo las relaciones sexuales).

Capítulo 4

CONSECUENCIAS PSICOPATOLOGICAS

No pretendemos que este capítulo se convierta en un manual de psicopatología de la edad adolescente, sino solamente una comprensión clara sobre el particular y una manera de pensar la adolescencia desde la perspectiva del desarrollo y, por lo tanto, dinámica y cambiante. Por ello contemplaremos cuatro apartados básicos, desde la perspectiva psicopatológica: los problemas de adaptación/conducta; la crisis de la crisis adolescente; la fijación de problemas por la connotación externa y, por último, el narcisismo y la muerte en la adolescencia.

4.1- LOS PROBLEMAS DE ADAPTACION Y CONDUCTA

Los problemas de adaptación y conducta se están convirtiendo en el grupo que mayor incremento están sufriendo en las tasas de prevalencia de los trastornos mentales que llegan a consulta en la etapa infanto-juvenil, sobre todo en la adolescencia. En la bibliografía y en la práctica se constata la existencia de un grado de **coincidencia a la hora de la comprensión psicopatológica** de los problemas de conducta (con gran coherencia desde cada una de las respectivas perspectivas teóricas), **y la dificultad a la hora de intervenir** con un relativo éxito en este tipo de problemas.

La reflexión sobre la causa o efecto de los problemas de conducta en la adolescencia es de gran interés y está de gran actualidad. Así resaltamos el papel de las investigaciones realizadas sobre la identificación de los adolescentes con los "héroes-antihéroes" que aparecen en la cultura televisiva actual, el papel de la violencia en los video-juegos, la extensión de la pasión por el juego. Todo ello configura un panorama digno de ser, cuanto menos, considerado como un clima que puede inducir a un tipo de conducta: identificación, inducción, imitación, pero que no dejan de ser pasos evolutivos que precisan una investigación longitudinal más rigurosa, multidisciplinar y en profundidad. Lo cual nos obliga, una vez más, a resaltar la necesidad de contextualizar cada problema de conducta de cada adolescente, realizando el estudio de la estructura de personalidad y/o psicopatológica que subyace y la multiaxialidad en la descripción como dos instrumentos necesarios para el análisis.

4.1.1- Los problemas de conducta y adaptación en la adolescencia pueden aparecer de

diversas formas fenomenológicas, pero las más frecuentes e interesantes serían las siguientes:

4.1.1.1) Paso al acto: fuga, toxicomanía, intento de suicidio, agresión, delincuencia.

4.1.1.2) Rasgo de expresión en otras estructuras psicopatológicas.

4.1.1.3) Perversión clínica.

4.1.1.4) Cuadro neurótico: histeria, obsesión, depresión (culpabilidad neurótica, fracaso y búsqueda de castigo).

4.1.1.5) Reacción defensiva o expresión de desorganización frente a la entrada o "estar" psicótico.

4.1.1.6) Cuadro psicótico, con sus variantes y formas de presentación (bouffé delirante, esquizofrenia, manía).

4.1.1.7) Crisis de identidad del adolescente: encrucijada en la organización del yo.

4.1.1.8) Desinvertimiento del mundo objetal (morosidad, pasotismo, desinterés, apatía, indolencia).

Creemos fundamental diferenciar estos problemas como síntomas o rasgos, de la estructura que subyace. Pero ello nos obliga a establecer que no se debe confundir síntoma o rasgo con estructura de personalidad o enfermedad, esto hace que en el adolescente se requiera un tiempo de observación y seguimiento mayor que otras etapas, como p.e. la edad adulta, para definirlo con precisión.

4.1.2- Los **criterios nosológicos** actuales, esquematizados en la Tabla I, son los siguientes:

4.1.2.1) La **CIE-10** es una clasificación más aplicable a los trastornos de la infancia y la adolescencia que la serie DSM, poseyendo la flexibilidad de poder introducir criterios multiaxiales. La categoría de los **trastornos disociales** incluye una serie de pre-requisitos de un gran interés: *persistencia del trastorno, reiteración del comportamiento, exclusión de los actos aislados y la relación con los modelos sociales en los que vive el/la sujeto*, incluye la posibilidad de que este tipo de trastornos se encuentren en el seno de otros procesos psicopatológicos y destaca dos aspectos epidemiológicos de singular relevancia: *la relación con situaciones medio-ambientales de riesgo* (p.e. relaciones familiares inadecuadas, fracaso escolar) y el hecho de ser *más frecuentes en el sexo masculino*.

Para nosotros tiene una especial importancia que esta clasificación *incluye un patrón de desarrollo* a la hora de catalogar este tipo de trastornos. Las formas de comportamiento incluidas son aquellas que de forma reiterada se exploran en diversas escalas (p.e. la de CBCL de ACHENBACH & EDELBROCK): excesivas peleas con los pares, crueldad hacia otras personas o hacia los animales, destrucción de las cosas ajenas, tendencias pirománicas, robos, mentiras reiteradas, fugas reiteradas de casa y/o la escuela, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencias graves y persistentes.

Estos trastornos pueden presentarse asociados con **trastornos hiperquinéticos** (F90.1) **en el ámbito familiar** (F91.0), **sin sociabilizar** (F91.1), **en forma sociabilizada** (F91.2), **con presentación desafiante y opositorista** (F91.3), **asociado con trastornos emocionales de tipo depresivo** (F92.0) **o neurótico** (F92.8). Por fin están los trastornos asociados con problemas serios de los **procesos vinculares, sobre todo los de tipo desinhibido** en el que aparece un grado muy disperso a la hora de la selección de los vínculos en los niños/as en los primeros años de la vida (cambios continuos en las personas que les cuidan, múltiples cambios de domicilios, cesiones familiares), con una conducta "pegajosa" a lo largo de toda la primera y segunda infancia o una dificultad en la discriminación afectiva, con lo que aparecen trastornos emocionales y comportamentales en la relación afectiva con los pares y otras personas (F94.2).

4.1.2.2) **DSM-IV**: No es esta clasificación una buena referencia para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, no obstante debido a la difusión que está teniendo en los últimos años debemos hacer referencia a ella. En el Eje I incluye dos tipos de trastornos de conducta: **los trastornos de conducta perturbadora y los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otras partes** (312.34).

En los trastornos de conducta perturbadora incluye dos grandes grupos: *los trastornos por déficit de atención y los trastornos de conducta*. En estos últimos sus características deben estar presentes durante, al menos, seis meses y ordena la frecuencia de los ítems de forma decreciente: robo sin enfrentamiento con la víctima; fuga del hogar al menos en dos ocasiones; mentiras frecuentes; piromanía; fugas de la escuela de forma frecuente; violación de la propiedad privada; destrucción deliberada de la propiedad ajena; crueldad física con los animales; abusos sexuales; empleo de armas; crueldad con las personas.

De igual forma aparece un criterio pronóstico: leve si solo provoca leves molestias a los demás; moderado cuando el número de problemas y su efecto en los demás es ya evidente

y grave cuando la importancia de los problemas presentes o de sus efectos dificultan la comunicación normal.

Las *formas clínicas* en las que se presenta este tipo de trastornos son: **tipo grupal** (312.20); **tipo agresivo solitario** (312.00); **tipo indiferenciado** (312.90); y **negativismo desafiante** (313.81).

4.1.3- En general los apartados anteriores se refieren a dos tipos de contenidos en los adolescentes y a una forma de presentación muy frecuente de estos problemas. En cuanto a los contenidos son la reafirmación y el deseo de individuación los que destacan, siendo la presentación y el papel de la pandilla una forma relevante en la que se presentan este tipo de problemas. En la Fig. 1 señalamos el **círculo relacional** que produce distorsiones en la conducta y en la adaptación en la adolescencia. En efecto, No es raro que el/la adolescente reciba duras críticas que provienen de los demás, sobre todo de los adultos que le rodean. En esta situación su autoestima se encuentra muy dañada, a lo que hay que añadir las situaciones por las que puede encontrarse previamente dañada (caso de la distorsión en la percepción de la propia imagen corporal). De esta suerte la única forma en que puede obtener su identidad es por oposición al entorno, siendo este mecanismo el que potencia la dura crítica de los otros y así terminar de cerrar el círculo vicioso.

4.1.4- Los **trastornos de la sexualidad en la adolescencia**: aunque son variados (abuso sexual como dador o como receptor, las conductas homosexuales más o menos aisladas) en este apartado vamos a hacer referencia **al embarazo en la adolescencia**, dado que es una conducta de especial relevancia y cuya tendencia es al incremento (Fig. 2). **Existe un ligero incremento en la tendencia de los porcentajes de nacimientos en mujeres adolescentes comparados con el conjunto de las edades, a pesar que en los últimos años se ha iniciado ya un evidente descenso**, pero este descenso no consigue cambiar la tendencia al alza motivada por el fuerte incremento habido desde 1975 hasta 1988 (1975: 4,77%; 1985: 6,5%; 1990: 7,3%; 1991: 6,8%) (Fig. 2). Por CC.AA. destaca el 13,3% de las Islas Canarias, el 10% de Asturias y Andalucía, mientras que por debajo de la media se situarían Castilla La Mancha(6,7%) y Castilla-León, Madrid y Cataluña con el 5,7%.

El incremento de la tasa de IVE durante los años comprendidos entre 1.987 y 1.992, ambos inclusivas, ha sido muy importante ya que se ha triplicado en las mujeres adolescentes, algo superior al incremento ocurrido para el conjunto de las edades (Fig.3).Por CC.AA. son las Islas Canarias (15,2%); Andalucía (15,1%); Cataluña (14,6%) y

Castilla-La Mancha (14,2%) superan la media estatal, mientras que Madrid y Asturias (11,7%) se encuentran por debajo de ella.

Con estos datos podemos concluir que: **el embarazo detectado en mujeres adolescentes (menores de 20 años) en España durante el año 1991 alcanzó a 33.088 adolescentes, lo que supuso una tasa del 17%o para ese rango de edad.** En cuanto al perfil se puede decir: mujer entre 17-19 años, soltera, clase media y media-baja, que vive en CC.AA. deprimidas socio-económica y socio-culturalmente. Últimamente se está asistiendo a un descenso de la natalidad en la adolescencia, pero su descenso es parejo o ligeramente menor que el que acontece en el total de nacimientos en España.

Un estudio más amplio y variado sobre los contenidos de este tipo de situaciones, se podrá encontrar en dos trabajos previos (Pedreira 1.995). Algunos datos de interés se aportan en las Tablas II, III y IV, a la hora de conocer la actitud de los y las adolescentes hacia esta situación y la "solución" que se busca para superarla.

4.1.4.1- EL EMBARAZO, EL PARTO Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA:

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL:

Embarazo en adolescentes y nivel intelectual: Estudios de diversos autores han constatado que en las madres adolescentes solteras no existen más deficientes mentales que en el conjunto de la población adolescente de similar estatus socio-educativo. Sí que parece existir una cierta tendencia a que aparezcan niveles intelectuales límites o francamente retrasados en aquellos casos en los que acontecen varios embarazos y los padres son diferentes.

Psicopatología y embarazo en la adolescencia: Varios grupos de investigadores (McANARNEY; ELSTER & cols. y ZUCKERMAN & cols.) han realizado una aproximación a la relación entre psicopatología, trastornos de conducta y embarazo en la adolescencia. De los resultados resaltamos aquellos que poseen un grado mayor de concordancia entre todos los diferentes grupos: Las madres urbanas que tuvieron 3 ó más problemas de conducta tuvieron más probabilidades de tener un hijo/a antes de los 19 años. En estudios realizados en una población de 13.061 mujeres adolescentes americanas, se encontró que las estudiantes que se declararon predispuestas a considerar una posibilidad de gestación

no marital, tuvieron más problemas disciplinarios escolares que las no se declaraban predispuestas a considerar esa probabilidad. También se han detectado relaciones entre la paternidad adolescente y problemas de conducta, sobre todo en el ámbito urbano: abandono escolar y peleas (en los jóvenes de raza negra) y pandillismo, fugas y consumo de drogas (en los jóvenes de raza blanca). **La asociación entre parentalidad adolescente y problemas de conducta fue mayor en los chicos que habían provocado el embarazo que en las chicas madres adolescentes.** También se han detectado correlaciones positivas entre la drogadicción y diagnóstico de depresión con la maternidad adolescente. "¿Está la gente joven entregándose a la actividad sexual precoz, la paternidad prematura, el alcoholismo, la drogadicción y las conductas antisociales como medio de enfrentarse al estrés de sus vidas y la depresión asociada? Incluso si la depresión explica solamente una pequeña parte de la varianza en los problemas de conducta de los adolescentes ¿no es importante identificar precozmente estos síntomas y ofrecer un tratamiento rápido y adecuado para la depresión? Se precisa, cada vez con más urgencia, identificar a los niños/as con problemas antes que se conviertan en adolescentes y ofrecerles el diagnóstico y el tratamiento apropiado, antes que lleguen a ser "padres adolescentes" con problemas". Estas razonables palabras de ELSTER y McANARNEY, en trabajos diferentes, son un punto de partida para poner el énfasis en los aspectos preventivos (primarios y secundarios) a la hora de abordar este problema.

Toxicomanía y maternidad en la adolescencia: En los últimos años han aparecido varios trabajos en este sentido y merece una especial mención el realizado por PARQUET & BAILLY. En las jóvenes adolescentes toxicómanas el embarazo cursa con problemas añadidos: las sustancias tóxicas atraviesan la barrera placentaria y afectan al feto; problemas psicosociales añadidos; escaso control sobre el embarazo; complicaciones infecciosas (de resaltar el peligro manifiesto de padecer el SIDA y convertir a su futuro hijo/a en un enfermo/portador) o de malnutrición; puede haber problemas legales añadidos, todo ello dificulta la continuidad del control médico adecuado. Tampoco se encuentran las madres jóvenes y toxicómanas en situación como para proporcionar los cuidados adecuados al RN, de forma regular y con afecto. No obstante también se pueden modificar, en estas madres, las conductas toxicológicas; pero esta situación depende del lugar que ocupa el bebé en el imaginario de la madre y del diálogo madre-bebé que se establezca. No es extraño que se alternen episodios de intoxicación masiva con periodos de "estar limpia". Pero si se concibe al bebé, por parte de la joven madre adolescente y toxicómana, como un partenaire exigente cabe la posibilidad del abandono de la conducta tóxica.

CONTENIDOS PSICOLOGICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:

Aceptación del embarazo: No más de un tercio de las adolescentes embarazadas ha deseado el embarazo y lo acepta en su totalidad. Se acepta que un diagnóstico precoz favorece un mejor control médico-social del tema y un abordaje más adecuado por el entorno familiar. Ya PEARSON mostró que dos tercios de las adolescentes embarazadas esperaban más de cinco semanas, tras la última regla, para someterse a un diagnóstico de embarazo; cuestión que se comprueba en nuestro país al detectar que deciden acudir a la consulta para someterse a un aborto entre la 9-12 semanas de gestación. Esta situación origina dos tipos de problemas sanitarios y sociales de especial relevancia:

1º Cuidado del embarazo y su repercusión en el pronóstico perinatal: En España se ha realizado un trabajo en este sentido cuyos autores, GOMEZ CARRASCO & DIEZ, coinciden básicamente con un clásico del tema, ZUCKERMAN, cuyo resultado más importantes es: **la maternidad adolescente es un marcador de dificultad y desventaja social más que un factor de riesgo independiente**. Sin embargo la maternidad por debajo de los 15 años constituye un riesgo de prematuridad y bajo peso. Se ha descrito que la maternidad en las adolescentes origina un mayor impacto para tener hijos/as con retraso físico y mental, es un factor de riesgo para presentar mayor proporción de malos tratos. También durante el embarazo las madres adolescentes presentan mayor posibilidad de padecer más toxemias, amnionitis y placenta previa. Pero como existe un elevado porcentaje de embarazos no deseados, se incrementa la tasa de abortos, abandonos prematuros de la educación materna e incremento de la tasa de embarazos posteriores.

2º Repercusiones psicológicas: No reconocer el embarazo y posponer las decisiones, constituyen una forma de **negación**. La adolescente **no confía en nadie**: utiliza el disimulo en los vestidos, no suelen presentar los síntomas comunes de otras mujeres embarazadas (p.e. vómitos, náuseas, caprichos alimenticios o de otro tipo), tampoco suele acudir de entrada a su médico con lo que se sitúa en el límite legal para acudir a la interrupción del embarazo, en otros casos algunas adolescentes abandonan su familia por temor a ser descubierto. Hasta un 10% de los embarazos de adolescentes en el Reino Unido pasan desapercibidos hasta el final de la gestación, además este proceso es independiente de la clase social de pertenencia de la familia.

La vivencia del embarazo en la adolescente: Tal como señaló H. DEUTSCH, algunas reacciones emocionales que experimentan las adolescentes durante el embarazo, son

activadas plenamente por los obstáculos sociales. El deseo de igualar a la propia madre se encuentra presente en toda niña y, en particular, el deseo de rivalizar con ella en la maternidad; la pubertad y el comienzo de la adolescencia reactivan este proceso y pueden originar que el deseo consciente o inconsciente de un niño/a pueda ser más fuerte que los argumentos racionales, de carácter esencialmente social, que se oponen a ello (DEUTSCH).

Hoy día existe una **disociación muy importante entre función fisiológica de la reproducción y el placer sexual**, lo que puede originar en muchos jóvenes que el desconocimiento u ocultación de la posibilidad de embarazo sea una realidad. Esta tendencia al placer favorece poco a los más jóvenes y sobre todo a las clases sociales más desfavorecidas, dada su evidente dificultad para los procesos de sublimación, por lo que su paso al acto es mucho más sencillo.

La relación prenatal con el bebé puede ser positiva, cuanto menos oscilante, como en otras edades. Para DESCHAMP es frecuente ver **alternarse o coexistir de forma ambivalente una reacción posesiva** ("el niño es mío", "es lo único que poseo") **y una reacción agresiva** ("me deforma el cuerpo", "estoy estropeada, tan joven"); reacciones de agresividad que se relacionan con determinados comportamientos (p.e. no seguimiento correcto del embarazo, negativa a alimentarse). El punto común de estas reacciones se sitúa en la **falta de proyectos sobre el niño/a**, NOEL lo interpreta como que **ese niño/a es un objeto de valoración narcisista** por eso, al aparecer el contraste tras el nacimiento: el niño/a es similar a todos los demás (p.e. llora, aspecto rojizo, descamación cutánea), la madre adolescente va a precisar más apoyo que otras mujeres.

Muchas de las conductas de la adolescente embarazada pueden deberse a un **sentimiento de culpabilidad**, ya que la tolerancia social actual pone en evidencia que solo es tolerancia y falta aún mucho camino. La adolescente embarazada se siente **desvalorizada** y viven el **embarazo como un castigo** por su conducta sexual, lo que afecta en grado sumo a la autoestima.

Tomar decisiones: ¿continuar el embarazo? ¿abandonar al RN?: El conjunto de las condiciones psíquicas, mencionadas con anterioridad, dominadas por la ambivalencia es lo que favorece comprender las dificultades manifiestas a la hora de tomar decisiones sobre el porvenir del embarazo y del RN. Por ejemplo, aceptar el aborto supone para la joven adolescente admitir el fracaso de una situación que tiene un cierto carácter reivindicativo y

punitivo para con el entorno. En este sentido hay que saber presentar la posibilidad, no invadir a la adolescente, respetar su decisión, pero orientarla como guía, apoyo y con gran respeto. Similar ocurre con dar el niño/a para adopción, ya que la simple idea de abandonar al hijo/a tras el nacimiento le escandaliza y le duele más que el aborto, si cabe.

Los datos que se poseen nos hacen afirmar que son las adolescentes más maduras emocionalmente las que consiguen dar el niño/a para adopción al centrar un proyecto realista para el bebé. DEUTSCH lo sintetiza diciendo: "las adolescentes menos maduras son precisamente las que luchan por conservar a su hijo. Es una lucha de posesión que no difiere de la lucha por un juguete deseado". Nos referimos aquí al trabajo de MERZOWEYL, en el que siguió durante 10 años a 50 mujeres: el 6% fueron niños/as dados en adopción; del resto el 32% recurrían a los Servicios de Atención para la Infancia y solo el 18% de las madres adolescentes consiguieron ocuparse de forma eficaz de sus hijos/as; destacaba este autor que lo más importante era la buena impresión que habían dado 10 años antes las mujeres que abandonaron a sus hijos/as y la pobre impresión de las que posteriormente, sin abandonar al hijo/a, le habían impuesto una vida inestable.

No debería pronunciarse la palabra abandono a la hora de orientar a una adolescente embarazada, sino que se debe asegurar a la adolescente que tiene la oportunidad de confiar a su hijo/a a una pareja que va a asegurar todas las posibilidades de desarrollo a su hijo/a. Esto hace que se aborde el problema de la adopción en términos positivos y precisa una labor continuada, por lo que la decisión urgente no debe ser tomada. Como dato para pensar nos debemos plantear aquellos niños/as que permanecieron con sus madres adolescentes y que, al cabo de unos años, son abandonados o son objeto de malos tratos con lo que esas condiciones hacen más difíciles la adopción.

La adolescente embarazada y la actividad escolar: Si los COF están orientados para parejas y matrimonios, los centros escolares están orientados para sujetos no casados ni jóvenes embarazadas. Por ello no es extraño que una de cada cuatro adolescentes abandone sus estudios como consecuencia del embarazo. Esta situación evidencia, cuanto menos, algunos puntos de reflexión:

1º No es extraño, aún en nuestros días, que en algunos centros escolares se expulse a adolescentes embarazadas. Continúa la presión social y el temor al "mal ejemplo" o la molestia emocional que representa tener una compañera embarazada.

2º Sea por abandono y por expulsión, la joven adolescente embarazada se enfrenta a un

incremento de las dificultades para acceder a un empleo digno que facilite la educación de su hijo/a, con lo que agrava sus dificultades, intensifica el aislamiento, favorece la marginación y cortan el acceso cultural, con lo que el sentimiento de culpabilidad y la baja autoestima afectan de forma muy evidente a la joven adolescente embarazada.

3º Este sería un tema que debería ser abordado con seriedad y rigor por las autoridades educativas e incluirse en la futura Ley de Derechos de la Infancia y la Adolescencia, ya que la recientemente aprobada no lo ha explicitado totalmente: respeto y apoyo son los dos únicos pilares sobre los que asentar la intervención en estos casos.

4.1.4.2- LA MADRE ADOLESCENTE:

De cada 10 embarazos de adolescentes: 5 terminan en un matrimonio forzado, 3 aborto voluntario (suponen el 11,4% del total de abortos voluntarios), 1 pasa a ser madre adolescente y soltera (el 25% de las madres solteras son adolescentes) y la restante termina en un matrimonio precoz.

Estudios de otros países evidencian que la mayoría de **estos matrimonios se realizan en precario**: los chicos suelen tener similares problemas psicosociales, los matrimonios se deciden por las familias bajo la presión del embarazo, la unión se suele elegir fuera de todo vínculo afectivo sólido (se supone que el joven padre debe "asumir sus responsabilidades" hacia la madre y el hijo/a para que éste no sea "ilegítimo") por lo que muchos de estos matrimonios no tendrían lugar sin el embarazo y la mayoría de estos matrimonios suelen terminar en un fracaso (p.e. malos tratos, violencia, separación/abandono/divorcio), de hecho en USA uno de cada dos de estos matrimonios termina en divorcio y la media calculada para Europa se sitúa en dos tercios de estos matrimonios los que acaban divorciándose.

Por otro lado hay que considerar el indudable hándicap social del abandono de los estudios, con lo que se dificulta la continuidad educativa, se obstaculiza la posibilidad de superar la marginación. De hecho un estudio desarrollado en Gran Bretaña pone de manifiesto que en igualdad de situación social los padres adolescentes que se ven obligados a casarse cursan estudios más cortos y su salario medio es más bajo, si se les compara con matrimonios jóvenes de similar edad pero cuya pareja se ha constituido sin que medie un embarazo por lo que sus relaciones afectivas están más firmemente consolidadas. Esta desventaja social se mantiene a medio y largo plazo, por lo que la capacidad de tolerancia de la situación se resiente y constituye un factor suplementario de

disolución de la joven pareja.

Por fin hay que situar el riesgo evidente de una multiparidad precoz (ejemplo muy evidente lo tenemos en España con las parejas gitanas) acrecienta los riesgos para la madre adolescente como persona y como sujeto social.

No obstante si el matrimonio no llega a plantearse, la relación con el padre de la criatura suele romperse totalmente y cortar todo tipo de contacto, hecho nada difícil dada la labilidad del vínculo afectivo. Así aparece un padre fantasmático y desconocido tanto para el estado civil como para la pura biología. En ocasiones la negación es tan evidente en la joven madre que existe una oposición activa a comunicar al hijo/a cualquier dato acerca del embarazo y de la paternidad. En la clínica se nos dice de forma continua: "¿Para qué le voy a decir nada del padre?", "Ni lo conoce ni lo va a conocer, por mi parte", "Mejor que no sepa nada de él". De esta suerte aparece ese fantasma materno que ocupa el silencio en torno a aquél desafortunado hecho y que ya no quiere ni nombrarse.

4.1.4.3- LA INTERACCION PRECOZ MADRE-HIJO/A Y EL PRONOSTICO EVOLUTIVO PARA EL NIÑO/A:

En muchas ocasiones la joven madre ni puede ni desea la crianza de ese hijo/a. **No es extraño que realice una cesión del hijo/a a su propia madre.** La maternidad adolescente es una de las causas prevalentes a la hora de analizar las cesiones familiares de los hijos/as .

En estas situaciones de cesión los contenidos psicológicos son de especial relevancia: por un lado la abuela materna sale victoriosa de la pugna con su hija: frente al enfrentamiento por la independencia declarada unilateralmente por la hija adolescente con su propio embarazo, la madre la presenta ante la sociedad simplemente como una hermana mayor. De esta suerte la adolescente solo cumple el papel de agente reproductor, las gratificaciones derivadas de la maternidad le son vedadas y donde quiso rivalizar con la madre (en la fecundidad) tejió su propia trampa. Por otro lado esta entrega del hijo/a a su propia madre nos remite a contenidos de las reminiscencias edípicas mal elaboradas por parte de la joven madre adolescente que afloran con toda su crudeza en la reactivación que ocurre en la adolescencia. Por otro lado el hijo/a se encuentra en una situación vincular y relacional, cuanto menos, compleja: se pelea con su supuesta hermana (cuando en

realidad es su madre) y llama mamá a su abuela materna.

Si la joven madre se decide por la crianza de su hijo/a aparecen una dificultades que varían en las formas de presentación, desde el abandono a un tipo de relación sobreprotector e invasivo que resulta asfixiante para el niño/a. Por otro lado tanto el entorno como, al final, la propia madre terminan por demostrar la ambivalencia hacia la capacidad de desarrollar la maternidad de forma adecuada. Por un lado se la exige que "redima" su situación siendo una buena madre en la entrega y abnegación hacia el hijo/a, pero no se la facilitan los medios (educativos, sociales, laborales) para llevarlo a cabo con unas relativas garantías de éxito. Por todo ello el vínculo afectivo se establece de forma muy difícil.

Se han desarrollado estudios de los tipos y características de los vínculos entre las jóvenes madres y sus hijos/as (LEVINE & cols. y BAYO en España), por medio de grabaciones en video de niños/as de 8 meses de edad hijos/as de madres adolescentes. Se rodaron tanto a madres adolescentes como a madres adultas, en sesiones de entrevistas cara a cara individualizada y en sesiones de trabajo grupal con fines de enseñanza: las madres no adolescentes demostraron un afecto más positivo hacia sus hijos/as, hablaron más y pusieron de manifiesto la realización de tareas (estimulación, paseos, mecimientos) con ellos/as más a menudo. Las relaciones individuales se relacionaron más con el nivel de desarrollo del yo, mientras que la actitud de apoyo en las sesiones cara a cara y la edad de las madres se asociaba en los grupos de enseñanza. Estos datos han querido relacionar, por parte de algunos autores, la edad materna con el nivel de desarrollo cognitivo de los hijos/as.

Pero, tanto LEVINE & cols. como BAYO, lo que señalan es que estas características tienen que ver con **la capacidad para establecer un vínculo adecuado entre la joven madre y el bebé**. La inmadurez de la adolescencia y la dificultad para la vinculación afectiva dificulta una relación espontánea con el bebé y la interacción se ve alterada: brusquedad en los movimientos y en las actitudes de la madre adolescente (por otro lado es una característica propia de las relaciones que establecen los/las adolescentes, pero en este caso el partenaire no integra del todo estas actitudes); dificultad en la interpretación y lectura de los actos del bebé (p.e. incomprensión hacia el llanto o la satisfacción de las necesidades del bebé); ante estas dificultades no es extraño que aparezcan disfunciones en la expresión de los cuidados y de la relación con el bebé (p.e. malos tratos, negligencia, abandono); alternancias bruscas de gritos o brusquedades con mimos, cariños y caricias, en ocasiones sin solución de continuidad. En definitiva **se trataría de la expresión contradictoria de**

pasar de jugar con muñecas que no responden y son solo depositarias de las emociones y ansiedades de la niña/adolescente, a tener un muñeco real y que responde activamente a los requerimientos y depositaciones de la joven adolescente.

A largo plazo se sabe que estos niños/as acuden con más frecuencia a los servicios de ayuda infantil. DESCHAMP ha señalado que los hijos/as de jóvenes madres adolescentes presentan más a menudo trastornos del desarrollo social y afectivo, pero no parece que estos trastornos tengan un carácter específico para los hijos/as de madres adolescentes. En nuestra opinión este tipo de trastornos se encuadrarían en lo que la CIE-10 denomina: "**Trastornos del vínculo**", cuya expresión más frecuente detectada en nuestra práctica serían: trastornos del sueño (dificultades para conciliar el sueño, necesidad de estar con un adulto/a), trastornos alimenticios (caprichos alimenticios, anorexias precoces más o menos severas, facilidad para los vómitos), baja tolerancia a la frustración (espasmos del sollozo, facilidad para las rabiets, necesidad de tener el liderazgo), dificultad para integrar los límites (conductas de oposición, dificultades de simbolización, dificultades para aceptar las reglas), facilidad para presentar procesos de somatización y dificultades para jugar, entre otras y que se presentan asociados varios de estos trastornos o de forma aislada. Por fin hay que significar que la ausencia de padre no tiene porqué llevar pareja una ausencia de figura paterna ni que ello induzca trastornos emocionales más frecuentes o característicos que para los niños/as que nacen en situaciones familiares francamente alteradas y disfuncionales por otras razones.

4.II - LA FIJACION POR LA CONNOTACION EXTERNA

En la Fig. 1 hemos expuesto el círculo vicioso de las relaciones en la adolescencia, cuando la agresión desde los otros es máxima, la posibilidad para que acontezca una fuerte obtención de la identidad por una oposición máxima, podría terminar con un excesivo peso de la fijación de la conducta por la connotación externa. En estas condiciones el adolescente pasa a ser sociópata o psicópata o drogadicto o marginado o delincuente. Este "ser" le ubica en la esencia del sujeto, por lo tanto termina siendo rígido y encorsetante; por contra, la perspectiva evolutiva y del desarrollo nos permite redimensionar un "estar" mucho más flexible y con más posibilidades de movilización.

En la adolescencia se constata una relación, un tanto contradictoria, entre el **valor de la norma y el poder de la transgresión**, en ocasiones esta seducción por transgredir la norma establecida se contrapone al peso de la Ley simbólica, de esta suerte podríamos

señalar que cuando la Ley simbólica fracasa es sustituida por la ley real, la ley de los tribunales (Tabla V).

4.2.1. Tanto la CIE-10 (F91.8) como la DSM-IV (312.8) coinciden en las características básicas del denominado **trastorno disocial en la infancia**:

A. Precisa un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestando tres o más criterios en los últimos 12 meses o, por lo menos, de un criterio durante los últimos 6 meses:

* **Agresión a personas o animales:** fanfarronea o amenaza o intimida a otros con frecuencia; inicia peleas a menudo; en algún momento ha utilizado un arma que pudiera haber causado daño a personas (p.e. bate, navaja, pistola); se ha manifestado con crueldad hacia las personas y/o los animales; ha robado con enfrentamiento con la víctima (p.e. robo a mano armada, tirón de bolso); ha forzado sexualmente a alguien.

* **Destrucción de propiedades:** provocar incendios o destruir propiedades de otros.

* **Robo o fraude:** allanar el hogar o el coche de otra persona; mentir a menudo con el fin de obtener bienes o favores o bien evitar obligaciones; robar objetos de valor sin necesidad de enfrentarse a la víctima (p.e. falsificaciones).

* **Graves violaciones de las normas:** permanecer con frecuencia fuera del hogar paterno por la noche, a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando la conducta con anterioridad a los 13 años de edad; escaparse de casa por la noche al menos dos veces sin regresar en varios días (si es en un hogar sustituto basta con solo una vez); hacer novillos en el colegio con frecuencia, iniciándolo con anterioridad a los 13 años.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Se debe especificar si es de inicio infantil o adolescente, dependiendo de si las alteraciones se inician con anterioridad a los 10 años de edad o es posterior, respectivamente. De igual forma debe especificarse el carácter leve, moderado o grave, según sea la entidad de los daños causados.

4.2.2. De igual forma la CIE-10 (F60.2) y la DSM-IV (301.7) coinciden en los criterios a la hora de señalar el diagnóstico de **trastorno antisocial de la personalidad**, caracterizado por los siguientes criterios:

A. Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, con la presencia de tres o más de los siguientes ítems:

- * **Fracaso para adaptarse a las normas sociales**, en lo que respecta al comportamiento legal (p.e. realizar actos para ser detenido).
- * **Deshonestidad**, indicada con mentiras repetidas, utilización frecuente de alias, estafa para obtener beneficios personales o por puro placer.
- * **Impulsividad** o incapacidad para planificar el futuro.
- * **Irritabilidad y agresividad**, indicada por peleas o agresiones repetidas.
- * **Despreocupación por su propia seguridad**, de forma imprudente o bien despreocupación por la seguridad de los demás.
- * **Persistente irresponsabilidad**, p.e. incapacidad para mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- * **Falta de remordimientos**, p.e. indiferencia o justificación por haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene menos de 18 años de edad.

C. Posibilidad de existir un trastorno disocial de comienzo anterior a los 15 años de edad.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

En ambos casos se constata un conflicto evidente con la ley real, una transgresión que obliga a una respuesta de tipo represivo, en la mayoría de los casos. Una posible concatenación dialéctica fue expresada por Pedreira y Sardinero (1.983), relacionando la conducta en la adolescencia con ciertas conductas de marginación y la intervención judicial, que se sintetiza en la Tabla V. Se podría esquematizar en una especie de aforismo, que debe ser leído con todas las precauciones de intentar generalizar: **"Cuando no aparece la Ley simbólica (o se simbolizan parcialmente aspectos de la conducta), aparece la ley real para ordenar/reprimir la situación"**

4.III. LA CRISIS DE LA CRISIS

Cuando se habla o escribe de la adolescencia se aborda desde una etapa de crisis. En

efecto, es así porque los cambios acontecen de forma simultánea unos y sucesiva otros, situando al sujeto en una delicada posición ante la que la capacidad de adaptación y los mecanismos de defensa o afrontamiento se encuentran sometidos a una prueba constante acerca de la adecuación de su funcionamiento. No es extraño, por lo tanto, que en personas o situaciones determinadas esta crisis haga crisis, es decir se manifieste de forma sintomática, más allá de la semiótica y se sitúe en el campo de la semiología clínica o, al menos, haciendo límite con la presencia de trastornos mentales.

En esta crisis sintomática de la crisis del periodo evolutivo, situamos cuatro grupos de posibilidades: los trastornos de ansiedad en la adolescencia, las formas depresivas en la adolescencia, lo relativo a la re-organización estructural (crisis de identidad) y el cuadro más importante desde la perspectiva psicopatológica, clínica, pronóstica y evolutiva: el primer brote psicótico.

3.1- Los trastornos de "su" ansiedad: En general hablar de la ansiedad, mejor de la forma de expresión de la ansiedad en la adolescencia, comporta referirse a una forma particular en que dicho trastorno se expresa y manifiesta en esta etapa de la vida humana. Por esta razón nos referimos a "su" ansiedad, queriendo referirnos a las circunstancias o situaciones que, según los propios/as adolescentes, les causan ansiedad o, como ellos/as mismos describen, "agobio". Para ello nos referimos a un trabajo nuestro desarrollado en 380 estudiantes de BUP, que básicamente coincide con el publicado por HILL en 1.989, hacemos referencia a la importancia que dan los/las adolescentes encuestados a la hora de sentir ansiedad, se plantean aquellas causas que están por encima del 50% de los encuestados y de forma decreciente (desde el 90% de la primera al 50% de la última de este listado):

3.1.1. Físico poco atractivo, el poder de la imagen física, de la seducción de la imagen se manifiesta por la preocupación, a veces desmedida, por la ropa de marca, por la identificación a grupos de pertenencia social y cultural en la forma exterior de manifestarse. Las dismorfofobias, de diverso grado de gravedad, son la expresión más sindrómica de este tipo de trastornos, que pueden estar, por ejemplo, en una cierta base narcisista de los denominados trastornos de la conducta alimentaria.

3.1.2. Amistades. La pertenencia a un grupo, el papel que se juega en el grupo de pares, sus actividades, la aceptación versus rechazo por parte del grupo, la aceptación versus

rechazo por parte de las figuras parentales (en la que juegan muchos contenidos a priorísticos de prejuicios sociales y culturales) son aspectos básicos. En nuestra comunidad hubo una época en que varias jóvenes estaban seducidas por jóvenes gitanos, la respuesta de las figuras parentales payas fue de conflicto abierto que llevó a consultar a la Unidad de Salud Mental Infantil, con la pretensión de que "Vds. deben convencer a mi hija de que no debe hacer eso, por que no es bueno y está mal"; en pocas ocasiones se nos permitió ni siquiera terminar la evaluación, no tener un a priori es difícil y no siempre es admitido, muchas figuras parentales identificaban nuestra posición de escucha sin prejuizar, con una alianza con sus hijas adolescentes y con su conducta en contra de su opinión ajustada a "lo que debe ser". Esta posición de las figuras parentales de inmiscuirse en las amistades de los hijos/as adolescentes es vivido como una verdadera invasión y suele crear conflictos en la relación padres-adolescentes, entre otras cosas porque los/las adolescentes están muy preocupados con tener amigos/as de verdad y con el sentido, a veces un tanto romántico, de la amistad.

3.1.3. Ser rechazado por los pares. Es evidente que complementa a la anterior preocupación. La sola posibilidad de verse rechazado por los pares les genera, a la mayoría de los/las adolescentes, una sensación de aislamiento y de baja autoestima. La sociabilización se ve afectada y no es extraño que se busque respuestas y actitudes desafiantes o disociales con el fin de "compensar" de alguna manera el rechazo. En otras ocasiones puede ocurrir una hiperintelectualización o racionalización excesiva. Alicia es una adolescente de 15 años que nació con un mielomeningocele que fue intervenido quirúrgicamente y le ha quedado como secuela una paresia de los miembros inferiores y una vejiga neurógena, las figuras parentales tienden a normalizar lo que la acontece y la historia evolutiva previa: "siempre lo aceptó muy bien y nosotros también", pero lo transmiten con ansiedad, sin convencer. Alicia dice que "mis amigas se han vuelto tontas, solo piensan en ir a bailar, la verdad es que a mi no me apetece nada, me aburre la discoteca, no me explico lo que ellas ven en bailar", pero su rictus de tristeza y la entonación hace que se transmita su decepción y su rabia contenida: sea por no poder realizar esa actividad, sea por no haber podido atraer a las demás a sus intereses, por lo tanto: sentirse rechazada a causa de su problema.

3.1.4. Volverse loco/a. Gran temor en estas edades: perder el control sobre sus pensamientos, sobre su ser y su estar en el mundo, eso es para ellos volverse locos/as, "pirarse". Su rechazo a acudir a consultas psicológicas y psiquiátricas creemos que debe encuadrarse en esta actitud temerosa, por otra parte pocas consultas reúnen las

características precisas para recibir a adolescentes y muy pocas cuentan con profesionales formados para dar una respuesta adaptada a las necesidades de esta etapa de la vida. Llevamos un tiempo detectando en nuestra Unidad de Salud Mental Infantil un incremento de demandas de adolescentes a petición de los propios/as adolescentes. El análisis de la demanda realizado nos pone sobre la pista de lo siguiente: en muchas ocasiones la petición de ayuda se ajusta a un sufrimiento personal, en otro

grupo es la manifiesta presencia de trastornos relacionales en el seno familiar, pero en casi todos los casos se explicita: "aquí nos escucháis a nosotros y sabéis guardar nuestro secreto".

3.1.5. Abandonar el hogar familiar. Múltiples estudios sociológicos acerca de la juventud española aprecian que los adolescentes actuales continúan más tiempo en la familia, tienen dificultades para marchar de casa. No obstante existe un grupo de chicos y de chicas que hacen de la fuga del hogar parental la forma de expresar su protesta o su franco conflicto familiar. Entre estos dos polos se mueve este temor, en ambos la vivencia de ansiedad es relevante ¿Dónde ir y cómo marchar del hogar parental? ¿Qué significa y, sobre todo, para qué esta marcha del domicilio familiar?

3.1.6. Ausencia de intimidad. Tener su espacio, su lugar, privado es de una gran importancia. Tener guardadas sus cosas (incluso con llave), guardar sus vivencias (sus secretos, su diario, sus cartas de amor o de amistad), tener su mundo propio (su habitación, su ropa, su música, su...), todo ello es fundamental desde la vivencia de la adolescencia. De aquí la importancia de la confidencialidad necesaria en determinadas consultas profesionales (p.e. salud mental y planificación familiar) y que, de forma muy afortunada, es reconocida en la Ley de Protección de Derechos del Menor que fue aprobada, por unanimidad, en el Congreso de los Diputados en el mes de diciembre de 1.995 (Ley 1/96).

3.1.7. ¿Merece la pena vivir? El panorama de exigencia familiar y económica, cierto pesimismo social (perspectiva de paro, incremento de droga y alcohol), comentarios descalificadores, el incremento de la competitividad y la eclosión de la violencia representan algunos de los aspectos más evidentes para que la autoestima de los/las adolescentes no se encuentre en su mejor momento. Algunos/as lo intentan superar o incluso confrontarse a esas evidentes dificultades, pero hay otro grupo de ellos/as que se preguntan por el hecho de si vivir esta vida les merece la pena, sobre todo en esas circunstancias.

3.1.8. Favoritismo parental. Ser el preferido/a de una o de ambas figuras parentales y el beneficio que se obtiene de ello no es sino una forma de expresión de la comparación de la que ellos/as se sienten objeto. Ser el favorito/a de las padres es obtener algunos beneficios, que sean pingües o más relevantes va a depender de la capacidad de seducción, del "cariño" sentido y del reclamado, de la función de los chantajes afectivos. ¿Cómo conseguir ese favoritismo parental? En este contexto se explica la aportación psicoanalítica acerca de la reactualización del conflicto edípico en la adolescencia, una reactualización que se juega en el papel que cumplen las normas familiares y la forma de cumplirlas versus transmitirla.

3.1.9. Discusiones parentales. En edades más tempranas las discusiones parentales tienen una importancia clave como acontecimiento vital estresante, sin embargo en la adolescencia dicha situación pierde enteros en la cotización. Reconocen muchos adolescentes el impacto, pero hay otras preocupaciones y las discusiones parentales empiezan a entenderse como algo de los adultos, como algo ajeno y, en cierta medida, extraño a ellos. Existe un cierto malestar por si esas discusiones pueden disolver la familia, pero esa ruptura ya no se vive como algo dramático, existiendo la suficiente base cognitiva para integrar la ruptura de las figuras parentales como algo que puede hasta ser beneficioso.

3.1.10. Ponerse enfermo/a. La preocupación por la propia imagen, por su cuerpo y por la integridad y buen funcionamiento de todas sus partes es el tema fundamental. No es extraño que aparezca su temor a la enfermedad, dado que representa un daño corporal o bien una pérdida de control sobre sí mismos, una dependencia de los demás (familia y profesionales) que es algo muy duro de aceptar en los/las adolescentes que se encuentran peleando por su autonomía plena. La ansiedad de muerte, el temor a lo desconocido, a una secuela con limitaciones se esconden en los contenidos más frecuentes. En otros casos son temores más insignificantes, pero no por ello menos trascendentes en su vivencia, es el temor a las pruebas complementarias, a los análisis, a la mera asistencia a la consulta del profesional sanitario. Por ello suele aparecer, como mecanismo compensador, la casi devoción por las denominadas medicinas alternativas y la exagerada creencia en los mitos culturales sobre las enfermedades.

3.1.11. Ser el centro del mundo. Sobre todo son los estudios de tipo sociológico los que han puesto de manifiesto este contenido. Algunos investigadores del campo de la sociología lo han denominado el narcisismo del adolescente (entre los españoles destaca A. de Miguel). La incitación al consumo y el propio consumismo, la existencia de tiendas y

productos de consumo solo para esta etapa del desarrollo de la vida, contrasta con la escasez de locales apropiados donde establecer unas interacciones adecuadas. Una actitud un tanto prepotente y descalificadora hacia lo que les circunda completan este contenido.

3.2- Las formas depresivas en la adolescencia: Los trastornos depresivos en la adolescencia son más frecuentes de lo que en principio pudiera suponerse, en diversas investigaciones desarrolladas por el equipo dirigido por los Profs. Polaino y Domenech se estima una prevalencia comprendida entre el 8-10% de la población adolescente, siendo bastante similar en diversas autonomías (Madrid, Cataluña, Valencia).

3.2.1. Formas clínicas de presentación de los trastornos depresivos en la adolescencia: Las formas clínicas de presentación de los trastornos depresivos y afectivos en la adolescencia, se agrupan en torno a las siguientes formas más frecuentes, en muchos casos suelen darse asociadas varias formas de presentación y en determinadas ocasiones se presentan de forma evolutiva a lo largo del tiempo:

1ª Reparación de la ansiedad de separación: Suele ser de forma brusca, reapareciendo miedos y temores aparentemente injustificados y que a un buen número de los miembros de la familia les parece "raros e infantiles". Dichos temores injustificados se refieren a posibles daños que pudieran acontecer a personas significativas del entorno familiar (p.e. una o ambas figuras parentales); temor a que un acontecimiento adverso le pueda separar de una persona significativa en el plano afectivo y relacional. No es extraño que aparezca un rechazo o fobia hacia el colegio. Se presentan trastornos del sueño asociados, sobre todo del tipo al irse a dormir, p.e. dificultad para conciliar el sueño, sensación de que puede acontecer una agresión (p.e. rapto, violación o muerte), por lo que precisa la presencia de alguna persona significativa como figura contrafóbica a los temores y presencia de pesadillas reiteradas sobre la separación y la soledad. No son extraños los síntomas somáticos, tipo algias o alteraciones digestivas, malestares excesivos y recurrentes. Es decir: un cuadro tipo de ansiedad de separación, pero con tintes depresivoides del tipo de enfatizar la pérdida o la soledad y con clínica de tristeza y soledad.

2ª Conducta antisocial: En este caso la clínica es muy similar a la descrita con anterioridad de los trastornos conductuales y disociales. Solo que aparecen unos contenidos básicos que diferencian un grupo de trastornos de este cuadro depresivo. En este caso los trastornos conductuales se acompañan de baja autoestima y un sentimiento de culpa bastante patente, no solo frente a las consecuencias de la conducta manifiesta,

sino también a la realización misma de esas conductas. Busca algún tipo de excusas, p.e. aceptación en la pandilla, hacer lo que hacen todos. En otras ocasiones viene a ser como el negativo de la actitud social de la familia, p.e. frente a familias en exceso adaptadas socialmente o bien demasiado bien consideradas, aparece alguno de los hijos en edad adolescentes que comete algún tipo de tropelías, pero existe un fondo de atraer la atención, de sentimiento de no ser querido o de ser rechazado y la conducta aparece como una especie de venganza que, en ocasiones, puede estar en el límite de la legalidad. Frente a los contenidos depresivos por abandonar la infancia, emerge una defensa maniaca de hiperactividad antisocial como forma de "ser mayor".

3ª Disminución de la adaptación escolar: Ya ha quedado plasmado en los contenidos de los dos puntos anteriores. Pero en ocasiones puede aparecer casi como una forma de presentación monosintomática. Un niño que rendía de forma adecuada en los primeros años de escolaridad, en cuanto llega la adolescencia empieza a "atascarse" al principio en alguna materia y, con posterioridad, en varias o en todo el curso escolar. La autoestima comienza a afectarse y se va cerrando un círculo vicioso en el que el rendimiento escolar se resiente y empieza a aparecer un rechazo a la escuela como institución y su capacidad de adaptación escolar se afecta (p.e. aparición de conductas disruptivas, enfrentamientos recidivantes con profesores y/o compañeros, frecuentar compañías "poco recomendables", intolerancia a las normas escolares, malhumor).

4ª Apatía, aburrimiento, tristeza, astenia: Son los síntomas clásicos de orden depresivo, suelen aparecer sin motivo aparente y son persistentes en el tiempo.

5ª Ausencias frecuentes de casa: Son clásicas las descripciones que dicen las figuras parentales: "cree que su casa es un hotel". Los adolescentes tienden a estar poco en su ambiente familiar, en ocasiones creen que así superarán lo que les pasa o culpan de su situación al ambiente familiar y sus exigencias. En algunas ocasiones estas ausencias terminan por ser verdaderas fugas domiciliarias, suelen ser unas fugas muy curiosas: se van de la casa parental, pero acuden al domicilio de algún otro familiar relativamente cercano al que usan como "intermediario".

6ª Ideas/tentativas suicidas:

Consideramos con Mardomingo que **la tentativa o intento de suicidio o parasuicidio** se refiere a todo acto realizado por el/la adolescente que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo. En esta definición se incluye la voluntariedad del acto, lo que ya debaten muchos autores es sobre si debe estar presente o no el deseo de muerte en la consumación del acto suicidario y no se incluye en el concepto la causa subyacente al acto en sí mismo. De igual forma, **la ideación suicida** es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo

valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas. En general existen unos contenidos fundamentales que se deben tener en cuenta:

6.1- CRITERIOS OPERATIVOS DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO:

6.1.1- Definición:

6.1.1.1. No ocurre el desenlace fatal.

6.1.1.2. Auto-iniciación de la conducta que hubiera llevado al desenlace fatal sino hubiera sido por ... algún tipo de factor, tanto propio como ajeno.

6.1.1.3. Conocimiento o creencia por parte del sujeto de que esa conducta, iniciada por él mismo, tiende a producir la muerte de forma objetiva.

6.1.2- Consideraciones:

6.1.2.1. La intención de muerte no es totalmente necesaria.

6.1.2.2. El fatal desenlace podría ser un efecto secundario de la conducta realizada.

6.1.2.3. El padecimiento de una afección terminal no excluye el suicidio.

6.1.2.4. El padecer un proceso médico grave no es decisivo para este tipo de conducta.

6.1.2.5. La consideración como tal será formulada por el método empleado.

6.1.3- Criterios de inclusión-exclusión:

6.1.3.1. Paso al acto (acting-out) de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión.

6.1.3.2. Lo que se conoce como "erosión suicida": exclusión.

6.1.3.3. Acto habitual: exclusión.

6.1.3.4. Sobredosis no habitual de alcohol: inclusión.

6.1.3.5. Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.

6.1.3.6. Suicidio terrorista o sobredosis en adictos a las drogas: inclusión.

6.2- CRITERIOS OPERATIVOS PARA EVALUAR LA CONDUCTA PARASUICIDA:

6.2.1- Definición:

6.2.1.1. No ocurre el desenlace fatal.

6.2.1.2. Auto-iniciación de la conducta de forma activa por el propio sujeto con producción de un daño evidente (p.e. cortes) o ingestión de forma excesiva de una sustancia que generalmente aún se mantiene en una dosis no excesivamente tóxica y si fuera tóxico se

consigue conocer su ingestión (p.e. deja evidencias a la vista).

6.2.1.3. Conocimiento por parte del sujeto de que la acción iniciada por él mismo puede causarle un daño o sobredosis de la sustancia ingerida.

6.2.2- Criterios de inclusión-exclusión:

6.2.2.1. Conductas manipuladoras: inclusión.

6.2.2.2. Conductas habituales (incluyendo la automutilación): exclusión.

6.2.2.3. Intoxicación alcohólica aguda: inclusión.

6.2.2.4. Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.

6.2.2.5. Motivo específico desencadenante irrelevante: inclusión.

6.2.2.6. La consideración como tal será formulada por el método utilizado.

7ª Ideas hipocondríacas: La etapa de la adolescencia se caracteriza por cambios, uno de los más relevantes es el cambio corporal y constituye una de las preocupaciones básicas del adolescente, por ello no es extraño que esta preocupación no se refiera solo al cambio en sí o a su aceptación versus rechazo, sino también al temor de que este cuerpo cambiante enferme. Se establece así el campo idóneo para que aparezcan ideas hipocondríacas. La clasificación internacional CIE-10 define el trastorno hipocondríaco (F45.2) como: "La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puestas de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico".

El/la adolescente con frecuencia puede valorar sensaciones o fenómenos normales como si fueran excepcionales y en extremo molestos, centrando su atención de forma preferente sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. No es extraño que algunos/as adolescentes se refieran por el nombre clínico del proceso somático que ellos/as sospechan padecer, pero aún cuando fuera así el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que se pone sobre un trastorno u otro suele variar en el curso de las sucesivas consultas que efectúe al médico y/o especialista. No es extraño que el propio adolescente contemple la posibilidad de padecer incluso más de un proceso adicional al que él mismo ha señalado.

No es infrecuente detectar la presencia de trastornos depresivos o ansiosos concomitantes que posibiliten el diagnóstico de esta comorbilidad. Es precisamente la etapa de la adolescencia la edad más idónea para iniciarse este tipo de trastornos y es de gran

importancia su detección y tratamientos precoces, dado que el curso de estos trastornos suele ser crónico y, en ocasiones, presentan diversos tipos de incapacidad laboral y/o social. Molière describió para el teatro, con gran justeza, ironía y perspicacia, este tipo de procesos.

Estos trastornos se presentan tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características especiales, como suele acontecer en los trastornos por somatización. Muchos de estos adolescentes, sobre todo en sus inicios, permanecen en el ámbito de la atención primaria de salud o vagando por especialistas de los órganos o sistemas dignos de sus sospechas. No es extraño que la derivación a consultas de salud mental sea vivida de forma harto despreciativa hacia sus padecimientos. Como sugerencia, basada en nuestra propia experiencia, podría hacerse que esta derivación cumpliera dos pre-requisitos: derivación precoz y, a ser posible, en interconsulta conjunta (bien sea la devolución de los resultados o la prescripción del tratamiento).

Las pautas para el diagnóstico de este trastorno, que la CIE-10 expresa, son las siguientes:

7.1- Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aún cuando las exploraciones y los exámenes repetidos no hayan conseguido demostrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesta.

7.2- Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes, en el sentido de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

3.2.2. El suicidio en la adolescencia:

El concepto de suicidio consumado incluye todos los actos autoinflingidos por el/la adolescente y que dan como resultado su propia muerte. Así enunciado parece que debe ser fácil el diagnóstico, pero la práctica demuestra que no es así. Se suman variadas y complejas dificultades entre las que caben señalar: dificultades de diagnóstico diferencial entre acto suicidario y acto accidental, imprudencia o conducta temeraria.

I El suicidio en la adolescencia **no es un proceso psicopatológico, sino una conducta.**

II **Es una conducta voluntaria y con plena conciencia** del sujeto.

III La mayoría de los autores consultados constatan que en la adolescencia **la conducta suicida es un continuo** que se origina en la ideación, la amenaza, las posibles tentativas y puede finalizar con el suicidio consumado.

La mayoría de los suicidios consumados suceden a partir de los 15 años de edad y son excepcionales con anterioridad a los 10 años de edad. Siendo más frecuentes en los niños que en las niñas, en una proporción de 2/1. La tasa media de suicidios consumados en la infancia y adolescencia es de 76,4/100.000 durante el periodo comprendido entre 1.970 y 1.985, según un trabajo realizado en varios países europeos.

El método que prioritariamente emplean los adolescentes para los suicidios, según los citados estudios, son el ahorcamiento y las medicinas u otro tipo de sustancias, pero en determinados países está comenzando a aparecer el arma de fuego como tercer método más empleado.

Entre las causas valoradas como posibles en este incremento de las tasas se han aportado las siguientes: incremento del desempleo juvenil, disminución de la población con edad inferior a los 15 años, incremento del porcentaje de mujeres que trabajan fuera del hogar, incremento de las tasas de divorcios, incremento del clima de violencia social y de la tasa de homicidios, incremento del consumo de alcohol y otras drogas y los cambios en las creencias religiosas y pertenencia a sectas.

En España sabemos que la tasa de suicidios en todas las bandas de edad es de 4,9/100.000 habitantes (INE, 1992) (Fig. 4). Según la misma fuente la cifra total de suicidios en la infancia y adolescencia fue de 126 lo que supuso una tasa de suicidio en la infancia y adolescencia de 1,2/100.000 habitantes menores de 19 años (Fig. 5), siendo la proporción entre niños y niñas de 2,5/1 y solo tres de todos ellos acontecieron con una edad inferior a los 12 años. Desde una perspectiva comparativa se comprueba que en los tres últimos años el número de suicidios ha disminuido en España, pero la proporción de suicidios consumados en la infancia y adolescencia se ha ido incrementando, casi en la misma proporción (Fig. 6), pasando del 2,3% en 1.990 al 6,6% en 1.992. Este sensible incremento porcentual se debe más al descenso de los suicidios de la edad adulta que a un incremento absoluto (que solo representa el doble) de los suicidios en esta etapa de la vida, la explicación habría que buscarla en una mejor cobertura a los problemas de salud mental en la edad adulta que en la infancia y la adolescencia, es decir: la reforma de la asistencia psiquiátrica ha tenido un impacto mayor en la edad adulta que en la infancia y la adolescencia, en otras palabras: la perspectiva preventiva aún no ha sido contemplada en la asistencia de la salud mental, por lo que la atención a la infancia y la adolescencia es de una relativa baja calidad, a pesar de los reiterados intentos desarrollados por diversos

grupos de profesionales.

Los contenidos psicopatológicos de la conducta suicida deben ser referidos al proceso psicopatológicos subyacente, por lo tanto hay que realizar un encuadre de trabajo y un proceso de evaluación diagnóstica muy detenido y no siempre fácil por las interferencias culpógenas, la actitud reticente y, en no pocas ocasiones, negadora tanto de los niños/as como de sus familias. Se comprueba que muchas familias están más preocupadas por "olvidar" que motivadas en comprender y elaborar la situación.

3.2.2.1- CRITERIOS OPERATIVOS DEL SUICIDIO:

3.2.2.1.1- Definición:

3.2.2.1.1.1. Desenlace fatal.

3.2.2.1.1.2. Auto-iniciación del acto, aunque el desenlace no lo realice el propio sujeto.

3.2.2.1.1.3. Conocimiento por parte del sujeto que la acción iniciada produce de forma objetiva un desenlace de muerte. Es evidente que este criterio nos sitúa ante la necesidad de que el niño/a haya adquirido el concepto de muerte como un acontecimiento real del que no se puede retornar. En este sentido, es preciso recordar que la percepción del concepto muerte tiene en el niño/a una perspectiva evolutiva que esquematizamos: 1ª etapa: la muerte se equipara de forma simple como una ausencia, un viaje, un abandono, una falta en la que, en muchas ocasiones, no se entiende bien la causa de la ausencia y suele producir conductas del tipo rabieta, negación. 2ª etapa: la ausencia se prolonga en el tiempo, pero aún permanece la posibilidad de un retorno o un re-encuentro. 3ª etapa: se introduce el concepto de irreversibilidad en la ausencia o de abandono definitivo. 4ª etapa: casi coincide con el concepto de muerte del sujeto adulto. No obstante estas fases varían mucho según las condiciones socio-culturales en las que se desarrolla el niño/a.

3.2.2.1.2- Consideraciones:

3.2.2.1.2.1. La intencionalidad de morir no es estrictamente necesaria.

3.2.2.1.2.2. El fatal desenlace se obtiene como un efecto directo y principal de la conducta realizada.

3.2.2.1.2.3. Que el sujeto tenga una afección terminal previa no excluye el suicidio.

3.2.2.1.3- Criterios de inclusión-exclusión:

3.2.2.1.3.1. Paso al acto (acting-out) de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión.

3.2.2.1.3.2. Lo que se conoce como "erosión suicida": exclusión.

3.2.2.1.3.3. Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.

3.2.2.1.3.4. Suicidio terrorista o sobredosis en adictos a las drogas: inclusión.

3.2.2.2- FACTORES DE RIESGO HACIA LA CONDUCTA SUICIDA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

En la Tabla VI se sintetiza el recorrido que conduce hacia la conducta suicida en la infancia y la adolescencia. Los factores mejor conocidos son las causas precipitantes (p.e. las dificultades interpersonales) que se originan y posibilitan una conjunción entre las dificultades para tener una cierta influencia en los demás, una disfunción cognitiva acerca de la relación y de las situaciones y una disminución de las energías personales. En su conjunto hace que aparezca un afecto intenso y/o una pobre regulación de los afectos que origina una impulsividad para tomar decisiones, dificultad para generar alternativas y dificultad para evaluar las consecuencias que pueden tener las acciones propias. En estas situaciones la tasa de ansiedad percibida es muy importante y la impulsividad favorece el paso al acto, que se expresa como una conducta suicida.

La situación expuesta, hace que nos debamos plantear la complejidad de los factores de riesgo y el tipo de factores de riesgo que se evalúa en cada investigación. Así en la Tabla VII se expone la complejidad de las diferentes líneas de investigación que se ha seguido en el tema del suicidio en la infancia y la adolescencia, donde destaca la pluralidad de los grupos de factores de riesgo posibles y que, en la mayor parte de las veces, interactúan entre sí: predisposición somática o factores de tipo constitucional, el contexto socio-cultural y socio-económico, el entorno de las relaciones interpersonales más inmediato con la presencia o ausencia de posibles figuras que pudieran asumir el rol de salvadores en un momento dado, las propias características personales con el uso o abuso de desinhibidores o la presencia de otro tipo de conductas más o menos marginales o mezquinas son de la suficiente envergadura y complejidad como para ser muy cautos a la hora de pretender una lectura lineal de ellos:

1º Factores de riesgo somático: Así como en la edad adulta se han detectado alteraciones bioquímicas en estudios sobre muestras de Líquido Céfalo-raquídeo (LCR) de los suicidas. Dichas alteraciones no tienen la suficiente fiabilidad y consistencia en la infancia y adolescencia.

2º Factores familiares: Las dificultades familiares, las rupturas familiares, la violencia familiar, antecedentes familiares de conductas suicidas son situaciones acompañantes a este tipo de conductas en muchos casos. Pero en muchos otros no se ha detectado que existan especiales disfunciones familiares.

3º Características psicológicas: La impulsividad y un monto de ansiedad subyacente que alcanza picos bruscos, la baja tolerancia a la frustración y las distorsiones cognitivas (sobre para el reconocimiento afectivo) conducen a una tendencia más manifiesta a pasos al acto o acting-out ante especiales situaciones de tensión o determinados factores desencadenantes.

4º Características del entorno: Sobre todo la exposición a conductas suicidas y el acceso o disponibilidad de instrumentos que puedan ser utilizados para la conducta suicida. La presencia de factores estresantes de forma más o menos continuada, que originan un estrés crónico, con la irrupción de factores estresantes de una forma más o menos brusca. La importancia del entorno escolar (p.e. otras conductas suicidas, mal rendimiento, dificultades de adaptación, crisis) en el desencadenamiento escolar no debe ser considerado como la causa de la presencia de conductas suicidas en los niños/as. Como dato complementario aportamos la Tabla VIII en la que se evalúa el impacto del informe de las figuras parentales y de otros informantes en dos situaciones concretas: el suicidio consumado y en ingresos por tentativas de suicidio, básicamente coinciden ambos grupos en sus apreciaciones, pero son en los suicidios consumados donde parece que las dificultades personales con padres y hermanos o la existencia de situaciones familiares especiales (p.e. padrastros, otros familiares) o problemas de maltrato o maltrato, no son tan evidentes como en las tentativas de suicidio.

5º Características psiquiátricas: La Tabla IX aborda un estudio referente a la prevalencia de diferentes trastornos psiquiátricos, según el informe de las figuras parentales y de los informes clínicos, en el suicidio consumado y los pacientes ingresados en instituciones psiquiátricas infanto-juveniles que han tenido conductas suicidas. No obstante el estudio se realiza en una población muy determinada y sus resultados son solo orientadores. De los estudios más generales se desprende que los trastornos afectivos (sobre todo la depresión mayor), los trastornos de ansiedad y los trastornos de conducta son los que más posibilidades tienen de llevar a cabo la conducta suicida en determinadas condiciones. Pero

sobre todo es fundamental la presencia de estos trastornos con co-morbilidad con trastornos de la personalidad del tipo límite y/o narcisista.

3.3- El primer "brote" psicótico:

La descripción de la Hebefrenia por HERCKER en 1.871, contribuyó a divulgar que la adolescencia no solo era la edad de comienzo para estos cuadros psicóticos, sino también un factor patogénico, aunque solamente fuera por la vulnerabilidad que esta etapa de la vida representa.

Con los criterios DSM-III-R WERRY establece un perfil para la esquizofrenia en la adolescencia: edad de comienzo entre los 16-18 años, más común en varones, con una sintomatología clínica de tipo indiferenciado, con frecuente historia psiquiátrica familiar, con una personalidad premórbida de tipo esquizotípico, que han presentado a lo largo de su desarrollo neurológico elevado número de alteraciones. El diagnóstico diferencial se plantea sobre todo en su inicio con las fases maníacas de los Trastornos Bipolares, siendo la respuesta a los tratamientos neurolépticos y los resultados evolutivos similares a la Esquizofrenia del adulto. Las diferencias con estas últimas son más marcadas en las Esquizofrenias de inicio prepuberal, pero, en cualquier caso, se trata de diferencias cuantitativas pues desde el punto de vista cualitativo se trata de un mismo trastorno. FENTON señala que a estas edades tempranas se presentan las formas clínicas no paranoides, siendo más comunes las formas hebefrénicas e indiferenciadas de inicio insidioso. MAZAEVA describe el inicio precoz, antes de los 20 años en un 61%, mientras que el progreso de la enfermedad es más evidente a lo largo de la tercera y cuarta década de la vida. La excelente y actualizada revisión que sobre el tema ha realizado AGÜERO (1.995), nos sirve de base para esta exposición y el lector podrá ampliar los datos aquí expuestos, así como la sugerente exposición realizada por CONDE y BALLESTEROS (1.995) acerca de la posibilidad de evolución de los cuadros psicopatológicos en la infancia, adolescencia y vida adulta, situando en su justo punto el gran debate de la investigación actual: ¿continuidad o discontinuidad de la psicopatología en las diferentes etapas evolutivas? Las psicosis representan ese punto de interés y de referencia que surge, una y otra vez, a la hora de analizar esta candente cuestión. CONDE y BLANCO (1997) rescatan el análisis psicopatológico desde una perspectiva genética -en el sentido de génesis- de la esquizofrenia y sitúan el debate en un punto crucial: neurodesarrollo frente a neurodegeneración, interesantísimo y sugerente planteamiento con visos de continuarse en el futuro. Justo cuando se reabre un debate que parecía superado: la psicosis única

defendida por GRIESINGER y que, en un artículo reciente SANTODOMINGO ubica con precisión los aciertos y los límites.

3.3.1- Edad de comienzo: Se señala la edad de 17 años como la de mayor riesgo. Aunque en general se suele hablar en términos generales de Esquizofrenias de inicio temprano aquellas que comienza entre los 14 y 25 años.

3.3.2- Sexo: Se cita una mayor frecuencia en el sexo masculino (62% en varones; 48% en mujeres) y una mayor precocidad en el inicio de las Esquizofrenias en edades anteriores a los 25 años (3-4 años más temprana en varones). También se atribuye un peor pronóstico a los varones que, comparativamente con las mujeres, presentan unas malas relaciones heterosexuales premórbidas y se muestran más retraídos, con menores habilidades sociales y laborales sufriendo más a menudo de síntomas negativos, según los estudios de SALOKANGAS. Los varones son identificados como de "alto riesgo suicida" coincidiendo con el inicio temprano de la enfermedad y la expresión subjetiva de una intensa ansiedad, al tiempo que expresaban una escasa satisfacción por sus vidas. Por el contrario las mujeres presentan un mejor funcionamiento social premórbido, siendo la evolución a largo plazo más favorable aunque sin llegar a niveles estadísticamente significativos; asociándose el sexo femenino y los Trastornos Esquizoafectivos a una evolución favorable en un plazo de tres años de evolución.

3.3.3- Personalidad premórbida: A las características de la personalidad se le atribuye una gran importancia pronóstica, se establece como un signo de mal pronóstico la existencia de una personalidad premórbida de tipo Esquizotípico, Borderline, o Antisocial a la que se suelen asociar otros factores, como el grado de recuperación tras el periodo inicial de hospitalización; la presencia en edades infantiles de hostilidad manifiesta dirigida a la figura materna, desapego y comportamientos delirantes sin llegar a ser verbalizados; en niños con baja capacidad intelectual, con mal ajuste a los compañeros, la agresividad, y las elevadas puntuaciones en escalas de psicoticismo; mientras que el estudio de los factores cognitivos previos muestran una correlación positiva entre los déficits intelectuales y la severidad de la sintomatología en esquizofrénicos hospitalizados, siendo los déficits en los test de Razonamiento y Concepto los más significativos.

Abundando en estas hipótesis, se consideran como signo de buen pronóstico la ausencia de rasgos esquizoides, una buena relación con el entorno socio-familiar, la ausencia de problemas económicos y el incremento de las actividades religiosas; la presencia de unas

adecuadas relaciones interpersonales, y relaciones heterosexuales, la presencia de hobbies y una adecuada actividad y productividad laboral, según los estudios de SALOKANGAS. Sin embargo, en estudios a corto plazo HUBSCHMID observa una gran variabilidad evolutiva y no atribuye especial significación al ajuste social premórbido ni a la cantidad de síntomas negativos.

3.3.4- Periodo prodrómico y formas de comienzo: Las formas de comienzo agudo evolucionan mejor y en general presentan un pronóstico más favorable que las de inicio lento, o insidioso, según los recientes estudios de HARROW y de ASHINA; mientras que a medio plazo las formas de comienzo crónico no muestran valor predictivo, según KAYTON. La larga duración de la fase prodrómica se asocia a un mal pronóstico, siendo en estas edades muy frecuente esta forma de comienzo (el 70%) y con una duración que oscila entre los 2 y 6 años antes de la primera hospitalización, según los estudios longitudinales de HAFNER.

3.3.5- Sintomatología clínica:

3.3.5.1. Se han descrito dentro de la atipicidad de las formas clínicas de comienzo el llamado "**Tipo Confusional Agudo**", que cursa con una intensa ansiedad, síntomas de la serie depresiva, y un estado de confusión y despersonalización, así como con alteraciones en la percepción de la propia identidad. En estos casos se presenta una agresividad dirigida, en general, hacia objetos y en menor proporción hacia personas, sobre todo en adolescentes que perciben a sus figuras paternas como poderosas e intrusas. Estos cuadros clínicos precisan ser muy bien estudiados, pues pueden confundirse con algunos estados confusionales asociados al consumo de drogas y en los cuales el comienzo es mucho más insidioso. Como norma general se aconseja hospitalizar este tipo de cuadros clínicos durante una estancia breve, que permitirá una observación más detallada, realizar las exploraciones pertinentes con el fin de descartar la existencia de una patología orgánica subyacente. Si se detectan síntomas depresivos manifiestos, con ideas de culpa, remordimientos e incluso ideas de suicidio, se aconseja posponer el uso de Fenotiazinas al menos durante 48 horas, pues el uso rápido de estas sustancias puede producir un envaramiento muscular e impedir al enfermo utilizar la actividad física para aliviar su tensión emocional, lo que puede incrementar su estado confusional.

3.3.5.2. FENTON, describe la historia natural de los distintos cuadros esquizofrénicos del tipo "**Esquizofrenia tipo adulto**", en un estudio de seguimiento de 5 años, señalando que las de inicio temprano en la adolescencia serían las formas **HEBEFRENICAS**, que cursan con una evolución insidiosa, asociada a una historia familiar con elevada incidencia de psicopatología, con un mal funcionamiento premórbido y, en general, un mal resultado evolutivo. Las formas **INDIFERENCIADAS**, de inicio lento, a veces difícil de distinguir del estado premórbido y generalmente asociada con una temprana historia de trastornos conductuales y una evolución continua y crónica. Frente a ellas las formas **PARANOIDES**, de edad de comienzo mas tardía, con un buen funcionamiento premórbido, con un curso evolutivo intermitente y asociado a un buen resultado y posibilidad de recuperación. En las formas de inicio temprano se aprecia un incremento de la ansiedad (adolescencia) y depresión (adulto joven), siendo a esta edades los síntomas delirantes menos diferenciados y estables y, por tanto, menos sistematizados; por el contrario las formas de inicio tardío presentan una mayor incidencia de fenómenos alucinatorios (visuales, táctiles, olfativas), delirios de persecución, y personalidad premórbida con rasgos esquizoides, mientras que presentan una menor incidencia de trastornos del pensamiento y afectividad restringida. A la afectividad restringida se le atribuye un mal pronóstico, mientras que al Síndrome de "desrealización" se le atribuye un buen pronóstico, menos cuando se presenta en el curso de una forma Hebefrénica. En general existe la creencia generalizada de que la presencia de sintomatología afectiva es un signo de buen pronóstico, GIFT muestra una actitud crítica frente a esta hipótesis y opina que los síntomas psicóticos se correlacionan positivamente con un buen o mal pronóstico, mientras que la sintomatología afectiva presenta escaso valor predictivo, siendo importante esta cuestión pues en las esquizofrenias de inicio temprano el 31% de las manifestaciones clínicas son específicas de la Esquizofrenia, mientras que el 69% son provocadas por factores "psicógenos y ambientales" (MAZAEVA). Para SHEPHERD, los síntomas psicóticos se encuentran presentes al inicio en un 79% en varones y en un 86% de mujeres y tras una evolución de cinco años en un 38% de varones y un 21% de mujeres.

A la etapa de mejoría clínica con regresión de los síntomas psicóticos, se le atribuye una gran importancia dentro de los esquemas terapéuticos. Es un periodo que puede oscilar entre tres meses y año y medio, en donde el adolescente presenta una gran vulnerabilidad y en donde una retirada brusca o demasiado rápida del tratamiento puede tener resultados funestos en el curso de la enfermedad. En esta etapa se registran quejas verbalizadas por el paciente acerca del sentimiento de encontrarse "distante y alejado " de los demás, al tiempo que se acompañan de un cuadro clínico de tipo neurasteniforme acompañado de

insomnio, rasgos depresivos y frecuentes trastornos psicofisiológicos (nauseas, vómitos, diarreas, cefaleas, algias diversas...). Especialmente dramáticas resultan las dificultades de adaptación al medio escolar por su retraimiento frente a los compañeros y por lo que respecta a los rendimientos intelectuales por su déficit de concentración y de comprensión, así como por el cansancio fácil en la realización de las tareas escolares. Se recomienda vigilar especialmente el tratamiento y la psicoterapia de apoyo en esta etapa clínica.

En la experiencia de AGÜERO (1.995) tras la realización de un estudio comparativo entre las Esquizofrenia hospitalizadas, con un periodo mínimo de evolución de 4 años, de inicio temprano en comparación con un grupo de inicio tardío, en contra para las Esquizofrenias de inicio temprano el siguiente perfil clínico-evolutivo: Se trata en su mayoría de pacientes solteros (93%), pertenecientes a clase socioeconómica media-alta, con un nivel escolar mínimo a nivel de EGB en un 63%; que se encuentran en paro (53%), con una personalidad premórbida que funciona normalmente como mínimo en el 60% de los casos; con unos antecedentes psiquiátricos familiares de tipo endógeno (23%) y de otros tipos (40%); en donde dominan las formas de tipo "gradual-insidioso"; con una duración de las etapas prodrómicas que se distribuye a lo largo de los tres primeros meses en un 70%, con una gran variedad diagnóstica, en donde se encuentran prácticamente representados todos los diagnósticos, y en donde dominan claramente las formas Paranoides en un 56% de los casos. Presentan una tendencia a la cronicidad en la mitad de los casos y a la remisión en un 30%. La tendencia deteriorativa se registra en un 70%. La duración de la estancia hospitalaria suele ser prolongada y supera los 2-3 meses en el 90% de las ocasiones. La cumplimentación de la medicación suele ser irregular en la mitad de los casos, mostrando los resultados de la escala GAF el momento actual 1/4 de resultados buenos; 1/4 de resultados medios y la mitad restante de resultados malos.

3.3.6- Curso evolutivo: Para una exposición más sistemática se resumen los "indicadores pronósticos" recogidos en los diversos trabajos consultados y que son los siguientes:

3.3.6.1. Datos de filiación y socioeconómicos:

1. Edad al comienzo de la enfermedad.
2. Sexo
3. Estado civil, raza, status socio-económico

3.3.6.2. Personalidad premórbida:

4. Personalidad premórbida: relaciones interpersonales, relaciones hetero-sexuales, trastornos de la personalidad; antecedentes personales (desapego retardo psicomotor,

agresividad hacia la figura materna, trastornos neurológicos, ausencia precoz de los padres).

5. Funcionamiento cognitivo (C.I., Logros escolares...)

6. Funcionamiento Social (frecuencia de relaciones sociales, intereses, habilidades sociales....)

7. Funcionamiento familiar premórbido (ambiente y relaciones sociales...)

8. Funcionamiento ocupacional, laboral (rendimiento, estabilidad en el empleo, incluyendo cuidado de la casa los niños....)

3.3.6.3. Características clínicas:

9. Historia Psiquiátrica Familiar (enfermedades endógenas, alcoholismo...)

10. Formas de inicio de la enfermedad

11. Tiempo y de duración de la etapa prodrómica

12. Tiempo de duración de la etapa aguda

13. Características de la sintomatología positiva

14. Características de la sintomatología negativa

15. Otras características clínicas (Tipo clínico; sintomatología afectiva; severidad del diagnóstico; Síndrome de desrealización, conductas suicidas, afectividad restringida, pensamientos grandiosos...)

3.3.6.4. Características de la hospitalización

16. Características de la hospitalización (Nº de recaídas; Nº de rehospitalizaciones, duración de las estancias hospitalarias...)

17. Tipo de alta médica hospitalaria (Alta normal, alta voluntaria en contra de criterios médicos, traslado a otros servicios).

3.3.6.5. Características del tratamiento

18. Características del proceso terapéutico (actitudes frente a la propia enfermedad, expectativas frente a su propio futuro, establecimiento de una alianza terapéutica durante los seis primeros meses, apoyo social, actitudes positivas del ambiente familiar, elevada expresividad emocional de los padres, grado de cumplimentación de la medicación; psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, orientación y asesoramiento familiar, rehabilitación en habilidades sociales...)

A. Estudio de indicadores pronósticos a corto plazo (1 año): En los estudios a corto plazo (menos de un año de seguimiento), no se valoran indicadores como la edad de inicio, el sexo, el estado civil, los antecedentes psiquiátricos familiares, la forma de inicio, la duración de la fase prodrómica, las características del proceso terapéutico ni el tipo de alta hospitalaria. Se valoran medianamente (25%), la personalidad premórbida y el

funcionamiento cognitivo y familiar. Se valoran mucho (entre 50-75%) el funcionamiento social y laboral, las características clínicas positivas y negativas, duración de la etapa aguda y las características de la hospitalización.

B. Indicadores pronósticos a medio plazo (2-5 años): A medio plazo (seguimiento entre 2 y 5 años), se valoran poco (0-14%) el estado civil, la raza, el estatus socio-económico, el funcionamiento cognitivo, familiar y laboral, las formas de inicio, el tiempo de duración de la etapa prodrómica y la sintomatología positiva. Se valora medianamente (21%), la edad y el sexo, la forma de inicio, la duración de la etapa aguda, las características de la hospitalización y en mayor proporción (28-42%) la personalidad premórbida, el funcionamiento cognitivo y social, las características clínicas en general, y el tipo de proceso terapéutico a que han sido sometidos.

C. Indicadores pronósticos a largo plazo (más de 5 años): A largo plazo (por encima de 5 años de seguimiento), se valora poco (6-13%) el funcionamiento cognitivo, la forma de inicio, los tiempos de duración de la fase prodrómica, el tipo de alta hospitalaria y las características de la terapéutica. Medianamente (20-26%), el estado civil, el sexo, raza, estatus socioeconómico, el funcionamiento familiar, los antecedentes psiquiátricos familiares y las características de hospitalización. En mayor proporción (33-66%) la edad, personalidad premórbida, el funcionamiento social y laboral y las características clínicas positivas y negativas.

Se suelen asociar al pronóstico un grupo de factores que pueden influir decisivamente en el curso evolutivo, como son la "elevada expresividad emocional" de los padres que pueden condicionar una evolución más larga (MINTZ, 1989); o los efectos favorables que puede tener la existencia de unos "cuidados ambientales posthospitalización", junto a una adecuada capacidad de "insight" por parte del paciente, que muestran una mayor tendencia a cumplir los tratamientos y un menor número de reingresos (McEVOY, 1989); y la "orientación y asesoramiento a la familia" del esquizofrénico que repercute de forma positiva por cuanto a corto plazo presentan menos exacerbaciones de la sintomatología, escasos síntomas deficitarios y menos rehospitalizaciones (FALLOON, 1985). La presencia de un buen ambiente en la convalecencia una buena relación terapéutica se asocia a una buena evolución (KAYTON, 1976). A lo largo de tres décadas las características del funcionamiento premórbido tienen una significación relevante en la primera década, en la segunda sería el funcionamiento familiar, y en la tercera los factores genéticos (McGLASHAN, 1986).

Un dato de especial relevancia viene determinado por la salida de los trastornos autistas de la infancia y la adolescencia (Fig. 7), estos perfiles evolutivos marcan el hecho por el que a partir de una edad determinada no se deba continuar hablando de autismo infantil, sino que nos debemos referir al perfil evolutivo de referencia: deficitario, simbiótico o disociativo, cuyas equivalencias clínicas y psicopatológicas han sido expresadas por LASA; MANZANO y PALACIO-ESPASA; y PEDREIRA

3.3.7. Resultados finales: Los resultados finales se asocian a la presencia de síntomas negativos en el momento del ingreso y a ambos tipos de síntomas, positivos y negativos, a lo largo del curso evolutivo (ADDINGTON, 1993). WERRY (1991), encuentra una buena evolución en el 17% de los casos, mientras que CARONE (1991), un 50% de malos resultados con severo empeoramiento de la sintomatología y del funcionamiento psicosocial. Solamente un 10% presentaban una completa remisión a los dos años y medio y un 17% a los cinco años de evolución. VERGHESE (1989), encuentra un 66% de buena evolución a los dos años de seguimiento. McGLASHAN (1984), describe una mala evolución en 2/3 de los pacientes esquizofrénicos, frente a 1/3 de los Trastornos afectivos unipolares. PRUDO (1987), encuentra 49% de resultados desfavorables tras cinco años de evolución y GAEBEL (1987), un 60-90% de malos resultados. HARROW (1978), encuentra 14-17% de buenos resultados, sin recaídas y un 50% con un mal ajuste social.

El resultado con el que mayor grado de coincidencia tienen la mayoría de los autores, independientemente de su orientación teórica, es el siguiente: **del manejo de caso, tratamiento y evolución del primer brote psicótico depende, en gran medida, el pronóstico evolutivo del cuadro clínico**, esta es la importancia clínica y social de este primer brote que acontece en esta etapa de encrucijada que constituye la adolescencia.

3.4- La (re)organización estructural: Uno de los enigmas que están teniendo gran relevancia en las investigaciones actuales en psicopatología del desarrollo, consiste en la dificultad de probar en los estudios catamnésicos la continuidad versus discontinuidad entre psicosis infantil, del adolescente y del adulto. De esta suerte se abre una serie de preguntas sobre lo transitorio en la infancia y la adolescencia: momentos evolutivos, regresiones temporales o comportamientos circunstanciales, entre otras posibilidades. También se constata la aparición de varios cuadros nosológicos con síntomas comunes (sobre todo caracteriales, psicopáticos y deficitarios) con formas que tenían su inicio común en una presentación clínica atípica.

3.4.1. El origen del concepto: Ya KRAEPELIN (1.895) definió algunos cuadros en los que se detectaba la ruptura de alguna línea del desarrollo y, con posterioridad, aparecen fenómenos nuevos, no anunciados por la presencia de síntomas anteriores y, aunque posteriormente se presentaran de forma lineal, no aparecen en el cuadro clínico descrito en las psicosis clásicas.

KRETSCHMER describió unos cuadros prodrómicos: esquizotimia o esquizoidía y ciclotimia o cicloidía; se consideran como etapas o predisposiciones constitucionales en diferente estado de desarrollo. Hacen más referencia al carácter, comportamiento o temperamento. Para muchos autores sería esa base constitucional la que actuaría como defensa para una evolución hacia la psicosis, dando lugar a la presentación de cuadros atípicos.

La escuela de CLAUDE señala que los síntomas solo se presentarían ante la presencia de determinados conflictos que son significativos para el sujeto, apareciendo cuadros clínicos intermedios entre las psicosis y las neurosis.

Posteriormente se describió un síndrome anunciador de una organización neurótica que se encontraba en vías de constitución, presentando un cuadro más o menos atípico, con fijaciones arcaicas o bien presentando un riesgo de descompensación o de desestructuración psicótica. Este cuadro se ha venido conociendo como neurosis de carácter.

Son EISENSTEIN y su escuela los que en 1.949 crean la noción de "borderline". Para unos autores responde a una organización específica, mientras que para otros autores se refiere a una ausencia de estructura estable. Son RANK, EKSTEIN y ROSENFELD quienes describen niños/as atípicos o borderline que presentan un cuadro evocador de psicosis, pero cuya evolución puede llegar a ser imprevisible. Por fin señalar que la serie DSM (DSM-III-R y DSM-IV) consagra este trastorno en el eje II, adquiriendo ya un estatuto de referencia con autonomía, al menos nosológica.

Parece no existir continuidad entre las organizaciones borderline de la infancia y de la adolescencia, pero la reorganización pulsional que acontece en la etapa de la adolescencia hace que aparezca lo que RODRÍGUEZ-SACRISTÁN ha denominado como "síndromes de transición en la adolescencia", que poseen una gran relevancia teórica y clínica. Entre alguno de estos cuadros de transición en la adolescencia y las organizaciones borderline de

la edad adulta sí que aparecen lazos de continuidad, aunque no sea una identidad mimética.

3.4.2. Referencia psicopatológica: Se observa con frecuencia alteraciones y perturbaciones tanto comportamentales como caracteriales, constituyendo organizaciones de la personalidad que se encuentran en la línea de separación entre las neurosis y las psicosis, por lo que pueden participar de características clínicas de ambas estructuras, pero de una forma precursora o atenuada.

Son organizaciones caracteriales en el que el sentido deficitario son de tipo cognitivo y funcionales, en particular, poniendo el acento en elementos más específicos, tales como la incapacidad para soportar las frustraciones, la intensidad de la angustia en situaciones de conflicto, distorsión del contacto con la realidad, facilidad para el paso al acto y al acting-out, dificultad para la expresión o metabolización fantasmática con lo que se presenta una externalización (al menos parcial) de los conflictos, pero siempre existe un respeto muy variable (pero en todo caso bastante importante) de algunos sectores del yo.

La perspectiva genética (CHAZAUD, DIATKINE, GREEN, KATAN, LBOVICI, MÂLE, MASTERSON, MISÉS) señala fases de organización presicóticas con el desarrollo de síntomas atípicos, resaltando que los fallos se podrían situar al nivel del establecimiento del narcisismo primario. Mientras los planteamientos estructurales (BERGERET (Fig. 8), KENBERG, KNIGHT, LANG (Fig. 9), MENNINGER CLINIC, RANGELL) hacen énfasis en las perturbaciones estructurales muy arcaicas y, de forma simultánea, anteriores y diferentes de las posiciones o núcleos psicóticos, neuróticos y caracteriales. En general, serían formas clínicas de a-estructuración con varias posibilidades de evolución posterior (caracterial, perversa, psicósomática).

3.4.3. Caracteres clínico-psicopatológicos:(Tabla X)

1º La naturaleza de la angustia: es una angustia primaria, de destrucción, de fusión. Puede estar "pegada" por la externalización del conflicto, o bien inaccesible en los casos de inhibición masiva, o bien camuflada tras mecanismos más evolucionados y relativamente eficaces (defensas maniacas o elaboración de la angustia de separación).

2º Amenaza de ruptura o ruptura con la realidad, expresión de una deficiente organización del sentido de realidad que, a veces, puede canalizarse alrededor de ciertos temas prevalentes (algunos las han llamado "psicosis imaginativas") o gracias a mecanismos adaptativos eficaces, pero frágiles (parapsicosis).

3º Infiltración constante de los procesos secundarios por los procesos primarios. Resulta la expresión directa de la pulsión, sea al nivel corporal o en las producciones fantasmáticas. Entraña mecanismos defensivos masivos y rígidos o bien frágiles y lábiles. Se constata la existencia de mecanismos procesuales y defensivos de carácter regresivo, progresivo o de descarga, características de tal o cual nivel de la organización libidinal primaria (responde a la angustia primaria), oscilando entre el repliegue narcisístico masivo a la identificación proyectiva, de la realización alucinatoria del deseo a las defensas maniacas, de los clivajes a la forclusión, de la idealización mágica a la proyección.

4º La dificultad en acceder a lo simbólico hace que se constituya una simbólica un tanto irreal. De esta forma la relación de objeto es muy primitiva, domina la relación de tipo narcisismo primario, fusional o diádico, sin posibilidad de triangulización de las relaciones o con una triangulización incompleta que dificulta la llegada a posiciones edípicas, siendo predominantemente oral. En ocasiones no existe una verdadera elaboración de relación objetal, existiendo posiciones autoeróticas y anaclíticas que dejan al sujeto bajo el dominio de la pulsión de muerte.

5º Los estudios realizados sobre neurotransmisores evidencian dos posibilidades: liberación alterada de alguno de los neurotransmisores (incrementada o selectiva) o dificultad en el reconocimiento por parte de los receptores (por alteración postsináptica o por una dificultad derivada de una impregnación masiva); en cualquier caso, existe una alteración parcial y no total en áreas específicas y/o de forma transitoria, lo que origina que una función actúe como desencadenante, sea de tipo genético (factor terreno) o por alteración vincular o por una interacción de ambas posibilidades (RODRÍGUEZ-DELGADO).

3.4.4. Principales características clínicas: Es preciso señalar que no se trata de un diagnóstico clínico, ni de un cuadro nosográfico, sino de un intento de comprensión de algunos síndromes atípicos, sobre todo basados en estudios psicopatológicos y estructurales, por ello reúnen las siguientes características: **polimorfismo clínico; labilidad de los cuadros sintomáticos, junto a una cierta rigidez de las formas de comportamiento; una evolución incierta y la coexistencia de mecanismos variados, habitualmente inmersos en otras estructuras más definidas.** Entre las características clínicas destacamos las siguientes:

3.4.4.1. Coexistencia de síntomas múltiples: Según dominen unos u otros pueden presentarse como sujetos débiles caracteriales, hiperquinéticos, psicosis afectivas. En general tienen los siguientes contenidos clínicos:

1º Base esencialmente neurótica: fobias banales, fenómenos conversivos pasajeros, comportamientos obsesivos, inhibiciones pre-fóbicas a veces masivas y como semimutistas.

2º Base esencialmente psicótica: extrañezas, discordancias mímico-verbales o comportamentales, estereotipias, actitudes esquizoides o muy fusionales, contenidos depresivos o subexcitación hipomaniaca, episodios breves de ansiedad o agresividad incontrolada.

3º Base esencialmente deficitaria: aspecto débil, retraso en el desarrollo afectivo, retrasos madurativos y/o funcionales.

4º Base esencialmente caracterial: trastornos pulsionales de tipo regresivo (p.e. encopresis), impulsividad (p.e. agresividad brusca y paso al acto) y una gran inestabilidad tanto tímica como motriz (p.e. alternancias bruscas del humor, inestabilidad en las relaciones, labilidad afectiva, inquietud psicomotriz, escasa coordinación en los movimientos finos).

3.4.4.2. Deficiente control pulsional:

1º Agresividad: aparece en forma de descargas bruscas, cóleras impulsivas, frecuentes pasos al acto, inhibición motriz masiva (como expresión de un oposicionismo pasivo y trastornos del tipo pasivo-agresivo).

2º Funcionamiento libidinal: actividades autoeróticas compulsivas (p.e. onanismo compulsivo), enuresis o encopresis, coexistencia anárquica de posiciones y relaciones de objeto de tipo oral, anal y fálico, con predominio de las de tipo oral.

3º Trastornos del sueño: inversión del ritmo nictameral, pesadillas, adelantamiento de la hora del despertar.

4º Trastornos de la alimentación, de gravedad variable: bulimia, anorexia o alternancia en fases de ambos trastornos, pérdidas de peso.

5º Angustia difusa, masiva, poco integrada e incontrolada, con frecuentes accesos de pánico.

3.4.4.3. Relación con la realidad: Persiste una relación relativamente adecuada con la realidad, la posibilidad de mantener una diferenciación entre la realidad percibida y las proyecciones fantasmáticas. Pero esta relación se establece en precario y de forma frágil, con bruscos pasos de un campo al otro, sobre todo cuando aparece un sentimiento de

inseguridad, ausencia de un objeto de amor o de una situación que facilite las proyecciones, entrañando una cierta incapacidad para diferenciar la realidad interna de la externa.

3.4.4.4. Relaciones interpersonales: Persiste una cierta calidad del contacto interpersonal, a pesar de las rupturas frecuentes por las crisis ansiosas o las descargas pulsionales. Persiste la capacidad de comunicación y un cierto deseo de comunicar, a menudo bajo una forma bastante superficial, a veces fría o impostada y poco auténtica. Aparecen ciertas inhibiciones o reacciones emocionales a flor de piel, ciertos rasgos esquizoides, vacíos simbólicos, rasgos simbióticos más o menos regidos por la exigencia de gratificaciones y una importante dificultad para tolerar las frustraciones.

3.4.4.5. Disarmonía: En todo lo anterior se detecta la existencia de frecuentes elementos disarmónicos, sea a nivel de la organización libidinal, sea en la maduración funcional o en ambas, apareciendo como retrasos madurativos de intensidad variable, elementos de tipo disfásicos, disnóxicos, dispráxicos, perturbaciones cognitivas, cierto caos libidinal.

IV. Del narcisismo y la muerte en la adolescencia:

Dos aspectos que se juegan en la adolescencia, que se pregunta y nos cuestiona por ellos el/la adolescente. Dos contenidos que, en ocasiones, se dan la mano y pueden/suelen caminar juntos o, mejor aún, no muy distantes entre sí en esta etapa del desarrollo humano. Sus formas de presentación son las siguientes:

4.1- Las presentaciones psicósomáticas y las somatizaciones en la adolescencia: La preocupación por el cuerpo: su aspecto, la imagen corporal, el poseer un cuerpo sano y fuerte, versus tener alguna enfermedad o defecto, son temas prioritarios en la adolescencia. Estos temas se articulan de dos formas: temores hipocondríacos y el narcisismo del adolescente. La queja somática, por lo tanto, no es extraña en esta etapa y sus contenidos psicopatológicos son variados.

La presentación somatizada en la adolescencia **no solo traduce un síntoma o un grupo de ellos, sino que remite a una forma de reaccionar y es una forma de expresión de los trastornos psicopatológicos en esta etapa de la vida.** Ello es lo que hace que hayamos defendido la existencia de una **organización psicósomática** como forma de expresión del funcionamiento psicológico y psicopatológico en la adolescencia.

Se han publicado varios trabajos acerca del impacto del estrés sobre la aparición de clínica psicosomática. BAKER publicó una revisión de los estudios existentes acerca de los efectos del estrés sobre distintas afecciones de tipo inmunitario y encontró una alta incidencia de procesos atópicos como son el asma y la fiebre del heno, en pacientes con trastornos afectivos. GONZALEZ DE RIVERA ha formulado la "Ley General del Estrés", según la cual "cuando el grado de estimulación ambiental supera o no llega a los niveles en que el organismo responde con eficacia idónea, el individuo percibe la situación como nociva, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y cortisol".

Tras los últimos descubrimientos en el campo de la Psicoimmunobiología, se ha demostrado que factores psicosociales generarían reacciones emocionales, pudiendo dar lugar tanto a déficit como a incrementos de la respuesta inmunológica. Las características cuantitativas y cualitativas de estos factores psicosociales, determinarán el tipo de cambio y provocarían las anomalías.

4.1.1- FUNCIONES CORPORALES EN LAS ETAPAS EVOLUTIVAS

MACIAS (1991) ha denominado con gran acierto: "Funciones diana del investimento materno". Cada figura materna se preocupa de manera diferenciada por una función de su bebé y cada una de ellas lo hace con cada uno de sus hijos/as de forma específica. Esta diferenciación o interés selectivo de la madre pone de manifiesto una proyección fantasmática en la que la función en conflicto constituye la expresión del deseo materno en relación con su bebé. Estas focalizaciones corporales se manifiestan, de forma prioritaria, en las descompensaciones psicosomáticas del bebé. De tal suerte que se detecta en los trastornos asmáticos y alérgicos un vínculo simbiótico madre-bebé, con dificultades en los procesos de separación-individuación. En otras ocasiones la demanda excesiva de una función hace que se altere el valor funcional, caso de la anorexia, los cólicos del primer trimestre, abdominalgias y las incontinencias esfinterianas. También puede ocurrir una incoherencia y/o irregularidad de tipo cualitativo y temporal, tal y como ocurre en los vómitos o en los trastornos del sueño.

MACIAS distingue dos grupos de factores que van a determinar el investimento de una función corporal del bebé en detrimento de otras por parte de la figura materna: La dotación genética, en conjunto con las competencias psico-fisiológicas del bebé, influyen el

desarrollo más o menos armonioso de las funciones corporales. y, en segundo lugar, la intensidad y valor cualitativo de las significaciones que la madre otorga a las diferentes funciones de su bebé.

Esta "**función diana**" implica tres tipos de contenidos: Inversión libidinal por parte del bebé y de la madre de la función en cuestión; uso cotidiano de la función por medio de juegos interactivos satisfactorios que mediatizan las necesidades del bebé a través de su madre y un escenario fantasmático en el que los investimentos de la madre y del bebé puedan materializarse a favor del fantasma. Estos aspectos adhieren toda su re-actualización en la adolescencia, cuando el proceso autonomía-dependencia adquiere toda su intensidad.

De esta suerte se confirma que **la clínica psicósomática en estas etapas o la clínica funcional son formas de expresión de las disfunciones y de los conflictos precoces en los primeros años de vida**. Por esta razón no puede ser devaluada ni infravalorada esta forma de expresión, pues aunque en algunos casos pueda ser expresión de una alteración orgánica (como mucho 1/3 de los casos, en nuestra experiencia) o de una disfunción relacional (1/5 de los casos, en nuestra investigación), la mayoría de los casos remiten a una alteración más profunda: disfunciones precoces de la interacción madre-bebé, bien del lado materno (por hipo o hiper-excitación) o del lado del bebé (hiper o hiposensibilidad). En cualquier caso: no es solo algo pasajero, o algo sin importancia, por el contrario pueden ser las bases para que se instaure una "zona irritativa" de la que parta una organización psicósomática o de otro tipo en etapas posteriores, tal y como acontece en la adolescencia.

4.1.2- EXPRESION PSICOPATOLOGICA

Muchos autores han hablado de la simultaneidad de diversas situaciones para tener una comprensión más certera de lo que acontece en la vida y el desarrollo humanos, incluida la aparición de la clínica psicológica y/o emocional. GONZALEZ DE RIVERA ha relacionado la simultaneidad de dos procesos psicopatológicos (depresión y duelo) con tres contenidos de la semiología de estos procesos (desvalimiento, desesperanza e inhibición del proceso de renuncia) con la aparición de clínica psicósomática.

En la Fig. 10 esquematizamos esta **simultaneidad**, que puede condicionar la aparición de clínica psicósomática, en el proceso del desarrollo del ser humano de la siguiente forma:

4.1.2.1- El **desvalimiento** se presenta en una fase evolutiva del ser humano que se puede localizar entre los 8-16 meses de edad. En esta etapa el niño/a se siente degradado, abandonado, relegado a un segundo plano por su objeto de amor y, como consecuencia de ello, siente la privación de algo sumamente importante para él. En estas circunstancias no es extraño que tenga serias dificultades para encontrar una solución eficaz a sus problemas y carencias. Por ello opta por esperar pasivamente el retorno de ese objeto externo y poder recuperar la gratificación.

4.1.2.2- La **desesperanza** se constata evolutivamente en los niños/as con una edad comprendida entre los 3-6 años, aproximadamente. Se relaciona con la sensación de frustración y futilidad ante la pérdida de gratificación por los actos conseguidos por sus propias fuerzas, por lo que no es posible reparar. Además se siente la diferenciación sexual y se percibe que no es el preferido de la figura materna, gracias a que la represión funciona de forma adecuada el niño/a consigue superar esta etapa. Pero la entrada en la adolescencia reactiva este contenido que tiende a compensar en la competición que realiza con los pares. Se ha descrito un fenómeno llamado "desesperanza aprendida", hipótesis desarrollada por SELIGMAN. Se trata de una inhibición conductual que se produce cuando una persona cree no poder controlar una situación por aprendizajes anteriores, queda como paralizada siendo incapaz de aprender nuevas estrategias para evitarla. Es un estado parecido a la depresión y puede decirse en algunos casos que ésta, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos son consecuencia de la perturbación general consecuencia de esta desesperanza. En el asma bronquial infantil, por ejemplo, lo imprevisible de las crisis y su intermitencia pueden hacer que el niño y sus padres se sientan incapaces de adoptar estrategias de control, lo que influiría negativamente en el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

4.1.2.3- La **inhibición del proceso de renuncia** se expresa en un aferramiento (real o imaginario) persistente a algo o alguien que ya ha sido perdido (objeto de amor, personas queridas, etapas de vida pasadas). En estas situaciones existe una dificultad manifiesta (cuando no una falla evidente) en el proceso de simbolización del niño/a, es decir: el niño/a precisa tener presente la cosa/objeto/persona para poder gozar de ella. El símbolo (recuerdo, lenguaje) no es suficiente para taponar, se podría formular como: "o estás o no renuncio a que no estés". Muchos casos de situaciones simbióticas tienen este fundamento.

4.1.2.4- En la infancia existe otro factor decisivo: **el pensamiento operatorio**. Este factor es como la argamasa que da sentido a los factores anteriormente citados y realiza la lectura simultánea de todos ellos, ya que sin este tipo de funcionamiento el desarrollo

psicopatològic de cada uno de los anteriores podría ser de otro tipo. El pensamiento operatorio, propio de la etapa infantil, se define por tres características: dificultades parciales en el proceso de simbolización; se buscan soluciones tipo "prótesis" a las dificultades y, por fin, estas soluciones son operatorias (le permiten "ir tirando"). Como ejemplo de este tipo de funcionamiento mental se puede citar un ejemplo bastante conocido: ante una invitación a una fiesta, a la que van a acudir personas no muy gratas o divertidas, un sujeto puede sentir deseos de no acudir; pero esta ausencia representa un desprecio hacia el organizador; acudir y marchar rápido, es una insolencia o la constatación de una mala educación; en estas circunstancias solo queda... una jaqueca ¿qué ocurre entonces? la inasistencia se debe a una causa real: la jaqueca, todo el mundo lo comprende; lo importante es señalar que la jaqueca es "real" para el sujeto, acontece realmente y el dolor se siente como tal, el sujeto se encuentra francamente en un estado deplorable (vómitos y náuseas, fotofobia, dolor pulsátil). La jaqueca aparece como expresión de un pensamiento operatorio ("no acudo por la jaqueca") y evita la confrontación con tener que tomar la decisión de no acudir a la fiesta porque era aburrida; el hecho "tapa" el valor emocional.

Esta simultaneidad nos facilita comprender la hipótesis que hemos expuesto con anterioridad sobre la facilidad para padecer ciertas enfermedades cuando existen elementos psicopatológicos del orden del funcionamiento depresivo.

KREISLER ha señalado en múltiples ocasiones la relación de los procesos depresivos con la aparición de clínica psicósomática en la adolescencia. Subraya, este autor, una particular forma psicopatológica que denomina: **comportamiento vacío**. Estos adolescentes están animados por una necesidad de actividades incesantes; se ponen en marcha por incitaciones perceptivas y motrices de situaciones concretas. La estructura comportamental está marcada por la incapacidad de la elaboración fantasmática, con lo que la pobreza de la expresión de los afectos no es menos importante pudiendo llegar casi a una inexpresividad total. De esta suerte los **elementos esenciales del comportamiento vacío serían: atonía afectiva global cuyo indicador más preocupante es una relación de objeto indiferenciado; encadenamiento comportamental y coherente en el plano cognitivo pero privado de contenido fantasmático por lo que se engancha a lo fáctico; queda la impresión de un cierto funcionamiento mecánico; su reversibilidad es posible por técnicas psicoterapéuticas y otras intervenciones que modifiquen las condiciones relacionales.**

4.1.3. ALEXITIMIA Y CLINICA PSICOSOMATICA EN LA ADOLESCENCIA

El *conjunto alexitímico* abarca una serie de características que se sitúan en varios niveles psicológicos como son el afectivo, el emocional, el cognitivo, el relacional y el de la personalidad. Así encontramos las siguientes características:

- 1º *Incapacidad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales.*
- 2º *Gran dificultad para expresar verbalmente las emociones, tanto las propias como las ajenas.*
- 3º *Forma de pensar utilitaria, concreta, repetitiva en los detalles y orientada hacia el exterior.*
- 4º *Vida onírica empobrecida o nula y una gran escasez de ensueños y fantasías diurnas.*
- 5º *Tendencia a resolver los conflictos mediante la acción, actuando las situaciones conflictivas (p.e. fugas, agresiones).*
- 6º *Empatía alterada en cuanto a las relaciones interpersonales, ya que son incapaces de reconocer y usar sus propios sentimientos como señales internas.*
- 7º *Elevado conformismo social.*

Según la escuela de Psicopatología de París (IPSO), existen tres grupos fundamentales de estructuras según su diferente evolución, de las que derivan **tres categorías de neurosis**, sin límites absolutos entre unas y otras, que pueden originar la presencia de clínica somatizada:

1º- Mentales (fóbicas y obsesivas), en las que existen fijaciones relativamente tardías en la evolución individual y que se oponen a la progresión contraevolutiva de las desorganizaciones postraumáticas mediante mecanismos de elaboración internos y la producción de síntomas.

2º- Neurosis de comportamiento, situadas en el otro extremo, con fijaciones poco sólidas que remiten a los sistemas más arcaicos. Los comportamientos y las conductas parecen surgir directamente de los instintos por medio de los mecanismos sensoriomotores, sin obtener representaciones en la conciencia. Expresan su patología en las conductas. Su tono instintivo vital se mantiene gracias a las relaciones con los objetos exteriores, sin ser capaces de mantener relación con los objetos internos, y esto les hace especialmente sensibles a los traumatismos y desorganizaciones postraumáticas. La ausencia de una organización mental regresiva, los lleva a una depresión "esencial" (ausente de síntomas) y a la vida operatoria confirmada por el pensamiento operatorio. Esta vida operatoria puede



detener el movimiento de desorganización, y si continúa aparece la patología somática.

3º- Neurosis de carácter, que se sitúa en un punto intermedio, con relativa fragilidad en su sistema de fijaciones, si bien éstas pueden poner freno a las desorganizaciones y comenzar las reorganizaciones. Si no son lo suficientemente fuertes, puede aparecer desorganización del aparato mental, con la aparición, al menos provisionalmente, de una depresión "esencial" y la vida operatoria.

En la vida operatoria apenas existen conflictos intrapsíquicos, no hay angustia ni culpa. La ausencia de elaboración mental, hace que el vínculo del sujeto con su pasado y su proyección de futuro disminuya sensiblemente, de ahí el interés, característico de los sujetos con este tipo de pensamiento y funcionamiento operatorio, por lo fáctico y lo actual. La actividad fantasmática también está muy reducida y el lenguaje verbal es muy simple desde la perspectiva del contenido simbólico. El pensamiento operatorio es un pensamiento fijado en lo concreto, con sus actividades propias de fantasmaticación y representación disminuidas.

En muchas enfermedades psicosomáticas, el pensamiento del enfermo se caracteriza por funcionar de una manera operatoria; así no puede dar salida a sus pulsiones más que a través de los sistemas sensoriomotores y perceptivos, y no a través de elaboraciones mentales. Aparentemente son sujetos muy bien adaptados, representando los trastornos somáticos la única desviación de la norma. Pero una característica fundamental es la disminución o ausencia de ensoñaciones y actividad onírica y un empobrecimiento de los intercambios personales, dando la impresión de que están desconectados de su mundo interno.

Hemos de señalar que el pensamiento operatorio debe considerarse como una modalidad de funcionamiento mental de duración variable, y no como una estructura mental permanente. Este planteamiento posee un gran interés en la infancia y la adolescencia. A lo largo del proceso de desarrollo existe un momento en que lo cognitivo y lo intrapsíquico se hacen sintónicos, es decir coinciden, lo que originaría un efecto sinérgico cuando aconteciera cualquier proceso de paraexcitación, independientemente de cual fuera su origen. Así un proceso de enfermar intercurrente médico o quirúrgico (amigdalitis,



amigdalectomía, apendicectomía, gastroenteritis) puede representar un punto de fijación (dolor, cuidados, demanda, satisfacción) para una respuesta posterior ante otro tipo de dificultad externa (p.e. una frustración, un examen, un viaje). De similar forma algo externo (p.e. un viaje, un examen) despierta de forma directa una reacción emocional por el valor operatorio que pudiera tener en la vida de ese sujeto (p.e. una pérdida, una separación, una frustración insatisfecha, una carencia), lo que posibilitaría una respuesta ante esa situación en forma de demanda de afecto y/o cuidado: ponerse enfermo (p.e. las fiebres repentinas de escasa duración tan frecuentes en la infancia y el inicio de la adolescencia, las algias difusas, la clínica gastro-intestinal, los trastornos del sueño). De esta forma obtiene respuestas a dos interrogantes no formulados explícitamente: "me quieren porque me cuidan" y "si me cuidan no seré tan malo/a".

El funcionamiento operatorio está servido, ya que toma expresión en lo que, en el apartado anterior, denominamos como "vida operatoria" y que en la infancia es una realidad: etapa evolutiva basada sobre necesidades y demandas reales; dificultad para verbalizar sentimientos y afectos; lectura desde el exterior siempre desde la realidad (p.e. premios y castigos). Esta circunstancia de sintonía en lo operatorio es lo que ha motivado a PEDREIRA a decir que *en la etapa infantil la clínica psicósomática representa una forma prevalente de expresión del sufrimiento emocional, siendo una forma operatoria de representar dicha capacidad de reacción y de respuesta*; el cuerpo ocupa el lugar de las carencias simbólicas.

4.1.4. LAS ESTRUCTURAS DE RIESGO PSICOSOMÁTICO Y LOS PROCESOS DE SOMATIZACIÓN EN LA ADOLESCENCIA:

4.1.4.1- PUNTOS DE PARTIDA CONCEPTUAL: *Los procesos de somatización* definen los mecanismos mentales por los que se opera una ruptura de la economía psico-afectiva y buscan una salida por medio de la debilidad de las defensas biológicas. Los mecanismos básicos para la somatización, ya evidenciados desde la más tierna infancia, son: la depresión esencial y una sobre-excitación desde el otro. *Por estructuras vulnerables* o estructuras en riesgo psicósomático entendemos una modalidad habitual del funcionamiento mental en el que su fragilidad predispone al paciente a la somatización. Son



funcionamientos mentales ya reconocibles desde la lactancia, al reconocerse estilos de interacción vulnerables y rupturas interactivas patógenas en el seno de la relación madre-bebé (la función paterna se incluye en la propia diada). Las principales estructuras en riesgo psicosomático, conocidas hasta el momento actual, serían las siguientes:

1º Algunos funcionamientos de tipo neurótico caracterizados por su inestabilidad e irregularidad.

2º La denominada estructura alérgica, reconocible a partir del periodo de latencia, pero cuyas primicias se presentan ya en el curso del primer año de vida.

3º La estructura comportamental y el comportamiento vacío de contenido mental del niño/a pequeño.

4º Las severas faltas de organización estructural.

Las influencias traumáticas se ejercen en función de la vulnerabilidad del psiquismo que las recibe. Así, p.e., en la adolescencia la debilidad se encuentra sobre todo en la situación conflictiva relativa a la compleja relación dependencia-autonomía, que de forma interactiva se establece entre el adolescente y sus figuras parentales. Tendría graves consecuencias concebir la acción traumática solamente según el modelo elemental del estrés o del comportamentalismo, ya que sitúan fuera de su circuito el funcionamiento psíquico del sujeto.

4.1.4.2- LA HOMEOSTASIS PSICOSOMÁTICA: Durante todo el proceso del desarrollo, un funcionamiento psíquico sin desfallecimientos con una constitución afectiva adecuada, equilibrada y estable, tiene un lugar esencial entre los mecanismos defensivos que se oponen a la desorganización psicosomática. Las cualidades esenciales atribuidas al funcionamiento psíquico, para una homeostasis de buena calidad, son superponibles a las que ofrecen un funcionamiento interactivo conveniente: riqueza en la densidad, flexibilidad y permanencia.

La densidad es toda la plenitud que se contiene en la interacción imaginaria y fantasmática. Así se fecundan las funciones biológicas de la adecuada infiltración libidinal, favorecen el vínculo con su carga afectiva, impulsan el desarrollo anticipatorio de los proyectos construidos por la madre para su bebé, tanto en el momento actual como a lo largo del desarrollo. *La flexibilidad* designa la permeabilidad para la adaptación mutua a los infinitos movimientos temporales y espaciales posibles en la interacción. *La estabilidad* se fundamenta ante todo en la permanencia y la continuidad de la relación con la función



materna y con la coherencia de los cuidados maternos. Estas tres cualidades esenciales, requeridas para el funcionamiento interactivo eficiente y equilibrado, permiten distinguir las principales categorías patológicas de esta interacción:

1º *La insuficiencia de los aportes afectivos y las carencias/dificultades vinculares.* Determinan la patología somática de la miseria afectiva contemporánea, que encontraremos posteriormente a propósito de la depresión.

2º *La coacción, la rigidez y la hiperestimulación,* tanto globales como electivas y que a modo de ejemplo señalamos a continuación: La coacción rígida, continua, dirigida sobre una esfera funcional electiva (p.e. la alimentación o la evacuación intestinal) contribuyen a la génesis y al desarrollo de trastornos tales como la anorexia, el estreñimiento o el megacolon psicógeno. Comportamientos de sobreprotección materna con exclusión del padre, que favorecen una relación simbiótica con dificultades en los procesos de separación-individualización. El asma se podría decir que es una enfermedad del crecimiento afectivo en la que se perpetúan mecanismos vinculares de tipo arcaico.

3º *Las incoherencias y las discordancias cualitativas y temporales de la relación,* se encuentran muy frecuentemente presentes en las actuales condiciones de vida de nuestros niños/as y adolescentes. La adolescencia se encuentra, a menudo, regulada por las propias exigencias materiales del entorno más que por las propias necesidades de los adolescentes, de tal suerte que la adolescencia está sumida en un conformismo marcado, muy a menudo, por la discontinuidad. Querríamos subrayar que de cara a la carencia afectiva, señalada con anterioridad, son de igual relevancia e importancia tanto las irregularidades cuantitativas como las cualitativas en el investimento. Hay que señalar que las actuales condiciones de vida inflingidas a los niños/as generan discontinuidad e incoherencia: multiplicidad de cuidadores que se van sucediendo, las formas de cuidado inadecuadas y/o intempestivas por demasiado precoces, etc. en las que los niños/as se ven desplazados, reemplazados o deportados, en palabras de SOULÉ. De esta suerte se induce, por mecanismos directos o indirectos en el seno de una vulnerabilidad interactiva y/o mental y con la concurrencia de un acontecimiento traumático, las dos modalidades de los mecanismos de somatización en la infancia: la depresión y la hiperexcitación desde el otro.

Los funcionamientos neuróticos con riesgo psicósomático dominan con gran frecuencia en



la infancia, de igual forma que las neurosis de carácter son mayoritarias en el adulto, según los datos aportados por las investigaciones del IPSO de París. Entre las razones de la fragilidad psicosomática de las formas neuróticas destacamos las siguientes, bien sean consideradas aisladas o por combinación de varias de ellas:

I. *La inestabilidad e irregularidad del funcionamiento psíquico.* Un funcionamiento neurótico constante y bien organizado posee, por sí mismo, un valor protector de la somatización. El riesgo de estas formas neuróticas no es tanto por el contenido de la neurosis, como por la fragilidad de su organización.

II. *La rigidez funcional* debida en particular a la represión de los componentes más agresivos y a la negación de los conflictos. P.e. la neurosis del "niño sagaz", hijo/a perfecto y escolar destacado que responde al Yo-ideal de la perfección de sus figuras parentales; superficie tranquila y bonancible pero al precio del sepultamiento permanente de sus pulsiones, aparentemente barridas pero capaces de resurgir de forma dramática (p.e. se encuentra con gran frecuencia en la anamnesis de adolescentes anoréxicas/os), también puede ser capaz de organizarse en la edad adulta como una forma de neurosis de carácter dominada por un Yo-ideal de una rigidez mortífera.

III. *Sensibilidad emocional excesiva.* Innata o adquirida en favor de las experiencias relacionales precoces, esta hiperreactividad ofrece un hiato abierto a las excitaciones provenientes del ambiente o de las pulsiones interiores. Un contenido central, p.e., del asma es la correspondencia entre hiperreactividad bronquial e hiperreactividad emocional.

1.4.5. Formas clínicas prevalentes de presentación en la adolescencia: Destacamos tres tipos fundamentales de presentación: las somatizaciones, los formas clínicas emparentadas con el síndrome de Munchausen y, quizá el más frecuente de los problemas; el acné juvenil.

1.4.5.1. Las somatizaciones en la adolescencia: Las quejas corporizadas en sus diversas formas son corriente moneda de cambio ante determinadas situaciones emocionales o de estrés. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran: los síntomas de ahogo ("se me pone como un nudo en la garganta que parece que no me deja respirar", es la forma en que lo expresan la mayoría de los y las adolescentes), se suele acompañar de síntomas cardiovasculares como sensación de taquicardia o de "vuelco" del corazón o de "sentir los



latidos". Otra forma de presentación son los dolores, sobre todo las abdominalgias, las cefaleas y las artralgias; no es extraño que se acompañen de signos clínicos de tipo neurovegetativo como: sudoración, palidez, sensación de escalofríos, sensación nauseosa con o sin vómitos acompañantes. Pero, sin lugar a dudas, la somatización más sensible consiste en la alteración del sueño: dificultad para conciliar el sueño, despertarse a media noche, pesadillas, temores y miedos nocturnos; los motivos aducidos de temores a que se robe en la casa, a que entre alguien en la habitación, a que pase algo durante el sueño y no se den cuenta, fantasías de raptó, agresión y muerte son frecuentes y se suelen acompañar de alteraciones del humor, irritabilidad y sensación de desconcierto en el medio familiar y en ellos/as mismos, en ocasiones se suele calmar con la presencia y sensación de contacto de alguna figura de apego (casi siempre la figura materna o uno de los hermanos/as, que suelen aceptar acostarse, aún a regañadientes, para que se tranquilice la situación). Las pruebas complementarias, suelen repetirse y sus resultados, persistentemente, se encuentran en los límites normales. La presencia de síntomas de ansiedad, con contenidos fóbicos, obsesivos o mixtos, no es extraña.

1.4.5.2. Las formas clínicas del Munchausen en la adolescencia: En un trabajo anterior hemos descrito las formas clínicas de presentación del denominado síndrome de Munchausen en la infancia y la adolescencia (PEDREIRA & MARTIN-ALVAREZ). De entre ellas el Munchausen por poderes es la forma más excepcional en esta etapa del desarrollo, aunque, en ocasiones, ha podido ser el inicio del cuadro actual o tenerlo con un antecedente personal de silente presencia. El cuadro que hemos denominado como "**doctor shopping**" sería como una consecuencia de los beneficios secundarios originados por la presencia de somatizaciones: ir de médico en médico que realiza, una y otra vez, un sinnúmero de pruebas complementarias, cada vez más sofisticadas, cuyos resultados son persistentemente normales; se va adquiriendo un entrenamiento en responder a las preguntas y al sentido clínico de alguna de las fases de la anamnesis y exploración, se va poseyendo una especie de "barniz" sanitariforme y falsa comprensión con un fondo de reivindicación: "aunque no se encuentre, algo pasará". El cuadro clínico conocido como **síndrome de Polle**, consiste en el padecimiento de un síndrome de Munchausen en la figura materna (habitualmente) y también en el hijo/a adolescente; son quejas reiteradas y bastante parecidas: "ya llevo así muchos años y le va a pasar como a mí", "así empecé yo", "debe ser de herencia". En estas edades ya empieza a presentarse el **síndrome de**



Munchausen vero, es decir (Tabla XI): provocación directa o indirecta de procesos de enfermar con el fin de desencadenar la intervención médica. Las características específicas han sido descritas de forma muy detallada por varios autores y sistematizada por nosotros en algún trabajo precedente, al que ya hemos hecho referencia.

1.4.5.3. El acné juvenil y otras afecciones dermatológicas en la adolescencia: La piel es el más relacional de todos los sistemas del organismo humano. Carta de presentación y de identidad hacia el exterior. También en la medicina resulta ser el sistema que más se ve, el que más y mejor se describe y del que menos se conoce.

ANZIEU expone que las afecciones dermatológicas mantienen una estrecha relación con fracasos narcisísticos e insuficiencias de la estructuración del Yo. De tal suerte que la profundidad de la alteración de la piel es proporcional a la profundidad de la herida psíquica. Nace así la idea del "**yo-piel**" que, según este autor, responde a la necesidad de una envoltura narcisista y asegura al aparato psíquico la certeza y la constancia de un bienestar básico. De esta suerte el **yo-piel** designa una figuración de la que el niño/a se sirve, en las fases precoces de su desarrollo, para representarse a sí mismo como un yo que contiene los contenidos psíquicos a partir de su superficie del cuerpo. Dado que toda actividad psíquica se apoya en una función biológica, el yo-piel encuentra su sostén en las diversas funciones de la piel: la piel como saco que contiene y retiene todo lo bueno de las primeras experiencias de la interacción precoz madre-bebé (p.e. lactancia, cuidados corporales y tacto, higiene, baño de palabras); también la piel es la frontera que marca el límite con el afuera corporal, por lo que también tiene una función protectora frente a agresiones e invasiones del afuera y, por fin, la piel es un medio de comunicación primario con los demás, por lo que las relaciones que establece serán significantes y en su superficie se dejan huellas de las inscripciones relacionales con los otros.

La piel hereda la doble posibilidad de establecer barreras (mecanismos de defensa psíquicos) y filtra intercambios (también entre las diversas instancias físicas). Es por lo que ANZIEU asegura que si la función de apego se ha cumplido de forma precoz y lo suficientemente satisfactoria (en el sentido más etológico del término, siguiendo a BOWLBY, HARLOW, TIMBERGEN), se aporta, desde la etapa de lactante, la base sobre lo que LUQUET ha llamado impulso integrador del yo, de esta forma el yo-piel aporta



ulteriormente la posibilidad del pensamiento. De aquí la importancia del estímulo dérmico que realiza la figura de apego en todo el proceso de vinculación; puede ser que sean del tipo de para-excitaciones que mantienen una disfunción permanente en la inscripción del tacto y, por lo tanto, responderán con una para-excitación dérmica. Otra forma de recibir el estímulo es como hiper o hipoexcitación, dando lugar a irritaciones dérmicas o insensibilidades, que van a tener su correlato en afecciones dérmicas y/o tipo de relaciones interpersonales.

La piel como barrera de contacto es fundamental para la constitución y funcionamiento del aparato psíquico: retienen cantidades; son órganos múltiples, permeables y maleables; restablecen la resistencia después del paso del estímulo, una parte permanecerá retenida y así pueden modular la energía; puede repartir cuantitativamente el estímulo, utilizando diferentes vías de conducción, dado que cambios cuantitativos inducen cambios cualitativos que amortiguan los incrementos

de intensidad y los transforman en contenidos cualitativos cada vez más sensibles y complejos; su resistencia tiene un límite, dado que la irrupción de cantidades excesivas de estímulos puede abolir temporalmente la capacidad de contención y de selección de la barrera, se traduce como dolor; el dolor señala una solución de continuidad en la barrera, por esa solución de continuidad aparecen pérdidas internas y una puerta de entrada desde el exterior, con lo que sustenta la función de filtro entre ambos lados de la barrera.

De esta suerte existe una especie de paralelismo entre las funciones dérmicas y las funciones del yo, como una forma de correspondencia entre los somático y lo psíquico:

1º El yo-piel cumple una **función de mantenimiento** del psiquismo, por lo que tiene que ver con los primeros estímulos interiorizados y remite al establecimiento de las conductas de apego por parte de la figura materna (guarda relación con la función holding de WINNICOTT).

2º **Función de continente** por medio de la sensación-imagen de la piel que se despierta en los cuidados corporales, según las propias necesidades. Emerge aquí el concepto del yo-piel como representación psíquica o envoltura táctil (guarda relación con la función handling winnicottiana). Las hiperhidrosis o la hipersensibilidad al dolor son dos manifestaciones típicas de la alteración de esta función.



3º **Función de para-estimulación**, recoger excitaciones continuadas sin que la piel guarde su sentido de estar intacta. Por ello debe buscar su apoyo en estructuras más profundas como la dermis, es el caso de la segunda piel o piel muscular descrita por BICK. Las paraexcitaciones más frecuentes serían o la coraza caracterial o la búsqueda-sustitución de excitaciones con las toxicomanías.

4º **Función de individuación**, al asegurar las "fronteras" con el exterior. La pérdida de esta función está muy presente en las psicosis esquizofrénicas.

5º **Función de intersensorialidad** donde se unen sensaciones de diversa naturaleza y desemboca en lo que se denomina como "sentido común" y remite a la interconexión entre los diferentes sentidos.

6º **Función de sostén de la excitación sexual**, con lo que si la carga de la piel es más de tipo narcisista que libidinal la disfunción sexual está servida en cuyo extremo estaría la perversión sexual.

7º **Función de recarga libidinal**, con lo que el mantenimiento y distribución de los impulsos está asegurada.

8º **Función de inscripción de huellas sensoriales táctiles**, se comporta como un espejo hacia el exterior. Su alteración tiene una lectura social, p.e. el rubor, el eczema, el acné.

9º Todo lo anterior se encuentra al servicio del apego, por ello remite a la función de propio reconocimiento y a la **función de rechazo de lo extraño o función tóxica**, la inmunología nos ha enseñado esta función con el rechazo de los trasplantes. Una alteración del sentido del reconocimiento ha sido muy estudiada por la medicina psicosomática: la hipersensibilidad alérgica, el asma, el eczema que conducen al estudio de los procesos autoinmunes.

10º **Función almacenamiento**, p.e. de las grasas, que complementa la función amnésica, en ocasiones algunas alteraciones de esta función tienden a expulsar los productos almacenados (p.e. el acné).

11º **Función producción**, p.e. pelos, uñas, su alteración conduce a procesos relacionados con los mecanismos de defensa del organismo (p.e. alopecia areata o total).

12º **Función emisión**, remite al papel en la comunicación interpersonal, p.e. el olor, incluso la emisión de feromonas y su papel en la excitación sexual.

En la adolescencia estas funciones se redefinen y adquieren una resignificación. El **acné** traduce una parte de expulsión de algún residuo almacenado en forma tóxica para el sujeto,



también una puerta de entrada al exterior donde reinfectar. Pero lo que evidencia es una alteración de la imagen facial y, por lo tanto, de la comunicación con los otros, motivo de retraimiento comunicacional. Lo que originará dolor. Para colmo de males el acné deja una huella: la cicatriz y la apertura del poro dérmico de forma visible.

No interesa la etiología exacta del proceso, sino su valor y confluencia de varias causas: cambios hormonales y el papel de los estrógenos, el incremento de la grasa, los estudios sobre inmunología, la infección sobreañadida, la función diseminación. Cumplen su función, pero fundamentalmente nos interesa el contenido psicopatológico: etapa adolescente con gran interés en el cuerpo, en la imagen hacia los demás y ambas situaciones se ven afectadas por una apertura de poros: espinillas, puntos blancos, puntos rojizos, pústulas y un final evidente: la cicatriz.

4.2- El inicio del adolescente en las conductas adictivas: el uso de alcohol, drogas y otras sustancias psico-activas: Las sociedades desarrolladas actuales están alarmadas ante el incremento, casi exponencial, de las conductas adictivas en la población. Este tipo de conductas no es privativo de tal o cual grupo o clase social y son conductas que tienen su consolidación definitiva en la adolescencia.

4.2.1. Tipo de conductas adictivas en la adolescencia: Consideramos aquellas conductas que cumplen con los requisitos de dependencia (física y/o psíquica), tolerancia, incremento de dosis, afectación de las relaciones interpersonales, alteración del funcionamiento de la personalidad y de la conducta social, co-morbilidad con algún trastorno psicopatológico y presentación de un tipo de síndrome de abstinencia:

4.2.1.1. Sin uso de sustancias:

- 4.2.1.1.1. Video-juegos caseros.
- 4.2.1.1.2. Ludopatía incipiente en las salas de juegos.
- 4.2.1.1.3. Ordenadores caseros.
- 4.2.1.1.4. Sexo.

4.2.1.2. Con uso de sustancias legales:

- 4.2.1.2.1. Tabaco.



4.2.1.2.2. Alcohol.

4.2.1.2.3. Medicamentos (p.e. barbitúricos, diazepam, anfetaminas).

4.2.1.2.4. Otros excitantes y alimentos (p.e. bulimia).

4.2.1.3. Con uso de sustancias ilegales:

4.2.1.3.1. Heroína.

4.2.1.3.2. Cocaína.

4.2.1.3.3. Opio.

4.2.1.3.4. Marihuana.

4.2.1.3.5. Drogas de síntesis.

4.2.2. Rasgos comunes en las conductas adictivas en la adolescencia: Son rasgos que detecta el clínico, que remiten a un tipo de contacto en la relación médico-paciente. Lo común de estos rasgos se pueden sintetizar: referencia casi constante a un orden numérico (p.e. dosis, número de picos o de contactos con la adicción); referencia a cantidades económicas (p.e. gastos al día, cuantía de su adicción); con frecuencia presentan un llanto de tipo catártico; exceso de confianza con el profesional que les atiende (p.e. fácil tuteo); falta de un registro sensorial, siendo en exceso operatorio; discurso inconsistente, en el que se pierde la posibilidad de expresar ciertos sentimientos y procesos anímicos, sobre todo si están ligados a la afectividad, en cuyo lugar aparece una adecuación de la propia palabra a lo que supuestamente espera escuchar el interlocutor. El denominador común es la constatación de una alteración del tipo de vínculos que establece el sujeto y una "cosificación", en exceso operatoria, de dicho vínculo.

4.2.3. Inicio de las conductas adictivas en la adolescencia: Se puede constatar que algunos adolescentes adictos iniciaron su adicción de forma un tanto coyuntural, el trabajo dirigido por VEGA demostró que en algo más de tres de cada cuatro ocasiones es un amigo el introductor en el consumo y que la edad ronda la edad comprendida entre los 11-14 años en dos tercios de los casos en el cannabis y derivados y siendo en dos tercios de las casos la edad entre 13-14 años para los opiáceos; esto se confirma en el hecho de que su consumo se hace de forma preferente en grupo sobre el 45% de las ocasiones.

De esta suerte se podría pensar que el comportamiento inicial del adolescente adicto sería



una coincidencia entre una espera muy puntual del sujeto, una espera del producto que causa la adicción, y al mismo tiempo una coyuntura social de oferta y facilitación de esa expresión pulsional. La oferta de conductas adictivas, en ocasiones muy atractiva y apoyada en la propia publicidad en medios de comunicación, puede encontrar y de hecho encuentra en la precariedad del adolescente una especie de complicidad para iniciar la adicción. En efecto, el trabajo dirigido por VEGA señalaba que el uso para sentirse bien (62%), la utilización como evasión (36%) y la propia presión del grupo en mucha menor proporción (22%) son motivos personales que se aducen para el inicio en las conductas adictivas. Pero si se supone que son otros los que inician las conductas adictivas los propios jóvenes plantean que la curiosidad (62%) y la presión del grupo (44%) adquieren una especial y significativa relevancia, mientras que para continuar en el uso de la dependencia el sentirse bien (78%) y la dependencia con un 44% lejano, son las causas aducidas.

Para completar el panorama se debe considerar la accesibilidad y el poder químico de la droga o el enganche de la conducta adictiva desarrollada para que se organice, de forma definitiva, la dependencia de forma sintomática.

Estas conductas adictivas no responden a una estructura psicopatológica y presentan características transnosográficas. Por lo que es preciso señalar la vulnerabilidad que algunos adolescentes poseen para que les lleve a desarrollar este tipo de conductas, cuyos efectos son claramente patológicos y los conduce a una verdadera psicopatología. De hecho BERGERET apostilla diciendo que las conductas adictivas en la adolescencia pueden ser consideradas como un intento defensivo y de regulación contra determinadas deficiencias e insuficiencias ocasionales de la estructura afectiva y relacional. Esta diversidad es lo que origina la gran variedad clínica de las conductas adictivas, así como la diferencia que existe tanto en el pronóstico como en las respuestas terapéuticas.

En muchas ocasiones este tipo de conductas adictivas suelen tener, al inicio al menos, un cierto valor de auto-terapia. Ya que se busca protección contra la angustia y las tendencias depresivas. Ello hace que el sujeto busque en ellas un sustituto relacional que le proteja de su dependencia afectiva al otro. De esta suerte estas conductas ponen de manifiesto la existencia de dificultades más importantes de la organización y estructura de la personalidad (Fig. 11).



4.2.4. Factores de riesgo hacia las conductas adictivas: Los factores de riesgo representan una aproximación general, pero deben ser contrastados en cada caso en particular. Por otro lado la presencia de uno o varios de ellos pueden darse en el curso de una evolución normal. En este sentido se debe considerar que se precisan varios de ellos, persistencia en el tiempo y ser irreductibles a los abordajes convencionales.

4.2.4.1. Factores sociales: El cambio del perfil social de consumidores, no exime a ningún nivel social de la posibilidad de acceder a determinado tipo de conductas adictivas. La marginación, al menos determinadas formas de marginación, y un deficiente nivel educativo y cultural favorecen el establecimiento de estas conductas. Quizá el factor de riesgo más importante consiste en **la facilidad en el acceso a sustancias (alcohol, medicamentos, drogas) o al conocimiento de otras conductas adictivas.**

4.2.4.2. Factores escolares: El fracaso escolar, tanto en el rendimiento como en la asistencia, los problemas de adaptación y conducta en la relación (tanto con los pares como con los profesores) son otros factores de riesgo.

4.2.4.3. Factores familiares: Los antecedentes de conductas adictivas en las figuras parentales (p.e. alcoholismo, drogadicción, ludopatía), enfermedades mentales en uno o los dos padres, existencia de situaciones de violencia familiar, establecimiento disfuncional de los vínculos (p.e. abandono, negligencia de cuidados, hiper o hipoestimulaciones afectivas, represiones, falta de confianza, rupturas familiares traumáticas). En el funcionamiento familiar se insiste en una figura paterna de funcionamiento periférico, con escaso poder de simbolización y una figura materna en exceso sobreprotectora.

4.2.4.4. Factores individuales: Los estudios de comorbilidad en pacientes adolescentes con conductas adictivas ponen de manifiesto que la comorbilidad más frecuente en el eje I es con los trastornos de conducta de forma estadísticamente significativa (89,9%) y es bastante frecuente (11,6%) en los trastornos de alimentación; en el eje II resulta con significación estadística los trastornos de personalidad B (68,5%), sobre todo los de tipo borderline y narcisista. Los trastornos vinculares son otros trastornos que presentan riesgo evolutivo hacia este tipo de conductas. Los cambios en los hábitos y la conducta son signos



de alarma bastante precoces, que deben ser seguidos de cerca. Con relación a la **"escalada"** se debe matizar que no todo contacto conduce a este tipo de conductas, sino que se deben estudiar de forma contextualizada los factores de riesgo en su conjunto, un contacto incluso varios contactos con este tipo de sustancias no tienen porqué conducir de forma lineal a las toxicomanías; lo que sí se sabe es que en población clínica de toxicómanos las conductas de escalada son prevalentes. Los antecedentes de abusos sexuales en la infancia y/o una alteración de la vida/conducta sexual en la adolescencia.

Si bien es cierto que la inadaptación social puede conducir al consumo de sustancias, no es menos cierto que el consumo de drogas conduce a la inadaptación social. Pero también el uso de sustancias puede ser considerado como un medio de adaptación para algunos adolescentes. Por fin, hay que señalar que no todo adicto presenta conductas disociales y/o delincuentes ni es totalmente cierto que la toxicomanía conduce a la delincuencia; lo que sí se debe señalar es que existen más trastornos de conducta y/o predeleincuencia en tiempos previos a la adicción en los adolescentes con conductas adictivas.

4.2.5. Implicaciones preventivas: El análisis de muchas campañas preventivas de las conductas adictivas adolecen de algunos fallos conceptuales, pues inciden en los vínculos disfuncionales (p.e. pretenden dar consejos, condenan en exceso, señalan en exceso) con lo que se puede incrementar la curiosidad hacia el consumo de este tipo de conductas (p.e. son alarmistas, simplistas, en ocasiones se presentan descontextualizadas).

En los últimos tiempos se ha observado un cambio importante de tendencia, introduciendo dos aspectos capitales: **la información veraz**, incluida la tolerancia (p.e. la campaña sobre el consumo de alcohol en jóvenes realizada por el Ayuntamiento de Gijón, en la que se informa sobre la cantidad de alcohol por cada bebida y combinado y un máximo que no se debe sobrepasar semanalmente) y la postura activa del joven (p.e. la campaña de la FAD animando a ser actor activo del "NO" ya que es el mismo joven el que debe decidir; la anterior campaña del Ayuntamiento de Gijón responde al mismo criterio). **Contextualizar la prevención** en el seno del proceso educativo, ya VEGA y cols. y las experiencias desarrolladas en México, hicieron que los diferentes grupos de expertos de la OMS estimulara la activa participación de los profesionales de la educación en esta labor (p.e.



cabe señalar la segunda parte de la campaña del Ayuntamiento de Gijón, dirigida al personal docente y a las APAS de los centros escolares).

4.3- "Comer nada": anorexia versus bulimia: Decididamente es el trastorno de moda: Se han destapado gentes nobles padeciéndolo, personas situadas socialmente que lo sufren, se han disparado las cifras de prevalencia, aparece como guión en teleseries de tres al cuarto, también en programas educativos y de divulgación, presentadores/as de renombre acogen en sus programas/tertulias "el caso", las asociaciones de familiares de enfermos/as adquieren un poder como ninguna asociación de este tipo ha tenido jamás. Esta eclosión resulta, cuanto menos, preocupante para algunas mentes rigurosas, razonables y sensatas: ¿cómo es posible aislar un trastorno, como paradigmático, y descuidar un criterio global, de atención a la totalidad de los trastornos mentales que acontecen en el proceso de desarrollo humano? La pujanza social, económica y cultural de las familias (la gran mayoría de clase media, media-alta y alta) es solo una razón (a diferencia del origen humilde y con escasa cultura de otros trastornos mentales de la infancia y de la adolescencia); pero tampoco podemos olvidar el legítimo deseo de relevancia de algunos grupos de profesionales.

Los trastornos de la alimentación, como se les denomina genéricamente en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales CIE-10 y DSM-IV, no son ni algo nuevo ni algo que solo acontece en esta etapa ni con esta patoplastia. Ya en 1.689 RICHARD HORTON describió un cuadro clínico que denominó "**consumpción nerviosa**" que coincide básicamente con este tipo de trastornos.

En 1.874 Sir WILLIAM GULL describe con gran minuciosidad un cuadro clínico que se caracterizaba porque se presentaba sobre todo en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades comprendidas entre los 16 y 25 años; que cursaba con una extrema delgadez, una disminución o falta total de apetito sin que existiera una causa física demostrable y se acompañaba de amenorrea, bradicardia, estreñimiento, astenia e hiperactividad psicomotriz y social. Lo cierto es que este científico no pudo estar más acertado, fenomenológicamente hablando.

4.3.1. Contenidos psicopatológicos: Existe, en estas pacientes, un conflicto de identidad



entre los aportes del grupo étnico, cultural y las demandas familiares. No están ajenos a estos avatares los medios de comunicación social, con sus reportajes de ensalzar las figuras longilíneas y, un tanto asexuales, de determinadas modelos ("top-models" en un anglicismo invasor), secundados por la presión de los fabricantes de ropa en serie ("pret à porter", afrancesado término usado para este fin) y del grupo de pares, para sorpresa y anonadamiento de las figuras parentales. De esta suerte la adolescente (la relación chicos/chicas es 1/7, aunque tiende a disminuir la diferencia entre ambos sexos y la edad de presentación) queda atrapada en las relaciones del grupo y la identidad corporal, existiendo una confusión hacia las presiones del grupo y de los fenómenos sociales.

Aparecen reacciones negativistas y opositoristas hacia las situaciones vitales. Aparecen reacciones de naturaleza ansiosa, persecutoria o depresiva hacia determinados factores de estrés, como p.e. la ruptura familiar, cambio de roles familiares, estrés educativo.

Todo ello se presenta en una fase con conflictos específicos y con conflictos internalizados de cierta relevancia y relacionados con las pulsiones sexuales y agresivas, con los cambios corporales y con los cambios de la imagen corporal y de la identidad psicológica. De esta suerte el cuerpo perfecto es el instrumento con el que se expresa la omnipotencia infantil y sirve para aislar, aunque de forma variable, los mecanismos psicóticos.

La ansiedad y la confusión, expuestas en los apartados precedentes, con la sumación de otros aspectos altera la percepción corporal del apetito. De esta suerte emergen defensas bastante fuertes y abandónicas frente a las situaciones de querer y ser querido, es decir frente a la elección del objeto de deseo y de amor. El problema del control de los conflictos se desplaza hacia el control de la bulimia, con lo que aparecen fases alternativas de anorexia y de bulimia.

4.3.2. El cuadro clínico: La clínica que con más frecuencia se presenta consiste en un cuadro clínico inespecífico, que en los sistemas de clasificación actuales (CIE-10 y DSM-IV) se denomina: **trastorno inespecífico de la conducta alimenticia** y que se caracteriza porque el promedio de peso es adecuado, no hay episodios de voracidad, pero existe temor a ganar peso y hasta se puede llegar a provocar el vómito, puede presentarse síntomas de anorexia en una adolescente, pero sin llegar a presentar amenorrea o bien síntomas de

bulimia, pero sin la frecuencia periódica de los episodios de voracidad. Es un cuadro que puede desembocar en un trastorno alimenticio severo, sino se aborda en el momento pertinente de la forma adecuada, para lo que se deben tener en cuenta la existencia de factores de riesgo (Tabla XII) y unos factores individuales favorecedores de esta evolución (Tabla XIII).

Hay que conocer que existen determinadas afecciones médicas que pueden presentar trastornos alimenticios, como síntoma acompañante del proceso, por ello debe descartarse su presencia: Tumores del sistema nervioso central, Insuficiencia hipofisaria anterior, Hipertiroidismo, Diabetes mellitus, Enfermedad de Addison, Malabsorción gastrointestinal, Enteritis regional (Enfermedad de Crohn) y Ulcera gastrointestinal, entre los cuadros clínicos más relevantes. No obstante los dos cuadros más relevantes dentro de los trastornos alimenticios, que no los únicos, son los siguientes:

1º ANOREXIA NERVIOSA:

Responde a los siguientes criterios para su diagnóstico:

- 1.1- Rechazo firme a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal de acuerdo a la edad y la talla (15% inferior al peso esperado).
- 1.2- Temor a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso aunque se encuentre por debajo del peso considerado como normal.
- 1.3- Percepción alterada del propio peso, talla o silueta corporal.
- 1.4- Ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales cuando ya se ha tenido la menarquía.

Los signos y síntomas de la anorexia nerviosa aceptados por la comunidad científica son los siguientes:

- 2.1- Cambios en el peso ideal.
- 2.2- La comida incrementa la insatisfacción con el propio cuerpo.
- 2.3- La comida favorece el aislamiento social.
- 2.4- Amenorrea.

- 2.5- Vómitos.
- 2.6- Uso de laxantes, diuréticos.

2º BULIMIA NERVIOSA:

Los criterios clínicos para su diagnóstico son los siguientes:

- 1.1- Episodios recurrente de ingesta alimenticia voraz.
- 1.2- Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria en los episodios de voracidad.
- 1.3- Empeño en el uso periódico de laxantes, diuréticos, práctica de dietas estrictas (incluso ayunos), provocación de vómitos, hacer ejercicio para evitar ganancias ponderales, etc.
- 1.4- Dos episodios de voracidad a la semana, como media.
- 1.5- Preocupación intensa y persistente por la silueta y el peso.

Los signos y síntomas de la bulimia nerviosa se esquematizan de la siguiente forma:

- 2.1- Alcalosis metabólica hipoclorémica-hipokaliémica.
- 2.2- Hipertrofia parotídea.
- 2.3- Pérdida de piezas y del esmalte dentario.
- 2.4- Alternancia de diarrea y estreñimiento.
- 2.5- Callosidades en el dorso de la mano.
- 2.6- Componentes depresivos y preocupación excesiva por el peso.

3º Los signos físicos más frecuentes que se presentan en la anorexia nerviosa son los siguientes: Caquexia, lanugo, pelo ralo, sensación de frialdad, acrocianosis, erosión del esmalte dental y caries, hipertrofia de glándula parotídea, deshidratación, síncope y mareos, hipotermia e hipotensión, bradicardia y posibles arritmias, parestesias, edema, Constipación crónica y/o diarrea.

4º Manifestaciones clínicas: Por sistemas y aparatos se pueden sistematizar, como sigue, sistematizándose las complicaciones posibles en la Tabla XIV:

- 1.- **CARDIOVASCULARES:**

- 1.1- Disminución volumen cardíaco.
- 1.2- Prolapso válvula mitral.
- 1.3- Arritmias-Acrocianosis.

- 2.- GASTROINTESTINALES:
 - 2.1- Vaciado gástrico enlentecido.
 - 2.2- Deficiente motilidad intestinal.
 - 2.3- Abdominalgias.
 - 2.4- Otras posibilidades:
 - 2.4.1- Dilatación gástrica.
 - 2.4.2- Perforación gástrica.
 - 2.4.3- Tricobezoar.
 - 2.4.4- Pancreatitis.
 - 2.4.5- Compresión vascular de duodeno.
- 3.- RENALES:
 - 3.1- Reducción del filtrado glomerular.
 - 3.2- Litiasis.
 - 3.3- Edemas.

- 4.- ENDOCRINO-METABOLICAS:
 - 4.1- Amenorrea primaria/secundaria.
 - 4.2- Hipogonadismo hipogonadotrópico.
 - 4.3- Disfunción tiroidea/adrenal.
 - 4.4- Reducción de tolerancia a la glucosa.
 - 4.5- Osteoporosis.
 - 4.6- Distermia.

- 5.- OTRAS MANIFESTACIONES:
 - 5.1- Hipoalbuminemia.
 - 5.2- Hipercolesterolemia.
 - 5.3- Hipercarotinemias.
 - 5.4- Hiperuricemia.
 - 5.5- Déficit de Zinc.



- 5.6- Anemia ferropénica.
- 5.7- Trombopenia.
- 5.8- Leucopenia.

5º Los cuadros psicopatológicos: Los trastornos de alimentación son clínica acompañante de varios procesos psicopatológicos, se debe señalar el proceso para poder hacer una comprensión rigurosa del cuadro clínico, como orientación señalamos algunos signos diferenciales en la Tabla XV de diferentes organizaciones psicopatológicas que pueden presentar trastornos alimenticios de diversa gravedad.

Para terminar este apartado creemos que es necesario desactivar, de forma activa, la tendencia al alarmismo que informa sobre una "epidemia". Los datos epidemiológicos rigurosos no permiten sostener esta hipótesis. Por lo tanto baste señalar con FISCHLER que si no se ha incrementado de forma real la anorexia, sí que lo han hecho los "anorexólogos". Este autor describe con singular belleza, agudeza e ironía la situación: "Santidad en la Edad Media, enfermedad en la época contemporánea, da la impresión que las mismas manifestaciones toman un sentido diferente según las épocas y los contextos culturales... misticismo, herejía, posesión diabólica, histeria, anorexia mental... El contexto social modifica profundamente el sentido atribuido al fenómeno mismo. Antes místicas, ayunadoras, histéricas... hoy rebeldes, víctimas de la ideología moderna del culto al cuerpo y la delgadez... búsqueda de la perfección imposible e inalcanzable, antes místicas religiosas, hoy consumistas y hedonistas". Tras estas palabras y el deseo de reconducir con rigor metodológico y científico la situación actual, remitimos a los numerosos artículos y publicaciones críticas que, afortunadamente cada vez con más frecuencia, van apareciendo sobre el particular.

Capítulo 5

LA INTERVENCION PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA

En 1.986 WAGENSBERG coordinó un seminario de discusión de singular relevancia: las dos fundamentales teorías del pensamiento científico, deterministas y antideterministas, se reunían para debatir abiertamente. Estaban los máximos representantes de las diferentes tendencias, encabezados por RENÉ THOM e YLYA PRIGOGINE. El debate fue de una altura inusitada, originando un libro de singular belleza: "Proceso al azar". En la introducción el Director del debate dice: "La ciencia es una forma de conocer el mundo que empieza por separar al lector de lo escrito, al observador de la observado, al sujeto del objeto. El primer principio del método científico: si el mundo es objetivo el observador observa sin por ello alterar la observación; es la hipótesis realista. El segundo principio que el científico asume tácitamente para elaborar la ciencia podría llamarse la hipótesis determinista: los sucesos del mundo no son independientes entre sí, exhiben cierta regularidad, causas parecidas producen efectos parecidos".

Desde esta formulación se nos pregunta, se nos cuestiona en qué lugar nos situamos a la hora de abordar la comprensión de un proceso. En el mundo del desarrollo humano: ¿desde dónde observamos? ¿para qué observamos? ¿qué entendemos por adolescencia? ¿los factores sociales y culturales pueden explicar, por sí mismos, la totalidad de los trastornos que se presentan en los adolescentes? ¿la conceptualización, que llamaremos, orgánico-mecanicista consigue explicar el origen, funcionamiento y abordaje de los procesos? De esta forma la complejidad está ya servida a la hora de abordar la comprensión de los trastornos que surgen en la adolescencia. Por ello, necesariamente, este apartado partirá de esa complejidad y pretenderá aportar orientaciones, en ningún caso agotar las indicaciones como algo exclusivo y excluyente de otros abordajes u otras posibilidades de comprensión e intervención, expondremos nuestra experiencia y nuestra práctica.

I. Prevenir: En algún trabajo precedente (RODRIGUEZ-SACRISTAN, PEDREIRA, MENENDEZ Y TSIANTIS, 1.995) hemos señalado que en el campo de la Salud Mental y de los trastornos psíquicos los niveles preventivos son bastante complejos y precisan de la



conurrencia de otros sectores sociales y no estrictamente sanitarios (p. e. servicios sociales para la reinserción de pacientes crónicos, extensión de redes de apoyo social).

En la Prevención primaria esta diversidad de sectores intervinientes es especialmente significativa para la Salud Mental, de tal suerte que en sentido estricto se puede decir que la gran mayoría de las acciones de prevención primaria en salud mental no corresponden al campo específico de los profesionales de la salud mental, ni siquiera de los profesionales sanitarios. Lo dicho hasta ahora es cierto, pero *existe un área específica* de prevención primaria en salud mental y que le es propio: **LA PROMOCION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL** desde las etapas iniciales del desarrollo humano, estas acciones son específicas y propias del ámbito de la Salud Mental y exigen una gran cualificación de los profesionales.

Las actividades tendentes a la Promoción del Desarrollo Psico-social desde sus etapas iniciales (embarazo, parto y puerperio de la madre, interacciones precoces madre-padre-bebé y los primeros años del desarrollo hasta los cinco años) se consideran dentro de la Prevención Primaria dentro de la Salud Mental, lo que constituye prácticamente la única actividad específica de los profesionales sanitarios, tanto de la Atención Primaria de Salud como de los profesionales de Salud Mental general como de Salud Mental de la infancia y adolescencia, en este campo.

Son un grupo de actividades que pretenden incidir tanto en el nivel del desarrollo emocional individual, como en el tipo de interacciones que se establecen y en el tipo de comunicaciones que se van desarrollando. Por lo tanto integran los hechos diferenciadores de esta etapa del desarrollo humano, con relación a otras de la vida humana: la rápida y constante evolución del sujeto y la íntima y prolongado dependencia del contexto del niño/a. Con ello se pretende lograr un nivel de desarrollo óptimo al nivel socio-cultural en el que va a vivir ese niño/a, decir óptimo implica aceptar las limitaciones propias de eliminar categorías tales como lo idóneo, lo ideal, lo mejor, etc. y aceptar el reto de la realidad como condicionante externo (importante y a veces decisivo), pero no como determinante exclusivo. Por otro lado, desde el nivel de la intervención preventiva como tal evidencia la necesidad ineludible de un trabajo múltiple interdisciplinar para abordarlo y que ello se realice en un marco territorial determinado dando confluyan esta diversidad de acciones,



agencias y profesionales.

En otras palabras, *la Prevención Primaria de la Salud Mental en etapas precoces del desarrollo humano son actividades que incluyen las facetas individuales en las actividades sociales y plantean los factores sociales que conforman la respuesta individual* (tanto en la interacción como en el plano emocional), *poniendo de relieve el estrecho nivel de interacción de los diferentes factores y la complejidad del proceso de desarrollo humano*. Por esta razón aborda temas como la vinculación (tipo y funcionamiento de los vínculos, las figuras de apego); las interacciones (primero en el plano restringido de las figuras parentales y después la progresiva generalización a otros contextos relacionales); la expresión de los conflictos (desde la organización psicósomática a la estrictamente emocional, pasando por la conductual); los procesos de aprendizaje (desde la función del lenguaje a los rendimientos escolares); el control de los impulsos y la canalización de la agresividad (desde el control esfinteriano y los hábitos higiénicos a los procesos de racionalización y sublimación); la función del límite y la Ley (desde la norma de prohibición externa a la interiorización de patrones morales y éticos). En resumen: logrando el conocimiento y manejo de las líneas básicas que delimitan la complejidad de los procesos de relación y desarrollo del sujeto humano se puedan abordar, al menos con mayores garantías de éxito, el abordaje de las dificultades que vayan surgiendo a lo largo del proceso vital de cada sujeto, al menos es la hipótesis de partida.

Pero también hay que ser realistas, el tipo de prevención más habitual es la prevención secundaria, es decir intentar que el diagnóstico y el tratamiento se realicen lo más precozmente posible. Por lo tanto, remite a la atención a la prevalencia como primer paso. Esta atención a la prevalencia, con un carácter preventivo, lo hemos sistematizado en dos fases: **Contener y re-definir**. Contener significa ubicar los trastornos en el contexto histórico y en el proceso de desarrollo, apuntalar ese proceso de desarrollo y orientar a las figuras parentales en esta tarea. Re-definir no significa re-distribuir las responsabilidades y la intervención, sino que implica un firme compromiso con el/la adolescente y con su familia en abordar la redefinición de los trastornos presentados, trabajar el proceso en su conjunto sin escatimar los recursos existentes en la actualidad, sean del tipo que fueren.

II. El problema del "enganche": Uno de los problemas que surgen cuando se trabaja con



la adolescencia consiste en la elevada tasa de abandonos del tratamiento e, incluso, durante el proceso de evaluación. Existen servicios que han comunicado hasta un 30% de abandonos en una u otra fase de la intervención especializada. Es cierto que esta tasa es un indicador de la calidad asistencial, pero también remite, de forma inexorable, al análisis de la pertinencia del servicio que se oferta para atender a la adolescencia. En efecto cuanto el dispositivo sea más "generalista" y se rijan por "normas" de determinadas "escuelas" ("seguir un modelo"), se ha comprobado que los abandonos son más prevalentes. En los dispositivos que ofertan unos servicios más cercanos a los y las adolescentes, funcionan con flexibilidad (adaptando la perspectiva teórica de referencia a los sujetos y no pretendiendo que los sujetos se adapten a las normas técnicas), que permiten la demanda directa de los adolescentes, que se respeta la **confidencialidad** y los profesionales están formados en infancia y adolescencia, se sabe que los abandonos son menores y los seguimientos terapéuticos presentan unas tasas más elevadas.

El enganche, por lo tanto, se refiere a la adecuación de la oferta de servicios a la demanda realizada por el/la adolescente que presenta algún tipo de sufrimiento o desadaptación. Lo que implica locales adecuados, actitud respetuosa y que asegure la confidencialidad. Una oferta de posibilidades terapéuticas adaptadas a la etapa evolutiva y al contexto de la adolescencia y una integración de diversas posibilidades terapéuticas de forma complementaria y sin prejuicios.

"Mejor con los pares que con los padres", podría sintetizar una postura que es discutible, pero que abre una posibilidad, al menos, de intervención y de contrastar la vivencia de cada adolescente con las que transmiten otros chicos o chicas de similar edad y con similar contexto. En este sentido las terapias grupales suelen ser bastante bien aceptadas, quizá mejor que las terapias familiares. La alternativa podría ser la terapia individual, dado que la adolescencia señala hacia una individuación y una lucha por la propia autonomía.

No se puede olvidar, hoy en día, que la psicofarmacología ha sufrido importantes transformaciones, eliminando muchos efectos secundarios y mejorando sensiblemente su eficacia. Varios grupos de trastornos se han beneficiado de forma sensible de estos avances: **los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)** presentan



una clara indicación en los trastornos afectivos y en trastornos obsesivos compulsivos. Su toxicidad es escasa y sus efectos secundarios casi imperceptibles, su dosificación y administración es fácil, cómoda y flexible. Se debe tener en cuenta la presencia de algunos efectos secundarios y colaterales que pueden presentarse y las posibles interacciones que presentan con otros posibles fármacos, pero unos y otras son escasos y suelen estar muy bien descritos y la cobertura bibliográfica comienza a ser relevante, incluso en nuestro país. Remitimos a las excelentes revisiones y actualizaciones realizadas por BALLESTEROS y CONDE (1997) y BALLESTEROS (1999), cuyo rigor y actualización son relevantes.

Los **nuevos antipsicóticos (risperidona, olanzapina y zuclopentixol)** aseguran un máximo de eficacia con una sensible disminución de los cuadros diskinéuticos (salvo el zuclopentixol), tanto precoces como tardíos, así como la posibilidad de utilizar las presentaciones depot facilitan su prescripción y aseguran el seguimiento terapéutico.

III. La transferencia y la contratransferencia: Un problema que acontece es que el profesional encargado de atender a los adolescentes pueda comprenderlos "demasiado bien". El concepto de transferencia-contratransferencia es muy pertinente para poder abordar este plus de comprensión. En determinadas circunstancias puede existir algunos contenidos, totales o parciales, que hagan que el profesional se identifique con ellos. De aquí la insistencia de la mayoría de las publicaciones, de la Sección de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia de la Unión Europea de Médicos Especialistas y de la Federación Europea de Asociaciones de Psicoterapia en recalcar la necesidad de que en la formación de los profesionales que se dedican a la infancia y la adolescencia tengan lo suficientemente elaborada su propia infancia y adolescencia.

No obstante, la adolescencia es la etapa en la que más y mejor debe aplicarse el concepto de contención que hemos expuesto en algún trabajo precedente (Fig. 12). En efecto el proceso contenedor se articula con tres aspectos: la demanda establecida, la familia como soporte del contexto social y cultural en un territorio determinado y, por fin, la supervisión al profesional que se hace cargo de la demanda. Ese tercero externo a la relación establecida entre el adolescente y su familia con el profesional que pertenece a un dispositivo asistencial determinado, representa el factor determinante para evitar las identificaciones y poder tomar una distancia crítica, que no fría.

BIBLIOGRAFIA:

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M.: La adolescencia normal. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- AGÜERO, A.: Las psicosis infantiles. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ediciones Universitarias, 1.995, tomo II, págs. 805-850.
- AGUERO, A.; CATALA, M.A.; LOPEZ, S.; HERNANDEZ, M.: Estudio comparativo entre esquizofrenias de inicio en la adolescencia y en edades posteriores. Actas del VII Congreso Nacional de Psiquiatria Infanto-Juvenil. Madrid: AEPIJ, 1994, págs. 98-106.
- AGUINAGA ROUSTAN, J. & COMAS ARNAU, D.: Infancia y Adolescencia: La mirada de los Adultos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1991.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Directrices para la práctica clínica en los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Edika Med, 1.995.
- ANZIEU, D.: El Yo-piel. Madrid: Biblioteca Nueva, 1.987.
- ARY, D.V.; DUNCAN, T.E.; DUNCAN, S.C. & HOPS, H.: Adolescent problems behavior: the influence of parents and peers. Behavior Research and Therapy, 1999, 37, 217-230.
- BALLESTEROS, M^a.C.; ALCAZAR, J.L.; PEDREIRA, J.L. & SANTOS, I de los: Práctica clínica Paidopsiquiátrica. Madrid: Smithkline-Beecham, 1998.
- BALLESTEROS, M^a.C.: La utilización de ISRS en los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. En J.L.Pedreira (Dir.): Monografías de Psiquiatria: Psiquiatria Infanto-juvenil: Terapéutica/ y II, 1999, (marzo-abril).
- BALLESTEROS, M^a.C. & PEDREIRA, J.L.: Behaviour Disorders in Adolescents: Clinical and Psychopathological Assessment. XIth Congress European Society Child Adolescent Psychiatry, Hamburg, 1999.
- BARANES, J.J. (Dir.): La question Psychotique a l'adolescence. París: Dunod, 1991.
- BAYO, C.: Los hijos de madres adolescentes. Congreso Internacional Infancia y Sociedad, Madrid, 1989.
- BECKER, D.F.; FEHON, D.C.; EDELL, W.S. & McGLASHAN, Th.H.: Conduct disorder, substance use disorders and coexisting conduct and substance use disorders in Adolescent inpatients. Am. J. Psychiatry, 1.996, 153,7 (july), 914-920.
- BERENSON, C.K.: Frequently missed diagnoses in Adolescent Psychiatry. The Psychiatric Clinics of North America, 1998, 21, 4 (december), 917-26.
- BERNSTEIN, D.P.; COHEN, P.; SKODOL, A.; BEZIRGANIAN, S. & BROOK, J.S.: Childhood antecedents of adolescent personality disorders. Am. J. Psychiatry, 1.996, 153,7 (july), 907-913.
- BIEDERMAN, J. & STEINGARD, R.: Psicofarmacología en niños y adolescentes: Un manual para el clínico. Cuaderno técnico nº 27. Washington: Organización Panamericana de la Salud-OMS, 1.992.
- BLASS, R.B. & ERLICH, H.S.: Separation individuation of parents of adolescents: A "multiple identification" perspective of the parents-child interaction. Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 1.993, 3, 4 (december), 175-184.
- BRANDT, L.; GIOVACCHINI, P.; LOBEL, L.; MASTERSON, J.; LULOW, W.; LU COSTELLO, J.; RINSLEY, D. & STONE, M.: Adolescentes borderline. Buenos aires: Nueva

Visión, 1.989.

- BELTRAN, M.; GARCIA FERRANDO, M.; LOPEZ PINTOR, R.; RODRIGUEZ CABRERO, G.; THIEBAUT, C.; TOHARIA, J.J.: Estudio sobre la familia española. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1.987.
- BERGERET, J.: Manual de psicología patológica. Barcelona: Toray-Masson, 1.975.
- BERGERET, J.: La personalidad normal y patológica. Barcelona: Gedisa, 1.980.
- BLEGER, J.: Psicología de la conducta. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- BLOS, P.: Los comienzos de la adolescencia. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.
- BOYLE, M.H.; OFFORD, D.R.; RACINE, Y.A.; SZATMARI, P.; FLEMING, J.E. & LINKS, P.S.: Predicting substance use in late adolescence: Results from the Ontario Child Health Study follow-up. Am. J. Psychiatry, 1.992, 149, 6 (june), 761-767.
- BRANDT, L. & al.: Adolescentes borderline. Buenos Aires: Nueva Visión, 1989.
- BRUSSET, B.: L'assiette et le miroir. Toulouse: Privat, 1.991.
- BURNS, B.J.: Mental Health Services Use by Adolescents in the 1970s and 1980s. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1991, 30,1 (january), 144-150.
- CAHN, R.: La Psicopatología del adolescente hoy. Confrontaciones Psiquiátricas, 1990, 24, 37-61.
- CAMP, B.W.; BURGESS, D.; MORGAN, L. & MALPIEDE, D.: Infants of adolescent mothers: Maternal characteristics and developmental status at 1 year of age. AJDC, 1984, 138, 243-246.
- CHARLES-NICOLAS, A.: Trastornos de la personalidad y toxicomanías en la adolescencia.
- COLEMAN, J.C.: Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata, 1984.
- CONDE, V.; BALLESTEROS, C.: La psicopatología y la psiquiatría infanto-juveniles desde la perspectiva de la psiquiatría del adulto. En J. Rodríguez-Sacristán (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ediciones de la Universidad de Sevilla, 1.995, tomo II, págs. 1017-1070.
- CONDE, V.; BALLESTEROS, M^a.C.; FRANCO, M.A. & GEIJO, M.S.: Evaluación crítica de la utilización de antidepresivos en la adolescencia. Act. Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1997, 25, 4, 251-70.
- CONDE, V. & BLANCO, J.A.: Esquizofrenias. Barcelona: Doyma, 1997.
- COSTELLO, E.J.; ANGOLD, A. & KEELER, G.P.: Adolescent outcomes of Childhood Disorders: The consequences of severity and impairment. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1999, 38, 2 (february), 121-8.
- CREPET, P.; FERRARI, G.; PLATT, S. & BELLINI, M. (Edts): Suicidal behaviour in Europe. London: John Libbey & CIC, 1.992.
- CRIADO, A.: Artículo de la Sección de Sociedad. El País, 1990, 26 de octubre, pág. 26.
- DELGADO, S.; ESPEC, E.; RODRIGUEZ PULIDO, F. & GONZALEZ DE RIVERA, J.L. (Coords.): Psiquiatría Legal y Forense. Madrid: COLEX, 1.994, tomo I: págs. 1499-1518; tomo II: págs. 1221-1244.
- DESCHAMPS, J.P.: Grossesse et maternité chez l'adolescente. París: Centurion, 1976.
- DESCHAMPS, J.P.: Las madres adolescentes y su hijo. En S. Lebovici, R. Diatkine & M.

- Soulé (Edits.): Tratado de Psiquiatría del niño y del Adolescente, tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1993, págs. 121-135.
- DETHIEUX, J.B.; RAYNAUD, J.P. & ABADIE, I.: Pathologies limites de l'enfant: origine traumatique ou traumatisme originaire... Psychiatrie de l'Enfant, 1998, XLI, 2, 615-42.
 - DEUTSCH, H.: Les filles mères. En: La Psychologie des femmes. París: PUF, 1973 (5ª edición), págs.289-338.
 - DIEKSTRA, R.F.W. (Edt.): Suicide in children and adolescents. Crisis, 1.989, 10, 1(Especial number).
 - DINWIDDIE, S.H.; REICH,T. & CLONINGER, C.R.: Prediction of intravenous drug use. Comprehensive Psychiatry, 1.992, 33, 3 (may/june), 173-179.
 - DOLTO, F.: La causa de los adolescentes. Barcelona: Seix- Barral, 1990.
 - ELSTER, A.B.; KETTERLINUS, R. & LAMB, M.E.: The association between adolescent parenthood and problems behavior in a national sample of adolescent women. Pediatrics, 1990, 85, 1044-1050.
 - ERIKSON, E.H.: Identidad: juventud y crisis. Madrid: Taurus, 1980.
 - FERNANDEZ, R.; PEDREIRA, J.L. & GARCIA CARBAJOSA, M.A.: La contención. Madrid: AEN, 1.990.
 - FERNANDO, J.: The Etiology of Narcissistic Personality Disorder. The Psychoanalytic Study of the Child, 1998, 53, 141-58.
 - FISCHLER, C.: El (h)omnívoro: El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama, 1995.
 - FLOREZ LOZANO, J.A.: Embarazo en la adolescencia. El Médico, 1988, 15 de enero, 36-44.
 - FOUCAULT, M.: Vigilar y castigar. México: Siglo XXI, 1978.
 - FURST, S.S.: A Psychanalytic Study of Agression. The Psychoanalytic Study of the Child, 1998, 53, 159-78.
 - GARFINKEL, P.E.; MOLDOFSKY, H. & GARNER, D.M.: The outcome of anorexia nervosa: significance of clinical features, body image and behavior modification. En R.A. Vigersky (Ed.): Anorexia nervosa. New York: Raven Press, 1.977.
 - GARFINKEL, P.E. (Ed.): Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Toronto: Saunders Press, 1.992.
 - GILLMORE, M.R. & al.: Structure of Problem behaviors in preadolescence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59, 4, 499-506.
 - GILVARRI, E.: Use of alcohol and drugs among young people: influences and responses. Current Opinion in Psychiatry, 1.996, 9, 4 (june),
 - GJAERUM, B. & HEYERDAHL, S.: Assessment of the mental state in medically ill children and adolescents. Current Opinion in Psychiatry, 1998, 11, 635-41.
 - GOMEZ-GRACIA, E. & al.: Aportaciones del método epidemiológico al estudio racional de la delincuencia juvenil. Rev. San. Hig. Púb., 1990, 64, (mayo-junio), 319-328.
 - GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: La práctica psicosomática. Madrid: Publicaciones Científicas Roche, 1.983.
 - GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia. Psiquis, 1.993, 14, 2, 61-70



- GONZALEZ, A.P.; GUTIERREZ, J.R.; PEREZ, a. & MARTINEZ, T.: Psicofármacos en niños y adolescentes. Farmacología del SNC, 1.995, 9, 3, 97-113.
- GOSSOT, M. & GRANT, M.: Prevención y control del abuso de drogas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1.990.
- GRASSI, A. & FALZONI, M.C.: Mental Health in young people. A descriptive study. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 1991, 26, 183-186.
- GRILO, C.M.; BECKER, d.f. & WALKER, M.L.: Psychiatric comorbidity in adolescent inpatients with substance use disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1.995, 34, 11, 1085-1091.
- GRILO, C.M. & McGLASHAN, T.H.: Stability and course of Personality Disorders. Current Opinion in Psychiatry, 1999, 12, 157-62.
- HAMMEN, C.; RUDOLPH, K.; WEISZ, J.; RAO, U. & BURGE, D.: The context of Depression in Clinic-referred Youth: Neglected areas in Treatment. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry, 1999, 38, 1 (january), 64-71.
- HARLOW, H.F.: The nature of love. Americ. Psychol., 1.958, 13, 673-685.
- HAWTON, K.: Suicide and attempted suicide among Children and Adolescents. London: Sage, 1.986.
- HEKIER, M. & MILLER, C.: Anorexia-bulimia: Deseo de nada. Barcelona: Paidós, 1.994.
- HENGGELER, S.W.: Delinquency in adolescence. London: Sage, 1989.
- HILBURN-COBB, C.L.: Adolescent-parent attachments and family problems-solving styles. Family Process, 1.996, 35, 1 (march), 57-82.
- HILL, P.: Adolescent Psychiatry. London: Churchill Livingstone, 1989.
- JEAMMET, Ph.: Addiction, dépendance, adolescence: Réflexions sur leurs liens conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. En J.L. Venisse (dir.): Les nouvelles additions. Paris: Masson, 1.991, págs. 10-29.
- KAPLAN, L.J.: Adolescencia. El adiós a la infancia. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- KAYTON, L.; BECK, L.; KOH, S.D.: Postpsychotic state, convascent enviroment, and therapeutic relationship in schizophrenic outcome. A. J. Psychiatry, 1976 Vol 133 (11), 1269-1274.
- KAZDIN, A.E.: Child Psychotherapy. New York: Pergamon Press, 1.988.
- KERNBERG, O.F.: Desórdenes fronterizos y narcisísticos patológicos. Barcelona: Paidós, 1.987.
- KERNBERG, O.F.: Trastornos graves de la personalidad. México: El Manual Moderno, 1.987.
- KERNBERG, O.F.; SELZER, M.A.; KOENIGSBERG, H.W.; CARR, A.C. & APPELBAUM, A.H.: Psychodynamic psychotherapy of Borderline patients. New York: Basic Books, 1.989.
- KESTEMBERG, E.; KESTEMBERG, J & DECOBERT, S.: El hambre y el cuerpo. Madrid: Espasa-Calpe, S.A., 1.976.
- KING, C.A.; GHAZIUDDIN, N.; McGOVERN, D.; CURTIN, S.; GLOD, C.A. & PAHLAVAN, K.: Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescent. J. A. Academy Child Adolescent Psychiatry, 1.996, 35, 6 (june), 743-751.
- KJELSBURG, E.; SANDVIK, L. & DAHL, A.A.: A long-term follow-up study of adolescent

- psychiatric in-patients. Part I. Predictors of early death. Acta Psychiat. Scand., 1999, 99, 231-6.
- KJELSBURG, E. & DAHL, A.A.: A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients. Part II. Predictors of delinquency. Acta Psychiat. Scand., 1999, 99, 237-42.
 - KJELSBURG, E.: A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients. Part III. Predictors of disability. Acta Psychiat. Scand., 1999, 99, 243-6.
 - KJELSBURG, E.: A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients. Part IV. Predictors of a non-negative outcome. Acta Psychiat. Scand., 1999, 99, 247-51.
 - KOHUT, H.: La restauración del sí-mismo. Barcelona: Paidós, 1.990.
 - KRAMER, T. & GARRALDA, M^a.E.: Psychiatric disorders in adolescents in primary care. British J. Psychiatry, 1998, 173, 508-13.
 - KYMISSIS, P.: Training in Adolescent Group Psychotherapy. Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 1.991, 1, 4 (december), 237-242.
 - LADAME, F.: L'adolescence, entre rêve et action. Rev. Franç. Psychanal., 1991, 6, 1493-1542.
 - LADAME, F. & JEAMMET, Ph.: La Psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui. Paris: PUF, 1986.
 - LAHALLE, H.: Psicología de los adolescentes. Barcelona: Crítica, 1986.
 - LANG, J.L.: Introducción a la psicopatología infantil. Madrid: Paraninfo, 1.985.
 - LASA, A.: Ideas actuales sobre la psicosis infantil. Bilbao: Diputación Foral de Bizcaia, 1.989.
 - LAVIGNE, J.V. & cols.: Mental Health Service Use among Young Children receiving Pediatric Primary Care. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37, 11 (november), 1175-83.
 - LEADER, E.: Why Adolescent Group Therapy? Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 1.991, 1, 2, 81-94.
 - LEVINE, L.; GARCIA-COLL, C.T. & OH, W.: Determinantes del establecimiento del vínculo materno-filial en madres adolescentes. Pediatrics (ed. española), 1985, 19,1, 82-84.
 - LEWINSOHN, P.M.; ROHDE, P.; KLEIN, D.N. & SEELEY, J.R.: Natural course of Adolescent Major Depressive Disorder: I. Continuity into young adulthood. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1999, 38, 1 (january), 56-63.
 - LITVAK, J.J.: School based Group Psychotherapy with Adolescents: Establishing an effective Group Program. Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 1.991, 1, 3, 167-176.
 - LOPEZ-IBOR, J.J. (Dir.): CIE-10. Madrid: Servicio Publicaciones smthKline Beecham, 1.992.
 - LOPEZ, A.; SERRANO, I. & ALAEZ, M.: Atención específica a adolescentes en anticoncepción. Clín. Invest. Gin. Obst., 1989, 16, 5, 202-206.
 - MALDAVSKY, D.: Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones. Buenos Aires: Amorrortu, 1.988.
 - MALDAVSKY, D.: Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Buenos Aires: Amorrortu, 1.992.
 - MALEKOFF, A.: Group work with Children and Adolescents. Journal of Child and



Adolescent Group Therapy, 1.993, 3, 4 (december), 173-174.

- MANZANO, J.; PALACIO-ESPASA, F.: Étude sur la psychose infantile. París: SIMEP, 1.983.
- MARCELLI, D.: Dépression de l'adolescent. Perspectives Psy., 1998, 37, 4 (septembre-octobre), 241-8.
- MARDOMINGO, M^a.J.: Psiquiatria del niño y del adolescente. Madrid: Diaz de Santos, 1994, págs. 499-520.
- MARTIN, C.: Jóvenes: La educación sexual. Noticias Médicas, 1988, 9 de febrero, págs. 22-26.
- MAZAEVA, N.A.: Clinical features of the initial manifestations of slowly-progressing schizophrenia. Zh. Nevropatol. Psikhiatr., 1981, Vol 81 (5), 709-714.
- McANARNEY, E.R.: Identifying Social and Psychological antecedents of Adolescent Pregnancy. Nuw York: W.T. Grant Foundation, 1984.
- McANARNEY, E.R.: Antes mejor que después. Pediatrics, (ed. española), 1990, 29, 6, 291-292.
- McGEE, R. & WILLIAMS, S.: Social competence in Adolescence: Preliminary findings from a longitudinal study of New Zealand 15-year-olds. Psychiatry, 1991, 54 (August), 281-291.
- MALE, P.: La crisis juvenil. Madrid: Tecnipublicaciones, S.A., 1986.
- MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. & AJURIAGUERRA, J.: Psicopatología del adolescente. Barcelona: Masson, 1986.
- MENDOZA, R. & VEGA, A.: El papel del educador ante el problema de las drogas. Madrid: Pablo del Río Editor, 1.980.
- MENENDEZ, F. & PEDREIRA, J.L.: Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1999, XIX, 69, 7-22.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Interrupción voluntaria de embarazo. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio Sanidad y Consumo, 1993.
- MISES, R.: Cinq études de psychopathologie de l'enfant. Toulouse: Privat, 1.987.
- MISES, R.: Les pathologies limites de l'enfance. París: PUF, 1.990.
- MOLINA FONT, J.A. & BAYES GARCIA, R.: Atención pediátrica a la madre adolescente y su hijo. An. Esp. Pediatr., 1988, Supl. septiembre, 136-142.
- NISSEN, G.: Problemas de la juventud. Psicopatología, 1990, 10, 4, 170-173.
- OLMOS DE PAZ, T.: Teoría psicoanalítica de la adolescencia.
- ORBACH, I.: Familial and intrapsychic splits in suicidal adolescents. American Journal of Psychotherapy, 1.989, XLIII, 3(july), 356-367.
- PAVLOVSKY, E.: Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes. Madrid: Fundamentos, 1.981.
- PEDREIRA, J.L.: Algunas reflexiones acerca de las clasificaciones nosológicas de los menores inadaptados socialmente. Menores, 1989, 16 (julio-agosto), 7-26.
- PEDREIRA, J.L.: La evolución de los cuadros de autismo y psicosis infantiles. An. Psiquiatria, 1.992, 8, 6, 229-236.
- PEDREIRA, J.L.: La maternidad en la adolescencia. En J. Rodríguez-Sacristán (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1.995, tomo II, págs. 1247-1268.

- PEDREIRA, J.L.: El peritaje de los niños/ niñas en casos de separación y/o divorcio parental. En S. Delgado (Dir.): Psiquiatría Legal y forense. Madrid: Colex, 1.994, tomo I, págs.403-440.
- PEDREIRA, J.L.: Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria de Salud. Madrid: Aran Editores, S.A., 1.995.
- PEDREIRA, J.L.: Embarazo en la adolescencia: dimensión psico-socio-sanitaria. Rev. Psiquiatría Infanto-juvenil, 1.995, 4 (octubre-diciembre), 262-279.
- PEDREIRA, J.L.: Trastornos de la conducta alimentaria: Visión desde la psicopatología del desarrollo. Barcelona: Olalla, 1999.
- PEDREIRA, J.L. & SARDINERO, E.: Indicadores de salud y marginación infanto-juvenil. Psicopatología, 1.984, 4, 2, 119-126.
- PEDREIRA MASSA, J.L. & MARTIN-ALVAREZ, L.: Munchausen syndrome: clinical management and case management. 4th European Conference on Child Abuse and Neglect. Padua, 1.993.
- PEDREIRA, J.L. & KREISLER, L.: La psicopatología infantil. En J. Rodríguez-Sacristán, (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ediciones Universitarias de Sevilla, 1.995, tomos II, págs. 1103-48.
- PFEFFER, C.: The suicidal child. London: The Guilford Press, 1986.
- PHARES, V. & COMPAS, B.E.: Adolescents' Subjective Distress over their emotional/behavioral problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1990, 58, 5, 596-603.
- RADO, S.: Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- RODRIGUEZ-RAMOS, P. & SORDO, L.: ¿Qué sabemos de los ISRS para su uso racional en psiquiatría infanto-juvenil? Rev. Psqtr. Infanto-juvenil, 1.994, 2/94 (abril-junio), 125-137.
- RODRIGUEZ, P.; DIOS, J.L. de; SAN SEBASTIAN, J.; SORDO, L. & MARDOMINGO, M^a.J.: Estudio preliminar de paroxetina en adolescentes con trastornos depresivos. Psiquis, 1.995, 16, 1, 31-40.
- RODRIGUEZ-SACRISTAN, J.: Los síndromes ansioso-depresivos en la infancia y la adolescencia. XVII Congreso de la Asociación Española de Pediatría, Sevilla, 1.992.
- RODRIGUEZ-SACRISTAN, J.: Los síndromes de transición en la adolescencia. Conferencia Extraordinaria. VII Congreso de Psiquiatría Infanto-juvenil. Madrid, 1.994.
- RODRIGUEZ-SACRISTAN, J. (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ediciones Universitarias de Sevilla, 1.995, tomos I y II.
- RODRIGUEZ-SACRISTAN, J.; PEDREIRA, J.L.; MENENDEZ, F. & TSIANTIS, J.: La Salud Mental en la infancia. En Rodríguez-Sacristán, J. (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ediciones Universitarias de Sevilla, 1.995, tomos II, págs. 1349-1398.
- RODRIGUEZ-SACRISTAN, J.: Los síndromes de transición en la adolescencia. En J.L. Pedreira (Dir.): Monografías de Psiquiatría. Psiquiatría Infanto-juvenil: Psicopatología/I, 1.999, (enero-febrero).
- RUIZ RUIZ, M. & NUÑEZ DE CASTRO, C.: Actitudes de los adolescentes hacia la enfermedad mental. Folia Neuropsiquiátrica, 1991, 26, 221-232.
- SALOKANGAS, R.K; STENGARD, E.: Gender and short-term outcome in schizophrenia. Schizophr. Res., 1990 Vol 3 (5-6), 333-345.



- SAMI-ALI: Cuerpo real, cuerpo imaginario. Buenos Aires: Pidos, 1.979.
- SAMI-ALI: Le visuel et le tactile. Essai sur la psychose et l'allergie. París: Dunod, 1.984.
- SAN SEBASTIAN, J. & MONTES, J.M.: Tratamiento psicofarmacológico de las psicosis en la infancia y la adolescencia. Rev. Psiquiatr. Infanto-juvenil, 1.996, 1/96 (enero-marzo), 1-5.
- SANTONASTASO, P.; ZANETTI, T.; FERRARA, S.; OLIVOTTO, M.C. MAGNAVITA, N. & FAVARO, A.: A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: A Longitudinal Study. Psychotherapy and Psychosomatics, 1999, 68, 46-50.
- SAUCIER, J.F.; HOUDE, L.: Prévention psychosociale pour l'enfance et l'adolescence. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal, 1.990.
- SCOTT, C.L.: Juvenile Violence. The Psychiatric Clinics of North America. 22, 1 (march), 71-83.
- SILBERG, J. & cols.: The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. Arch. Gen. Psychiatry, 1999, 56, 225-32.
- SILVA, R.R.; MUÑOZ, D.M.; ALPERT, M.; PERLMUTTER, I.R. & DIAZ, J.: Neuroleptic Malignant Syndrome in Children and Adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1999, 38, 2 (february), 187-94.
- SILVERSTEIN, B.: Gender difference in the prevalence of Clinical Depression: The role played by depression associated with somatic symptoms. Am. J. Psychiatry, 1999, 156, 3, 480-2.
- STEINBERG, D.: Basic Adolescent Psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987.
- TEERIKANGAS, O.M.; ARONEN, E.T.; MARTIN, R.P. & HUTTUNEN, M.O.: Effects of infant temperament and early intervention on the psychiatric symptoms of Adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37, 10 (october), 1070-6.
- TOMAS I VILALTELLA, J.: Los trastornos afectivos en la adolescencia. XVIII Congreso de la Asociación Española de Pediatría, Alicante, 1.995.
- TORO, J.: Psicofarmacología de la infancia y la adolescencia. En González Monclús (Coord.): Psicofarmacología aplicada. Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona, 1.993, págs. 301-315.
- TORO, J. & VILARDELL, E.: Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca, 1.987.
- TROTT, E.: La psicofarmacología infantil. En Sacristán, J. (Edt.): Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Ediciones Universitarias de Sevilla, 1.995, tomo II, págs. 1.403-1.436.
- VEGA, A. (Coord.): Delincuencia y drogas. Barcelona: ICE, 1.982.
- VENISSE, J.L. (dir.): Les nouvelles additions. París: Masson, 1.991.
- VILLANI, S. & SHARFSTEIN, S.S.: Evaluating and treating violent Adolescents in the Managed Care Era. Am. J. Psychiatry, 1999, 156, 3, 458-64.
- VV.AA.: Psicosociología del adolescente vasco. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1986.
- WARREN, S.L.; HUSTON, L.; EGELAND, B. & SROUFE, L.A.: Child and Adolescent Anxiety Disorders and early attachment. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997, 36, 5 (may), 637-44.
- WEISZ, J.R.; WEISS, B.: Effects of psychotherapy with children and adolescents. London:



Sage, 1.993.

- WERRY, J.S.: Child and adolescent (early onset) schizophrenia:a review in light DSM-III-R. J. Autism. Dev. Disord, 1992 Vol 22 (4), 601-624.

- WESTEN, D. & ARKOWITZ-WESTEN, L.: Limitations of Axis II in diagnosing Personality pathology in Clinical Practice. Am. J. Psychiatry, 1998, 155, 12, 1767-74.

- WOOLSTON, J.L.: Eating and growth disorders in infants and children. London: Sage, 1.991.

- ZANARINI, M.C. & cols.: Axis I comorbidity of Borderline Personality Disorder. Am. J. Psychiatry, 1998, 155, 12, 1733-9.

Tabla I

LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LAS CLASIFICACIONES ACTUALES MÁS UTILIZADAS

CLASIFICACION	CATEGORIAS INCLUIDAS	CARACTERISTICAS
CIE-10	<p>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (F90-98): *TRS.HIPERQUINETICOS (F90.1) *TRS.DISOCIALES (F91) *TRS. DISOCIALES Y DE EMOCIONES MIXTOS (F92) *TRS.COMPORTAMIENTO SOCIAL (F94.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Forma persistente y reiterada comportamiento disocial, agresivo o retador. * Tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño/a * Actos disociales aislados no deben ser considerados. * Suelen asociarse con ambientes psicosociales desfavorables. * Más frecuentes en chicos que chicas. * Criterios excluyentes: otros trs.psiquiátricos subyacentes. * Duración mínima 6 meses. * Formas clínicas: <ul style="list-style-type: none"> **Trs agresivo solitario **Fugas escolares **Delincuencia en grupo **Síndrome institucional **Psicopatía por carencia afectiva
DSM-IV	<p>TRASTORNOS DE CONDUCTA PERTURBADORA: *TRS DEFICIT ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (314.9) *TRS.COMPORTAMIENTO PERTURBADOR NO ESPECIFICADO (312.9) *TRS.NEGATIVISTA DESAFIANTE (313.81)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Contempla poco la perspectiva del desarrollo * Es una clasificación multiaxial * Se basa en criterios estadísticos para establecer las categorías * Contiene criterios de inclusión y exclusión * Domina lo descriptivo * Considera poco los

CLASIFICACION	CATEGORIAS INCLUIDAS	CARACTERISTICAS
	*TRS. ADAPTATIVO CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO (309.3)	factores asociados de tipo psicosocial

Fig. 1

RELACIONES CIRCULARES EN LA ADOLESCENCIA

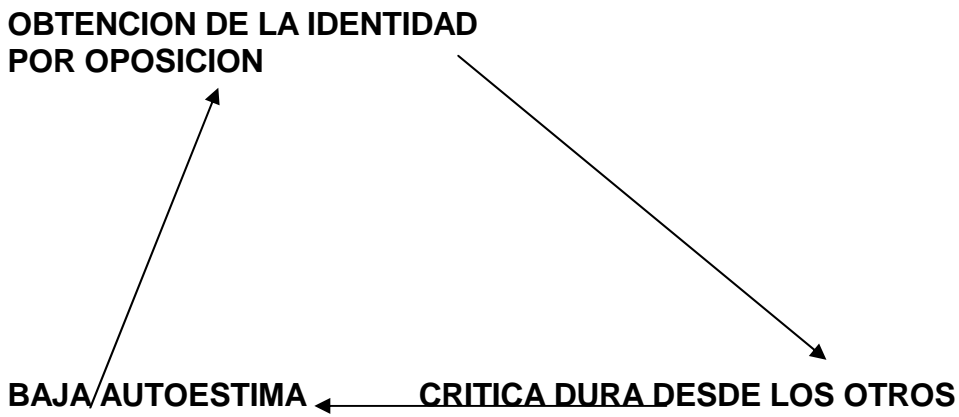


Tabla II

CAUSAS ADUCIDAS POR LOS ADOLESCENTES PARA JUSTIFICAR SU BAJA UTILIZACION DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

CHICOS ADOLESCENTES	CHICAS ADOLESCENTES
<ul style="list-style-type: none">* Desconocer la dirección* No tener tiempo* Más problemas prácticos	<ul style="list-style-type: none">* Les da "corte"* Temor a que se enteren los padres* Preocupadas por temas personales

Fuente: PLAN PILOTO BARCELONA, ASTURIAS, SEVILLA, VALLADOLID y MADRID

Tabla III

ACTITUDES ANTE EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE DIVERSOS COLECTIVOS CON IMPLICACION EMOCIONAL CON LA ADOLESCENTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

ACTITUD	MADRE ADOLESCENTE (%)	PAREJA ADOLESCENTE (%)	FAMILIA ADOLESCENTE (%)	AMISTADES ADOLESCENTE (%)
ACEPTACION	41(*)	14	20	86
RECHAZO ACTIVO	22	23	7	4
RECHAZO	37	63	73	10
COLABORACION		75	75	14
ABANDONO	23(**)	7(***)	5(****)	

Fuente: C. COLOMER (1987)

(*) 59% no deseaba el embarazo

(**) Se refiere al abandono de la actividad habitual

(***) Abandono de la relación de pareja

(****) "Forzar" al abandono del núcleo familiar

Tabla IV

DIFICULTADES Y MEDIDAS FAVORECEDORAS PARA EL ACCESO DE ADOLESCENTES A LOS CENTROS DE ORIENTACION FAMILIAR

DIFICULTADES PARA ACCEDER AL COF EN ADOLESCENTES	MEDIDAS FAVORECEDORAS PARA EL ACCESO AL COF DE ADOLESCENTES
<ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento * Consideran que están organizados para matrimonios con hijos * La espera en las citaciones * Ausencia de anonimato * Falta de experiencia en la atención a adolescentes por parte de los profesionales * Poco contacto con otros centros específicos de adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> * Espacio específico con un día solo dedicado a la atención exclusiva de adolescentes * Confidencialidad de las consultas * Formación de profesionales en trato sanitario con adolescentes * Incremento contactos con centros de adolescentes

Fuente: PLAN PILOTO BARCELONA, ASTURIAS, SEVILLA, VALLADOLID y MADRID

Tabla V

DESTINO PROBABLE DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN ASTURIAS

DESTINO DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES	% DE LOS EMBARAZOS DETECTADOS
MATRIMONIO FORZADO	50
ABORTO VOLUNTARIO	30 (*)
MATERNIDAD SOLTERA	10 (**)
MATRIMONIO PRECOZ	10

Fuente: I. SANCHEZ (1987)

(*) Representan el 11,4 % de todas las IVE

(**) Representan el 25% de todas las madres solteras

Tabla VI

RECORRIDO HACIA LA CONDUCTA SUICIDA

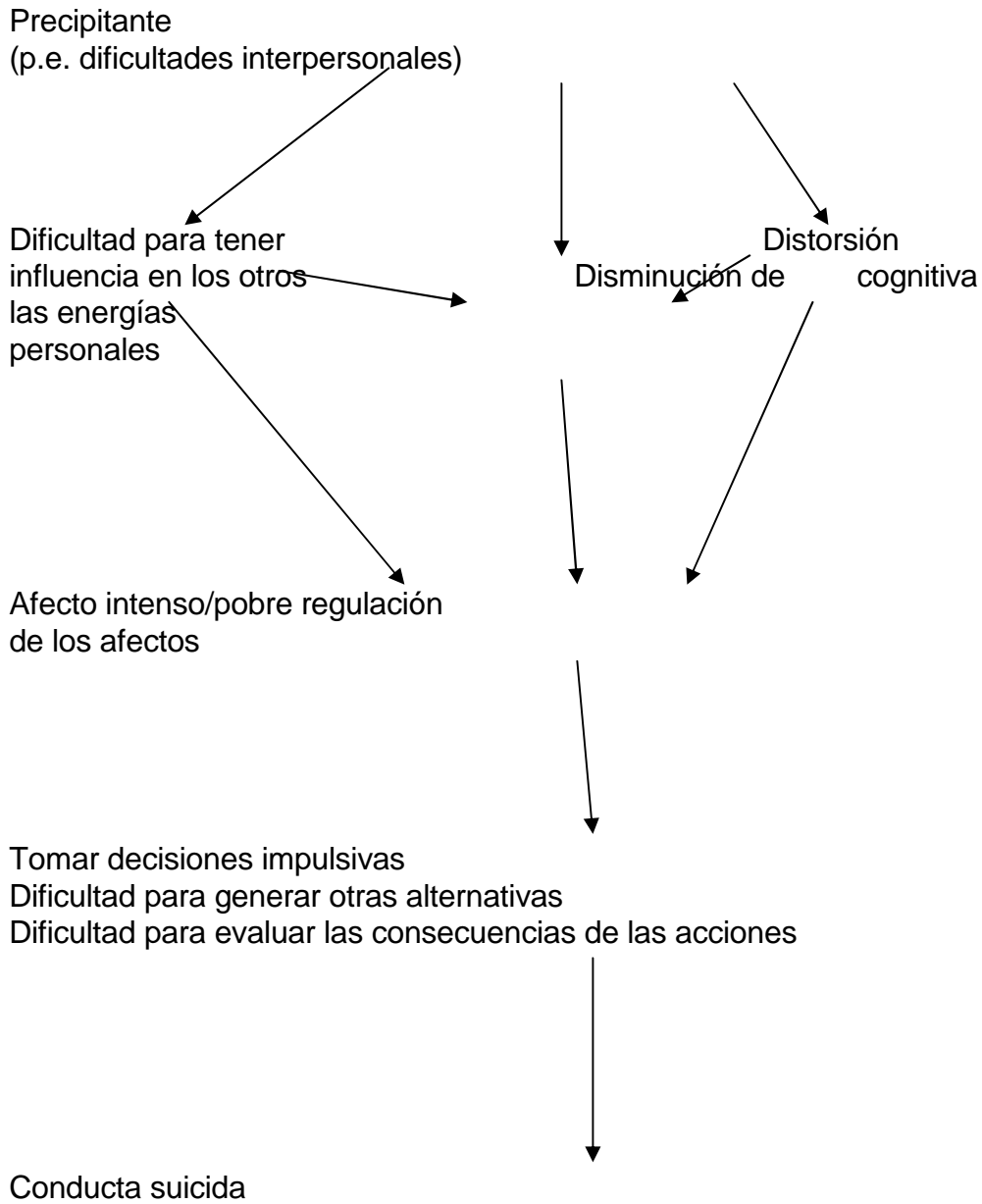


Tabla VII

COMPLEJIDAD EN LA INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DEL SUICIDIO

CAUSAS	EJEMPLOS
PREDISPOSICION FISIOLÓGICA	Trastornos biológicos o genéticos, temperamento hiperemotivo o hiperinhibido, enfermedades crónicas, etc.
CONTEXTO CULTURAL	Normas sociales, tradiciones que animan o restringen la conducta suicida.
CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO	Deprivación económica, desempleo, ruptura de las infraestructuras sociales.
ENTORNO INTERPERSONAL INMEDIATO.	Estrés urbano, competitividad. Fracaso escolar y/o adaptativo.
CARACTERÍSTICAS PERSONALES.	Trastornos de la personalidad, afección psiquiátrica (20-25% trastornos depresivos; 20-25% conductas agresivas, y en 1/3 esperaban cita en consulta especializada), constricción cognitiva, conducta(s) adictiva(s). Según Shaffer: irritables e hipersensibles a la crítica; impulsivos y volubles; pasivos y poco comunicativos; marcado perfeccionismo.
USO/ABUSO DE DESINHIBIDORES.	Alcohol, drogas, frecuencia de modelos suicidas.
PRESENCIA DE CONDUCTAS MARGINALES.	Drogas, prostitución, armas de fuego, peleas y reyertas frecuentes, etc.
PRESENCIA O AUSENCIA DE	

SALVADORES.	Esposa, hijos, padres, otros soportes sociales.
-------------	--

Tabla VIII
FRECUENCIA DE LOS PRECIPITANTES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES

FACTOR	INFORME PADRES		OTROS INFORMANTES	
	SUICIDIO CONSUMADO (n=27)	INGRESO SUICIDA (n=56)	SUICIDIO CONSUMADO (n=27)	INGRESO SUICIDA (n=56)
CONFLICTOS INTERPERSONALES	70.4	76	70.4	76
Padres	22.2	56	22.2	56
Padrastrós	0	4	0	4
Hermanos	0	4	0	4
Otro Familiar	0	2	0	2
Pares	11.1	28	11.1	28
Novio/a	25.9	36	25.9	36
Otros	0	8	0	8
DIFICULTADES INTERPERSONALES	18.5	32	18.5	32
Padres	0	4	0	4
Hermanos	0	8	0	8
Otro familiar	3.7	2	3.7	2
Pares	11.1	4	11.1	4
Novio/a	3.7	6	3.7	6
Otros	0	6	0	6
ENTRESORES EXTERNOS	70.4	88	70.4	88
Dificultades con la Ley	22.2	14	22.2	14
Problemas disciplinarios	0	16	0	16
Problemas escolares	37	60	37	60
Problemas económicos	22.2	26	22.2	26
Desempleo	3.7	0	3.7	0
Cambio de status laboral	14.8	0	14.8	0
	0	12	0	12

Maltrato/abandono	11.1	12	11.1	12
Problemas parentales	11.1	14	11.1	14
Enfermedades de los padres	7.4	10	7.4	10
Enfermedades mentales de los padres	7.4	8	7.4	8
Otros				

Tabla IX

FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ENTRE VICTIMAS DE SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA-CRITERIOS DSM-III-R

DIAGNOSTICO	INFORME DE LOS PADRES		ESTIMACION CLINICA	
	SUICIDIO CONSUMADO (n=27)	INGRESADO O SUICIDA (n=56)	SUICIDIO CONSUMADO (n=27)	INGRESADO O SUICIDA (n=56)
<u>TRASTORNO AFECTIVO</u>	63	67.9	63	82.1
Depresión mayor	40.7	62.5	40.7	75(*)
Con síntomas psicóticos	11.1	12.5	11.1	12.5
Distimia	22.2	14.3	22.2	19.6
Con Clínica maniaca	3.7	1.8	3.7	1.8
Con Clínica hipomaniaca	3.7	0	3.7	1.8
	3.7	3.6	3.7	5.4
	0	1.8	0	1.8
<u>TRASTOR.DE ANSIEDAD</u>	14.8	3.6	14.8	3.6
Fobia simple	0	5.3	0	5.3
Fobia social	3.7	5.3	3.7	5.3
Ansiedad difusa	37	12.5(*)	40.7	17.9(*)
Trastornos de pánico				
Ansiedad de separación	33.3	12.5	37	16.1
	25.9	10.7	29.6	14.3
<u>CONDUCTA ADICTIVAS</u>	22.2	26.8	22.2	30.4
Alcohol				
Otras drogas				
	25.9	8.9	25.9	8.9
<u>TRASTOR.CONDUCTA</u>				
<u>TRASTORNOS POR</u>	92.6	91.1	92.6	100

<u>DEFICIT ATENCION</u>				
<u>PRESENCIA DE</u> <u>ALGUN</u> <u>TRASTOR.PSIQUIATR.</u>				

Tabla X

COMPARACION ENTRE LAS LINEAS ESTRUCTURALES DE LA PERSONALIDAD

	ESTRUCTURAS NEUROTICAS	ESTRUCTURAS PSICOTICAS	ORGANIZACIONES LIMITES
INSTANCIA DOMINANTE EN LA ORGANIZACIÓN	Super-yo	Ello	Ideal del Yo
NATURALEZA CONFLICTO	Super-yo con el Ello	Ello con la realidad	Ideal del Yo con - Ello - Realidad
NATURALEZA ANGUSTIA	Castración	Parcelación	Pérdida de objeto
DEFENSAS PRINCIPALES	Represión	Negación Escisión Forclusión	Clivaje de objetos Forclusión
RELACION OBJETO	Genital	Fusional	Anaclítico

Fuente: J. Bergeret (1.980)

Tabla XI

CUADRO DE DECISION PARA EL DIAGNOSTICO DE SINDROME DE MUNCHAUSEN

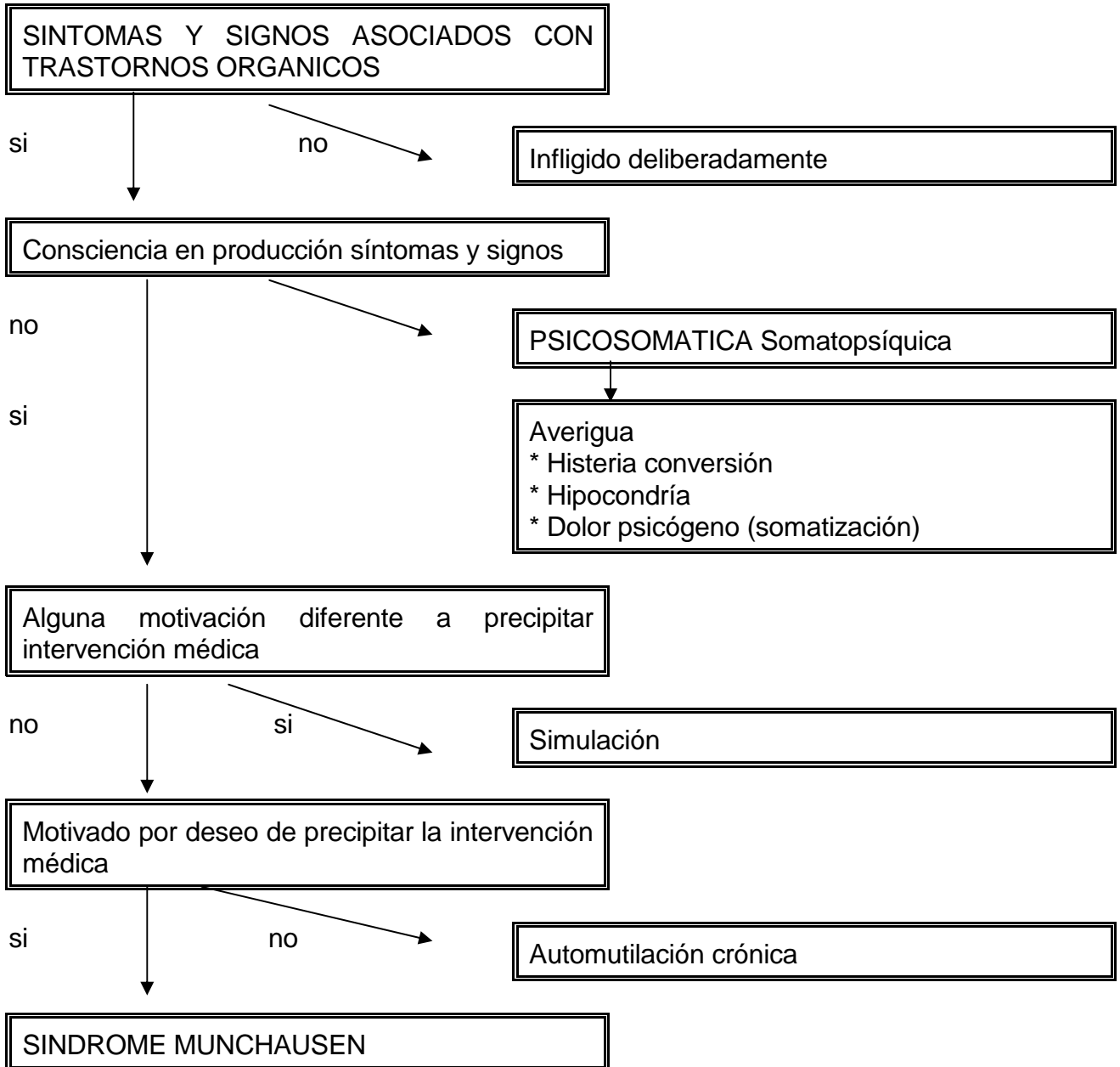


Tabla XII

FACTORES DE RIESGO

I.- CULTURALES:

- 1.1- Idealización de la silueta corporal estilizada.
- 1.2- Presiones para obtener una figura estilizada para agradar a los demás.

II.- FAMILIARES:

- 2.1- Idealización de las actitudes culturales.
- 2.2- Historia familiar de trastornos alimenticios.
- 2.3- Historia familiar de trastornos afectivos o alcoholismo.
- 2.4- Relaciones familiares que dificultan la autonomía en la adolescencia.

III.-INDIVIDUALES:

- 3.1- Dificultades para lograr un funcionamiento autónomo.
- 3.2- Alteraciones en los mecanismos de autopercepción.
- 3.3- Fallos en la organización de la personalidad.
- 3.4- Obesidad.
- 3.5- Funcionamiento mental operatorio.
- 3.6- Afecciones crónicas infantiles.

Tabla XIII

FACTORES INDIVIDUALES QUE PERPETUAN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

- 1.- Efectos del hambre en los pensamientos, interacciones y en la conducta.
- 2.- Uso de la bulimia y de los vómitos como moduladores afectivos.
- 3.- Efecto de refuerzo por el hecho de la pérdida de peso.
- 4.- Pérdida de relaciones sociales y de amistades paulatinamente.
- 5.- Pérdida de interés en las obligaciones escolares.
- 6.- Cambios en las relaciones familiares y/o constitución familiar.
- 7.- Clínica activa de depresión.
- 8.- Obtención de beneficios secundarios: poder sobre los otros, obtención de cuidados especiales por ser considerada una personas enferma, etc.
- 9.- Dificultad y/o ausencia de capacidad para resolver los factores predisponentes.

Tabla XIV

COMPLICACIONES BIOLÓGICAS EN LA ANOREXIA NERVIOSA

CONTENIDOS CLINICOS	FRECUENCIA	CAUSA	TRATAMIENTO
CARDIOVASCULARES			
Bradicardia	Común	Inanición	Restauración del peso
Hipotensión	Común	Inanición	Restauración del peso
Arritmias	Poco frecuente	Usualmente causado por ejercicio físico con inanición: también puede deberse a la hipokaliemia	Restauración del peso y/o aporte de Potasio
Cardiomiopatía	Raro	Toxicidad por los tricíclicos	Supresión de tricíclicos
S.N.C.			
Alteraciones inespecíficas en EEG	Común	Inanición	Restauración de peso
Atrofia cortical reversible	Poco común	Inanición	Restauración de peso
ALTERACIONES RENALES/ ELECTROLITICAS			
Hipokaliemia	Común	Disminución de K por varias razones (vómitos, diarrea, diuréticos) Restringir sal y potomanía.	Prevenir pérdidas: aportar suplementos si se necesita Adecuar el balance hidroelectrolítico
Incremento de Nitrógeno uréico	Poco común	Deshidratación	Rehidratación

Alcalosis metabólica hipoclorémica	Común	Purgantes	Prevenir el uso de purgantes
Edemas	Común	No bien explicado	No usar diuréticos; regulación de la ingesta de sal

CONTENIDOS CLINICOS APARATO DIGESTIVO	FRECUENCIA	CAUSA	TRATAMIENTO
Parotitis	Común	Trauma mecánico; inanición	Tratar de para los vómitos
Precoz sensación de saciedad	Común	Dificultad en el vaciado gástrico	Domperidona, 20mgr./8 horas
Dilatación gástrica	Raro	Realimentación rápida	Control de la realimentación; realimentación parenteral
Estreñimiento	Común	Inanición; abuso de laxantes	Uso de dieta apropiada (vegetales, frutas, fibra, etc.) prohibir laxantes
Caries dental	Común	Naturaleza ácida de los vómitos	Consulta con odontología
Hiperamilasemia	Común en bulimia	Hipersecreción salivar y pancreática	Prevenir uso purgantes
Rotura gástrica	Rara	Sobrecarga brusca	Quirúrgica
Síndrome de la arteria mesentérica superior	Raro	Pérdida de peso	Restauración de peso

ALTERACIONES

MUSCULOESQUELÉTICAS

Miopatía	Poco común	Inanición; hipokaliemia; miotoxicidad de los eméticos	Restauración de peso; impedir el abuso de vomitivos
----------	------------	---	---

Osteoporosis y fracturas patológicas	Raras	Inanición	Restauración del peso
--------------------------------------	-------	-----------	-----------------------

ALTERACIONES NEUROENDOCRINAS

Descenso de cifras séricas de triyodotironina	Común	Inanición	Restauración del peso
---	-------	-----------	-----------------------

Hipercortisonismo	Común	Inanición	Restauración del peso
-------------------	-------	-----------	-----------------------

Amenorrea primaria o secundaria	Infrecuente	Pérdida de peso; estrés emocional	Restaurar el peso hasta el 90%
---------------------------------	-------------	-----------------------------------	--------------------------------

Hipotermia	Infrecuente	Pérdida de peso	Restaurar el peso
------------	-------------	-----------------	-------------------

Escape de cortisol en la prueba de supresión de la dexametasona	Común	Desconocida	Restauración del peso
---	-------	-------------	-----------------------

Hormona folículo-estimulante y luteínica prepuberal	Común	Inanición	Restauración del peso
---	-------	-----------	-----------------------

CONTENIDOS CLINICOS	FRECUENCIA	CAUSA	TRATAMIENTO
---------------------	------------	-------	-------------

ALTERACIONES HEMATOLOGICAS

Anemia	Infrecuente	Hipoplasia medular por inanición	Restauración del peso; puede ser necesario aporte
--------	-------------	----------------------------------	---

Trombocitopenia	Rara	Inanición	de Fe Restauración del peso
Hipercolesterolemia	Común	Desconocida	Dieta equilibrada
Hipercarotenemia	Infrecuente	Ingestión de alimentos ricos en carotenos	Dieta equilibrada
ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS			
Sequedad y fragilidad de la piel	Común	Deshidratación; disminución grasa subcutánea	Restauración del peso
Aparición de lanugo	Común	Desconocida	Restauración del peso
Callosidades en dorso de manos	Común	Fricción contra los dientes para provocar vómitos	Parar los vómitos

Tabla XV

SIGNOS CLINICOS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN DIFERENTES CUADROS PSICOPATOLOGICOS

SIGNO CLINICO	ANOREXIA NERVIOSA	TRASTORNOS CONVERSIVOS	PSICOSIS	DEPRESION
Tendencia excesiva por la delgadez	Marcada	No presente	No presente	No presente
Inanición autoimpuesta	Marcada (miedo al cambio corporal)	No presente	Marcada (por disociación)	No presente
Alteraciones en la imagen corporal	Presente (miedo al cambio corporal y deficiente placer corporal)	No presente	No presente	No presente
Apetito	Mantenido (miedo de pasar a ser impulsivo)	Variable	Mantenido	Similar a anorexia
Sensación de estar saciado/a	Usualmente la sensación se obtiene precozmente, vómitos	Variable	Variable	Variable
Rechazo alimentos	Presente (sobre todo H de C, cree altos en calorías)	No presente	Presente	Bajo interés por todo tipo de alimentos
Bulimia	Presente 30-	A veces	Raro	Raro

	50%			
Vómitos	Presentes (Prevenir ganancias de peso)	Presente (expresa algún valor simbólico)	Raro (previene efectos corporales indeseables)	No presente
Abuso laxantes	Presente (prevenir ganancias de peso)	Infrecuente (expresa algún valor simbólico)	No presente	No presente
Nivel actividad	Incrementado	Sin cambios o reducido	Sin cambios	Reducido
Amenorrea	Presente	Presente	Presente	Presente