

PAC[®]

PSIQUIATRÍA-4

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA EN PSIQUIATRÍA

LIBRO 8

Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad

Dr. Jesús del Bosque Garza
Mtra. Citlali Suárez Meaney
Dr. Eduardo Arroyo García
Dr. Félix H. Higuera Romero
Dr. Héctor Rodríguez Juárez



Asociación Psiquiátrica
Mexicana A.C.

www.apmenlinea.org.mx

AVALADO POR



Asociación Psiquiátrica
Mexicana A.C.

COMITÉ EJECUTIVO
2002 - 2003

Dr. Marco Antonio López Butrón
Presidente

Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor
Presidente Electo

Dr. Eduardo Núñez Bernal
Secretario General

Dr. Omar Kawas Valle
Tesorero

VICEPRESIDENTES REGIONALES

Dr. Aarón Gamez Robles
Norte

Dr. Jaime Orozco Ibarra
Centro

Dr. Jesús Orueta Alvarez
Sur

Dr. Aldo A. Suárez Mendoza
Coordinador Editorial

PAC[®] PSIQUIATRÍA-4

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA EN PSIQUIATRÍA

LIBRO 8

Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad

AUTORES

Dr. Jesús del Bosque Garza
Mtra. Citlali Suárez Meaney
Dr. Eduardo Arroyo García
Dr. Félix H. Higuera Romero
Dr. Héctor Rodríguez Juárez

ESTE ES UN SERVICIO EDUCATIVO
APOYADO POR



Autores

Dr. Jesús del Bosque Garza

Médico Psiquiatra, Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
Profesor y miembro del Comité Académico de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM
Vicepresidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil
Presidente electo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana
Coordinador Nacional de Salud Mental Infantil

Mtra. Citlali Suárez Meaney

Maestra en Psicología Clínica, Psicoanalista, Psicóloga Clínica
Adscrita a la Coordinación Nacional de Salud Mental Infantil

Dr. Eduardo Arroyo García

Médico Psiquiatra
Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
Adscrito a la Coordinación Nacional de Salud Mental Infantil

Dr. Félix H. Higuera Romero

Médico Psiquiatra
Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
Director del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Dr. Héctor Rodríguez Juárez

Médico Psiquiatra
Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica
Profesor invitado de la Facultad de Medicina de la UNAM
Secretario técnico de la Dirección General de Salud Mental

Una edición de:

Intersistemas, S.A. de C.V.

Aguilar y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel.: (5255) 55202073
Fax: (5255) 55403764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx
www.medikatalogo.com



PAC® PSQUIATRÍA-4
Primera Edición 2003

Copyright © 2004 Intersistemas, S.A. de C.V.
Todos los derechos reservados. Este libro está protegido por los derechos de autor. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en algún sistema de recuperación, o transmitida de ninguna forma o por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, sin autorización previa del editor.

PAC® Es una marca registrada de Intersistemas S. A. de C. V.

ISBN 970-655-597-8 Edición completa
ISBN 970-655-669-9 Libro 8

En función de los rápidos avances en las ciencias médicas, el diagnóstico, tratamiento, tipo de fármaco, dosis, etc., deben verificarse en forma individual; por lo que el autor, editor y patrocinador no se hacen responsables de ningún efecto adverso derivado de la aplicación de los conceptos vertidos en esta publicación, la cual queda a criterio exclusivo del lector.

Cuidado de la edición: Dra. Ma. del Carmen Ruiz Alcocer

Diseño de portada: DG. Edgar Romero Escobar

Diseño y diagramación: DCG. Myriam Escobar Cid

Impreso en México

Contenido

Autoevaluación inicial	433
Introducción	437
Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad	439
Sobre el concepto y la historia de la adolescencia	439
Normalidad y anormalidad	442
Características del proceso adolescente	444
Separación progresiva de los padres	449
Conducta en el adolescente	453
Qué hacer con un adolescente que tiene problemas de conducta	460
Desarrollo psicosexual normal y anormal de la adolescencia	463
Desarrollo psicosexual normal	463
Desarrollo psicosexual anormal	467
Conclusión	472
Desarrollo de la psicopatología en la adolescencia	473
Conclusiones	479
Trastornos propiamente dichos	481
F43.2 Trastornos de adaptación	481
Esquizofrenia	485
Ansiedad	487
Referencias	503
Respuestas a la autoevaluación	507

INSTRUCCIONES PARA OBTENER PUNTAJE CON VALOR PARA RECERTIFICACIÓN

La Asociación Psiquiátrica Mexicana avala el Programa de Actualización Continua (PAC) Psiquiatría con puntos válidos para la recertificación de médicos psiquiatras.

Para solicitar los puntos es necesario que conteste todas las preguntas incluidas en el cuadernillo de evaluación que acompaña al libro 10.

Anote con claridad los datos de identificación que se le solicitan y entregue el cuadernillo al representante de *Pfizer* quien lo hará llegar a la Asociación Psiquiátrica Mexicana, donde le expedirán la constancia correspondiente en el caso de que cubra 80% o más de aciertos.

Autoevaluación inicial

1. La diferencia fundamental entre la patología y la normalidad, es la frecuencia e intensidad con la que ocurren las conductas:
- a) *Falso*
 - b) *Verdadero*
2. Si el adolescente duerme demasiado o demasiado poco, tiene dificultades para dormir, está demasiado irritable o intranquilo, desea o manifiesta deseos de no querer vivir, humor lábil, muestra desinterés por todo o casi todo, se puede pensar que está desarrollando un trastorno de conducta:
- a) *Falso*
 - b) *Verdadero*
3. La sexualidad es la suma de conductas sexuales:
- a) *Falso*
 - b) *Verdadero*
4. La conducta del adolescente "típico" como se describe en múltiples ámbitos, sobre todo en los medios masivos de comunicación, es:
- a) *La que describe las conductas del adolescente claramente*
 - b) *Se cuestiona que represente realmente a los adolescentes*
 - c) *Los padres la aceptan por ser apegada a la realidad*
 - d) *a y b son ciertas*
 - e) *Todas son ciertas*
5. Definición de una conducta de riesgo:
- a) *Una conducta que puede comprometer el bienestar, la salud y el curso de la vida de un adolescente; la mayor importancia está en la potencialidad de que dichas conductas acarreen consecuencias adversas o resultados negativos*
 - b) *Una conducta que puede comprometer la salud de un adolescente*
 - c) *Sólo las que acarreen consecuencias adversas o resultados negativos*
 - d) *Ninguna de las anteriores*

Ver respuestas en la página 507

6. Los síntomas de alarma o factores de riesgo a ser evaluados podrían ser:
- Ira intensa, ataques de furia o pataletas*
 - Irritabilidad extrema, impulsividad extrema, muy poca tolerancia a la frustración*
 - Conductas repetitivas que pongan en evidencia que no se contemplan los derechos de propiedad ni se tiene consideración hacia los demás*
 - Todas las anteriores*
7. Características anatómicas y fisiológicas que indican que el individuo es varón o mujer:
- Identidad sexual*
 - Orientación sexual*
 - Identidad de género*
 - Rol de género*
 - Conducta sexual tipo*
8. La imagen de masculinidad *versus* femineidad que es comunicada a otros:
- Identidad sexual*
 - Orientación sexual*
 - Identidad de género*
 - Rol de género*
 - Conducta sexual tipo*
9. Los individuos con trastorno de identidad sexual:
- Usualmente intentan mantener el rol de género asignado por el sexo biológico*
 - Usualmente son adultos*
 - Usualmente asumen que crecerán como miembros del sexo opuesto*
 - Usualmente deciden la operación del cambio de sexo*
 - Obtienen placer sexual cuando se visten con ropa del sexo contrario*
10. Una niña con trastorno de identidad de género en la infancia:
- Regularmente tiene comparaciones masculinas*
 - Rechaza orinar en posición sentada*
 - Podría aseverar que tiene o le podría crecer el pene*
 - Presenta conductas masculinas en la adolescencia*
 - Todas las anteriores*

11. Un bebé que ha nacido con genitales externos ambiguos y en estudios posteriores se observa que ambos ovarios y testículos están presentes, cursa con:
- a) *Síndrome de Klinefelter*
 - b) *Síndrome de Turner*
 - c) *Hiperplasia adrenal congénita*
 - d) *Hermafroditismo*
 - e) *Síndrome de insensibilidad a los andrógenos*
12. Es la capacidad de resistir a la adversidad, y convivir con los factores de riesgo sin involucrarse en los problemas, y salir airoso ante éstos, lo que se asocia a un buen ajuste y una adecuada salud mental:
- a) *Adaptación*
 - b) *Contención*
 - c) *Defensa*
 - d) *Resiliencia*
 - e) *Autoeficacia*
13. Los factores de riesgo y protectores en el adolescente pueden tener un impacto diferente que depende de:
- a) *Etapa de la adolescencia*
 - b) *Estilo de vida*
 - c) *Escuela, disciplina, temperamento*
 - d) *Normas culturales, valores, creencias*
 - e) *Aparato psíquico*
14. Los factores individuales de alto riesgo que pueden provocar trastornos del desarrollo psicosocial tienen que ver con:
- a) *Temperamento, sociabilidad, actividad, inteligencia, competencia en habilidades*
 - b) *Disciplina, temperamento, organización psíquica*
 - c) *Factores traumáticos en la infancia, ansiedades de separación*
 - d) *Funciones yoicas, adaptación, funciones mentales superiores*
 - e) *Impulsividad, agresividad, fantasías y miedos en la infancia*

Introducción

La adolescencia es una etapa del ciclo vital con características particulares que la diferencian de cualesquiera de las demás, entre otras razones, por la enorme carga de deseos y aspiraciones, cambios del estado de ánimo, remoción de valores, producción de una nueva concepción del mundo interior y exterior, diferente enfrentamiento con los principios éticos, religiosos y sociales, nueva valoración del pasado y sobre todo del futuro, que colocan al individuo en una situación calificada por muchos como crítica, profunda y larga y que despierta un especial interés para muchas personas que siendo o no profesionales, en alguna medida están involucradas en la salud mental o bien tienen contacto más o menos estrecho con sujetos que transitan por este periodo de la existencia.

Al revisar la literatura científica, nos encontramos con infinidad de textos, tratados, revistas, artículos de investigación, etc., llamando la atención la falta de uniformidad en los criterios para definir los límites entre lo normal y lo anormal. Mendiguchia, por ejemplo, califica a esta fase evolutiva como "tempestuosa, crítica y difícil" cual si fuera una enfermedad, señalando que este concepto peyorativo sufrió notable incremento en los años posteriores a la II Guerra Mundial, al producirse la llamada "revolución juvenil" y la consiguiente "guerra de generaciones". Los condicionamientos ambientales (alimentación, temperatura, estructuras político-sociales, familiares o educativas) hacen que se produzcan variaciones profundas en el proceso adolescente que se verifica entre unos lugares y otros. Ante un tema tan apasionante y controversial, un grupo de profesionales vinculados con la salud mental infantil y de la adolescencia nos dimos a la tarea de efectuar una

exhaustiva revisión y elaborar el presente trabajo que nos generó muchas más dudas de las que teníamos, pero también la inquietud y el compromiso de continuar trabajando en el campo para intentar disiparlas y en todo caso compartirlas.

"Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad", título del presente libro, que pretende iniciar la búsqueda de parámetros más sólidos que permitan al clínico enfrentar con mejores herramientas las complejas vicisitudes que se presentan en esta etapa de la vida en la que fácilmente se confunde lo sano con lo patológico.

En la primera parte se hace una revisión histórica de los conceptos de adolescencia y pubertad, de la conducta normal y de la percepción que de ella se tiene por parte de la población general y de la que tienen de sí mismos los propios adolescentes; luego se abordan los estudios sobre las explicaciones bioquímicas, sociales y familiares de la conducta adolescente y la perspectiva de ésta desde la frontera de la normalidad hasta los terrenos francos de la psicopatología, así como el análisis de algunos elementos que pueden ser más o menos comunes en uno y otro lado como son las drogas, los robos y los tatuajes. En el siguiente apartado, se describe el desarrollo psicosexual normal en las diferentes fases de la adolescencia, la evolución de los intereses sexuales, los cambios por el funcionamiento orgánico y las disfunciones sexuales. Más adelante, se plantean algunas consideraciones acerca del desarrollo de la psicopatología en la adolescencia desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo.

Por último, se presentan los criterios diagnósticos especificados en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados

La adolescencia es una etapa del ciclo vital con características particulares que la diferencian de cualesquiera de las demás.

Aún cuando la literatura es amplia, llama la atención la falta de uniformidad en los criterios para definir los límites entre lo normal y lo anormal.

Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad", título del presente libro, que pretende iniciar la búsqueda de parámetros más sólidos que permitan al clínico enfrentar con mejores herramientas las complejas vicisitudes que se presentan en esta etapa de la vida en la que fácilmente se confunde lo sano con lo patológico.

con la Salud en su Décima Revisión (CIE-10), así como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión más reciente (DSM-IV-TR), para los trastornos que se manifiestan en la adolescencia.

Es enorme la responsabilidad de los profesionales que laboramos en el terreno de

la salud mental infantil y de la adolescencia, pues debemos entender y atender las múltiples variables que intervienen en el desarrollo, especialmente en la fase adolescente, por los riesgos que le son inherentes y estar en condiciones de poder brindar una atención integral que repercuta en una mejor calidad de vida y un futuro promisorio. ■

Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad

SOBRE EL CONCEPTO Y LA HISTORIA DE LA ADOLESCENCIA

La palabra "adolescente", es un término que proviene de *adolescens, -tis*, del latín de la primera mitad del siglo XV, que significa 'hombre joven' 'que está creciendo', y es el participio activo de *adolescere* que significa 'crecer' (*ad*: 'hacia', y *olescere* o *alescere*: 'ser alimentado').¹

Deriva de *adolescentia*, que en 1444 significaba 'juventud' y en 1560 Adulto, del latín *adultus*, participio pasivo del propio verbo *adolescere* y que deriva de *adolescere*, *accrescere*, que significa aumentar o crecer (1.1) y está definido por el diccionario de la Real Academia² como: "1.f. Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo."

Por otra parte, la pubertad está definida en el mismo diccionario como: "1.f. Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta." Proviene del latín *pubertas*, edad viril, virilidad, hombría, valentía, valor. En el latín más antiguo, se entendía como sinónimo de *prima adolescentia*, es decir, se encuentra en el principio de la adolescencia.

Ambas palabras, tanto adolescencia como pubertad, están relacionadas con un periodo de crecimiento que implica la entrada o el paso a la edad adulta, sin embargo, es pertinente dejar clara la diferencia entre una y otra.

La pubertad, como el portal a la vida adulta, ha sido entendida y vivida de esta manera en múltiples sociedades y a lo largo del tiempo; Sir James George Frazer³ relata en "La rama dorada" que a finales

del siglo XIX, en diversas culturas, la mujer pubescente tendía a ser confinada en lugares en los que no pudiera relacionarse con nadie a excepción de algunas mujeres del grupo, en ocasiones encapullada en una hamaca, en otras, internada en una jaula durante años a partir de los primeros signos de pubertad, fundamentalmente la menarca, y a pesar de que las prohibiciones a las que se veía sometida variaban de acuerdo a la cultura en cuestión, en la mayoría de ellas predominaban la prohibición de pisar el suelo y ver o salir al sol; de hecho, un relato en Camboya habla de que la doncella camboyana en pubertad "entra en la sombra", pues algo podía sucederle al entorno, a las personas o a las mismas jovencitas de no ser aisladas; de acuerdo con Frazer,³ dicho confinamiento podía ir de unos cuantos días a varios años incluso, y en general era seguido por rituales de purificación y renacimiento, por ejemplo, en la isla de Mabuig, cuando en una niña aparecían los primeros signos de la pubertad, permanecía tres meses en estado de reclusión después de los cuales sus acompañantes la llevaban en brazos, ya que no debía tocar el suelo, a un arroyo cercano en donde era inmersa, para después, en medio de una procesión de mujeres, ser llevada a la aldea a comer y bailar con los esposos de las que habían sido sus cuidadoras. (3, p.673). Así mismo, en Kabadi, cuando las hijas de los jefes estaban próximas a cumplir los 12 o 13 años, eran guardadas durante dos o tres años sin poder ver el sol y entre los Danom de Borneo la niña de ocho a diez años quedaba aislada en un cuarto muy pequeño durante largo tiempo, casi totalmente a oscuras, nadie más que una esclava podía verla, y ya que el confinamiento duraba cerca de siete años, y su cuerpo se desarrollaba poco, al llegar la pubertad salía "pálida como la cera, ahora la muestran al sol, la tierra,

el río, las flores y los árboles como si acabara de nacer." (3, p.673).

De acuerdo con Frazer la prohibición de mirar el sol para las jovencitas era sumamente extendida, relata una leyenda Siberiana en que "Un Kan tenía una hermosa hija encerrada en una casa oscura de hierro para que ningún hombre pudiera verla. Una anciana la cuidaba y cuando la niña llegó a ser mujer preguntó a la anciana: ¿Dónde vas con tanta frecuencia? 'Niña mía, dijo la vieja dama, allá fuera hay un mundo brillante y en ese mundo brillante viven tu padre y tu madre y toda clase de gentes. Allí es donde voy'. La doncella le dijo 'Madre buena, yo no le diré a nadie, pero enséñame ese mundo brillante'. De este modo, la mujer anciana sacó a la muchacha de la casa de hierro y cuando ella vio el mundo brillante se tambaleó y perdió el conocimiento; el ojo de Dios cayó sobre ella, dejándola embarazada" (3, p.678). ¿No es esto lo que sigue haciendo la sociedad actual? intentar contener el ímpetu de los jóvenes para que ese "brillante nuevo mundo" no los deslumbre tanto, y que no resulten enfrentados a la adultez de manera temprana sin estar preparados psicológica y socialmente para ello.

La prohibición de tocar el suelo y de mirar o salir al sol, es una prohibición que también se observaba en sacerdotes o reyes sagrados en culturas como la zapoteca en México, el Mikado japonés y los incas en Perú, entre otros, y dicha prohibición era de tal importancia que en algunas de estas culturas los hombres sagrados que no la acataban podían llegar a perder su caudillaje o posibilidades de gobernar.³ Resulta curioso encontrar que a los jóvenes pubescentes se les atribuyen los mismos rasgos mágicos o de poder que a los hombres sagrados, lo cual posiblemente, dada su relación estrecha con la aparición de la menstruación, está asociado al poder mágico que se le atribuye a la fertilidad. Sir James G. Frazer hace la referencia de que las prohibiciones antes mencionadas son

un intento de mantener a los reprimidos suspendidos entre el cielo y la tierra como un intento de protección para ellos y para los que los rodean, como una manera también de controlar esos poderes mágicos que se les atribuyen.

En los ritos de iniciación para los jóvenes pubertos, el factor común encontrado en los diferentes grupos son los ritos de muerte y resurrección, a veces son "tragados" por un monstruo que posteriormente los vomita, para dar origen a su renacimiento,

"En la tribu Wonghi de Nueva Gales del Sur, los jóvenes, al llegar a la virilidad, son iniciados en una ceremonia secreta(...) [En la cual,] después de la fractura traumática de un diente, se les da a los novicios *nombres nuevos* (el subrayado es nuestro), indicadores del paso de la juventud a la virilidad" (3, p.776), "Los Ualaroi del Río Alto Darling decían que en la iniciación de un muchacho llegaba un espíritu que le mataba y le volvía a la vida después como hombre joven" (3, p.776). En otras aldeas existía una casa especial (casa kakiana) para llevar a los chicos al ritual iniciático en el que se simulaba que eran tragados por el diablo quien, a petición de el sacerdote y los padrinos, los resucitaba y posteriormente "(...) sus padrinos tienen que enseñarles los actos más corrientes de la vida *como si fueran criaturas recién nacidas...*" (el subrayado es nuestro) después de estos ritos (...) ya se les considera hombres hechos y derechos y pueden casarse (...)." (3, p.776). La mayor parte de los ritos de iniciación suceden en la pubertad, hecho que da más sentido al significado de la palabra del latín *pubertas*, que remite a edad viril, virilidad, hombría, valentía, valor.

En la clase dominante de la Italia del siglo XV, al ser las jovencitas las futuras educadoras domésticas de la moral y la fe, tenían que ser educadas "mediante santas enseñanzas, a llevar una vida casta, religiosa y a entregarse constantemente a traba-

jos femeninos" y "como la madre de familia es a sus ojos la auténtica depositaria de los valores privados, es de desear que se consagre por entero a su defensa y a su transmisión. La educación de las jóvenes habrá de concebirse en consecuencia" (4, p.294).

En esta misma época (la Italia de los siglos XIV y XV) ya se observaba que los jóvenes se relacionaban más fácilmente con jóvenes del mismo sexo, forjando solidaridades que les servirían en un futuro para movilizarse en su mundo adulto, esta solidaridad entre los doce a catorce años, mostraba que los muchachos gozaban de mayor libertad para poder escapar del medio familiar y forjarse un mundo privado y complementario, ya en esa época se veía que los chicos se organizaban en auténticas bandas que se llegaban a convertir en fuente de temor para los adultos.

Los muchachos trabajaban ya, y utilizaban sus sustanciales sueldos para sus gustos como salir, vestir bien y seguir la moda, de acuerdo con Duby,⁴ más que tratar de romper el ámbito privado infantil para emerger en la vida pública como adultos, lo que hacía esta estimulación de pandilla era permitirles reconstruir y multiplicar su mundo privado para situarse fuera del control de los padres, conquistar espacio, "...al crecer, los adolescentes no buscan en verdad abandonar el mundo privado que los ha encuadrado exclusivamente hasta entonces. Lo que hacen más bien es multiplicar las experiencias de nuevos mundos privados, yuxtapuestos — cada uno con su espacio, su amplitud, sus reglas, sus ritos, su secreto— y a la vez colectivos, en los que la presencia de sus camaradas sostiene la afirmación personal sin vejarla." (4, p.259). Como podemos ver, no es casualidad que la palabra adolescente como la conocemos ahora, haya surgido en la Italia de esta época.

En estos relatos se encuentran más semejanzas con la época actual de lo que po-

dríamos imaginar, Hesíodo ya decía en el siglo VIII a.C.: "No veo esperanza para el futuro de nuestro pueblo si éste ha de depender de la juventud frívola de hoy, ya que ciertamente todos los jóvenes son precipitados más allá de toda descripción.

... Cuando yo era niño, fuimos enseñados a ser discretos y respetuosos con nuestros mayores, pero actualmente los jóvenes son extremadamente necios e intolerantes de cualquier freno."⁵

Al parecer la pubertad ha sido un tema que ha requerido atención especial en la mayor parte de las culturas, si no es que en todas; el adolescente se encuentra y se ha encontrado siempre suspendido entre dos etapas, entre el cielo y la tierra, entre la infancia y la adultez, no son ya los niños que eran pero tampoco pueden acceder aún al mundo adulto, dada la necesidad de adquirir una nueva identidad, de un periodo de acoplamiento a las nuevas responsabilidades exigidas por el mundo, un momento en el que se tiene que abandonar al niño que se fue y renacer como un nuevo individuo, sin ser deslumbrados antes de tiempo y para ello todas las culturas cuidan y acompañan a sus pubertos.

La pubertad se refiere "al proceso físico de cambio que se caracteriza por el desarrollo de las características sexuales secundarias" (6, p.48). Macías-Valadéz describe este proceso como "el conjunto de cambios endocrinos y fisiológicos que aparecen entre la infancia y la adolescencia, y que conducen a la madurez sexual y a la reproducción". (7, p.14). Un evento biológico, que se puede prolongar por un periodo de dos años, generado por los cambios hormonales y el crecimiento corporal que de ellos resultan, y que se hace evidente a partir de la aparición de la menstruación en la mujer y la eyaculación en el hombre.

La adolescencia es el proceso mental y social de cambio que se ancla en las transfor-

La pubertad es un evento biológico, que se puede prolongar por un periodo de dos años, generado por los cambios hormonales y el crecimiento corporal que de ellos resultan, y que se hace evidente a partir de la aparición de la menstruación en la mujer y la eyaculación en el hombre.

La adolescencia es el proceso mental y social de cambio que se ancla en las transformaciones corporales y está influido por el entorno, abarca de seis a ocho años, se inicia en la pubertad y termina en la juventud.

La prevalencia de trastornos de salud mental en este periodo de la vida es de entre 14 y 20%.

maciones corporales y está influido por el entorno, abarca de seis a ocho años, se inicia en la pubertad y termina en la juventud, los autores, aunque difieren en las edades de inicio;⁶⁻¹¹ en general dividen este proceso en tres fases: adolescencia incipiente o temprana, de 12 a 14 años; adolescencia media o propiamente tal, entre los 14 y los 16 años y la adolescencia tardía, entre los 17 y los 18 años, sin embargo, hay que aclarar que no se puede o debe fijar en una referencia cronológica exacta, ya que es variable la edad de inicio, duración, desarrollo sexual, psicológico y social (8, p.82).

NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

Algunos autores denominan al periodo de la adolescencia como "confusión adolescente"¹² o "torbellino",⁷ o bien, como un "tiempo turbulento aún sin enfermedad",¹³ de cualquier modo, es tema discutido si el proceso adolescente con floridas manifestaciones, es normal o anormal.

En primer lugar, es necesario establecer el concepto de normalidad. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia,² la palabra proviene del latín *normalis* (regular) y dentro de sus acepciones se encuentran las siguientes: "1.adj.dicho de una cosa que se halla en su estado natural; 2.adj. Que sirve de norma o regla; 3.adj.dicho de una cosa que, por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano."

Offer⁹ plantea que las definiciones de normalidad pueden ser abarcadas desde cuatro perspectivas: normalidad como salud —que implica la ausencia de síntomas—; normalidad como utopía —un estado difícil de alcanzar por la mayor parte de la gente—; normalidad como promedio o media —la normalidad es la media y los extremos una desviación— y la cuarta, que entiende la normalidad como un sistema "transaccional" que enfatiza la conducta normal como resultado de la interacción de los sistemas que cambian a

lo largo del tiempo y que implica el constante cambio de los individuos y del contexto en el que viven, esta perspectiva contempla las diferencias individuales que incluyen el temperamento y las experiencias únicas para cada sujeto junto con los patrones sociales, incluyendo los determinados históricamente; los patrones particulares adoptados con respecto a la adaptación o al trastorno estarían ligados a la manera en la que se relaciona el sujeto con el medio social a lo largo del tiempo.⁹

Esta última perspectiva es compartida por otros autores^{7,14,15} sobre todo en el sentido de ver la adolescencia como un proceso que involucra no sólo los factores intrínsecos de la personalidad del adolescente, sino también la influencia del medio, las exigencias, miedos y expectativas de éste hacia el adolescente, además, por supuesto, de los factores biológicos y cognitivos.

A pesar de que algunos autores^{9,16} han afirmado que la mayor parte de los adolescentes (80%) no experimentan confusión o trastornos psicológicos, estudios realizados en la Isla de Wight, en Nueva Zelanda, Australia, Nueva York y Canadá, entre otros,^{10,12,17} concuerdan con que la prevalencia de trastornos de salud mental en este periodo de la vida es de entre 14 y 20%, es decir, en uno de cada cinco adolescentes, el conflicto es serio y ello está relacionado íntimamente con la manera en que se interrelacionan todos los factores en la vida de esos sujetos desde la infancia. No obstante lo anterior, éste es un periodo en el que se incrementa notablemente la prevalencia de un amplio rango de trastornos de salud mental, como los trastornos del humor, trastornos alimentarios, suicidio y accidentes,¹¹ así como conducta antisocial y uso y abuso de sustancias.¹⁸

La discusión sobre la frecuencia y la intensidad con la que ocurre "la confusión adolescente" y hasta qué punto se debe considerar la misma como regla o norma, ha tenido lugar desde hace muchos años.

Los griegos como Aristóteles y Platón veían en el periodo que ahora conocemos como adolescencia, una época de la vida caracterizada por la vulnerabilidad y cambio que requería de especial cuidado en la educación y que hacía necesaria la coacción por parte del "medio"; en 1904 Stanley Hall¹² postulaba que en los chicos saludables era normal un periodo de semicriminalidad y Anna Freud habló de que lo anormal en este estadio era la consecución de un equilibrio; en años recientes este punto de vista de la adolescencia como algo inherentemente tormentoso, ha sido atacado por autores como Offer, quien considera que se ha hecho una sobregeneralización por parte de los profesionales de la salud mental y que en realidad la adolescencia es un periodo de la vida que puede ser transitado con o sin confusión y turbulencia.¹²

Autores como Steinberg¹⁹ y Holmbeck¹⁵ concuerdan en que la investigación sobre la etiología, prevención y tratamiento de los trastornos y disfunciones durante la adolescencia debe ser guiada por dos principios fundamentales: el primero, enmarcado en el campo de la psicopatología del desarrollo, se refiere a que el estudio de la psicología clínica del adolescente se debe enfocar en la trayectoria de los trastornos que preceden, caracterizan y siguen a la adolescencia. En segundo lugar y enmarcado ya en la literatura del desarrollo normal adolescente, la psicología clínica de la adolescencia debe proceder reconociendo explícitamente los aspectos biológicos, cognitivos, psicosociales y contextuales como únicos y que definen la adolescencia como una etapa del desarrollo y aunque se ha logrado integrar la psicología clínica del adolescente en el terreno de la psicopatología del desarrollo, aún falta mucho con respecto a la integración del estudio de los fenómenos clínicos en la adolescencia, al conocimiento del desarrollo normal de este periodo y seguramente más investigaciones de tipo longitudinal, sobre todo, que tomen en cuenta las variables del desarrollo.

Holmbeck¹⁵ también plantea que para abordar el tema de la adolescencia es necesario un marco psicosocial que contemple todos los factores que pueden influir en el proceso adolescente, desde los biológicos, cognitivos y sociales, pasando por el contexto interpersonal del desarrollo adolescente (familia, pares, escuela, trabajo), hasta las resultantes del desarrollo del adolescente como logros, autonomía, identidad, adaptación psicosocial y sexualidad, así como las variables interpersonales y demográficas que pueden moderar los demás factores, es decir, los cambios en el desarrollo de la adolescencia impactan las conductas de otros, mismos que influyen en la manera en la que el adolescente resuelve la mayor parte de las cuestiones de la propia adolescencia, por ejemplo "la madurez puberal temprana puede llevar a un temprano comienzo de la vida sexual activa sólo cuando los miembros de la familia reaccionan ante este hecho de cierta manera, como incrementando las restricciones y la supervisión" (15 p.410) .

De acuerdo con King,¹² la verdad debe encontrarse en un punto medio y es necesario primero establecer claramente los términos, conceptos y parámetros para hablar del grado y el tipo de confusión, por ejemplo.

La postura de este trabajo al respecto coincide con la de Mauricio Knobel quien postula el *Síndrome de la adolescencia normal*; dicha postura se refiere a un periodo doloroso, lleno de contradicciones, confusiones y ambivalencias, caracterizado por fricciones con el ambiente familiar y social, que surge como producto de la propia situación evolutiva, de la interacción del adolescente con su medio y que incluye toda esta serie de manifestaciones que en ocasiones adquieren características patológicas sin serlo necesariamente,¹⁴ en donde el desenlace dependerá de la interacción de todos los factores (Figura 1).

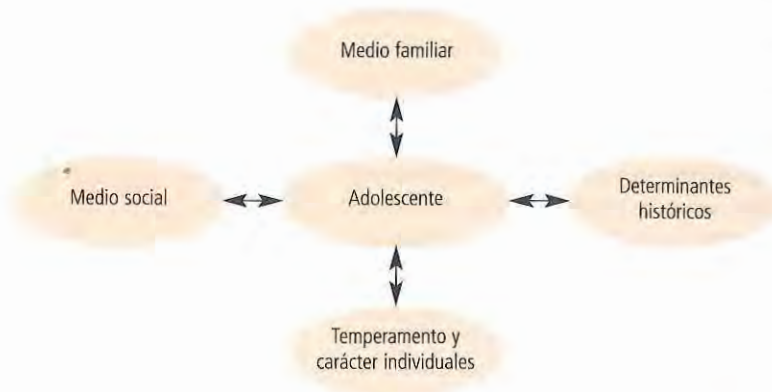


Figura 1.

La línea entre lo normal y la patología se relaciona con la frecuencia e intensidad con la que aparecen conductas, sentimientos, pensamientos o eventos que pueden formar parte del proceso normal del desarrollo.

Entonces ¿cómo puede diferenciarse lo normal de lo patológico en la adolescencia? ¿En dónde está el límite? ¿Qué signos debemos identificar como señales de alarma de que ese límite se está cruzando?, es justo este tema el que se tratará de esclarecer a lo largo de este trabajo.

En realidad, los límites entre lo normal y lo anormal en este periodo de la vida resultan sumamente borrosos, debido a que el mismo está definido por múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales que sólo son comparados con los que ocurren en la infancia temprana. La adolescencia se caracteriza por ser una etapa crítica del ciclo vital en la que se establecen las conductas que habrán de manifestarse toda la vida y que pueden alterar la trayectoria de los sujetos en forma importante, ya sea en dirección positiva o negativa, y que como consecuencia de ello, la presencia de conflictos es ineludible e incluso útil, a pesar de que esto produzca reacciones por parte del medio que rodea al adolescente, aumentando así el carácter conflictivo de este periodo.^{20,15}

No se puede establecer una patología específica de la adolescencia, sino más bien pueden presentarse manifestaciones patológicas semejantes a las observadas en la

infancia y la adultez con "algunos rasgos particulares asociados a los cambios del desarrollo propios de la adolescencia".¹⁰ En cualquier etapa de la vida, muy pocos trastornos tienen una sola causa y es más común el interjuego entre los factores de riesgo, lo que aumenta la vulnerabilidad o susceptibilidad; es decir, son múltiples los factores que intervienen tanto para que un sujeto sea resistente a algún trastorno como para que sea susceptible.¹⁸ Sin embargo, sólo el conocimiento adquirido a través de investigaciones longitudinales, sobre el desarrollo normal, la psicopatología del desarrollo y las variables que influyen, es lo que proveerá información más precisa para identificar qué cambios son clínicamente significativos, quién necesita de atención, y cuál será la respuesta al tratamiento;¹⁵ pues no son los datos epidemiológicos los que escasean sino "la perspectiva de análisis que permita dar sentido a la vasta información existente".²¹

Finalmente, es importante decir que siempre la línea entre lo normal y la patología se relaciona con la frecuencia e intensidad con la que aparecen conductas, sentimientos, pensamientos o eventos que pueden formar parte del proceso normal del desarrollo.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ADOLESCENTE

Se enlistan como características del proceso adolescente, una serie de fenómenos que mantienen en constante tensión y movimiento a los sujetos que se encuentran en esta etapa y que van dirigidos a que éstos obtengan los principales logros de esta época de la vida, a saber: la consolidación de la identidad, el cambio de relación con los padres y mayor autonomía en todos los niveles. En este trabajo se pretende hacer una síntesis de los fenómenos que caracterizan este periodo, tomando en cuenta que, como en todo proceso, cada uno

de los fenómenos que lo conforman se relaciona e influye sobre los otros en un movimiento constante, por lo que la esquematización sólo tiene fines teóricos.

1. Búsqueda de sí mismo, consolidación de la identidad y desarrollo de una nueva imagen corporal

La ropa ya no le queda, de repente tropieza con todo —ya no calcula cuánto miden sus brazos, o sus piernas—, el rostro y el cuerpo que ve en el espejo ya no son los mismos, el vello en la cara y en el cuerpo ha empezado a crecer y aparecen los paradigmas del descontrol adolescente, la menarca, las eyaculaciones nocturnas, los olores, el acné... Tantos y tan importantes cambios no ocurren en otra época, y con un monto importante de inseguridad, ansiedad y desconocimiento de sí mismo, aparece la pregunta: ¿Quién soy?.. Y comienza la adolescencia.

Los cambios que se dan en la pubertad exponen a la mente adolescente a un gran esfuerzo de adaptación ante un nuevo cuerpo, el impulso sexual, las exigencias morales y sociales del medio y la inestabilidad yoica, llevando con ello a una de las principales características del adolescente: la inadaptación a la familia, al medio y a su propio cuerpo.⁷

La consecuencia final de la adolescencia es el conocimiento del sí mismo como entidad, pero para conseguirlo, es necesario que el adolescente realice un verdadero proceso de duelo por la pérdida de la identidad infantil, del cuerpo infantil y de los padres de la infancia, que se caracterizará, sobre todo, por el cambio de relación del individuo fundamentalmente con sus padres. En un inicio niega dichas pérdidas y tiene dificultad para aceptar las nuevas realidades adultas que se le van imponiendo, entre las que se encuentran las modificaciones morfológicas y biológicas del propio cuerpo.

A lo largo de este periodo, el adolescente tiene que pasar por diferentes momentos:

En la *adolescencia temprana*, ante la ola de cambios y desajustes físicos, los chicos pierden la seguridad infantil y los invade principalmente una sensación de incertidumbre y despersonalización que provoca gran inseguridad, angustia e inquietud.

La identidad lleva consigo la identificación y por tanto a la búsqueda de figuras con las cuales identificarse, aunque éstas no siempre sean figuras positivas, por lo que en ocasiones, como solución ante la ausencia de figuras identificatorias y a la angustia que ello genera, se busca una identidad que puede ser poco aceptada por el medio, pero que se basa en figuras reales aunque juzgadas como "malas compañías", se opta por la alternativa de que es mejor ser indeseable que ser nadie, ya que la necesidad del logro de una identidad se hace imperiosa para poder abandonar la del niño.

La incoordinación muscular debido al disparate crecimiento músculo-esquelético, la falta de similitud con los que lo rodean, y el aspecto desgarbado, generan sentimientos de extrañeza e insatisfacción y de consecuente "despersonalización" unidos a la elaboración psicológica de la identidad, por ello, el cuerpo y el esquema corporal son dos variables íntimamente ligadas y que deben conocerse en el proceso de definición del sí mismo y de la identidad.

Repentinamente los jóvenes se sienten obligados a aprender a aceptar un cuerpo que ni siquiera pueden controlar y frente a ello pueden reaccionar de diversas maneras, ya sea negando lo que está sucediendo y asíéndose a intereses y formas sociales infantiles; o, por otro lado, sentirse bien con sus nuevas potencialidades, o como ocurre más frecuentemente, reaccionar con una mezcla de angustia y euforia, de aceptación de lo que ha acumulado

La consecuencia final de la adolescencia es el conocimiento del sí mismo como entidad, pero para conseguirlo, es necesario que el adolescente realice un verdadero proceso de duelo por la pérdida de la identidad infantil, del cuerpo infantil y de los padres de la infancia.

a lo largo de su infancia junto con un impulso para dominar habilidades que, de ser pasivas se convierten en activas.¹¹

En este rubro es fundamental considerar la importancia de los procesos de duelo con respecto al cuerpo infantil perdido, que obligan a una modificación del esquema corporal y del conocimiento físico de sí mismo en una forma muy característica en este periodo que, según Saucedo,¹¹ se resume en "aceptación del cuerpo que crece y cambia" (p.154) a partir de una lucha con el cuidado corporal, la higiene, limpieza y orden de sus cosas, insensibilidad ante las necesidades de los demás, así como una intensa preocupación por satisfacer las suyas.

En la *adolescencia media*, se inicia la separación psicológica de la familia, fenómeno que se ve posibilitado por la relación con grupos fuera del núcleo familiar, con lo que se favorece el proceso de conformación de la identidad.

Ante el intento y gran necesidad de tomar control activo sobre las experiencias pasivas de la pubertad, el adolescente trata de mejorar a partir de cambiar o distorsionar su apariencia, ya sea con peinados, maquillajes, ropa, subiéndolo o bajándolo de peso, estar a la moda, en fin, hacer cosas que resulten "in", o "cool" para el grupo, y es a través de este escenario en donde los chicos pueden reorganizar la representación corporal y el significado de su relación con los otros, ya que si la experimentación no llega demasiado lejos, le permite a él o la joven, tomar la responsabilidad de su propio cuerpo, posesionarse del mismo con nueva forma, nuevo olor y nuevos modos.

En este momento, y como se explicó anteriormente, aparece una característica frecuente de este periodo: "el adolescente camaleónico" que adquiere y pasa por numerosas identidades y junto con ello se desprende de los aspectos que ya resultan inútiles para entonces poder integrar los

nuevos. El proceso de identificación masiva, hacerse idéntico a un grupo; identificarse con un grupo y uniformarse con ellos les proporciona seguridad y estima personal, y explica el proceso grupal en el que participa el adolescente; sin embargo, si el núcleo familiar no provee al chico o chica de los elementos necesarios para encontrar en él el soporte que necesita, el grupo toma tal relevancia que pueden desencadenarse conductas antisociales, que pueden dañarlo a él o a otros, con la finalidad de ser aceptado y pertenecer por siempre a dicho grupo.

En este periodo puede generarse un alto nivel de ansiedad provocado por la disconformidad con la propia identidad y la sensación de descontrol, como consecuencia de los múltiples cambios. El adolescente vulnerable puede vivir este asunto con el cuerpo como una preocupación y puede llegar a sentir que la vida no tiene sentido porque tiene la cadera muy grande, o es muy alto o muy bajo, o muy flaco o muy gordo, etc. La reorganización de la representación del cuerpo queda entramada en la reorganización familiar y en los mandatos sociales, ya que el cuerpo se convierte en medio y símbolo de la masculinidad o femineidad. A pesar de que la pubertad o el género proveen en sí mismos de una explicación para los trastornos alimentarios, tanto mujeres como hombres observan con temor su desarrollo corporal, el cual puede llevarlos a sentir que no podrán con el rol que creen tienen que ejercer y tanto la insatisfacción con el cuerpo como la depresión y las relaciones familiares perturbadas pueden jugar un papel importante en el inicio de dietas y en la persistencia de patrones alimentarios inadecuados.¹⁸

Para que el proceso de duelo no tenga características de actuación maníaca o psicopática, necesita tiempo para ser elaborado.

En la *adolescencia tardía* se consolida la identidad, las dificultades que el adoles-

cente tiene que enfrentar en esta época giran finalmente en torno a la identidad, para lo cual necesita asumirse como persona, así como integrar los cambios corporales, aceptar el estatus familiar y social, definir un rol, responsabilizarse por su sexualidad e incorporarse de lleno a la vida social de su entorno, así como poder elegir una vocación y contemplar el futuro como un conjunto de metas a lograr. Cuando existen dificultades para consolidar la identidad será difícil asumir el rol, el género, el estatus o al propio cuerpo, por lo tanto enfrentar las vicisitudes y demandas del medio; y entonces puede considerarse el riesgo de un trastorno. Ver Trastorno de la identidad sexual (F64.x), problemas de identidad (F93.8).²²⁻²⁴

Es en este momento en que es necesario separarse psicológicamente de los padres, es el tiempo en que el individuo tiene otra oportunidad de resolver conflictos no resueltos en la infancia y de acuerdo con Offer⁹ la mayor parte de este proceso ocurre internamente y sólo cuando el adolescente ha fallado en su intento por resolverlo es cuando se observan las secuelas conductuales.

Si en el camino para consolidar la identidad, las estrategias del adolescente, para enfrentarse a esta ola de cambios, fallan; si el medio es demasiado adverso, si la historia del individuo lo hace vulnerable y si no existe ningún factor que sirva como protector, entonces el adolescente está en riesgo de desarrollar una psicopatología tal como trastorno de identidad, trastorno de identidad de género, trastorno de adaptación, trastornos alimentarios, trastornos del humor, psicosis, etc.

Vale la pena recordar algunas señales de alarma que pueden indicar si está en curso el desarrollo de alguno de los trastornos que pueden presentarse en los adolescentes, por supuesto, tomando en cuenta los antecedentes en el desarrollo del sujeto.

Si el adolescente presenta excesivo interés y preocupación por el cuerpo, dedica gran parte del día a ejercitarse sin ser deportista, muestra gran inconformidad con su cuerpo, evita comer, cuenta la comida y la parte en trozos muy pequeños, vomita o se purga con frecuencia, ha bajado mucho de peso y dice estar gordo o gorda, a pesar de una delgadez evidente, podrían estos, entre otros, ser señales de alarma de que se está desarrollando un trastorno alimentario.

Si sus exploraciones e identificaciones con un grupo lo están llevando a conductas delictivas, o a transformaciones importantes y permanentes de su cuerpo con tal de recibir la aprobación del grupo, tiene dificultades importantes para relacionarse con sus pares o con los adultos, podría estar desarrollando un trastorno de adaptación, de identidad, o de conducta.

Si duerme demasiado o demasiado poco o tiene dificultades para dormir, demasiado irritable o intranquilo, desea o manifiesta deseos de no querer vivir, humor lábil, muestra desinterés por todo o casi todo, pueden ser signos de alarma de un trastorno del humor.

Si existe incertidumbre sobre múltiples aspectos relacionados con: objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamiento y orientaciones sexuales, valores morales y lealtades de grupo, habrá que pensar en la posibilidad de un problema de identidad.

2. La tendencia grupal, independencia progresiva de los padres y actitud social reivindicatoria

Como un comportamiento defensivo para encontrar seguridad y autoestima, el adolescente recurre a la búsqueda de uniformidad a partir del apego a un grupo.

De acuerdo con King,¹² a lo largo de la educación media los adolescentes cambian

Como un comportamiento defensivo para encontrar seguridad y autoestima, el adolescente recurre a la búsqueda de uniformidad a partir del apego a un grupo.

el género y el tamaño de los grupos en los que se mueven, los más jóvenes buscan grupos formados por integrantes del mismo sexo, los de segundo año en díadas del mismo sexo, los de tercero con grupos formados por ambos sexos y los más grandes en grupos de parejas heterosexuales.

En la adolescencia temprana los chicos y chicas se aproximan a grupos conformados por un gran número de pares con reputaciones similares y roles estereotipados,¹² que ya tienen una historia y un sistema de reglas, ello genera diversos sentimientos como satisfacción, inquietud, angustia, y en algunas ocasiones ello los lleva a cometer actos delictivos o a consumir drogas para poder ser aceptados en dichos grupos, en otras ocasiones el adolescente tiende a imitar costumbres y vestimentas de algún grupo, lo que le permite que en su fantasía se sienta perteneciente al mismo.⁷

La adolescencia media es el momento de efervescencia de esta tendencia grupal, ahora el grupo ejerce mayor influencia e incluso implica un soporte en la confrontación con los padres, que se incrementa a partir de los 15 años. A pesar de que la indignación de los adolescentes es una objeción explícita ante cualquier hecho que perciban como una interferencia de su libertad por parte de los padres; las conductas para probar límites se convierten, en este momento, en claras invitaciones para que los padres se mantengan involucrados y "tomen cartas en el asunto";¹¹ es decir, se observa la necesidad del adolescente de que los padres detengan al poder destructivo que podrían llegar a tener sus conductas, mediante la imposición de límites y por otro lado una petición infantil encubierta de interés y cuidado.

En la adolescencia tardía los chicos han consolidado su identidad lo suficiente como para poder imponer su propio conjunto de normas morales y a no dejarse influir más por un entorno de valores aje-

nos a ellos y tienden a involucrarse en relaciones más estables y buscar grupos más pequeños de pares que se asemejan en intereses, actividades, estatus y edad, de manera que las relaciones individuales cobran mayor importancia que el grupo.

Irónicamente, mientras los jóvenes tratan de independizarse de los padres, quedan esclavizados por los valores, preferencias y costumbres de su grupo, lo que puede cambiar el curso de la adolescencia y ser un factor de riesgo para la aparición de un amplio rango de problemas conductuales.¹² Steinberg y Morris en 2001 encontraron que el tipo de familia y la relación con los padres es un factor que influye en las relaciones que el adolescente establece con sus pares, por ejemplo: los estilos autoritarios de crianza parecen disminuir la influencia negativa de los amigos, mientras que los chicos que provienen de familias menos apegadas están o son propensos a ser más influenciados por su grupo que por sus padres (citado en 17). Así mismo, en un estudio con 554 adolescentes, dedicado a examinar las consecuencias de la autonomía emocional y conductual en diferentes aspectos de la adaptación psicosocial en el contexto de cómo es percibido el proceso de crianza por los adolescentes, se encontró que los métodos autoritarios de crianza, se asociaron con un patrón positivo de adaptación, mientras que la autonomía se asoció con un patrón negativo. La autonomía emocional predijo únicamente altos niveles de angustia interna, mientras que la autonomía conductual predijo bajos niveles de rendimiento escolar y altos niveles de conducta desviada, al menos cuando el autoritarismo está parcialmente ausente.²⁵ No obstante lo anterior, un patrón de crianza caracterizado por control excesivo aparece asociado con bajos niveles de autonomía, que a su vez se asocian con altos niveles de problemas conductuales.¹⁵

Con esta idea concuerdan otros autores que subrayan la importancia del ambien-

te familiar para la comprensión de los correlatos conductuales de los diferentes tipos de personalidad adolescente.^{26,15}

A pesar de que la conducta antisocial ha sido relacionada con altos niveles de andrógenos y por tanto con una prevalencia mayor en hombres, se ha encontrado que las niñas cuya menarca ha aparecido a edades inusualmente tempranas, son más propensas que otras niñas a verse involucradas en conductas desaprobadas socialmente, sin embargo, dichos hallazgos demuestran que aunque el estímulo es biológico, el mecanismo mediador es el social, ya que el efecto sólo se encontró en las niñas de maduración temprana pero que se habían ligado a un grupo de mayor edad, que les enseñaba modelos antisociales,¹⁸ lo cual indica que la manera en que afectan la maduración temprana o el grupo depende de cómo se conjugan los factores que podrían ser de riesgo en momento, sexo, edad, etc.

Con respecto a la actitud social reivindicatoria se puede decir que ésta, manifestada en forma de rebeldía, se hace indispensable al brindar la posibilidad para que el sujeto pueda ir conquistando espacio en el mundo de los adultos y desprenderse de situaciones infantiles, a través de identificaciones cruzadas y masivas que funcionan como defensa. Estas actitudes son la cristalización de lo que ha ocurrido en el pensamiento.

SEPARACIÓN PROGRESIVA DE LOS PADRES

Ya se mencionó que uno de los logros finales de la adolescencia es la posibilidad de cambiar la relación con los padres y que uno de los principales duelos es precisamente por los padres de la infancia; dicho proceso se ve favorecido por los cambios biológicos que llevan a la genitalidad con capacidad procreativa, misma que posibilita la separación tanto por parte del adolescente como de sus padres.

Tanto el adolescente como los padres reaccionan con ambivalencia ante la genitalidad que se expresa en estas nuevas formas y la reacción parental determinará en gran parte el trayecto que siga el sujeto a partir de este momento.

La internalización de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos, permitirá una buena separación y un desprendimiento que hará más fácil el pasaje a la madurez, de no ocurrir así, el sujeto se ve en la necesidad de buscar otras figuras identificatorias en donde perciba mayor consistencia, con lo que puede buscar figuras negativas.

Las principales señales de alarma en este rubro que podrían indicar un trastorno de conducta, adaptación o de uso y abuso de sustancias serían las siguientes: Cambios radicales en el comportamiento, cambios físicos como ojos rojos, movimientos lentificados, afectación del humor, irritabilidad, hurtos en casa, ausencias de casa, entre otras. Es importante recordar que éstos son sólo algunos signos de algunos trastornos que el adolescente podría desarrollar y que por sí mismos no representan ninguna patología específica.

3. Evolución del pensamiento

El pensamiento concreto cede su lugar cada vez más a las abstracciones y esta nueva capacidad también permite utilizar defensas más elaboradas como la intelectualización, el ascetismo y la fantasía.

En la adolescencia temprana, el chico siente una gran impotencia al enfrentar esta realidad que se le impone de elaborar tantas pérdidas y la imperiosa necesidad de entender y adaptarse a un nuevo cuerpo, nuevos padres, etc., se ve impelido a huir a un mundo interior que le posibilita el reajuste emocional que necesita.

La necesidad de compensar la difícil realidad a través de la evasión se vuelve más

El pensamiento concreto cede su lugar cada vez más a las abstracciones y esta nueva capacidad también permite utilizar defensas más elaboradas como la intelectualización, el ascetismo y la fantasía.

elaborada en la adolescencia como tal y lleva a los jóvenes a la preocupación por principios éticos, filosóficos y religiosos.

Hacia el final de este periodo la fantasía comienza a ceder su lugar a las demandas de la realidad, la cual comienza a diferenciarse cada vez más de la realidad interior; y la imaginación ahora es utilizada en pro de la adaptación y los proyectos fantaseados pueden servir como motores para la acción del joven adulto.

Como consecuencia de los procesos de duelo y de la consecuente despersonalización, así como por las características del pensamiento adolescente, los jóvenes viven una cierta desubicación temporal y es precisamente en esta etapa que la dimensión temporal va adquiriendo lentamente características discriminativas, se empieza a diferenciar lo infantil de lo adulto, el presente del pasado y del futuro, hasta que finalmente se puede reconocer un pasado y formular proyectos a futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, una vez que se ha podido superar gran parte de la problemática de la adolescencia y se conforma la identidad adulta. Si la combinación de factores sociales, familiares e individuales propicia que los procesos de duelo, de despersonalización y/o la desubicación temporoespacial se manifiesten más allá de la expresión normal de esta etapa pueden condicionar la aparición de trastornos tales como: psicosis, trastornos del humor, trastornos de adaptación, cuyas señales de alarma ya fueron descritas previamente.

4. Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad

Ya apareció la primera menstruación y la primera eyaculación, así como muchos otros cambios físicos, ha llegado o está pronto a llegar el primer "beso bien da-

do", la primera relación sexual, la primera cita e incluso tal vez el primer rechazo y los adolescentes se balancean entre la genitalidad que se está consolidando, el autoerotismo y la bisexualidad.

De acuerdo con Graber, Brooks-Gunn y Galen,²⁷ algunos de estos eventos, situaciones y conductas le marcarán para toda la vida y en ocasiones incluso le proporcionarán su condición de adolescente frente al mundo, de hecho la primera relación sexual junto con la pubertad y los eventos escolares son en general tomados como las condicionantes claves que marcan la transición a la adultez, es decir, a pesar de que la pubertad y la entrada a la educación media definen el periodo de la adolescencia temprana y están ligados al incremento de los intereses sexuales a nivel social y biológico, la mayor parte de la investigaciones sobre sexualidad y conductas sexuales en la adolescencia se enfocan en los años de la adolescencia media y tardía y aunque la mayor parte de los adolescentes transitan de la virginidad a la genitalidad en estos periodos, es fundamental recordar el desarrollo de la sexualidad (indivisible del desarrollo de la identidad sexual y del yo, así como del cambio de rol) como un proceso que encierra una serie de transiciones relacionadas entre sí, que se dan durante toda la década adolescente y a lo largo de la vida (ibid).

Garber y colaboradores²⁷ diferencian los periodos transicionales o procesos de los eventos que suceden en la vida del individuo en el sentido de que los primeros implican o requieren de una reorganización, ya sea estructural o funcional y los eventos puberales y los cambios de rol entran en este concepto de proceso o punto transicional para una reorganización funcional o conductual en la vida del adolescente. Las reorganizaciones pueden o no generar discontinuidades conductuales en algunos individuos en algunas transiciones.

Los adolescentes se balancean entre la genitalidad que se está consolidando, el autoerotismo y la bisexualidad.

Pickles y Rutter²⁸ examinaron el desarrollo individual dentro del marco de "puntos de transición" que se refieren a aquellos eventos que tienen el potencial de alterar la conducta, el afecto, la cognición o el contexto y resultar en un cambio para toda la vida.

El que un evento se convierta en un "punto transicional" para un individuo está ligado a un sinnúmero de condiciones que incluyen: 1. el desarrollo anterior a la transición, 2. el tiempo en el que ésta se da, 3. la experiencia individual de cada evento y 4. el contexto en el que ocurre, es decir, la primera relación sexual, el primer rechazo, el primer beso, marcarán de manera diferente a cada individuo y su vida en adelante, dependiendo de todos los factores antes mencionados, lo que para alguien fue un hito en su vida, para otro pudo pasar incluso desapercibido.

Las transiciones y demandas del medio que ocurren en el momento de la transición pueden resultar en diferentes tipos de cambios conductuales, tales como: la aparición de nuevas conductas, la desaparición, la alteración y el remodelamiento de otras.²⁷

La sexualidad a menudo es vista como la suma de conductas sexuales y no como un proceso que acompaña al individuo a lo largo de toda su vida, que está íntimamente relacionado con los gustos, manera de ser, rol, autonomía y no sólo se reduce a unas cuantas conductas evidentemente sexuales. A pesar de que el mundo adulto quiera ignorar la sexualidad y su desarrollo, ésta forma parte esencial de la vida del individuo y del desarrollo de su identidad, sobre todo en la vida de los jóvenes, tengan o no experiencias tácitamente sexuales.

La sexualidad adolescente, producto de la interacción de factores biológicos y sociales, es una transición normal que forma parte del desarrollo adolescente, confor-

mada por una serie de eventos que pueden resultar en una transición que involucra gran variedad de sentimientos pensamientos y conductas, dependiendo del contexto y del factor subjetivo.

Algunos signos de alarma que servirían para identificar la posibilidad de un trastorno en esta área serían fundamentalmente el infantilismo importante, negación o exageración de temas y conductas relacionados con la sexualidad.

5. Cambios en la conducta y el humor

Una de las características del adolescente es la necesidad de control a través de convertir todo en acción, incluso el pensamiento, y es difícil que él mismo pueda mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, a pesar de que lo intente; de hecho, lo esperado es que las manifestaciones conductuales sean fluctuantes, mientras que lo atípico se relacionaría con la rigidez.

Depresión y ansiedad, así como sentimientos de frustración, desaliento y aburrimiento acompañan el camino del adolescente, como consecuencia de los duelos por los que tiene que transitar. La elaboración de estos duelos determinará la intensidad de dichos sentimientos.

Ante la frustración provocada por la sensación de fracaso por no conseguir satisfacción, el individuo se repliega en sí mismo lo que produce el sentimiento de soledad característico de esta época, por otra parte, los mecanismos de defensa que tiene que utilizar frente a todos los cambios y pérdidas lo pueden llevar a rápidas y drásticas modificaciones de su estado de ánimo, que puede ir de la desesperanza más profunda a la exaltación más exacerbada, una falla en la elaboración puede llevar a trastornos del humor o de la conducta, cuyas señales de alarma fueron mencionadas con anterioridad.

Una de las características del adolescente es la necesidad de control a través de convertir todo en acción, incluso el pensamiento,

CONCLUSIÓN

En conclusión, se puede afirmar que el adolescente se encuentra en un periodo de cambios constantes en el que no ha dejado de ser niño pero tampoco es aceptado ni está listo para enfrentar las responsabilidades de la adultez y que en consecuencia es esperable que esta época sea turbulenta o al menos confusa, sin embargo, es imprescindible considerar el desa-

rollo anterior, el contexto social, los factores familiares y biológicos como factores que influyen en la manera en la que se vivirá y resolverá este periodo.

Lo normal de lo patológico se diferenciará fundamentalmente por la frecuencia e intensidad de conductas que pueden ser normales y por la manera en que los diferentes factores interactúen entre sí. ■

Conducta en el adolescente

Existe un gran interés en nuestra sociedad y en especial en el ámbito de la salud mental, por entender la conducta del adolescente; por lo que necesita ser cuidadosamente estudiada en su contexto temporo-espacial y situacional, tomando en cuenta los indicadores de riesgo y así ser analizada y entendida, para poder emitir un juicio de si una conducta es "normal" y propia de esta etapa del desarrollo, en respuesta a su entorno, o bien se presenta como manifestación prodrómica de un padecimiento, o como un síntoma de un trastorno ya establecido.

La conducta del adolescente "típico" se describe en múltiples ámbitos, sobre todo en los medios masivos de comunicación, como explosivo con su energía sexual y su humor, frecuentemente deprimido o hasta suicida, propenso a tener arrebatos de mal genio sobre todo con sus padres, sin reglas, agresivo y desordenado, temerario en la conducción de vehículos, promiscuo en sus relaciones sociales y sobre todo sexuales, fumador, bebedor y usuario de drogas ilegales,¹ descuidado en su forma de comer y con pobre apego a la práctica deportiva estructurada. Este cuadro, poco atractivo, se cuestiona que represente realmente a los adolescentes.

Aun cuando el adolescente tenga un desarrollo con base en los parámetros esperados para su edad, una inteligencia normal, un ambiente familiar sin conflictos frecuentes y/o graves y un estilo de vida estable; puede ver afectado su rendimiento académico (laboral), mostrar datos de inadaptación a los estándares sociales, sentirse marginado y poco comprendido por los adultos, así como, reunirse con sus pares, que en múltiples ocasiones se encuentran en circunstancias

similares, en busca de la aceptación y comprensión que cree no tener.

El concepto de *conducta de riesgo* lo definiremos entonces, como una conducta que puede comprometer el bienestar, la salud y el curso de la vida de un adolescente; la mayor importancia está en la potencialidad de que dichas conductas, acarreen consecuencias adversas o resultados negativos. Por lo tanto las conductas de riesgo pueden ser consideradas como factores de riesgo para que surjan repercusiones indeseables sobre la personalidad, la socialización y el desarrollo.²

Aunque sabemos que el comportamiento antisocial está definido por características del comportamiento que contravienen las normas sociales, se debe reconocer la heterogeneidad de éste,^{3,2} y hay que tomar en cuenta cuatro factores que influyen en el riesgo de que se presenten problemas graves del comportamiento: los individuales, los relacionales, los del contexto comunitario y los relacionados a la estructura de la sociedad, que la Organización Mundial de la Salud llama generales.

Dentro de los individuales, que incluyen lo biológico, se encuentran la influencia de los cromosomas, de las hormonas, las lesiones y el funcionamiento cerebral, así como la historia personal que aumenta la posibilidad de que una persona se convierta en víctima o perpetradora de actos violentos. Los relacionales, que incluyen el modo en que la relación con la familia, los amigos, la pareja y los compañeros influyen en el comportamiento. En lo que se refiere al contexto comunitario se toma en cuenta cómo se desarrollan las relaciones sociales tanto en la escuela, como el vecindario, entre otros, y se intenta identificar cómo las características de estos

La conducta del adolescente "típico" se cuestiona que represente realmente a los adolescentes.

Conducta de riesgo es una conducta que puede comprometer el bienestar, la salud y el curso de la vida de un adolescente; la mayor importancia está en la potencialidad de que dichas conductas, acarreen consecuencias adversas o resultados negativos.

ambientes incrementan el riesgo de que aparezcan trastornos conductuales (por ejemplo, la pobreza, la densidad de población, carencias de capital social, altos niveles de movilidad residencial, existencia de tráfico de drogas en la zona, etc.). Los factores generales se refieren al cómo las normas sociales contribuyen a crear un clima en el que se alienta o inhibe la violencia y hay que poner especial atención a los medios de comunicación y la exposición repetida a medios electrónicos (televisión y videojuegos) así como el contenido y el contexto de los estímulos a los que ha sido expuesto.

Ya que entre los extremos de normalidad y enfermedad evidente hay un amplio espectro conductual,⁴ reforzamos la idea de tomar en cuenta y analizar el entorno del adolescente con "problemas de conducta"; para lo cual es importante evaluar varios criterios como los siguientes: interrelación entre los problemas conductuales, variación de acuerdo a la edad en que se presentan los problemas conductuales, factores de riesgo generales y específicos, variabilidad de los factores de riesgo con la edad y los que predicen al joven con multiproblemas.

Se mencionarán a continuación estudios que intentan demostrar cómo los cuatro factores antes mencionados (individuales, relacionales, comunitarios y generales), por separado o en interacción, tienen influencias en la modulación de la conducta, sobre todo en lo que se refiere a la agresión y/o conductas antisociales.

Sabemos que numerosos sistemas orgánicos intervienen para generar diferentes conductas.

Sabemos que numerosos sistemas orgánicos intervienen para generar diferentes conductas. La agresión es modulada en varios niveles cerebrales, existen sistemas que bajo algunas condiciones de estimulación permiten la aparición de respuestas agresivas, y por el contrario, existen otros sistemas funcionales que pueden inhibir esas conductas; el sistema límbico, en específico la amígdala, el hipotálamo

y la sustancia gris central del mesencéfalo, desempeñan las funciones más importantes para el control de la agresividad; pero existen además interacciones complejas entre diferentes áreas del sistema límbico y otros sistemas neurales y hormonales, que facilitan o inhiben las conductas.

Con relación a los neurotransmisores, el más investigado ha sido la serotonina; las investigaciones de los últimos 20 años sugieren una fuerte relación inversamente proporcional con la agresión y la impulsividad; aunque las influencias de la dopamina, norepinefrina y vasopresina son controversiales, las investigaciones revelan que tienen una relación indiscutible con la agresión, sin ser determinante de que esa correspondencia sea con un incremento o un decremento de estas sustancias.⁵ Existen evidencias de cómo algunos movimientos endocrinos tienen repercusión sobre la agresión, por ejemplo: los niveles elevados de testosterona son un factor adicional en una población predispuesta a desarrollar conductas antisociales.⁶

Con respecto a la herencia, los estudios en gemelos, familias y adoptados, sugieren factores genéticamente determinados vinculados a conductas agresivas.^{1,3,7,9}

La complejidad de la interacción entre cerebro, conducta, inmunidad y salud ha sido advertida por siglos, pero es en los últimos años que se incrementa notablemente el entendimiento de la especificidad de las interacciones involucradas. Se ha informado que los productos inmunocíticos (citoquinas) tienen efectos neuropsiquiátricos y sobre la conducta, aunados a su papel en la regulación de la respuesta inmune. Los estudios en animales y en humanos adultos han aumentado nuestros conocimientos pero son pocas las investigaciones que han abordado la infancia, donde las interacciones psiconeuroinmunológicas pueden afectar

potencialmente un adecuado desempeño para toda la vida. Las investigaciones de estas interacciones en niños y adolescentes actualmente en vías de desarrollo sin duda proveerán de información valiosa.⁸

Se sabe que los adolescentes que han padecido algún tipo de psicopatología durante la infancia son más susceptibles de presentar continuidad de la patología y/o algunas otras agregadas: como en el caso del déficit de la atención, que aunque en la adolescencia persiste, también se suele agregar otro trastorno de conducta, de uso y abuso de sustancias o trastornos del humor; así lo demuestran múltiples estudios,² entre ellos los de Haahes A. *et al* en los que 62% de los pacientes adultos estudiados con un trastorno de uso de sustancias, lo habían iniciado antes de los 18 años y 56% de estos, había tenido antes del trastorno por uso de sustancias, otro trastorno psicopatológico, en particular el TDAH, la ansiedad generalizada u otros trastornos disruptivos.¹⁰

Los estresores psicosociales (pobreza, carencia de medios, conflictos de pareja, divorcio, desempleo, enfermedad de algún miembro de la familia, incorrecto ejercicio de la autoridad e inadecuadas redes de apoyo) se han estudiado para determinar el grado de influencia en la modulación o producción de conductas agresivas y los estudios, sin ser deterministas, hacen mención de que la combinación de dichos factores, ya sea entre ellos o con otros (biológicos o individuales), hace más probable la aparición de manifestaciones conductuales problemáticas.^{6,4,11,12}

Con la exposición a comportamientos violentos de forma vivida o por medios electrónicos, los estudios de Berkowitz⁶ demuestran que se intensifican las reacciones agresivas de jóvenes frustrados por su falta de habilidad para completar un rompecabezas, y que habían visto una película con escenas de agresión explícita.

Los efectos de la intimidación sobre el estado de la salud mental son innegables, al revisar el estudio de Bond L., *et al.*¹³ en el que refieren que "ser victimizada tiene un impacto negativo en el bienestar emocional de las mujeres adolescentes jóvenes, independientemente de sus relaciones sociales; por lo que la apariencia de "intimidado" puede servir de predicción de problemas emocionales en la adolescencia".

La combinación de la violencia en los medios, la violencia en la comunidad y la violencia en casa son tres factores que se refuerzan mutuamente.¹⁴

La combinación de estresores psicosociales es ampliamente mencionada por diferentes autores, para la aparición de problemas de conducta: por ejemplo Lewinsohn menciona que las variables independientes que parecen predecir trastornos depresivos recurrentes en la adolescencia son: confianza emocional, múltiples episodios de depresión, una historia familiar de episodios recurrentes de trastornos de depresión mayor y altos niveles de síntomas de trastornos limítrofe o antisocial, y en los hombres un "estilo de atributos positivos", así como en las mujeres síntomas de trastornos de personalidad y un incremento en los conflictos con los padres. El estrés elevado y las relaciones interpersonales y conflictivas, igualmente colocan a los adolescentes en riesgo para el uso de sustancias (drogas).¹⁵

Ante la frustración provocada por la sensación de fracaso por no conseguir satisfacción, el individuo se repliega en sí mismo, lo que produce el sentimiento de soledad característico de esta época, la frustración definida por Dollard (1939) como "una privación o separación de una actividad dirigida a un fin" puede dar lugar a agresión, esto ha sido confirmado en múltiples ocasiones, en diversas circunstancias; además parece

Se sabe que los adolescentes que han padecido algún tipo de psicopatología durante la infancia son más susceptibles de presentar continuidad de la patología y/o algunas otras agregadas.

La combinación de estresores psicosociales es ampliamente mencionada por diferentes autores, para la aparición de problemas de conducta.

La frustración desencadena reacciones de acuerdo a la forma de enfrentarla.

que no sólo induce una conducta disruptiva sino puede desencadenar actitudes hostiles, aunque también existen investigaciones en las que sólo hay respuestas agresivas en aquellos menores en quienes anteriormente se había reforzado esta conducta. A decir de algunos autores, la frustración desencadena reacciones de acuerdo a la forma de enfrentarla. Ya sea la postura freudiana en la que la tolerancia a la frustración implica la noción esencial de la capacidad para retardar la satisfacción de todo deseo, en un apego a la realidad como contraparte al placer que implica la satisfacción inmediata del mismo, o la de Rosenzwaig en la que sostiene que la frustración "existe cada vez que el individuo encuentra un obstáculo más o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera".¹⁶ Con lo anterior queda claro que no siempre la frustración lleva consigo una reacción agresiva abierta, ya que existen variables que modifican de manera clara la forma de expresarla, sobre todo en circunstancias o ambientes en donde la respuesta agresiva no es tolerada; sin por ello dejar de causar una reacción de incomodidad, dolor, ira, etc. cuando no se sabe cómo enfrentarla y de análisis o búsqueda de soluciones factibles cuando el manejo es adecuado.

Es por todos conocida la influencia de los padres y del entorno familiar en el desarrollo o no de ciertas conductas;

Es por todos conocida la influencia de los padres y del entorno familiar en el desarrollo o no de ciertas conductas; es determinante para ello, el cómo ejercen los padres su autoridad, la firmeza y constancia de la disciplina o normas establecidas, así como la permisividad y falta de límites. Esto se pone en evidencia en el estudio de Cherlebois P, Vitaro F, Normandeau S y Rondeau N, quienes al hacer una intervención en menores disruptivos; el tener una previa relación positiva madre-hijo, funcionaba como factor de mejor pronóstico y permanencia de las modificaciones adquiridas en el primer año del programa.¹⁷

La expansión del campo de las conductas de riesgo del adolescente se ha acompañado del crecimiento paralelo de los esfuerzos para explicarlo.² En resumen, mencionaremos las conclusiones de Shaffer D, Meyer-Bahlburg H, Stokman.⁶ "Existen pruebas de que hay ciertos individuos, con más frecuencia de sexo masculino que femenino, que son característicamente agresivos durante la adolescencia. Los incidentes que provocan su conducta agresiva son principalmente los que interfieren de alguna forma con la ejecución de alguna acción intencionada, o bien los que producen dolor o humillación. Estos casos pueden producir respuestas agresivas con frecuencia si son experimentados durante estados de activación, que pueden incluir el haber contemplado escenas violentas en una película, programa de televisión o videojuegos, estos son también los principales precipitantes de la conducta agresiva en los niños sin problemas conductuales anteriores.

Hasta el momento no existe una explicación satisfactoria de por qué algunos niños son más agresivos que otros; los estudios de los factores puramente biológicos, tales como el número y tamaño de los cromosomas, los niveles de andrógenos, la respuesta inmunológica, las anomalías cerebrales localizadas, etc. no han revelado información suficiente para entender el porqué de la agresión. La agresión frecuente es más común en los niños de baja inteligencia y entre los niños que tienen relaciones de hostilidad con sus padres. Puede ser que la agresión persistente sea más probable cuando el niño tiene un temperamento *difícil*, es criado en circunstancias que no facilitan el aprendizaje de modelos alternativos de defensa o expresión y que, además, ha experimentado que la conducta agresiva es instrumentalmente ventajosa o sirve para llamar la atención."

Los trastornos de conducta se caracterizan por conductas persistentes y repeti-

tivas que violan los derechos básicos de otros o normas trascendentales de la sociedad; el curso de los trastornos de conducta es variable, la instauración más común es entre la infancia media y adolescencia media, después de los 16 años es poco común; y el pronóstico es peor mientras más temprana es la instauración.

Los síntomas de alarma o factores de riesgo a ser evaluados podrían ser ira intensa, ataques de furia o pataletas, irritabilidad extrema, impulsividad extrema, muy poca tolerancia a la frustración, conductas repetitivas que pongan en evidencia que no se contempla los derechos de propiedad (robar) ni se tiene consideración hacia los demás.

A continuación vamos a hablar de algunas conductas disruptivas como la agresión física, las conductas encubiertas, las conductas delictivas como el robo, y el uso de sustancias; que pueden aparecer o hacerse más evidentes en la adolescencia; que por su naturaleza son de difícil manejo. Pero no sin antes insistir en que su análisis y la ubicación en su contexto, nos darán indicios para descubrir si la situación del adolescente puede ser manejada con medidas conservadoras enfocadas al ambiente familiar o tiene que ser evaluado y/o tratado por un especialista en salud mental.

El adolescente extremadamente rebelde, que presenta agresión física o tiene conductas encubiertas, representa grandes dificultades de manejo y puede comportarse de esa manera como una sobreactuación de los mandatos sociales, en otras palabras, llevar al límite las capacidades de riesgo, de exploración o del ejercicio de la violencia. También como una respuesta a la interrelación con padres desinformados del proceso adolescente, que motivan se perpetúe la conducta infantil o esperan el surgimiento inmediato de conductas "adul-

tas". Otra razón para la aparición de conductas de difícil manejo, es la necesidad del adolescente de ser "percibido", para lo cual el adolescente debe encontrar conductas mediante el ensayo, la imitación o la tradición que puedan ser vividas por él y percibidas por los demás como un signo de la opción tomada en cada circunstancia.¹⁸ Por ello, defender el honor, asumir los riesgos e imitar al grupo son de las principales tensiones que deben enfrentar los adolescentes varones. No se debe pasar por alto que existen jóvenes con multiproblemas de conducta que deberán ser estudiados detenidamente y dirigir los esfuerzos a la búsqueda de aquellos factores de riesgo que se reporta, son fuertes predictores de este tipo de adolescentes, como serían: la carencia de culpa, problemas de hiperactividad-impulsividad-inatención, bajos logros, pobre comunicación padre-hijo y estrés parental. También buscar los de baja pero consistente predicción como son: edad mayor para el grado escolar, pobre supervisión, la no inclusión del menor, desdicha en los padres, padres con problemas de conducta o uso de sustancias, padres con ansiedad/depresión, nivel socioeconómico bajo, familia con asistencia social, maltrato físico y desacuerdos paternos acerca de la disciplina, entre otros.

En el caso de los adolescentes que roban, lo hacen por varias razones: para tener cosas iguales a las de sus pares, mostrar valentía, hacer regalos y aumentar su popularidad entre los amigos, por recibir mayor atención, expresar su ira en contra de alguien, temor a expresar su dependencia, etc.

Las medidas que deben ser implementadas se relacionan con desarrollar o fomentar en el adolescente un respeto por la propiedad y consideración hacia los demás: como animar al adolescente a pagar o devolver lo robado, asegurarse de que no obtenga beneficios de lo robado,

Los síntomas de alarma o factores de riesgo a ser evaluados podrían ser ira intensa, ataques de furia o pataletas, irritabilidad extrema, impulsividad extrema, muy poca tolerancia a la frustración, conductas repetitivas que pongan en evidencia que no se contempla los derechos de propiedad (robar) ni se tiene consideración hacia los demás.

El adolescente extremadamente rebelde, que presenta agresión física o tiene conductas encubiertas, representa grandes dificultades de manejo y puede comportarse de esa manera como una sobreactuación de los mandatos sociales,

En el caso de los adolescentes que roban, lo hacen por varias razones: para tener cosas iguales a las de sus pares, mostrar valentía, hacer regalos y aumentar su popularidad entre los amigos, por recibir mayor atención, expresar su ira en contra de alguien, temor a expresar su dependencia, etc.

no etiquetarlo con adjetivos que devalúen, remarcar los valores positivos de la familia y lo inaceptable de esa conducta. Pero si la conducta de robo no es única, es persistente y continúa a pesar de tomar las medidas sugeridas, probablemente el robo sea el resultado de un problema grave del desarrollo que habrá de ser evaluado por un especialista en salud mental.

Los adolescentes que usan sustancias (drogas) no dejan de estar en gran riesgo cuando las usan por curiosidad (primera vez), ya que una cuarta parte de los que lo hacen así, continúan siendo usuarios.¹⁹ El riesgo también lo notamos cuando observamos los porcentajes de adolescentes que usan alguna sustancia durante el último año y tienen criterios para dependencia a esa sustancia. Los porcentajes informados para nicotina son de 20%, para alcohol de 8%, para marihuana de 14%, y para cocaína de 11%.² También sabemos que el abuso de cocaína en los adolescentes conlleva a consecuencias más rápidas y graves que en los adultos, ya que el tiempo que transcurre entre el primer contacto y la adicción es de cuatro años en adultos y de 1.5 años en adolescentes.⁹ Debemos resaltar que entre los adolescentes las sustancias de abuso más frecuentes son alcohol, tabaco, marihuana y cocaína¹² y que los rangos determinantes para dependencia aparecen entre los 12 y 30 años, con un pico entre las edades de 16 a 19. A pesar de lo antes mencionado no podemos catalogar a un adolescente que ha tenido una intoxicación o varios contactos de uso mínimo, como portador de un trastorno establecido; para ello existen criterios e indicaciones precisas a evaluar y así llegar a un diagnóstico. Lo importante es no dejar de lado que, en múltiples ocasiones, debe ser tomado en cuenta que los criterios pueden variar según del tipo de sustancia que se esté analizando. Y no hay que olvidar que el consumo de sustancias ilegales que aparece antes de la adolescencia

media, hace más probable que el adolescente presente posteriormente delincuencia, trastornos psiquiátricos graves y conductas antisociales.^{7,12}

Los siguientes datos corroboran como el consumo de drogas ilícitas frecuentemente comienza entre los estudiantes, en la adolescencia. En el Reino Unido se informa que de 5% a 20% de los estudiantes consumen drogas, que entre 2% y 5% las consumen semanalmente y que el máximo de prevalencia de consumo se da entre los 14 y 16 años de edad.²⁰ En los estudiantes de Jamaica entre los 15.7-16.8 años de edad, el estudio del consumo de drogas ilegales mostró que 10.2% consumían marihuana, 2.2% cocaína, 1.5% heroína y opio, 1.2%.¹²

En México, según el doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, al presentar la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (26 de junio 2003), la edad de inicio en el consumo experimental de cualquier droga se ubica en promedio en los diez años. Además de que cinco de cada 100 mexicanos mayores de 12 años de edad han probado hasta en cinco ocasiones alguna droga; de ellos, uno de cada cuatro continúa con este consumo.

Los rangos determinantes de dependencia para alcohol, tabaco, marihuana y cocaína aparecen entre los 12-30 años con un máximo de representación entre los 15 y 19 años.

Los motivos para usar sustancias ilegales pueden ser: la curiosidad, la "necesidad" de experimentar, una conducta explícita de rebeldía, inconformidad, insatisfacción, valor o necesidad de aceptación por el grupo, solidaridad con pares, autoafirmación o también como manifestación de una necesidad afectiva o de evasión.

Se mencionan factores sociales que pueden influir en el uso de sustancias como son la permisividad del entorno, la facili-

Los motivos para usar sustancias ilegales pueden ser: la curiosidad, la "necesidad" de experimentar, una conducta explícita de rebeldía, inconformidad, insatisfacción, valor o necesidad de aceptación por el grupo, solidaridad con pares, autoafirmación o también como manifestación de una necesidad afectiva o de evasión.

dad para conseguir las y la sensación de poco o nulo peligro y dentro de los factores familiares se puede citar al consumo de bebidas alcohólicas o de drogas en la familia y la pobre o nula comunicación intrafamiliar.

Con lo anterior podemos insistir que se debe realizar una evaluación y vigilancia del adolescente por personal especializado, siempre que exista uso riesgoso de algún tipo de sustancias ilegales o no y como datos de alarma podemos mencionar los siguientes: padecer psicopatología antes de la adolescencia, fracaso escolar y cambios de conducta relacionados con la sospecha de uso de sustancias.

Es importante tener en mente otras conductas que podrían ser consideradas como de alarma y que se presentan de forma importante en el adolescente de nuestra sociedad actual, entre ellas mencionaremos: conducir de forma riesgosa, el uso de tatuajes, la alimentación poco nutritiva, o la de practicar insuficiente ejercicio. Estas conductas no ocasionan daños directos e inmediatos; pero sí tienen el peligro latente o a largo plazo de ocasionar daños a la integridad física o en la salud del adolescente; además de las consecuencias sobre lo familiar, social, el desempeño académico/laboral y no en pocas ocasiones, en asuntos legales.

Como ejemplo mencionaremos que muchos estudios han demostrado la interrelación entre ciertos rasgos de personalidad (rebeldía, alienación, independencia, desafiante a la autoridad), prácticas riesgosas al conducir (alta velocidad, beber y conducir), reducida influencia de los padres, con choques automovilísticos y violaciones de tránsito. Encontramos también a quienes "buscan emociones fuertes" como motivación de una forma de conducir riesgosa o aquellos que se han visto inmersos en múltiples problemas conductuales, como uso de marihuana, fuer-

te uso de alcohol y tabaco, problemas legales, u otras conductas delictivas. Entonces es importante reconocer que la forma de conducir de un joven nos debe hacer reflexionar sobre su estilo de vida. Y el intentar cambios sobre algunas características de este estilo, podrían ser la clave para disminuir o minimizar el riesgo de lesiones al conducir vehículos de motor.

En lo relacionado al uso de tatuajes, estos han cumplido distintas funciones según la época o la cultura y han sido usados como: señal de identidad, de pertenencia a un grupo determinado y marcar a sus miembros; en algunas épocas el tatuaje era un castigo o una señal de esclavitud, en otras un símbolo de poder y distinción. Ha habido épocas en que los tatuajes eran exclusivos de los marineros y viajeros, de gente "extraña" y supuestamente de bajo nivel, o tal vez extravagante. En los años ochenta la cultura del tatuaje empezó a extenderse en el mundo del rock, del heavy y del punk; sin embargo, en los últimos años los tatuajes han ido ganando popularidad entre personas de todos los niveles sociales, de todas las edades y culturas. No es raro observar entonces que los adolescentes adopten esta forma de expresión como un elemento más en la búsqueda de identidad, de pertenencia, o tal vez sólo de seguimiento de modas.

Los riesgos en el uso de tatuajes los representan las infecciones (como el VIH) transmitidas por los instrumentos con los que se tatúa al individuo, el sangrado de diferente intensidad, las reacciones alérgicas a los productos usados, la cicatrización queloide, los granulomas como reacción de cuerpo extraño y la insatisfacción por el propio diseño del tatuaje o a largo plazo por lo permanente de éste. Por ello es importante que el adolescente que pretende usar esta técnica deba ser alertado tanto de sus motivaciones como de los riesgos.

Los riesgos en el uso de tatuajes los representan las infecciones (como el VIH) transmitidas por los instrumentos con los que se tatúa al individuo, el sangrado de diferente intensidad, las reacciones alérgicas a los productos usados, la cicatrización queloide, los granulomas como reacción de cuerpo extraño y la insatisfacción por el propio diseño del tatuaje o a largo plazo por lo permanente de éste.

La alimentación poco nutritiva, práctica común en nuestros días, no sólo por los adolescentes, sino por buena parte de la población en general, es motivada por múltiples factores, entre ellos los que se relacionan con los medios masivos de comunicación y la mercadotecnia de los grandes consorcios de alimentación rápida (*fast-food*), aunado a esto la gran demanda de alimentos propia de esta etapa del desarrollo, hace del adolescente un "seguidor" del consumo de este tipo de productos. Como consecuencia, la pobre nutrición sería un resultado natural, aunque si pensamos en la combinación de otros muchos factores las consecuencias podrían ser mayores y dentro de ellas los trastornos de la alimentación y la obesidad ser los más probables.

QUÉ HACER CON UN ADOLESCENTE QUE TIENE PROBLEMAS DE CONDUCTA

Como las conductas persistentes, la combinación de múltiples datos de alarma o la integración de un diagnóstico de psicopatología no son "normales" a ninguna edad. Una evaluación completa por un profesional de la salud mental, en la que se exploren los diferentes ambientes en los que el adolescente se desenvuelve (biológico, escolar, familiar y social), facilitará una actitud comprensiva y aportará las sugerencias hacia el adolescente, sus familiares y otros personajes del entorno.

Es importante entender que los problemas de conducta tienen su origen en la combinación de múltiples variables, por lo que una solución única no existe; por el contrario, hay que actuar simultáneamente en varios sectores para prevenirlos, por ejemplo:

Hacer frente a los factores de riesgo individual y adoptar medidas encaminadas a fomentar actitudes y comportamientos saludables en los adolescentes durante su desarrollo y a modificar actitudes y com-

portamientos en los menores que ya sean problemáticos o que corren el riesgo de serlo.²¹ Así que ayudar al adolescente a aprender cómo controlar su ira, a expresar su frustración de manera apropiada, asumir responsabilidad en sus actos y aceptar las consecuencias, son medidas adecuadas.

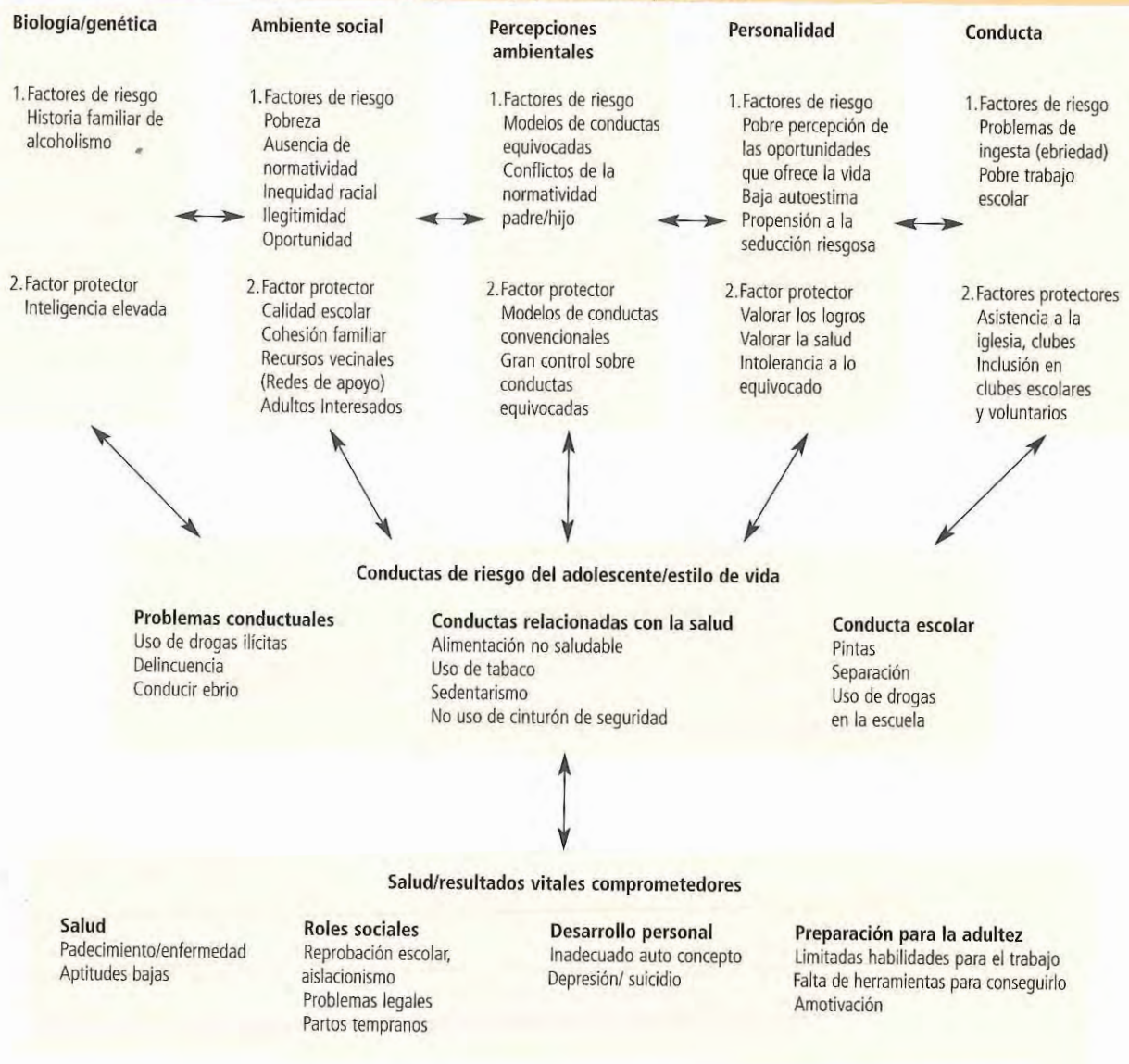
Es deseable influir positivamente en las relaciones personales más cercanas y trabajar para fomentar un entorno familiar saludable,²¹ así como brindar apoyo y ayuda profesional a la persona con patología médica psiquiátrica o no psiquiátrica, los conflictos de pareja o disfunción familiar. Por lo que propiciar la integración familiar, hacer conciencia en los padres de su papel en la identificación durante el desarrollo del menor y sugerir a los padres que deben fomentar actividades sublimatorias, sobre todo de la agresividad, como actividades deportivas, que despierten la curiosidad, la solidaridad y el compañerismo.

Se deben intentar acciones hacia la comunidad en la que se desenvuelve el adolescente como la escuela o el vecindario, etc. destinadas a hacer frente a los problemas que pueden conducir o inducir los actos antisociales.²¹ Al mismo tiempo, que el adolescente participe en reuniones grupales que promuevan la discusión de sus conflictos.

Se debe prestar atención a los factores culturales, sociales y económicos que contribuyan en algún grado a la aparición, fomento o mantenimiento de problemas de conducta y en lo posible llevar a cabo acciones para modificarlos.²¹

Es importante mencionar que la aparición del comportamiento antisocial en la adolescencia se ve determinada en gran medida por su entorno, no se asocia con hiperactividad y no tiende a persistir en la edad adulta ni a relacionarse con trastornos sociales generalizados. ■

Interrelación del dominio conceptual de los factores de riesgo y los factores protectores²



Desarrollo psicosexual normal y anormal de la adolescencia

DESARROLLO PSICOSEXUAL NORMAL

Introducción

El desarrollo sexual ocupa un lugar esencial en el desarrollo evolutivo del ser humano, tanto por las manifestaciones de la conducta sexual en el entorno social y la regulación afectiva, como por las teorías del desarrollo que describen una influencia causal de diversos trastornos emocionales y de la personalidad vinculados al desarrollo sexual. Para la mejor comprensión del desarrollo psicosexual normal en la adolescencia es necesario distinguir los siguientes conceptos:

- Identidad de género: el concepto que un individuo tiene de sí mismo como varón o mujer.
- Conducta sexual tipo: se define como el conjunto de características conductuales que diferencian a los sexos.
- Orientación sexual: se refiere a la elección del objeto sexual; heterosexual, homosexual, bisexual, etc.

Como en otros procesos del desarrollo, el desarrollo sexual en los adolescentes se puede ver como un despertar de la identidad sexual de manera conjunta con el incremento en el aprendizaje social. Los procesos de aprendizaje social estructuran la exploración de la intimidad, expresada por medio de comportamientos que se extienden desde el escarceo hasta la cópula. La búsqueda de una comprensión más completa del inicio de las relaciones sexuales tempranas ha dado lugar a descripciones de correlaciones más complejas y numerosas entre el pensamiento individual y el contexto de las variables que influyen sobre la probabilidad de que una persona inicie su actividad sexual. Los resultados de investi-

gaciones han descrito un cuadro notable, detallado y complejo de los antecedentes del comportamiento sexual adolescente, sólo que han documentado la relación entre las diversas variables, no los procesos o los medios que ocurren en el desarrollo sexual y su expresión.²

Para una mejor comprensión del desarrollo sexual en el adolescente se deben incluir los contextos sociocultural, políticos, y económicos dinámicos en los cuales se expresa. Las influencias de múltiples contextos incluyen, pero no se limitan a una sola opinión y creencia (Ej., identidad sexual, sensaciones sexuales, noción del amor, etc.) y los mensajes de los adolescentes, mezclados con los cuestionamientos que reciben de sus diversos entornos sociales. *El desarrollo sexual temprano, como resultado de procesos interactivos, debe ser conceptualizado como normativo y formativo por las influencias multidimensionales y complejas.*³

Teorías del desarrollo psicosexual. Las teorías biológicas afirman que las diferencias sexuales se establecen al comienzo de la vida fetal con la influencia de factores genéticos y hormonales, lo que sugiere que los mecanismos biológicos participan en diversas facetas de la sexualidad. Los enfoques cognoscitivos vinculan el desarrollo al proceso de organización cognoscitiva, sustentados en la idea de que la adquisición de identidad genérica es resultado del juicio inicial de realidad del niño, además de estar influido por las diversas variables ambientales.

Los teóricos del aprendizaje social consideran que la imitación o identificación con los modelos del mismo sexo y el refuerzo diferencial de las conductas sexuales tipo constituyen la base del desarrollo psicosexual. Las teorías psicoanalíticas

sustentan que el desarrollo psicosexual constituye el factor fundamental sobre el funcionamiento de la personalidad. Sus formulaciones se resumen en las etapas psicosexuales (oral, anal, fálica, latencia y genital), la noción de energía libidinal (impulso sexual) y los procesos involucrados en la identidad genérica.³

Fase inicial de la adolescencia

Cambios físicos. Es un periodo comprendido entre los 11 y 13 años en las mujeres y de 11.5 a 14 años en los varones. Es el periodo de cambios biológicos importantes; se produce un aumento de peso y crecimiento longitudinal y se inician los cambios en los caracteres sexuales secundarios. La curva de aumento de peso empieza a elevarse. Inicia la acumulación de tejido adiposo en las mujeres y la masa muscular en los varones. El crecimiento esquelético sigue un esquema diferencial en ambos sexos. En este periodo empiezan a desarrollar los caracteres sexuales secundarios; crecen las mamas y areolas, aparece el vello púbico y se extiende próximamente. En el varón aumentan la longitud y grosor del pene, empiezan a crecer los testículos y aparece la pigmentación del escroto, el vello facial y axilar. Puede aparecer la menarquía en algunas mujeres, el momento de su aparición está relacionado con otros acontecimientos de la pubertad, se relaciona estrechamente con la fase de desaceleración de la curva de aumento de la talla e indudablemente está determinada por los factores genéticos, nutricionales, entre otros. Desde el punto de vista neurofisiológico disminuye el periodo de latencia del sueño y aumenta la somnolencia diurna, signo que puede ser malinterpretado por los padres como apatía o pereza.^{4,7}

Cambios psicosociales. El inicio de la adolescencia se desarrolla en tres escenarios: en la familia, el grupo de amigos y en la escuela. En cada ambiente se presenta una serie de interacciones que determinan el

resultado del desarrollo psicosexual. La tarea inicial con la familia es el desarrollo de la independencia y suele ser una etapa en la que más se perturban las relaciones intrafamiliares, al mismo tiempo en que el adolescente comunica un mayor deseo de intimidad y se produce un distanciamiento del padre del sexo contrario, al deseo expresado o no por el joven de que sus padres expresen el conflicto, su necesidad de autonomía, que con frecuencia reaparecen las necesidades parentales no resueltas. La tarea con las relaciones amistosas se desarrolla de forma característica con personas del mismo sexo y tienden a centrarse más en la actividad conjunta, descrita como la amistad, carente de profundidad y reciprocidad.

En el ámbito escolar el desarrollo parece ser determinado por diversos factores. La sincronía del desarrollo puberal con el desarrollo del grupo son determinantes de los ajustes que aparecen en esta etapa. Los varones con desarrollo tardío tienen peores resultados académicos y menores expectativas y aspiraciones que aquellos que maduran de manera temprana. Por su parte, las mujeres que maduran tempranamente cursan con baja autoestima y mal rendimiento escolar que aquellas que se desarrollan de manera tardía.

La aparición de las diferencias sexuales cognitivas al inicio de la adolescencia, se describe con mayor aprovechamiento escolar.

Fase media de la adolescencia

Cambios físicos. Es un periodo comprendido entre los 12 y 14 años en las mujeres y de 12.5 a 15 años en los varones. Es el periodo de mayores cambios; se produce una aceleración del aumento de peso y crecimiento longitudinal y se continúan los cambios en los caracteres sexuales secundarios. La curva de aumento de peso alcanza su pico máximo, seis meses después la curva del aumento

de la talla alcanza su máximo valor. Aumenta la acumulación de tejido adiposo en las mujeres y la masa muscular en los varones. El crecimiento esquelético sigue un esquema diferencial en ambos sexos, la mayor anchura biacromial en los varones se determina por los andrógenos, mientras que el contorno femenino con mayor diámetro bitrocantéreo depende de la acción de los estrógenos. En este periodo se siguen desarrollando los caracteres sexuales secundarios; crecen las mamas y areolas, el vello púbico se oscurece, se torna más áspero, se riza y se extiende proximal y lateralmente. En el varón aumentan la longitud y grosor del pene, crecen los testículos y se incrementa la pigmentación del escroto, el vello facial y axilar se extiende, y coincide con la aparición del olor corporal, producto del estímulo androgénico, es frecuente que muchos varones sufran ginecomastia. El momento álgido de la adolescencia en la mujer es la menarquia, si bien en la mayoría de las adolescentes de nuestro medio se presenta a los 12-13 años aproximadamente, el momento de su aparición está relacionado con otros acontecimientos de la pubertad, se relaciona estrechamente con el pico máximo de la curva de aumento de peso y con la fase de desaceleración de la curva de aumento de la talla e indudablemente está determinada por los factores genéticos, estado nutricional, la presencia de enfermedades médicas, etc. Desde el punto de vista neurofisiológico con la disminución del periodo de latencia del sueño puede mantenerse la somnolencia diurna, señal fisiológica que es malinterpretada por la propia familia.^{3,4}

Cambios psicosociales. Las interacciones con la familia, el grupo de amigos y con la escuela son similares a las de la etapa anterior. Aumenta la importancia por la escuela y por el grupo de amigos, empiezan a manifestarse las diferencias de sexos en las relaciones grupales. Las necesidades de los varones están dominadas por las necesida-

des de realización y autosuficiencia que se consolidan a través del grupo. En el caso de las mujeres preocupan más las relaciones interpersonales y el sentimiento de amor que se consolidan a través de las relaciones de pareja. En las relaciones amistosas, las mujeres valoran más la lealtad, el compromiso y la confidencialidad compartida.

Los grupos sociales suelen ampliarse y aceptan miembros del sexo opuesto y comienza la relación en pareja en diversas fases; suelen salir juntos sin mantener contacto físico o se besan y se acarician con la ropa puesta; en otra fase podrán tocarse los pechos y genitales desnudos o iniciar o mantener relaciones sexuales con un compañero o con varios. Aunque existen diversas variaciones de expresión sexual, pocos llegan a la relación sexual; si se llega a presentar, el riesgo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual es elevado. En esta fase el adolescente suele decidir su vocación y planes futuros, empieza a asimilar los efectos del desarrollo sexual y sus consecuencias. Según Erikson, es el periodo de la autoafirmación o del desarrollo de una identidad propia, momento en que se cristaliza la identidad sexual y se desarrolla el sentido de suficiencia sexual.

Fase final de la adolescencia

Cambios físicos. En la fase final del desarrollo de la adolescencia, el cuerpo va adquiriendo las proporciones y dimensiones adultas. El crecimiento longitudinal es observado, se completa el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el vello púbico se extiende hacia la cara interna de los muslos de ambos sexos, los genitales del varón alcanzan su tamaño adulto, se completa el tono de voz por acción de la testosterona sobre el cartílago tiroideo y cricoides, y de los músculos laríngeos, y la capacidad reproductiva, las mamas en la mujer alcanzan su configuración adulta, se adquiere la proporción adulta entre el fondo uterino y el cérvix.

Cambios psicosociales. En esta etapa los jóvenes suelen tomar decisiones sobre su futuro, la mayoría de las veces definitiva, la rebeldía de las etapas anteriores suele sustituirse por un giro gradual hacia la familia, en un plano completamente diferente. Aunque continúan siendo moralistas y con pensamiento absolutista, en esta etapa suelen ser más abiertos al diálogo con los padres. Empiezan a ser capaces de iniciar y mantener relaciones íntimas y empáticas con otras personas que sustituyen a las relaciones sexuales narcisistas y egoístas de etapas previas. Sobrevaloran la lealtad, la confianza y el apoyo de los amigos en las crisis emocionales. Según Erikson la crisis psicosocial del comienzo de la adolescencia es una crisis de identidad, a finales de la adolescencia es la necesidad de desarrollar la capacidad para intimar con otras personas. Una vez que el individuo tiene algo propio que ofrecer, ya es capaz de compartirlo.⁹

Evolución de los intereses sexuales

El interés por la diferenciación sexual del individuo, por la pertenencia a un grupo, la curiosidad por la procreación y el nacimiento, el interés por los juegos sexuales consigo mismo o con otras personas y el interés sexual por el sexo contrario, cambian con la edad. Es evidente que el conocimiento de los órganos sexuales es función de la percepción propia o ajena o de su manipulación. La función de los órganos es el resultado de un conocimiento, y el valor que se le atribuye depende en gran medida de la influencia del ambiente que puede ser facilitador u obstaculizador.

La *actividad autoerótica y masturbatoria* está inmersa en el desarrollo de la personalidad que a su vez contribuye a modificarla. Los cambios se producen en función del placer y de la actitud del ambiente, provocada al revivir situaciones anteriores difíciles por la reorganización de la vida adulta. El placer sexual es vívido y esperado, no por su relación con objetos

bien definidos, sino en relación con algo que hay que renovar. Posteriormente, mediante sistemas más concretos, los objetos de satisfacción se localizarán, se valorarán y se definirán con mayor facilidad, para convertirse en relaciones objetales y libidinales.

La masturbación en la pubertad puede significar algo radicalmente diferente entre una y otra persona, pero ya orientada por las fantasías que la acompañan. La elaboración de la fantasía se presentará en el sentido de las representaciones hacia el mismo sexo o el sexo contrario. Permitirá o se imaginará a la persona amada. Más que el resultado de una búsqueda de placer, la masturbación viene dada por un conjunto de circunstancias externas. Frente a este fenómeno el individuo responde a una clara incapacidad para establecer relaciones sociales auténticas, dificultad para comunicarse y presenta un conjunto de rasgos displacenteros. En la adolescencia la masturbación halla su último significado en relación con las vivencias propias de la edad, haciendo pensar en la plena situación afectiva y sexual característica de esta fase del desarrollo.

El fenómeno de la masturbación se plantea de diversos modos en el varón y la mujer. La excitación sexual masculina lleva a una erección y a una posterior eyaculación manifiesta, innegablemente existe una relación entre el estímulo y la reacción genital. Mientras que en las mujeres, no va seguida de un cambio genital visible, la complacencia y vanidad corporal, la exhibición de determinadas zonas corporales, como los pechos, son modos narcisistas y exhibicionistas de obtener satisfacción, que contribuyen a esperar el momento de la expresión de amor sexual. Pueden ser diversas las reacciones en la mujer si se masturba en el momento en que inicia su menstruación, la aparición de ésta puede impulsar a la mujer a dejar de masturbarse o, a la inversa, incitarla todavía más. En estos casos, la angustia y cul-

pabilidad relacionarán a la menstruación con ideas de crueldad, dolor y castigo, y pueden desencadenarse regresiones referentes a las diferencias anatómicas y problemas sexuales.

La *homosexualidad en los adolescentes* se observa en condiciones más precisas y diferentes a otras edades y se distinguen: los varones que se sienten atraídos por su mismo sexo y se extrañan de no interesarse por el sexo femenino, pueden inquietarse o aceptarla, esta conducta suele ser transitoria en esta etapa. Los adolescentes llevados al psiquiatra por sus padres, aterrados por la idea de que su hijo es homosexual o corre el peligro de serlo, puede ser un aspecto de desajuste de la personalidad o de la conducta; cuando se expresa la homosexualidad, puede acompañarse de obsesiones y compulsiones presentando un rechazo o excesiva aceptación homosexual. Por otra parte, los cuadros psicóticos del adolescente y específicamente en la esquizofrenia involucran una temática en que la homosexualidad está presente. Otro caso distinto es la homosexualidad latente que podría estar presente en adolescentes con rasgos pasivos, así como la homosexualidad asociada al abuso sexual en etapas previas a la pubertad. Existen otros factores que intervienen en la conducta homosexual; en niños que tienen hipererotismo sexual temprano, las relaciones homosexuales pueden ser impulsadas por la facilidad o el condicionamiento. Por último, tanto niños como adolescentes con rasgos antisociales pueden ser seducidos por adultos y emplear la homosexualidad por razones económicas.

La homosexualidad femenina tiene otras características; al inicio de la pubertad una niña puede sentir atracción por otra niña, puede ser una elección amorosa con alguien que se identifica o mediante la cual satisface su amor a sí misma. La relación suele ser inconsistente, pero el acercamiento tiene contenido erótico. Después de la pubertad las relaciones son

más complejas, puede ser una amistad sublimada, o expresar el erotismo y tener el carácter sexual. Suelen formar pequeños grupos en los que se asignan nombres masculinos, las tendencias bisexuales pueden estar presentes e influidas razones psicológicas; por ejemplo el miedo a la heterosexualidad, sobreidentificación con el padre o el hermano, etc. Como parte del desarrollo sexual, en la adolescencia se producen episodios homosexuales junto con conductas heterosexuales, manifestaciones que debemos considerar como recurrencias de confusión y dificultad para la diferenciación sexual. Indudablemente la influencia del ambiente, específicamente la interacción de los padres con el hijo, tiene importancia sobre la orientación sexual. El tipo de crianza en un ambiente familiar sexualmente atípico puede inducir a determinada elección sexual; los mecanismos de seducción, psicopatología relacionada con la sexualidad, o la estimulación sexual temprana del niño, el miedo de los padres a la homosexualidad, pasividad ante las conductas homosexuales, entrenamiento del desarrollo donde la orientación no está claramente definida y la educación afectiva en la familia.⁸

DESARROLLO PSICOSEXUAL ANORMAL

El desarrollo anormal en la adolescencia se enfocará sobre dos tipos de hechos: los cambios sexuales por el funcionamiento orgánico y las correspondientes patologías y los trastornos de la identidad sexual.

Cambios sexuales por el funcionamiento orgánico

Las alteraciones del desarrollo sexual debido a una causa médica son la identificación de una alteración sexual considerada que ha sido producida exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Son diversas las enfermedades que pueden producir trastornos sexuales; enfermedades neurológicas (es-

cleriosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal), enfermedades endocrinas (diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiper o hipoadrenocostisolismo, hiperprolactinemia, padecimientos hipogonadales, alteraciones hipofisiarias), enfermedades vasculares y genitourinarias (trastornos testiculares, enfermedades uretrales, infecciones o lesiones de genitales internos y externos).

La *pubertad precoz* se refiere a la pubertad anterior a los ocho años en las niñas y a los nueve a diez años en los varones. No difiere de la pubertad normal sino por la edad en que se sobreviene y cuyo estímulo obviamente se origina en el centro regulador hormonal en el sistema nervioso central. En el varón muestra un desarrollo simultáneo de pene y testículos, los niveles hormonales hacen aparecer la excreción de FSH con aumento moderado de 17-cetosteroides, aumento de las células de Leydig y la descendencia de semen. La excesiva producción de hormonas masculinas provenientes de la corteza suprarrenal puede regularizarse mediante tratamiento con esteroides. Las consecuencias psicosociales en el varón si los cambios hormonales no son significativos, regularmente son aceptados sin mayores problemas; la fuerza y capacidad atlética, así como la superioridad física los hace sentir con mayor confianza y seguridad. Contrario a lo que ocurre en el desarrollo tardío, los jóvenes presentan sentimientos de inadecuación, dificultades para socializar, comportamiento infantilizado y sentimientos de inseguridad.

En las mujeres suele distinguirse la evidencia de pubertad precoz, no hay signos virilizantes, como suelen darse en falsas pubertades precoces de origen suprarrenal y por la presencia de tumores ováricos. La acción de los estrógenos permitirá el desarrollo prematuro de los caracteres sexuales secundarios. En ambos sexos el diagnóstico diferencial debe hacerse con tumores secretores de hormonas gonadotropinas; corioepitelioma, teratoma o hematoma.

Las consecuencias psicosociales en la mujer suelen ser diversas, la precocidad no es bien aceptada, pueden ocultar signos externos visibles, presentan miedo de llamar la atención, debido a su crecimiento acelerado surge el temor de engordar y frecuentemente se sienten presionadas por varones mayores. Algo distinto ocurre con la maduración tardía, tienen menos problemas emocionales y regularmente su desarrollo está al mismo nivel que los varones con desarrollo psicosexual normal.

Investigaciones sobre el efecto de la *epilepsia* y los fármacos antiepilépticos en los aspectos físicos y hormonales del desarrollo sexual de los pacientes masculinos con epilepsia, han reportado que los valores medios del volumen testicular y de la longitud del pene son menores en los pacientes en los diversos subgrupos de edad, y el vello púbico apareció tardíamente en los pacientes.¹⁴ Los valores medios de los niveles de la testosterona, del estradiol, hormona luteinizante (LH) y de hormona foliculoestimulante (FSH) eran perceptiblemente más altos, los autores concluyen que la reducción en el volumen testicular y la longitud del pene, los valores medios perceptiblemente más bajos de la testosterona libre en los pacientes que recibían politerapia en el subgrupo de adolescentes tardíos, fueron más significativos que en quienes recibieron monoterapia; sin embargo, hay retraso en el desarrollo sexual de los pacientes masculinos con epilepsia. Pacientes con *enfermedad de Crohn* han demostrado un retardo en la maduración sexual.¹⁵

Desde la perspectiva de la sexualidad, se han investigado los pensamientos, sensaciones, desarrollo físico y la identidad, el impacto de la *hemofilia*, que influye en las diversas etapas del desarrollo físico y psicosexual, con ideas falsas sobre la sexualidad y preocupaciones únicas en esta población que incluyen incapacidad física, preocupación por el VIH, efectos secundarios de la medicación y otras

complicaciones. Las estrategias para la discusión, comunicación, esclarecimiento sobre el desarrollo normal e intervenciones sobre la educación sexual sobre tópicos específicos son necesarias en este grupo de pacientes.¹⁶

Investigaciones sobre las *conductas sexuales en el autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo* sugieren una variedad de expresiones del comportamiento. Sin embargo, el curso del desarrollo sexual en autismo es desconocido, lo que plantea preguntas sobre la normalidad de comportamientos específicos. Incluso menos se sabe sobre desviaciones del desarrollo sexual y de la incidencia de parafilias en esta población. Pueden presentarse los comportamientos hipersexuales que usualmente pueden suprimirse con medicación que modula los impulsos. Debido a la falta de programas educativos específicos y terapias conductuales, en algunos países usan antiandrógeno inyectable, el leuprolide; los resultados de estos ensayos aún se discuten.¹³

Trastornos sexuales inducidos por sustancias de prescripción o de abuso

Es un grupo de trastornos sexuales secundarios, se observan con mayor frecuencia en adolescentes mayores y adultos. Consiste en una alteración clínica que provoca malestar o dificultad en las relaciones interpersonales. Según la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y excitación sexual, el orgasmo o producir dolor. Generalmente son debidos a los efectos fisiológicos del alcohol, sustancias con acción estimulante (anfetaminas, cocaína), sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, antihipertensivos, neurolépticos, esteroides anabólicos, antiepilépticos, entre otros. La intoxicación aguda o el abuso crónico de las sustancias, disminuye el interés por el sexo, pueden aparecer trastornos de la excitación y los trastornos del orgasmo más frecuente en varones. Las alteraciones sexuales induci-

das por sustancias se diferencian de los trastornos primarios por el hecho de que los síntomas se explican por los efectos directos de alguna sustancia.¹⁻³

Anormalidades genéticas

La exposición de hembras a exceso de andrógenos como resultado de la *hiperplasia suprarrenal congénita* causa un grado variable de virilización de los órganos genitales externos. La identidad del género en tales individuos es generalmente femenina incluso en mujeres virilizadas y a pesar del hecho de los cambios del comportamiento. Las mujeres con hiperplasia suprarrenal congénita tienen comportamiento del género masculino, pero éste ocurre generalmente en mujeres seriamente virilizadas debido al retraso en el diagnóstico, corrección quirúrgica o que se retrasaron con la terapia con glucocorticoides.

Los niños expuestos a estrógenos exógenos o progestágenos durante la gestación tienen fenotipos masculinos o femeninos apropiados; en general, tales agentes tienen solamente efectos de menor importancia en comportamiento sexual dimorfo y no influyen sobre la identidad conductual de género.

Los *hermafroditas verdaderos* tienen testículos y ovarios, los pueden tener el varón, la hembra, o presentar fenotipos ambiguos. En tales individuos, el comportamiento del papel del género corresponde generalmente al sexo de asignación, aunque muchos de ellos tienen características sexuales secundarias anómalas. Las mujeres con disgenesia gonadal tienen fenotipos femeninos y comportamiento femenino del papel de la identidad de género. Puesto que tales mujeres tienen deficiencia de estrógeno, se ha deducido que el estrógeno ovárico desempeña en el mejor de los casos un papel de menor importancia en la evolución de la identidad femenina del género.

La mayoría de los individuos con el *síndrome de Klinefelter* tienen fenotipo masculino, comportamiento masculino del papel del género, lo que sugiere que los estrógenos no desempeñan ningún papel de continuación en la identidad de género después de la época de la pubertad prevista, presentan ginecomastia y signos de hiperandrogenismo, genitales pequeños, duros e insensibles.¹⁶

El *síndrome de Turner* es un síndrome de agenesia ovárica o disgenesia gonadal. Se caracteriza por apariencia femenina, baja estatura, y múltiples anomalías somáticas, la más característica es el cuello palmeado. Falta de caracteres sexuales en la pubertad, falta de menstruación, genitales externos inmaduros, falta de desarrollo mamario, pilosidad de pubis tardía. Algunos pacientes cursan con deficiencia mental, en otros casos su CI es superior, con retraso o debilitación en el desarrollo social y sexual, los trastornos mentales específicos son ajenos al síndrome.

La *criptorquidia* es una anomalía bastante frecuente, aun contando con que se suele corregir por sí sola en el primer año de vida. Al margen de consideraciones psicológicas, con el objeto de aplicar un tratamiento quirúrgico temprano, los testículos ectópicos sufren cambios degenerativos que llevan a la esterilidad una vez pasados los cinco años, además de ir acompañados de una hernia inguinal, y tras la pubertad, es mucho más frecuente una degeneración maligna testicular. Los padres y sus hijos dan gran importancia al desarrollo testicular y del escroto, a su papel en el desarrollo afectivo y específicamente lo concerniente al desarrollo de la identificación sexual. Estudios han informado ansiedad, depresión y pasividad en este grupo de pacientes.

Las mujeres XY con la resistencia profunda del andrógeno debido a las mutaciones del receptor del andrógeno desarrollan un fenotipo femenino y un comportamiento femenino inequívoco. La identidad de gé-

nero y su comportamiento corresponden con el desarrollo anatómico predominante y por lo tanto con el entorno hormonal prenatal. Esta conformidad puede sustentar las perturbaciones que incluyen los patrones contradictorios en los cuales las mujeres virilizadas o los varones feminizados durante la adolescencia presentan un desarrollo incompleto de las características sexuales secundarias en la pubertad.¹¹

Las hormonas testiculares podrían ser determinantes importantes de la identidad conductual del género, puesto que también controlan el desarrollo de la identidad externa de los órganos genitales (y por lo tanto la asignación del sexo y el sexo anatómico estaría casi invariablemente igual en este grupo de pacientes). En tal sentido, es difícil o virtualmente imposible en la mayoría de los estudios sobre trastornos del intersexo, comprobar el grado en el cual los factores psicosociales y los determinantes endocrinos contribuyen a este desarrollo; porque la influencia de los factores psicosociales corresponde casi siempre con los factores anatómicos y endocrinos.

El comportamiento del papel del género en individuos con *pseudohermafroditismo masculino* con el desarrollo sexual anormal experimentan un rechazo en comportamiento del papel del género (y rechazo en identidad del género) en una cierta edad después de que la identidad del género se considera generalmente fija e irreversible. La mayoría de tales individuos son masculinos y cursan con falta de virilización de los órganos genitales externos y quienes probablemente les asignaron el sexo femenino desde el nacimiento. A lo largo del tiempo la asignación del sexo resulta en estigmatización debido a las anomalías anatómicas. El cambio en comportamiento del papel del género es generalmente de mujer a varón.

Los cambios en el comportamiento en el *pseudohermafroditismo femenino* del papel

de género es de varón a mujer; se trata de sujetos provistos de gónadas femeninas, frecuentemente funcionales, cuyo sexo cromosómico y de los órganos genitales internos son generalmente femeninos, pero cuyos genitales externos han sufrido una masculinización en el proceso de la vida fetal.¹²

Individuos con un trastorno del intersexo a lo largo del tiempo de la asignación del sexo claramente resulta en estigmatización debido a sus anormalidades anatómicas. Sin embargo, la ambigüedad de los órganos genitales no puede ser la causa única de cambios en comportamiento del papel del género. Acuden generalmente a la atención médica debido a la virilización en la pubertad o debido a falta de menstruación. En la evaluación endocrina se encuentran niveles bajos de la testosterona (para los hombres) y niveles variables del estrógeno.

Los pacientes con *mielomeningocele* (deformidad toracolumbar) cursan con desarrollo cognoscitivo normal y más que presentar perturbaciones psicosexuales, presentan psicopatologías afectivas asociadas que de alguna manera alteran el funcionamiento psicosexual. La adaptación psicológica de adolescentes al desarrollo físico y sexual se refiere a la experiencia corporal entera. Los estudios demuestran que ante problemas como esta deformidad física, el desarrollo psíquico puede beneficiarse con tratamiento psicológico.¹¹

Disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Incluyen los trastornos del deseo sexual, aversión al sexo, trastornos de excitación sexual en la mujer y de erección en el varón, trastornos del orgasmo, trastornos sexuales por dolor y disfunciones debidas a

enfermedades médicas o inducidas por sustancias.

Las *parafilias* se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Las parafilias incluyen: exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, paidofilia, masoquismo, sadismo, fetichismo transvestista y voyeurismo. Estos trastornos no son incluidos en las alteraciones del desarrollo en los menores de edad.¹⁻³

Trastorno de identidad sexual en los adolescentes

En niños o púberes se manifiesta por una marcada preocupación por actividades femeninas tradicionales y una atracción fuerte hacia juegos y pasatiempos típicos del sexo contrario. Los adolescentes expresan una identificación persistente e intensa con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser o la insistencia de que es del otro sexo. Se manifiesta malestar persistente por el sexo asignado, o sentimientos de inadecuación sobre el papel que desempeña de su sexo. El inicio de las actividades e intereses por el otro sexo se presenta generalmente entre los dos y cuatro años de edad, sólo un pequeño número de niños continuará en etapas posteriores de la adolescencia tardía y la adultez. El diagnóstico debe establecerse en ausencia de enfermedad intersexual, presentar malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. La prevalencia se estima entre uno de cada 30,000 varones y una de cada 100,000 mujeres en población adulta; en menores de edad no existen registros. Debe diferenciarse de los amañamientos propios del comportamiento de inconformidad con el papel del propio sexo, que es frecuente en los niños.¹

CONCLUSIÓN

Las diversas líneas de investigación sobre el desarrollo psicosexual y sus alteraciones nos permiten formular afirmaciones consistentes sobre la importancia de los diversos factores implícitos y explícitos del desarrollo psicosexual. Desde el nacimiento los genitales del niño son los principales determinantes para ser considerado niño o niña. En la siguiente etapa, el sexo de asignación y la educación familiar y social son los principales determinantes de la identidad de género, que ocurre alrededor de los tres a cuatro años; sin embargo, pudiera permanecer indeterminada y puede cambiar bajo circunstancias específicas, tal podría ser la conducta sexual tipo (con la que el niño se comporta de una manera esperada, se sentirá identificado con ese sexo, lo que viene a reforzar la identidad genérica o puede ser presionado hacia el comportamiento opuesto). Las influencias parentales y psicosociales que refuerzan las conductas sexuales y el desarrollo de características específicas de la pubertad, dan lugar a ciertos cambios de actitud.

Las hormonas sexuales masculinas y femeninas juegan un rol importante para el desarrollo de las conductas sexuales tipo y en

el impulso sexual, sin embargo el rol sexual se ve influenciado por el entorno ambiental y las normas culturales. También se constituye por los propios atributos y percepciones tanto del aspecto físico como de la identidad de género.

En cuanto a las anomalías del desarrollo psicosexual; más que para entender el desarrollo normal se enfoca nuestro interés al conocimiento del funcionamiento en condiciones especiales, como en las malformaciones genéticas, cromosomopatías, enfermedades médicas que aparecen en el progreso del desarrollo, consumo de sustancias de prescripción o de abuso y los trastornos de identidad que aparecen a temprana edad. Este grupo de trastornos requiere intervenciones multidisciplinarias.

Las experiencias sexuales y sociales parecen tener mayor influencia sobre las diferencias individuales de intereses y actividades sexuales.

Finalmente hay que destacar que el desarrollo psicosexual está estrechamente ligado al desarrollo social y emocional, los problemas interpersonales o la ansiedad social pueden o no, tener consecuencias psicosexuales. ■

Desarrollo de la psicopatología en la adolescencia

La etapa de adolescencia típicamente genera más confusión que la etapa de la infancia y adultez. Arnett¹ confirma las áreas de confusión en la adolescencia: problemas afectivos, conductas de riesgo y conflictos con los padres.

Aunque hay grandes diferencias en estas áreas entre los jóvenes, el hecho de la problemática afectiva y el incremento de la conducta de riesgo no son atípicas durante este periodo del desarrollo; sugiere que las conductas asociadas con formas psicopatológicas de internalización y externalización están en aumento. Así, el límite entre lo normal y lo psicopatológico o anormal, llega a ser menos claro.

Los temas involucrados en la psicopatología del desarrollo en el adolescente incluyen el uso de modelos interdisciplinarios del desarrollo, temas relacionados a la continuidad y discontinuidad del proceso a lo largo de la vida, los límites y enlaces entre lo normal y anormal, adaptación o funcionamiento patológico, la transición que ocurre entre el ambiente y características personales, los procesos asociados con el riesgo y resiliencia, y la integración de investigaciones básicas desde la prevención e intervención oportuna.

La Psicopatología del desarrollo considera los conceptos de la inadaptación y los trastornos inherentes al individuo, dentro de un marco conceptual en la relación dinámica entre el individuo y los contextos interno y externo.

Más que el defender una teoría singular que explicara para todo un fenómeno del desarrollo, la psicopatología del desarrollo se esfuerza para integrar el conocimiento a través de disciplinas científicas en múltiples niveles de análisis y dominios. Ade-

más aborda no solamente ciertas diferencias en la manifestación de los síntomas en diversos periodos del desarrollo, sino el grado en que estos convergen y divergen en el contexto de la organización biológica, psicológica y social, y cómo están relacionados con síntomas y síndromes.

Una aproximación del desarrollo, requiere que un tema o asunto de interés sea conceptualizado en términos de cómo estaría manifestado en un punto de vista de las capacidades del desarrollo particular y logros del periodo del desarrollo adolescente, por ejemplo la capacidad cognitiva y emocional que debe de contener a un adolescente con un evento traumático y lo que éste significa ante la edad.

De este modo, las consideraciones a las capacidades del individuo, enlazadas con otros dominios psicológicos y biológicos, son esenciales para entender las expresiones de alguna alteración durante el periodo de este proceso de la adolescencia o para los procesos durante algún periodo del desarrollo.

Un análisis del desarrollo también requiere que el funcionamiento actual del adolescente sea considerado dentro del contexto de cómo esos niveles de funcionamiento son transformados sobre el curso del desarrollo. Las influencias distantes y su relación dinámica a causas proximales, necesitan ser delineadas (ibíd).

Un análisis del desarrollo también beneficia no únicamente el conocimiento de la progresión de experiencias prioritarias a la adolescencia, sino también el conocimiento de las trayectorias subsecuentes del desarrollo de individuos hacia la adultez. Pueden existir diferentes modelos adaptativos en la adultez. De este modo, la adaptación a lo largo de la vida es trascendental.

Los temas involucrados en la psicopatología del desarrollo en el adolescente incluyen el uso de modelos interdisciplinarios del desarrollo, temas relacionados a la continuidad y discontinuidad del proceso a lo largo de la vida, los límites y enlaces entre lo normal y anormal, adaptación o funcionamiento patológico, la transición que ocurre entre el ambiente y características personales, los procesos asociados con el riesgo y resiliencia, y la integración de investigaciones básicas desde la prevención e intervención oportuna.

La investigación del funcionamiento psicopatológico durante la adolescencia no únicamente provee información de parámetros y origen de un trastorno durante el periodo específico del desarrollo, también significados de comparación y contraste a través del curso de la vida, ofrece un "darse cuenta" dentro de las variaciones potenciales en procesos causales que pueden operar dependiendo de cuándo se presenta un trastorno; por ejemplo se tiene evidencia que los trastornos depresivos en la adolescencia e infancia pueden ser influenciados por factores genéticos y psicosociales. Ambos trastornos incrementan el riesgo para las subsecuentes depresiones en la adultez.

Estudios longitudinales clínicos y un estudio en la comunidad citado por Birmaher² refiere que en los niños con depresión mayor se incrementaron los riesgos de padecerla en la adolescencia. El promedio de duración del episodio depresivo en niños fue de ocho a 13 meses, y de 50 a 90% de los niños con trastorno depresivo mayor tuvo franca recuperación. Treinta por ciento de estos niños experimentaron una recaída, y 24 a 70 meses después se recuperaron completamente de su problema. Todos los estudios mostraron que el trastorno depresivo mayor en la infancia está asociado con mayor riesgo de suicidio, problemas conductuales, abuso de sustancias, y problemas sociales, académicos y familiares. El trastorno depresivo en adolescentes fue asociado con morbilidad psiquiátrica (abuso de sustancias, trastornos de personalidad) y psicosocial (pobre rendimiento escolar, intentos de suicidio); aquellos adolescentes que experimentaron dos o más episodios con depresión mayor mostraron significativamente aumento en la morbilidad psicosocial y se incrementó el riesgo de recurrencias para suicidio, así como otros problemas psiquiátricos del desarrollo como abuso de sustancias.

Estos resultados sugieren que los estresores psicosociales juegan un papel muy impor-

tante en el inicio de la depresión en la infancia, comparado con el inicio de la depresión en la adolescencia, por lo que se subraya la necesidad primordial de atención, ya que pueden contribuir a la psicopatología durante diferentes periodos del desarrollo.

Aplicar el conocimiento del desarrollo del adolescente normal para el estudio de la psicopatología, es decisivo para delinear en qué proceso del desarrollo se han vertido en forma dispar aquellas manifestaciones de un trastorno; incluso antes de la emergencia del trastorno psicopatológico ciertos caminos señalan o suponen compromisos adaptativos o fallas en el desarrollo normal, que pronostican psicopatología comórbida, por ejemplo niños con temperamento difícil, con inhibición conductual, niños que han desarrollado un vínculo ansioso y manejado una alta separación de ansiedad en los primeros años de vida, pueden consecuentemente desarrollar una perspectiva de impotencia en consideración a cambios sociales. Estos niños pueden contribuir a la gran ansiedad que han experimentado, y desarrollar obsesiones, compulsiones y trastornos agregados que se presentan.

Los psicólogos del desarrollo están interesados en descubrir caminos a la adaptación competente a pesar de la exposición a condiciones de adversidad, por ejemplo Masten³ encontró en una investigación longitudinal de los caminos a la resiliencia e inadaptación de niños y adolescentes, que muchos adolescentes gracias a ciertos recursos parentales y un buen funcionamiento intelectual fueron asociados con resultados positivos a través de la variable del dominio de competencia, aun estando en un contexto de adversidad importante.

La *resiliencia* es la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella, se ha demostrado que en niños y adolescentes

expuestos a los mismos factores de riesgo, reaccionan de manera diferente, unos pueden presentar problemas psicosociales y otros superan éste obstáculo. Tagle⁴ define a resiliencia como la capacidad de estos adolescentes de resistir a la adversidad, y convivir con los factores de riesgo sin involucrarse en los problemas, y salir airoso ante éstos, lo que se asocia a su vez con un buen ajuste y una adecuada salud mental, así como se relaciona con factores de riesgo y factores protectores.

Los factores con probabilidad de mayor riesgo, especialmente si se originan en la misma familia, serían: desacuerdos graves en la familia, nivel socioeconómico bajo, hacinamiento y familia numerosa, criminalidad paterna, trastorno psiquiátrico materno e institucionalización de los hijos; Otros autores señalan la excesiva ansiedad materna, rigidez en las actitudes, creencias o valores de la madre con respecto al desarrollo del niño, déficit en el rol de la madre que dificulta la interacción con su hijo, educación materna mínima, poco apoyo familiar y eventos estresantes en la familia.

Es imprescindible mencionar algunos de los factores de riesgo que pueden provocar trastornos del desarrollo psicosocial, como las patologías médicas, abuso de sustancias, alcoholismo, trastornos mentales, fracaso escolar, desempleo, desajustes sociales, y el principal factor de riesgo aislado: la pobreza, con riesgo al acceso limitado a la salud y educación, con mayor exposición a peligros ambientales, posibilidades limitadas de empleo, y otros (ibíd).

Los factores individuales de alto riesgo tienen que ver con el temperamento, la sociabilidad, la actividad, la inteligencia, y la competencia en habilidades. Los factores familiares también dependen de la calidad de los lazos afectivos y situaciones de estrés que promueven o no el apoyo emocional familiar. Así también influyen los factores de apoyo externos de escuela, trabajo o instituciones laborales diversas.

Cuando existen estos apoyos, se fortalece y reconforta al niño y adolescente, éstos son ya factores protectores.

Retomando más de los factores protectores dentro del ámbito del adolescente, se pueden mencionar, la comunicación con sus familiares, amigos, compañeros, la recreación de las madres para ocupar un rol determinado y constante, así como la autoestima del adolescente. Padres y tutores que favorecen la independencia, fomentan reglas, límites y enseñan a adquirir responsabilidades en sus diversas tareas cotidianas, con base en un sentimiento de confianza, y un mensaje claro y constante con el ejemplo, que la adversidad se puede superar (ibíd).

Es de vital importancia hacer mención de un buen vínculo que debe de establecerse entre los padres y su hijo, el cual está dado por la identificación, el favorecer la internalización de los valores paternos, la calidez familiar, el fomento de una buena autoestima, así como la actitud de los padres ante cualquier situación reactiva que se presente.

La actitud y percepción del adolescente ante cualquier reacción ambiental o problemática, tiene que ver además con la impresión subjetiva que le da el joven, con el significado que ofrece para él. Así, el niño y el adolescente, es desafiado a crear fortalezas o resiliencias, lo que llamamos el modelo de desafío (ibíd).

Wolin y Wolin⁵ proponen siete cualidades protectoras que todo individuo puede tener: *insight*, independencia, interacción, iniciativa, creatividad, humor y moralidad.

Estas cualidades, fungirán como protectores en conjunto para una persona, ante adversidades del medio, por lo que el adolescente será capaz de desarrollarlas para enfrentar las adversidades con mejores elementos y tendrá mayores probabilidades de salir airoso de éstas.

La resiliencia es la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella, se ha demostrado que en niños y adolescentes expuestos a los mismos factores de riesgo, reaccionan de manera diferente, unos pueden presentar problemas psicosociales y otros superan éste obstáculo.

Los factores con probabilidad de mayor riesgo, especialmente si se originan en la misma familia, serían: desacuerdos graves en la familia, nivel socioeconómico bajo, hacinamiento y familia numerosa, criminalidad paterna, trastorno psiquiátrico materno e institucionalización de los hijos.

Los factores individuales de alto riesgo tienen que ver con el temperamento, la sociabilidad, la actividad, la inteligencia, y la competencia en habilidades.

Desde el punto de vista de la personalidad, podríamos referirnos a aquellos atributos de carácter y temperamento que nos hacen ser lo que somos y diferentes de otros. Estas características de personalidad de un individuo, pueden ser influidas por el aprendizaje, las experiencias y las enfermedades. Por ello es imprescindible tener siempre presente cualquier vicisitud que ocurra en los ámbitos biológico, sociocultural y psicológico, y abordarlos partiendo de las etapas normales del desarrollo.

El *temperamento* es un estilo individual de comportamiento para responder y hacer frente a los estímulos.

Chess and Thomas⁶ han definido nueve categorías de temperamento que son: nivel de actividad, ritmicidad, aproximación-retirada, adaptabilidad, intensidad de reacción, cualidad del humor, umbral sensitivo, distractibilidad y persistencia de la atención. Se tienen tres tipos de constelaciones del temperamento, el fácil, difícil, y lento para entrar en confianza. Buss & Plomin⁷ proponen cuatro factores independientes del temperamento: emocionalidad, actividad, sociabilidad e impulsividad.

Cloninger⁸ ha propuesto una teoría biopsicosocial de temperamento y desarrollo de la personalidad, este modelo conceptualiza la personalidad como una combinación de heredabilidad, rasgos básicos neurobiológicos (dimensiones del temperamento) y aprendizaje sociocultural.

Por otro lado, Costa & McCrae⁹ proponen cinco dimensiones de la personalidad referidas como sinceridad, conciencia, extroversión, afabilidad y estabilidad emocional, apropiadas para los adultos; sin embargo dos más pueden integrarse dentro de estos factores en el curso de la adolescencia y son: irritabilidad y actividad.

Diversos estudios en adolescentes han demostrado evidencia por tres tipos de

personalidad clasificados como: resilientes, sobrecontrolados y subcontrolados.¹⁰ Los tipos de personalidad resilientes demuestran efectiva funcionalidad en su vida cotidiana.

Evidencias sugieren que en los adolescentes, la sensación de autoeficacia y la creencia en que se puede contender con los cambios de estilo de vida, pueden ser más importantes que una sensación general de bienestar. Diversos estudios han demostrado que los factores y efectos protectores de un estilo positivo, aplicados en la planeación, son una reflexión, una sensación de poder controlar lo que le ocurre.

Un estilo de contención activa es probablemente de vital trascendencia,¹¹ entendiéndose como contención la capacidad de padres o tutores de dar apoyo verdadero, involucrando el compromiso con afecto positivo, lo que reforzará la idea en el adolescente de que es querido, aceptado y juega un papel importante, del que se espera lo mejor de él.

Alsaker¹² señala que es de suma importancia el impacto que puede tener el desarrollo puberal durante la temprana adolescencia y el rol de esta maduración en el ajuste psicológico. Recordemos que la maduración puberal está caracterizada por dos cambios importantes: incremento de las hormonas sexuales y cambios físicos. Es esencial tener en cuenta en el proceso del desarrollo del adolescente, el impacto posible de estos cambios y relacionarlos con la socialización, para entender los diferentes tipos de reacciones que se pudieran observar en estos jóvenes.

Para el clínico resulta valioso no perder de vista los cambios puberales y ajustes psicosociales que involucran de manera importante la imagen corporal, sentimientos al respecto, problemas de internalización y externalización que en esta etapa retoman un valor importante para la evaluación del adolescente.

Recordemos que la maduración puberal está caracterizada por dos cambios importantes: incremento de las hormonas sexuales y cambios físicos. Es esencial tener en cuenta en el proceso del desarrollo del adolescente, el impacto posible de estos cambios y relacionarlos con la socialización, para entender los diferentes tipos de reacciones que se pudieran observar en estos jóvenes.

Hay dos prerequisites que entran en juego como factores que pueden influir en el proceso de socialización en el adolescente, el primero son las normas y los roles que se establecen en la familia, comunidad, escuela y el segundo, los agentes que fortalecen la socialización.

Las tareas del desarrollo en términos del proceso puberal cobran importancia con respecto a lo real y lo percibido por ellos mismos, es decir, los jóvenes pueden diferir en:

1. La percepción de su propia maduración puberal.
2. La interpretación que le dan a los cambios que suceden en ellos.
3. El tipo de expectativas y actitudes que tienen al respecto.
4. Cómo manejan usualmente las tareas y cambios de su propio desarrollo.

Los conceptos centrales en este punto de vista son la percepción, interpretación y redefinición de las tareas del proceso puberal de la adolescencia (ibíd).

Las diferencias en las características del proceso adaptativo de la adolescencia tienen que ver con la calidad de la organización previa del desarrollo y la interacción con los procesos de riesgo y protectores del joven.

La calidad de organización en la competencia del desarrollo que los adolescentes llegan a alcanzar, se debe probablemente a la forma como influyen sus interpretaciones y respuestas ante los riesgos a los que están expuestos en todo momento y el esfuerzo que hacen para alcanzar una autonomía psicológica, misma que implica ser autónomos emocionalmente de la dependencia que se tenía con los padres, ser autónomos en sus conductas para funcionar de forma independiente y autonomía de autorresi-

liencia (enfrentar y salir adelante a las adversidades), así como cognitiva, que involucra la toma de decisiones. Estos tipos de autonomía se pueden fortalecer mediante la relación positiva con los padres.

Los adolescentes pueden reaccionar con mayor intensidad ante los periodos de transición (como cambios de escuela, situaciones familiares, etc.) por lo que su sensibilidad ante experiencias estresoras puede ser exacerbada; además el impacto de la transición sobre las capacidades adaptativas, es decir los cambios a los que se está enfrentando, pueden influir fuertemente su capacidad de adaptación, lo cual dependerá del grado de embate entre sus necesidades y el contexto en el que se dé. Así, la evolución del cambio puede tener un impacto significativo sobre el curso del desarrollo y ser un punto crítico para la secuencia limitada o total del desarrollo del adolescente.

Rodríguez¹⁵ refiere que es de relevancia entender y explorar las vicisitudes y manifestaciones propias del síntoma, de vital importancia que el clínico conozca la teoría y desarrollo de la adolescencia, el conocimiento de cierta conducta del adolescente en determinadas condiciones; recordemos que la adolescencia como proceso de individuación, es única y diferente en cada adolescente, es un proceso del desarrollo que construye e integra un concepto de sí mismo, una identidad, un proceso biológico de su sexualidad; en el contexto grupal, social, familiar, que sigue un patrón a la especie, pero también idiosincrásico del individuo, de expansión y desarrollo intelectual, de experiencia académica, de búsqueda de valores, ideales propios y la aceptación de la persona en concordancia con dichos ideales.

Thompson¹⁶ manifiesta que para entender el proceso biológico normal durante la adolescencia, deberemos conocer tanto la maduración neurológica global continua, como la corteza prefrontal y la sobrepro-

Los adolescentes pueden reaccionar con mayor intensidad ante los periodos de transición (como cambios de escuela, situaciones familiares, etc.) por lo que su sensibilidad ante experiencias estresoras puede ser exacerbada; además el impacto de la transición sobre las capacidades adaptativas, es decir los cambios a los que se está enfrentando, pueden influir fuertemente su capacidad de adaptación, lo cual dependerá del grado de embate entre sus necesidades y el contexto en el que se dé.

ducción de materia gris previo a la pubertad; debemos prever valiosos discernimientos dentro de los mecanismos que acontecen en la psicopatología, como la influencia del lóbulo frontal sobre la adolescencia, al hablar del centro de las funciones ejecutivas como el razonamiento, control de impulsos y planeación. Por ejemplo, en el inicio de la esquizofrenia en la infancia, las imágenes de resonancia magnética han revelado que hay cuatro veces más materia gris perdida en el lóbulo frontal de lo ocurre en la normalidad.¹⁸ En pacientes con esquizofrenia temprana, la reducción progresa durante la adolescencia.

La corteza prefrontal es la más inervada por neuronas dopaminérgicas, hay suficiente información que éstas puedan inervar en la patología esquizofrénica. Las divisiones regionales más precisas han demostrado que hay una asociación entre la anhedonia, abulia y aplanamiento afectivo, con la disminución de la sustancia gris ventromedial. Es posible que las estructuras aferentes y sus patrones de conexión de los lóbulos frontal y temporal sean los directamente responsables del padecimiento.¹⁹

Recordemos que las neuronas que parecen participar en la planificación se han identificado en la corteza frontal, los déficit funcionales que resultan del daño del lóbulo frontal humano son diversos, sobre todo si se afectan ambos hemisferios.

Recordemos que las neuronas que parecen participar en la planificación se han identificado en la corteza frontal, los déficit funcionales que resultan del daño del lóbulo frontal humano son diversos, sobre todo si se afectan ambos hemisferios. La corteza frontal incluye un repertorio más amplio de capacidades funcionales que cualquier otra región neocortical, está asociada con déficits conductuales muy diversos, lo que refleja el papel de esta parte del encéfalo en el mantenimiento de lo que normalmente consideramos la "personalidad" de un individuo. La corteza frontal imbrica la información perceptual compleja desde las cortezas sensitiva y motora y desde las cortezas de asociación parietal y temporal. El resultado en común es una apreciación del individuo en relación con el mundo que permite plani-

ficar y ejecutar normalmente las conductas. Cuando esta área se compromete, el paciente tiene dificultad para llevar a cabo conductas complejas que son temporal, espacial e incluso socialmente apropiadas. Se pone de manifiesto en la incapacidad para ajustar la conducta que se va desarrollando en la adolescencia a las demandas presentes o futuras y se interpreta en forma frecuente como un cambio en el "temperamento" del sujeto.²⁰

En la adolescencia, como un periodo del desarrollo, se deberán atender los caminos o rutas tempranas emergentes que pueden provocar psicopatología o inadaptación, esto con el fin de entender las variaciones en las trayectorias que operan en los individuos. Los conceptos de multifinalidad y equifinalidad dentro de la teoría general de sistemas son conceptos de importancia para entender estas rutas. La primera se refiere a que los diversos resultados pueden partir de cualquier punto de origen, pero no exhiben el mismo modelo de desarrollo posterior en los resultados, por ejemplo ser hijo de un padre alcohólico puede contribuir a que el adolescente desarrolle dependencia y abuso al alcohol. Sin embargo, no todos los descendientes desarrollarán esta dependencia en la adolescencia o en un periodo subsecuente.²¹

La equifinalidad se refiere a que un resultado determinado dependerá de diversas variables iniciales, indicando la diversidad en el proceso involucrado,²² por ejemplo algunos adolescentes que desarrollan un trastorno depresivo pueden tener una predisposición genética para ese trastorno, y otros pueden crecer en un ambiente de abuso de sustancias por parte de sus padres o haber experimentado maltrato infantil.

Aunque no se le ha prestado un interés a la influencia de la cultura en la patología del adolescente²³ es de vital importancia. La interrelación dinámica de riesgo y proceso protector puede tener un impac-

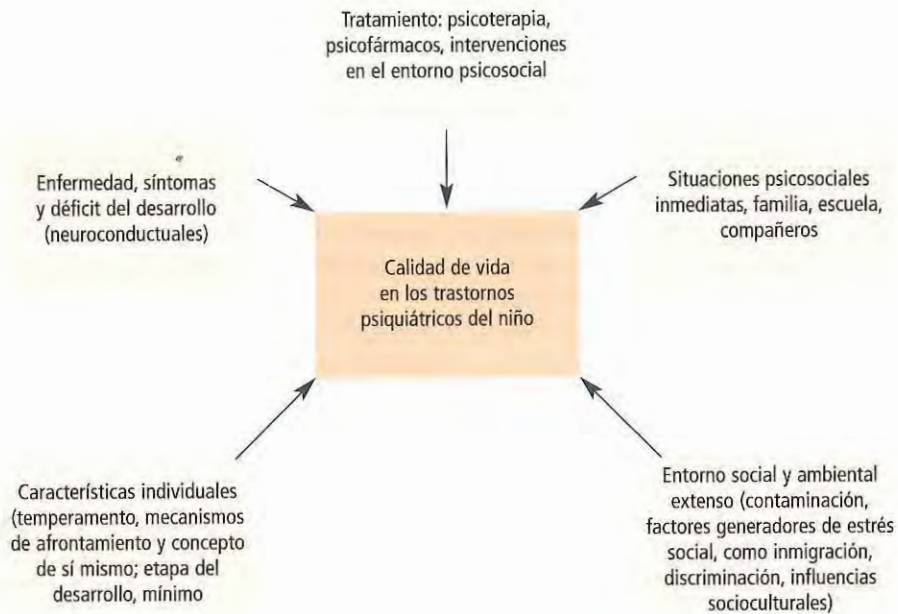


Figura 1. Influencias en la calidad de vida de los niños con trastornos psiquiátricos.

to diferente que depende de las normas culturales, prácticas, valores y creencias. Así el riesgo y los factores protectores en los cuales transcurren pueden variar dependiendo de las prioridades de la cultura. Consecuentemente, la respuesta del individuo ante un evento determinado, estará influida por las características culturales, así también puede influenciar el modo de la expresión del síntoma. De este modo, la psicopatología del desarrollo, el proceso causal y la adaptación, serán definidas con influencia de la cultura, así como también el curso de su desarrollo.²⁴

Bullinger²⁵ refiere que la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes es un proceso psicológico que describe aspectos físicos, sociales y mentales funcionales del estado de salud del individuo y de su actividad según su propio punto de vista. Existen cinco variables importantes para describir la calidad de vida en relación con la salud:

1. El trastorno con síntomas de deterioro
2. El tratamiento
3. Características personales del paciente
4. Condiciones de vida y educación en el entorno psicosocial próximo
5. Entorno social y ambiental más amplio.

Schmeck and Poustka²⁶ hacen mención de las influencias en la calidad de vida de los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos, los cuales están descritos en la Figura 1, donde muchos aspectos de la intervención en psiquiatría infantil y de la adolescencia están condicionados por el entorno social inmediato o ampliado del niño, las situaciones psicosociales inmediatas, el tratamiento, las enfermedades, síntomas y déficit del desarrollo y sobre las características individuales.

CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa de la vida por naturaleza compleja, que desajusta al individuo; que duele, por la clara separa-

Bullinger refiere que la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes es un proceso psicológico que describe aspectos físicos, sociales y mentales funcionales del estado de salud del individuo y de su actividad según su propio punto de vista.

Es importante tener presentes distintos factores como son sus cambios biológicos propios de su edad, su desarrollo psicosocial y dinámica familiar, las capacidades propias para enfrentar adversidades, el apoyo de su entorno social, y valorarlo como un individuo, un todo.

ción de la vida infantil e inicio de la edad adulta, que confunde al joven en un intento por rescatar algo de lo que se le escapa de las manos y alcanzar a la vez de forma ávida procesos más avanzados de su vida. Es un periodo de transición en el que el más mínimo elemento de anormalidad puede juzgarse como normal, o viceversa, una etapa en la que se confunde lo sano y lo patológico, un periodo de la vida en el que el individuo se hace tan susceptible para tomar caminos equivocados, con posteriores consecuencias.

Si partimos de estas premisas, deberemos entonces tener cuidado y ser muy meticulosos al abordar a un adolescente para examinarlo en un óptimo tratamiento, que

lo lleve tal vez, no por el sendero ideal en el que no exista ninguna vicisitud, pero sí acercándonos o acercándole a lo más sano posible de sus opciones. Es importante tener presentes distintos factores como son sus cambios biológicos propios de su edad, su desarrollo psicosocial y dinámica familiar, las capacidades propias para enfrentar adversidades, el apoyo de su entorno social, y valorarlo como un individuo, un todo.

Enorme responsabilidad se tiene en manos de profesionales de la salud mental infantil y de la adolescencia, que deberán atender todos estos aspectos, para poder otorgar una atención integral e impactar en su calidad de vida presente y futura. ■

Trastornos propiamente dichos

Los trastornos de salud mental, que se relacionan con manifestaciones propias de la adolescencia se mencionarán a continuación; primero se mencionará la categoría a la que pertenecen en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para después incluir los criterios diagnósticos propuestos por la APA en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV TR...con ello tratamos de dar continuidad al tema, se mencionará primero a los trastornos que más frecuentemente se pueden presentar en esta etapa de la vida, y posteriormente a aquellos menos frecuentes pero que por sus características y formas de presentación se relacionan con la adolescencia, abarcando así, todos los trastornos a los que se ha hecho referencia en los capítulos previos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en su apartado -F43 - titulado *Reacción al Estrés Grave y Trastornos de Adaptación*, incluye trastornos identificables no sólo basados en su sintomatología y evolución, sino también a la existencia de una u otra de las siguientes dos influencias causales: un suceso vital excepcionalmente estresante que produce una reacción aguda de estrés o un cambio vital significativo que induce circunstancias desagradables prolongadas, el cual da como resultado un trastorno de adaptación.

F43.2 TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfiere con el funcionamiento y con el desempeño social, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. El factor es-

tresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, [notar que el DSM lo considera como categoría aparte] experiencias de separación escuela [excepto el ts. de ansiedad de separación en la infancia]), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiados), o bien puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación). La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante. Las manifestaciones clínicas pueden variar notablemente.

Según el DSM-IV TR los criterios son los siguientes:

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

(1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante

(2) Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una

simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses.

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de seis meses

Crónico: si la alteración dura seis meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de seis meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a seis meses en respuesta a un estresante crónico o un estresante con consecuencias permanentes.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

F43.28 Con ansiedad [309.24]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]. Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales

apropiadas a la edad (por ejemplo vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (por ejemplo ansiedad y depresión) como trastorno del comportamiento.

F43.9 No especificado [309.9]. Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (por ejemplo quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

CONDUCTA

Los trastornos de **conducta** en el CID-10 son abordados de la siguiente manera: patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más). Los rasgos de trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso debe ser preferido el diagnóstico subyacente.

Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves.

Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones asociales aisladas.

Los subtipos que se mencionan son:

F91.0 Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar

F91.1 Trastorno de la conducta insociable

F91.2 Trastorno de la conducta sociable

F91.3 Trastorno opositor desafiante

F91.8 Otros trastornos de la conducta

F91.9 Trastorno de la conducta, no especificado

Los criterios para el diagnóstico de Trastorno disocial F91.8 [312.xx] según el DSM-IV TR son:

A. 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, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses :

Agresión a personas y animales

- (1) A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
- (2) A menudo inicia peleas físicas
- (3) Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ejemplo, bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- (4) Ha manifestado crueldad física con personas
- (5) Ha manifestado crueldad física con animales

(6) Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejemplo, ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)

(7) Ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

(8) Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves

(9) Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

(10) Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona

(11) A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tíma" a otros)

(12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (por ejemplo, robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

(13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad

(14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo)

(15) Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

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

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad

Codificar en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil {312.81}: se inicia por lo menos una de las características de criterio de trastorno disocial antes de los diez años de edad

Tipo de inicio adolescente {312.82}: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los diez años de edad

De inicio no especificado {312.89}: no se sabe la edad de inicio

Especificar la gravedad:

Leve: Pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros (por ejemplo, mentir, hacer novillos, salir de noche sin permiso)

Moderado: El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre “leves” y “graves” (por ejemplo, robos sin enfrentamiento con víctima, vandalismo)

Grave: Varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros (por ejemplo, violación, crueldad física, uso de armas, robos con enfrentamiento con víctima, destrozos y allanamiento)

Y para el **diagnóstico del F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]** (*no-tar, corresponde al Trastorno opositor desafiante del CID-10*)

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo

menos seis meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

(1) A menudo se encoleriza e incurre en pataletas

(2) A menudo discute con adultos

(3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas

(4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas

(5) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento

(6) A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros

(7) A menudo es colérico y resentido

(8) A menudo es rencoroso o vengativo

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

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

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad

Y para el **F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado [312.9]**

Esta categoría incluye trastornos caracterizados por un comportamiento negativista

desafiante que no cumple los criterios de trastorno disocial ni de trastorno negativista desafiante. Por ejemplo, incluye cuadros clínicos que no cumplen todos los criterios ni de trastorno negativista desafiante ni de trastorno disocial, pero en los que se observa deterioro clínicamente significativo.

ESQUIZOFRENIA

En el grupo de la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20-F29) se han reunido a un grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Se hará mención de la esquizofrenia en su calidad de integrante más persistente.

F20 Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como de la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se encuentra el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, la influencia y la pasividad, voces alucinatorias que comentan y discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

La evolución puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, en remisión completa o incompleta. No se debe hacer diagnóstico cuando haya síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe

una edad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Los trastornos similares que se desarrollan cuando hay epilepsia u otra enfermedad cerebral deben ser clasificados en F06.2, y aquellos inducidos por sustancias psicoactivas, en F10-F19 con cuarto carácter común.⁵

Los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV TR son:

A. *Síntomas característicos.* Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) Ideas delirantes.
- (2) Alucinaciones.
- (3) Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- (5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral.* Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración*. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*. Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas

psicóticos destacados): especificar también si: **con síntomas negativos acusados**.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: **con síntomas negativos acusados**.

Episodio único en remisión parcial; especificar también si: **con síntomas negativos acusados**

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Subtipos de esquizofrenia

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. Si bien las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, los tipos paranoide y desorganizado tienden a ser, respectivamente, los de menor y mayor gravedad. El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y, por tanto, puede cambiar con el tiempo. Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo. La elección del subtipo se apoya en el siguiente algoritmo: se asigna el tipo catatónico siempre y cuando haya síntomas **catatónicos** (F20.2x/295.2) acusados (independientemente de la presencia de otros síntomas); se asigna el tipo **desorganizado** (F20.0x/295.10) siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados, y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico); se asigna el tipo **paranoide** (F20.0x/295.30) en caso de que predomine una preocupación

causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado). El tipo **indiferenciado** (F20.1x/295.90) es una categoría residual que describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide. El tipo **residual** (F20.5x/295.40) es para aquellos cuadros en los que hay manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.

ANSIEDAD

Los padecimientos relacionados a la ansiedad se incluyen en el CID-10 en el apartado de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y los trastornos somatomorfos F40-F48; por su amplia variedad y al haber incluido ya los trastornos de adaptación sólo mencionaremos los que se consideran como de mayor presentación en la adolescencia.

F-40 Trastornos fóbicos de ansiedad

Grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida del control y a la locura. La previsión del ingreso a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad con anticipación. A menudo coexisten la ansiedad fóbica y la depresión.

Las categorías de este grupo son:

F40.0 Agorafobia

F40.1 Fobias sociales

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

F40.8 Otros trastornos fóbicos de ansiedad

F40.9 Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado.

El apartado para otros trastornos de ansiedad F41 contempla aquellos en los cuales la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a una situación específica del entorno. Puede haber también síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, a condición de que estos sean claramente secundarios o menos graves. Los padecimientos que se incluyen son:

F41.0 Trastorno de pánico {ansiedad paroxística episódica}

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado

En su apartado F42 se contempla al Trastorno Obsesivo-Compulsivo cuyos rasgos fundamentales estriban en la presencia de pensamientos obsesivos, o de actos compulsivos, ambos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Estos pensamientos son casi invariablemente angustiantes y el paciente afectado intenta a menudo rechazarlos, sin tener éxito en su empeño. A pesar de esto, son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involunta-

rios y a menudo repugnantes. Los actos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados, repetidos una y otra vez. No son intrínsecamente agradables, ni tienen como fin el cumplimiento de tareas inherentemente útiles. Su función es prevenir algún suceso objetivamente improbable, a menudo un daño causado al o por el paciente, que éste teme que, de otro modo, pueda ocurrir. Habitualmente el paciente reconoce que este comportamiento no tiene sentido o que es ineficaz, dado lo cual realiza intentos repetidos para resistirse a él. Casi invariablemente hay ansiedad, la cual empeora si los actos compulsivos son resistidos. Las variedades de presentación son las siguientes:

F42.0 Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas

F42.1 Predominio de actos compulsivos {rituales}

F42.2 Actos o ideas obsesivos mixtos

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado DSM-IV-TR incluye las siguientes categorías dentro de los trastornos de ansiedad y sus criterios diagnósticos son:

Crisis de angustia (*panic- attack*)

Nota: No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la crisis de angustia (por ejemplo, F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia {300.21}).

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se

inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos:

- (1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- (2) Sudoración.
- (3) Temblores o sacudidas.
- (4) Sensación de ahogo o falta de aliento.
- (5) Sensación de atragantarse.
- (6) Opresión o malestar torácico.
- (7) Náuseas o molestias abdominales.
- (8) Inestabilidad, mareo o desmayo.
- (9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- (10) Miedo a perder el control o volverse loco.
- (11) Miedo a morir.
- (12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- (13) Escalofríos o sofocaciones.

Agorafobia

Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (por ejemplo, F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] ó F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]).

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien sínto-

mas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (por ejemplo, se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (por ejemplo, evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (por ejemplo, evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de abandonar el hogar o la familia).

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo, fobia social (por ejemplo, aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (por ejemplo, el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (por ejemplo, al estar lejos de casa o de los seres queridos).

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo, fobia social (por ejemplo, aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (por ejemplo, el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (por ejemplo, al estar lejos de casa o de los seres queridos).

F40.2 Fobia específica [300.29]

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ejemplo, volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de seis meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (por ejemplo, evitación de ir a la escuela), fobia social (por ejemplo, evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (por ejemplo, alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (por ejemplo, aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (por ejemplo, evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

F40.1 Fobia social [300.23]

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo seis meses .

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (por ejemplo, el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

(1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

(2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

(3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

(4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

(1) Comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

(2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ejemplo, preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Depresión

El episodio **depresivo** F32 en el CID-10, tanto en su presentación leve, moderada o grave, se caracteriza porque el paciente su-

fre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto disminuye el apetito. Casi siempre decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas "somáticos", tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve F32.0, moderado F32.1 o grave sin síntomas psicóticos F32.2 o con síntomas psicóticos F32.3, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Existen distintos trastornos depresivos considerados en esta clasificación, pero dentro de los F34 llamados **otros trastornos del humor (afectivos) persistentes la Distimia F34.1** debe ser mencionada por su frecuencia de presentación tanto en la población general como en la adolescencia.

Se describe como la depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico tanto de las formas moderadas y graves como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente (F33)

Los criterios para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV TR son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de

dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más de 5 % del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Y para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4] son:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) Pérdida o aumento de apetito

(2) Insomnio o hipersomnia

(3) Falta de energía o fatiga

(4) Baja autoestima

(5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

(6) Sentimientos de desesperanza

C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración (un año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante dos meses). Además, tras los primeros dos años (un año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia

(por ejemplo, una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos dos años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

Los trastornos de la ingestión de alimentos (F50) están incluidos en el CID-10 dentro de los Síndromes del Comportamiento asociados con alteraciones Fisiológicas y Factores Físicos (F50-F59). Se hará hincapié en la anorexia y la bulimia por ser los de presentación más frecuente en la etapa adolescente.

Anorexia nerviosa F50.0

Es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes, al igual que a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica, en la cual se mantiene como idea recurrente y sobrevalorada un temor a la obesidad y a la flacidez de la silueta corporal, por la cual el paciente se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de grado variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbación de las funciones corporales. Entre los

síntomas se cuenta la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas, y el uso de anorexígenos y diuréticos. También se considera la Anorexia nerviosa atípica F50.1 cuando sólo reúne algunas de las características de anorexia nerviosa pero el cuadro clínico general no justifica el diagnóstico.

Bulimia nerviosa F50.2

Un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y por una preocupación excesiva del control del peso corporal, seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características comunes con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años. La Bulimia nerviosa atípica (F50.3) reúne algunas de las características de la bulimia nerviosa, pero el cuadro clínico general no justifica ese diagnóstico.

También se hace mención de diagnósticos como:

F50.4 Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas

F50.5 Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la ingestión de alimentos

F50.9 Trastornos de la ingestión de alimentos, no especificado

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo nor-

mal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior a 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior a 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

**Criterios para el diagnóstico de F50.2
Bulimia nerviosa [307.51]**

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían

en un periodo similar y en las mismas circunstancias.

(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Uso y abuso de drogas

**Criterios para la dependencia
de sustancias**

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresa-

do por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses: (1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

(b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ejemplo, fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados

por el consumo de la sustancia (p. ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 Remisión total temprana

0 Remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida

0 Remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En entorno controlado

4 Leve/moderado/grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Criterios para el abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:

(1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

(2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

(3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

(4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas F10-F19 según el CID-10

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico.

La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas usan más de una sustancia psicoactiva.

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter son para ser usadas en este grupo de categorías.

.0 Intoxicación aguda

Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los que hayan surgido daños titulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración de vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración.

.1 Uso nocivo

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias inyectables) o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol).

.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivo y fisiológico, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo tabaco,

alcohol o diazepam), de una clase de sustancias (por ejemplo drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

.3 Estado de abstinencia

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variable, que aparecen durante la contención del uso absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

.4 Estado de abstinencia con delirio

.5 Trastorno psicótico

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de sustancias psicoactivas, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas de forma característica pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave.

.6 Síndrome amnésico

Síndrome asociado a un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más per-

turbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto los defectos amnésicos son desproporcionados en relación a las demás perturbaciones.

.7 Trastorno residual y de comienzo tardío

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por sustancias psicoactivas o el alcohol, se prolonga más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con la misma. El comienzo debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia. Las retrospectivas (*flashbacks*) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con la sustancia psicoactiva.

.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento

.9 Trastorno mental y del comportamiento, no especificado

Cráterios para la intoxicación por sustancias

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición).

Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significa-

tivos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (por ejemplo, irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Crterios para la abstinencia de sustancias

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Existe una categoría diagnóstica dentro de los F93 Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez, que el CID-10 sólo la menciona de forma somera, pero que el DSM-IVTR llama **Problema de identidad F93.8 [313.82]** y describe que esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es la incertidumbre sobre múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son los objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamiento y orientaciones sexuales, valores morales y lealtades de grupo.

Trastorno de la identidad

Crterios para el diagnóstico de F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx]

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener

las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

(1) Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es del otro sexo

(2) En los niños, preferencia por el travestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina

(3) Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo

(4) Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo

(5) Preferencia marcada por compañeros del otro sexo

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: en los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como

preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (por ejemplo, pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificar según la edad actual:

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños [302.6]

F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos [302.85]

Codificar si (para individuos sexualmente maduros):

Con atracción sexual por los varones

Con atracción sexual por las mujeres

Con atracción sexual por ambos sexos

Sin atracción sexual por ninguno

F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado [302.6]

Esta categoría se incluye para codificar los trastornos de la identidad sexual que no se clasifican como un trastorno de la identidad sexual específico. Los ejemplos incluyen:

1. Enfermedades intersexuales (por ejemplo, síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) y disforia sexual acompañante.

2. Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés.

3. Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

Z55.8 Problema académico [V62.3]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema académico que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Un ejemplo es la existencia de un patrón gradual de fracaso o la presencia de pocos logros significativos en una persona con una capacidad intelectual adecuada en ausencia de un trastorno del aprendizaje o de la comunicación o cualquier otro trastorno mental que pudiera explicar el problema.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido.

(1) y (2):

(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

(2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

(3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

(2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

(3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

(4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

(5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

(6) Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).

(7) Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

(2) Irritabilidad o ataques de ira.

(3) Dificultades para concentrarse.

(4) Hipervigilancia.

(5) Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más del mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de tres meses

Crónico: si los síntomas duran tres meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses. ■

Referencias

ADOLESCENCIA: LÍMITES ENTRE LA NORMALIDAD Y LA ANORMALIDAD

1. Gómez de Silva G. Breve diccionario etimológico de la lengua española, Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 2001.
2. Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana, GREDOS, 3a edición, 1973, (10a reimpresión), Madrid, 2000.
3. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario 2001 [en red], disponible en: <http://www.rae.es/>
4. Frazer JG. La rama dorada magia y religión, Fondo de Cultura Económica, segunda edición, decimotercera reimpresión, México, D.F., 1951.
5. Duby G, Barthélemy D, De la Roncière CH. Cuadros. La vida privada de los notables toscanos en el umbral del renacimiento. En: Aries E, Duby G. Historia de la vida privada, tomo 2. De la Europa feudal al Renacimiento, Taurusminor, España, 2001.
6. López G, Isafas M. La encrucijada de la adolescencia I. Psicología de la adolescencia normal. Hispánicas, 2ª. Edición, México, D.F., 1990.
7. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. Editorial médica panamericana, (Williams and Wilkins) 8a Edición, España, 2000.
8. Macías-Valadéz TG. Ser adolescente. Editorial Trillas, México, D.F., 2000.
9. Blos Peter, Mortiz Joaquín. Psicoanálisis de la adolescencia. México, D.F., 1971.
10. Offer D, Boxer AM. Normal adolescent development: Empirical research findings. En: Lewis, Melvin. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook, Cap. 21, Williams and Wilkins, 1991, USA.
11. Saucedo García JM. Normalidad y psicopatología en la adolescencia. Revista Mexicana de Pediatría 1994;61:153-7.
12. Marans S, Cohen D. Child psychoanalytic theories of development. En: Lewis, Melvin, ed. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. Lippincott Williams and Wilkins, 3rd Ed. Philadelphia, USA, 2002.
13. King RA. Adolescence. En: Lewis, Melvin, ed. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. Lippincott Williams and Wilkins. 3rd ed. 2002. Philadelphia, USA.
14. Creswell C, Christie D, Boylan James. Ill or adolescent? Developing group work on an adolescent medicine unit. Clinical Child Psychology and Psychiatry, England 2001; 6:351-62.
15. Aberasturi A, Knobel M. La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. Paidós educador, 1ª. Edición, 2ª. Reimpresión, México, D.F., 1988.
16. Holmbeck GN. A Developmental perspective on adolescent health and illness: An introduction to the special issues. Journal of Pediatric Psychology 2002;27:409-15.
17. Graham P. Child psychiatry a developmental approach. Oxford University Press, 3rd ed. Nueva York, 1999.
18. Young J, Gerald y Ferrari P. Designing mental health services and systems for children and adolescents. A shrewd investment, the book series of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 1998.
19. Rutter M. Development and psychopathology. En: Rutter Michael, Taylor Eric, ed. Child and adolescent psychiatry. Blackwell Science Ltd., 4th ed. Oxford, 2002, UK., 309-324.
20. Steinberg L. Clinical adolescent psychology: What is, and what it needs to be. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 2002; 70/1:124-8.
21. González-Forteza C, Villatoro J, Pick S, Collado MA. El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes del sur de la Ciudad de México: Análisis según su nivel socioeconómico. Salud Mental 1998;21:37-45.
22. Aguirre R, Güell P. Hacerse hombres. La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos (síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina). División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud de la Familia y Población, Unidad de Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002. [En red] disponible en: <http://www.paho.org>.
23. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV). 4a ed., Masson, S.A., México D.F., 1995.
24. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos men-

- rales (texto revisado). (DSM-IV-TR). Masson, S.A., México D.F., 1995.
25. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (10ª Rev.), (CIE-10). OMS-OPS. Washington D.C., EUA, 1995.
 26. Beyers W, Goossens L. Emotional autonomy, psychosocial adjustment and parenting: Interactions, moderating and mediating effects. *Journal of Adolescence* 1999;22:753-69.
 27. Dubas JS, Gerris JRM, Janssens JMAC, Vermulst AA. Personality types of adolescents: Concurrent correlatos, antecedentes, and type x parenting interactions. *Journal of Adolescence*, 2002;25:79-92.
 28. Graber JA, Brooks-Gunn J, Galen Britt R. Betwixt and between: Sexuality in the context of adolescent transitions. En: Jessor Richard, ed. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge University Press, 1998. EUA.
 29. Citado en Graber Julia A, Brooks-Gunn Jeanne, Galen Britt R. Betwixt and between: Sexuality in the context of adolescent transitions. En: Jessor Richard. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge University Press, 1998. EUA.
 10. Haheisy A, *et al.* Substance use disorders often preceded by childhood psychopathology. *The Journal Psychiatry Research*, 2002;109:245-53.
 11. Young JG, Ferrari P. Designing mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment, 1988.
 12. Soyibo K, Lee MG. Consumo de drogas ilícitas entre los estudiantes de secundaria en Jamaica. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, recopilación de artículos Num. 1, 1999.
 13. Bond Lyndal, *et al.* Depression and anxiety in adolescence predicted by bullying. *British Medical Journal* 2001;323:480-4.
 14. Schetky D, Benedek E. Principles and practice of Chile and adolescent forensic psychiatry. American Psychiatric Press Inc., 2002.
 15. Lewinsohn P, *et al.* Risk factors for recurrence of adolescent depression identified. *The American Journal of Psychiatry* 2000;157:1584-91.
 16. Díaz Martínez A, Yepcz N, Lucio Gómez E. Estudio de validación del test de tolerancia a la frustración para adolescentes. *Psiquis* 2002: 186-93.
 17. Cherlebois B, Vitaro F, Normandeau S, Rondeau N. Predictors of persistence in a longitudinal preventive intervention program for young disruptive boys. *Preventive Science* 2, 2001:133-43.
 18. Aguirre R, Güell P. Hacerse hombres: La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Agosto, 2002. <http://www.paho.org>.
 19. Swadi H. Drugs abuse in children and adolescents: an update. *Archives of diseases in childhood* 1992;76:1245-6.
 20. Gaspar E. Origen y evolución en la adolescencia de la agresividad y la violencia. Instituto Interamericano del Niño, 2003.
 21. Informe mundial sobre la violencia y la salud (sinopsis). Organización Mundial de la Salud, 2002. <http://www.who.int/en/>.

CONDUCTA EN EL ADOLESCENTE

1. Graham P. *Child Psychiatry* (Cap. 5) *Adolescence and psychiatric often beginning in adolescence*. 3rd Ed. Oxford University Press, 1999;267-9.
2. Jessor R. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge University Press, 1998.
3. Mash E, Terdal L. *Assessment of childhood disorders*. 3rd Ed., The Guilford Press, 1997.
4. Staff D, Breiling J, Maser J. *Conducta antisocial: causas, evaluación y tratamiento* Vol. 1 Biblioteca de Psicología, Oxford University Press, 2002.
5. Silk Kenneth R. *Biology of personality disorders*. American Psychiatric Press Inc., 1998.
6. Rutter Michael. *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo*. Salvat editores, 1985.
7. Rutter Michael. *Development and psychopathology*. En: Rutter Michael, Taylor Eric. *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Blackwell Science Ltd.; Oxford, UK. 2002;309-24.
8. Lewis M. *Child psychoanalytic theories of development*. En: Lippincott Williams, Wilkins, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 3a ed. Philadelphia, 2002, USA.
9. *Tratado de psiquiatría DSM-IV*. The American Psychiatric Press Masson. 3ª ed., 1ª reimp, 2001.
1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-IV TR-TM*. American Psychiatric Association, 2000.
2. Lewis M. *Childhood sexuality*. En: William Wilkin ed. *Adolescence, Chile and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. 2002.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 2000.
4. O'Connors T, Rutter M. Risk mechanisms in development: Some conceptual and methodological considerations. *Development Psychology* 1996;32:787-95.

DESARROLLO PSICOSEXUAL NORMAL Y ANORMAL DE LA ADOLESCENCIA

5. Porter Cornelio P. Female "Tweens" and sexual development. *Journal of Pediatric Nursing* 2002;17: 402-6.
6. Wilson J. The role of androgens in male gender behavior. *Endocrine Reviews* 1999;20:726-37.
7. Ojeda SR. Regulation of puberty. *Current opinion in endocrinology and diabetes*. 2001;8:154-60.
8. Spurlock J. From reassurance to irrelevance; adolescence psychology and homosexuality in America. *History of Psychology* 2002;5:38-51.
9. Polonsky D. Sexuality in women. *Harvard Review of Psychiatry* 2001;9:310-7.
10. Reiner W. Psychosexual dysfunction in males with genital abnormalities; late adolescence, Tanner Stages IV to VI. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:865-72.
11. Laukkanen E. The effect of congenital handicap on personality development in adolescence. *International Journal of Rehabilitation Research* 2001;24:149-51.
12. Guthrie E. Child and adolescent psychiatric Clinic of North America: Diagnosing genetic anomalies by inspection. WB Saunders Company Ed. 1999, pp. 777-790
13. Realmuto GM. Sexual behavior in autism: Problems of definition and management. *Journal of autism and developmental disorders*. 1999;29:121-7.
14. El-Kayat, Haned A. Physical and emotional profile of male sexual development in epilepsy. *Epilepsia* 2003; 44:447-52.
15. Schall J. Self-Assessment of sexual maturity status in children with Crohn's disease. *J Pediatrics* 2002;141: 223-29.
16. Parish KL. Sexuality and haemophilia: Connections across the life span. *Haemophilia* 2002;8:353-9.
6. Chess S, Thomas A. Temperament and its clinical applications. En: Lewis M. (ed). *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 3rd Ed. Williams & Wilkins. 220-27.
7. Rutter M, Taylor E. Personality and illness. En: Moore J, Farmer A, (ed). *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. 2002:711-22.
8. Rutter M, Taylor E. Personality and illness. En: Moore J, Farmer A, (ed). *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. 2002:711-22.
9. Rutter M, Taylor E. Personality and illness. En: Moore J, Farmer A, (ed). *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. 2002:711-22.
10. Hart D, Hoffman V, Edelman W, Sells M. The relation of childhood personality types to adolescent behaviour and development: a longitudinal study of Icelandic children. *Developmental Psychology* 1997;33:195-205.
11. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AK, Wadsworth ME. Doping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin* 2001; 127:87-127.
12. Alsaker E. Annotation: The impact of puberty. *J Chil Psicol Psiquiat* 1996;37:249-58.
13. Steinberg LT. Interdependence in the family: Autonomy, conflict, and harmony in the parent-adolescent relationship. En: Feldman SS, Elliott GL (eds.) *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge MA: Harvard University Press 1990:255-76.
14. Steinberg LT, Morris AS. Adolescent development. *Annual Review of Psychology* 2001; 52:83-110.
15. Rodríguez H. La entrevista psiquiátrica en el adolescente. *Gaceta SNC Roche* 2000;2:11-6.
16. Thompson RA, Nelson CA. Developmental science and the media: Early brain development. *American Psychologist* 2001;56: 5-15.
17. Rapoport JL, Giedd JN, Blumenthal J, Hamburger S, Jeffries N, Fernández T, et al. Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia. A longitudinal magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 649-54.
18. Rapoport JL, Giedd JN, Blumenthal J, Hamburger S, Jeffries N, Fernández, T, et al. Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia. A longitudinal magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry* 1999;56: 649-54.
19. Gerez M. La macroanatomía y la fisiología cerebral en esquizofrenia. En: Ortega H, Valencia C, (ed). *Esquizofrenia estado actual y perspectivas*. Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2001. p 105-162.
20. Purves D, Augustine G, Fitzpatrick D, Katz I., Lamanthia A, McNamara J. Funciones encefálicas complejas. Invitación a la neurociencia. *Panamericana* 2001:504-23.

DESARROLLO DE LA PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA

1. Arnett JJ. Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist* 1999; 54: 317-26.
2. Birmaher B, Arbelaz C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2002;11: 619-37.
3. Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M. Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology* 1999;11:143-69.
4. Tagle S. La resiliencia: ¿Es la base de la prevención en salud mental? *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Meneghello, J. Panamericana 2000;26-34.
5. Wolin S, Wolin S. Resilience among youth growing up in substance abusing families. *Ped Clin N Am* 1995; 42:415-29.

21. Luthar SS, Cushing G, Merikangas KR, Rounsaville BJ. Multiple jeopardy: Risk/protective factors among addicted mothers offspring. *Development and Psychopathology* 1998;10:117-36.
22. Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1996;8:597-600.
23. Cicchetti D, Sroufe LA. The past as prologue to the future: The times, they've been a changin. *Development and Psychopathology* 2000;12:255-64.
24. García Coll C, Akerman A, Cicchetti D. Cultural influences on developmental processes and outcomes: Implications for the study of development and psychopathology. *Development and Psychopathology* 2000;12: 333-74.
25. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. En: Schmeck, Poustka, (ed). *Calidad de vida y trastornos psiquiátricos del niño*. Masson 2000:171-83.
26. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. En: Schmeck, Poustka, (ed). *Calidad de vida y trastornos psiquiátricos del niño*. Masson 2000:171-83.

TRASTORNOS PROPIAMENTE DICHOS

1. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, 1995*. (10a rev.) (CIE-10) OMS-OPS. Washington DC, EUA.
2. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1995*. (4a ed.) (DSM-IV), Masson S.A. México.
3. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002 (texto revisado) (DSM-IV TR)* Masson S.A. México.

RESPUESTAS A LA AUTOEVALUACIÓN

INICIAL

1. Verdadero
2. Falso
3. Falso
4. b
5. a
6. d
7. a
8. d
9. c
10. e
11. d
12. d
13. d
14. a