

11241  
2 ej. 22



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

Departamento de Siquiatría y Salud Mental

## PARASUICIDIO Y CONDUCTA AUTODESTRUCTIVA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

UN ESTUDIO RETROSPECTIVO (1977-1981)  
EFECTUADO EN EL HOSPITAL MENTAL  
INFANTO-JUVENIL "DR. JUAN N. NAVARRO" (S. S. A.).

*J. N. Navarro*

## TESINA

Que para obtener el Diploma de  
ESPECIALIDAD EN SIQUIATRIA

presenta

**DR. JORGE CARLOS TORRE AGUILAR**

MEXICO, D. F.

OTOÑO DE 1982

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## I N D I C E

	Pág.
Preámbulo.	1
Prólogo.	2
Trabajo de Investigación:	3
- Introducción.	3
- Pacientes y Métodos.	3
- Resultados.	4
- Discusión y Comentarios.	19
- Conclusiones.	36
- Sumario.	39
- Referencias Bibliográficas.	40
- Agradecimientos.	46
- Epílogo.	47

## Prólogo.

De Hamlet a Fromm ha devenido el Padre Cronos planteando - las eviternas alternativas existenciales. Filósofos y poetas se guirán delineando sus propias perspectivas.

El propósito de esta sencilla tarea consiste en el acercamiento comprensivo al ser humano, que sufre mentalmente, como un Ente que funciona como Unidad Bio-Sico-Social.

Entonces, no bastan las elocubraciones filosóficas.

Ni las dilucidaciones sociológicas.

Urge la Praxis Médica Racional.

"No te conozco, quizás,  
pero trato de comprenderte  
y darte la mano.  
Devolverte la vida,  
si me es posible,  
ante todo la confianza  
la esperanza y claridad  
de un Nuevo Horizonte."

Ginnovan Emeta

## Trabajo de Investigación.

### Introducción.

El Hospital Siquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (S.S.A.) es hoy por hoy, único en su índole en la República Mexicana. Con virtualmente unos tres lustros de plena funcionalidad, tiene una capacidad aproximada de unas docientas camas, repartidas en cuatro pabellones, dos de ellos para pacientes agudos. Se han atendido también en Hospitalización, a pacientes del I.M.S.S., PEMEX, e I.S.S.T.E.

En la Consulta Externa, y en general, se atienden a pacientes hasta antes de cumplir los 18 años de edad y cuyo nivel socioeconómico es medio a bajo. Cuenta con un Archivo Clínico bien organizado donde esta revisión se efectuó.

### Pacientes y Métodos.

Se procedió a hacer una revisión sistemática de los expedientes clínicos del año 1977 a 1981, seleccionando aquellos casos de pacientes cuyo diagnóstico (s) interesaban a los objetivos protocolarios; en este caso principalmente los síndromes depresivos, los desórdenes afectivos primarios (depresión mayor, trastorno bipolar y esquizoafectivo), todo intento suicida y/o

conducta autoagresiva o de automutilación con sus impresiones diagnósticas concomitantes.

Se efectuó una división propositiva en dos grupos diferentes: El de los síndromes depresivos y el de los parasuicidios. Ambos a su vez fueron divididos en tres subgrupos según edad: de 3 a 7 años, de 8 a 12 años y de 13 a 17 años, debido a que por debajo de los tres años no se encuentran datos hospitalarios al respecto, y por la aproximación con las diferentes etapas de desarrollo biosicosocial.

El cuestionario utilizado abarcó datos epidermiológicos concretos (nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y religión) las características predominantes del cuadro clínico, conductas autoagresivas, probables motivaciones, impresiones diagnósticas, tratamientos recibidos, pruebas psicológicas y estudio electroencefalográfico. En los parasuicidios se puso especial énfasis en averiguar: método, el mes en que se efectuó, intento(s) previos, ideación suicida previa y presente, letalidad médica del intento y hospitalización.

Resultados.

En la revisión de cinco años se estudiaron un total de 194 casos, de los cuales 192 (98.9%) correspondieron a síndrome de--

presivo, y 35 (18%) a parasuicidio. No se registro ningún solo caso de suicidio completado.

Se encontro en los sindromes depresivos 73 casos (38%) en el sexo masculino y 119 (61.9%) en el sexo femenino, haciendo una relación M/F = (0.6/1.6).

En parasuicidio, se hallaron 5 casos (14.2%) en el sexo masculino, y 30 (85.7%) en el femenino, haciendo una relación M/F = (0.1/6).

En el grupo de 3 a 7 años de edad se hallaron 11 (5.7%) casos de síndrome depresivo; se hizo una relación virtual M/F=(I/I). En este grupo los síntomas depresivos cardinales lo constituyeron principalmente: irritabilidad, inquietud excesiva y llanto. También se encontró desobediencia, bajo rendimiento escolar, diaforesis palmar, cefalea, enuresis, berrinches y distraibilidad. Las edades más tempranas fueron de 3 y 4 años en pacientes femeninos, diagnosticándose en ambos casos "Reacción Depresiva".

La impresión diagnóstica global fue la de "Reacción Depresiva Ansiosa", a la que se añadieron "Subnormalidad Mental" (18%), "Disfunción Cerebral de Lóbulo Temporal por E.E.G." (9%). Se encontro conducta autoagresiva en el 27%. Los motivos aparentes anotados fueron los problemas familiares en los que el pa -



	T	M	F	Rel M/F
Sx. Depresivo	98.9%	38%	61.9%	(0.6/1.6)
Parasuicidio	18%	14.2%	85.7%	(0.1/6 )

Grupo Edad (3-7)  
(Características Generales)

Sx. Depresivo 5.7% (Reacción Depresiva-Ansiosa)

Síntomas Cardinales	Irratibilidad. Inquietud Excesiva. Llanto.
Edad más temprana	3 y 4 años
Conducta Autoagresiva	27% "Se pica la nariz cuando los padre pelean". "Se pellizca las piernas". "Se muerde las manos". "Se tira de los cabellos".
Motivos Aparentes	"Presencia en Discusiones y Problemas Familiares". "Intento de Violación". "Disfunción y/o Déficit (Cerebral/Mental).

ciente estuvo presente cuando se suscitaron o exacerbaron, y un intento de violación en niña de 7 años. No se encontro ningún caso de parasuicidio.

En el grupo de edad de 8 a 12 años se encontraron 43 casos- (22.3%) de síndrome depresivo, haciéndose una relación M/F = (0.8/1.2). La impresión diagnóstica global (92.9%) fue la "Reacción Depresiva" (Reacción Depresiva Ansiosa, 32.5%), predominando el sexo-femenino (46.5%). Otros diagnósticos incluyeron: "Reacción de Duelo" (9.3%) solamente en pacientes masculinos y "Neurosis Depresiva" en un caso femenino.

De manera concomitante: "Reacción de Ajuste a la Adolescencia" 92.3%), "Disfunción Cerebral de Lóbulo Temporal por E.E.G." (9.3%) en ambos sexos. Se encontro conducta autoagresiva en el 9.3%, en ambos sexos. En un caso un paciente masculino externamente reiteradamente ideación y amenaza suicida ("de ahogarse en un río" y "tirarse por la ventana").

Las motivaciones aparentes, además de los problemas familiares prolongados, se situaron a nivel de ajuste y logro escolar, relaciones con compañeros de escuela, maestros y hermanos, así como la reacción depresiva pos-violación, y de pérdida.

En este mismo grupo sí se encontro conducta parasuicida, -

con un total de 7 casos (M:3/F:4), los más precoces correspondiendo a femenino de 10 años, y luego a masculino de once años; en el primer caso: "cortándose las venas de antebrazos luego de ver pelear a los padres", y en el segundo: "ocasionándose un piquete al tratarse de clavar un cuchillo en el abdomen". En el primer caso se diagnóstico "Reacción Depresiva Ansiosa", y el segundo "Disfunción Cerebral por E.E.G".

Se encontró que de los 8 a los 12 años, la edad promedio para el intento suicida fue de 12 años, que los meses más frecuentes de los intentos fueron Junio y Enero y que los métodos usados fueron, en orden decreciente: "Corte de Muñecas", "Pastillas", "Ingesta de Raticida". Los fármacos ingeridos y anotados: "Cloracepato", "Isoniazida". La letalidad médica del intento se consideró: leve (28.5%), moderada (28.5%), seria (42.8%). La impresión diagnóstica global fue la de "Reacción Depresiva", encontrándose también casos aislados clasificados como "Subnormalidad Mental", "Reacción de Ajuste a la Adolescencia" y "Déficit Mental Moderado". En un caso había ocurrido dos intentos suicidas previos y en otro, tres. En la mitad de los casos se encontró ideación suicida previa y presente y se procedió a la hospitalización. En ningún caso se repitió el intento durante el período de hospitalización.

## Grupo Edad (8-12)

<p>Conducta Autoagresiva</p>	<p>"Se rasca hasta sangrarse".  "Se muerde las comisuras labiales".  "Se inflinge lesiones superficiales en brazos con agujas y navajas de afeitarse".</p>
<p>Tentativas Parasuicidas Previas</p>	<p>Ejemplo.  Masc. 12 años.</p> <p>(1) Un año antes, intenta arrojarse por la ventana, en su casa.</p> <p>(2) Dos meses después, estando en el salón de - clase - vació por hora lo recreo - (Escuela) amarró una manga de su suéter en la ventana y al intentar ahorcarse es descubierto y bajado por un compañero.</p> <p>(3) Dos semanas antes del cuarto intento, ingiere cantidad no especificada de tranquilizantes.</p> <p>(4) El paciente es hospitalizado después de ingerir un número importante de diversos tipos - de medicamentos.</p>

Grupo de 13 a 17 años de edad. En él se encuentra una gran mayoría de casos de síndrome depresivo: 138 (71.8%) de los cuales correspondieron 32.6% al sexo masculino y 67.3% al femenino, haciendo una relación M/F = (0.4/2). La impresión diagnóstica global fue la de "Reacción Depresiva" (59.9%) del cual 23% se considero como variante "Ansiosa". Otros diagnósticos incluyeron: "Neurosis Depresiva" (5%) con predominio en sexo femenino, "Subnormalidad Mental" (12.2%), "Déficit Mental Moderado" (1.4%), "Reacción de Ajuste a la Adolescencia" (14.4%) predominando en sexo femenino; "Depresión Sicótica" (7.8%) -el 1.4% reclasificada como Sicosis Maníaco- Depresiva", en estos casos con afectación única al sexo femenino. "Dependencia a inhalantes-cemento, thinner" (4.3%) encontrada exclusivamente en varones. En el 0.7% se diagnosticaron: "Trastorno Esquizoafectivo", "Reacción Disociativa", "Somatización Conversiva", "Daño Orgánico Cerebral -por E.E.G.", "Dependencia a Sustancias Múltiples" 91.4%) en varones, y hasta un caso de "Depresión Pos-Quirúrgica" en paciente femenino de 14 años amputada de la pierna izquierda por sarcoma osteogénico.

Se encontró conducta autoagresiva en el 4.9% en ambos sexos; intentos suicidas previos (4.3%). La ideación suicida presente se encontró en el 7% de los síndromes depresivos.

En este grupo también se halló: "Conducta Histriónica", (4.3%, en mujeres), "Dermatitis" (1.4%, un caso de Vitiligo) y -

"Conducta Homosexual" (2.1%, en varones). Las aparentes motivaciones anotadas fueron: dificultades en las interacciones interpersonales cercanas (noviazgo, experiencias sexuales) y las sociales; así, se hallaron reacciones depresivas pos-primera relación sexual, pos-violación, o intento de violación, pos-quirúrgicas, y hasta pos-asalto.

Este grupo de 13 a 17 años de edad presentó la frecuencia más elevada de parasuicidio: 28 casos (80%) correspondiendo solo el 7% al sexo masculino, haciendo esto una relación M/F=(0.07/13). Se encontro que la edad promedio fue de 15.3, los meses más frecuentes: Junio, Abril, Marzo, Febrero y Agosto (en orden decreciente). Los métodos más usados: "Ingesta de Pastillas Tranquilizantes" (28.5%, todas benzodiazepinas siendo la más ingerida el diazepam, y seguida por cloracepato, clordiazepóxido y lorazepam) e "Ingesta de Polimedidas" (25%, en un caso una miscelánea de 50 fármacos); "Corte de Venas" (14.2%, en muñecas y antebrazos), "Lesiones con Objeto Punzocortantes" (7%, en diversas partes del cuerpo-cuello y abdomen principalmente).

Las tentativas restantes, en el nivel del 3.5%, optaron como método: ingesta de "Antidepresivos Tricíclicos (Imipramina)", "Alfametildopa" "Tallo (raticida)", "Primidona", "Hipoglucemiantes Orales" (Euglucon), "Fenotiacinas", "Vitaminas", "Hioscina", "Amfetaminas Hiporexigénicas (Redotex)", incluso "Arrojarse desde una Altura a una Presa".

## Grupo (13-17)

## Edad

<p>Conducta Autoagresiva</p>	<p>"Se jala los cabellos y se los arranca. "Se azota en el suelo". "Desde hace cinco años se golpea". "Se golpea la cabeza contra la pared hasta san- grársela". "Se sacaba sangre del cuello con una jeringa".</p>
<p>Tentativas Parasuicidas Previas</p>	<p>Ejemplo A) Fem. 15 años. "Tres días antes ingiere cantidad y número no es pecificados de pastillas. Luego ingiere 600 mg de diazepam.</p> <hr/> <p>Ejemplo B) Fem. 16 años. "Un día antes ingiere 300 mg. de diazepam. Poste- riormente se corta con vidrio roto antebrazos".</p> <hr/> <p>Ejemplo C) Fem. 13 años. "Dos días antes ingiere 130 mg. de cloracepto.- Luego se corta muñecas con navaja de afeitar".</p> <hr/> <p>Ejemplo D) Fem. 15 años. "Ocho días antes ingiere indeterminado número de pastillas tranquilizantes. Un día antes inten- ta arrojarse a un automóvil y luego ingiere nú- mero importante de diversas medicinas".</p> <hr/> <p>Ejemplo E) Fem. 14 años. "Un año antes ingiere polimidicinas. Posterior- mente, sin saber nada, se arroja desde lo alto- a una presa y es salvada por gente desconocida".</p>

E. 17.8% tuvo intento suicida previo y en el 10.7% se intentó el suicidio en dos ocasiones previas. Se notó que en aproximadamente la mitad de estos casos, la tentativa previa se efectuó durante los tres días anteriores al acto suicida; dos semanas, o un año previo fueron menos comunes. Los intentos suicidas previos se efectuaron también con benzodiazepinas, polimedamentos, barbitúricos, raticida, e incluso "arrojándose al paso de un automóvil". Se encontró ideación suicida en el 46.4% de los casos e ideación suicida presente en el 53.5% y se procedió a la hospitalización del 71.4% de ellos. En ningún caso se repitió el intento cuando hospitalizados.

La letalidad médica del intento se consideró: leve (42.8%), moderada (32%), seria (25%). La impresión diagnóstica global fue la de "Reacción Depresiva" (82%) del cual un 14.2% se calificó como "Ansiosa"; "Conducta Histriónica" (14.2%), "Reacción de Ajuste a la Adolescencia" (14.2%), en el nivel del 3.5%: "Hipotiroidismo G-III", "Anorexia Nerviosa", "Depresión Sicótica", "Epilepsia Generalizada Tónico-Clínica", "Daño Orgánico Cerebral por E.E.G.", "Déficit Mental Superficial", "Déficit Mental Leve". En sendos casos se encontró embarazo de 18 semanas y Vitiligo. En general, este grupo está formado por pacientes femeninos, solteras, la mayoría cursando los estudios de Secundaria y procedentes de familias "Creyentes o Católicas".



De los 8 a 17 años de edad, se presentaron como integrantes del Síndrome Depresivo los siguientes síntomas agrupados en orden decreciente por su frecuencia: A) Irritabilidad, bajo rendimiento escolar, llanto, desobediencia, rebeldía, hiperactividad, cefalea, insomnio, tristeza, nerviosismo. N) Distractibilidad, agresividad física, ansiedad, anorexia, desinterés, aislamiento, disminución de la memoria, hiporexia, diaforesis, palpitaciones. C) Desesperación, deseos de huir, autorreproches, fatiga, astenia, despersonalización, temblores, berrinches. D) Onicofagia, minusvalía, sonambulismo, fantaseosidad, mentiras, mareos, desmayos, lumbalgia.

El tratamiento en general consistió en algún tipo de Psicoterapia Individual, orientación familiar y psicofármacos. Se prescribió Antidepresivos (84%) -fundamentalmente imipramina y butriptina- de los cinco años en adelante. Intrahospitalariamente se tomaron cuidados especiales y medidas más específicas (Neurolépticos, antiepilépticos, antidepresivos parenterales) Ergoterapia y Ludoterapia. En ningún caso se aplicó Psicoterapia Electroconvulsiva. Un 10.3% acudió a Terapia Familiar con un promedio de cuatro sesiones.

21



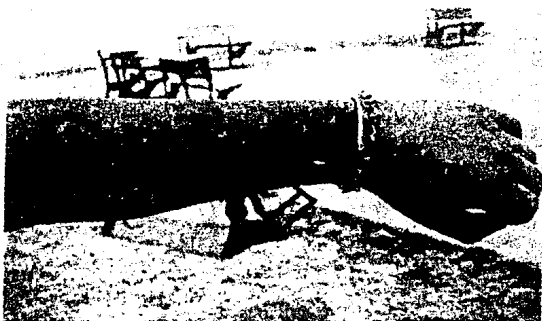
22



23



84



85

Pacientes del Siquiátrico Infantil en los que se tuvo la oportunidad de estudiarlos de cerca y desde otros ángulos durante la rotación como Residente de Siquiatría en la S.S.A.

Foto 1: Corresponde a paciente femenino de 14 años de edad, con epilepsia generalizada tónico-clónica por varios años manifiesta. Se ocultaba durante sus crisis y no recibía antiepilépticos. Su tentativa suicida fue frustrada por la abuela quien cortó la soga pues "madruga a causa de insomnio y se encontró con la sorpresa".

Foto 2: Corresponde a paciente masculino de 16 años de edad, hospitalizado por episodio sicótico esquizofreniforme, y que durante un permiso a casa intentó el suicidio debido a una percepción delirante primaria de una voz escuchada mientras oía el radio y donde "una cuenta regresiva le presegiaba su próximo fin"; en realidad dicha cuenta correspondía a la llegada de Año Nuevo y la corbata con la que se colgo se rompió afortunadamente.

Foto 3: Corresponde a paciente femenino de 16 años de edad con Déficit Mental Leve, que durante una ruptura sicótica y en respuesta a los fonemas imperativos de sus alucinaciones auditivas y visuales, obedeció cortándose la muñeca con un vidrio roto.

Foto 4: Corresponde a paciente femenino de 15 años de edad, con problemas de abuso episódico de sustancias y cuadros tóxicos

delirantes, problemas de ajuste y en el área de la identidad. -  
Muestra quemaduras autoinducidas con colilla de cigarrillo pre-  
ndidas "para sentir placer, concentrándose antes para que no duela  
tanto"; se notan igualmente marcas que semejan letras producidas  
con navaja de afeitar "porque los chidos así también lo hacen".

Foto 5: Corresponde a una Nota Suicida, de una paciente -  
femenino de 14 años de edad, hallada por casualidad en la bolsa-  
del pantalón que portaba cuando intentó el suicidio en dos oca-  
siones consecutivas con pastillas que le fueron vendidas en una-  
farmacia pidiéndolas como "las más fuertes para los nervios". -  
La paciente sufría desde dos años antes un verdadero desorden -  
afectivo (Depresión Mayor, Recurrente) sin tratamiento específi-  
co y que inicialmente se le calificó como "Reacción Depresiva -  
por ajuste a la adolescencia en paciente Histórica". Respondió-  
favorablemente a la clorimipramina.

## Discusión y Comentarios:

Las primeras delimitaciones surgen del propio método retrospectivo per se, y en la práctica se presentan como agregadas con condiciones desfavorables.

Se señala como primera y más importante la poca valía que se le da al Expediente Clínico como elemento de estudio, tanto a nivel de enseñanza como de investigación. Esto es, que en todos los años revisados (1977-1981) la mayoría de historias clínicas y notas de evolución se han escrito a mano, con una variedad increíble de tipos de letra. En ningún caso se encontró algo semejante a la letra Palmer estilizada y ya senecta. Es imposible en varios casos saber si fue el médico quien escribió o fue el paciente a quien se dictó la nota. En otros, sobre todo en notas mini de evolución es prácticamente imposible su traducción al español, a pesar de la ayuda de colegas, curiosos y lingüistas. En estos casos se consultó a un antropólogo quien indicó que el Carbono 14 no era útil pues el material no lucía tan arcaico, pero concerniente a los jeroglíficos, era más útil la bola mágica o quizá la güija.

Se nota de primera instancia que en los resultados obtenidos existe un obvio traslado en los porcentajes del grupo parasuicida y del grupo depresivo, indicando esto que aproximadamen-

te un 80% de parasuicidios lo constituye una población infante - juvenil que sufre de algún Síndrome Depresivo Patológico.

Es de interés el hecho de que no se halla registrado el suicidio completado en el período revisado, y al parecer ha sucedido intrahospitalariamente. En adultos la frecuencia del suicidio completado en el Hospital Mental, aunque mucho menor que el de la población general, es para nuestro medio de aproximadamente 2 a 4 anualmente en pacientes confinados. Queda claro el hecho de que el suicidio completado en la infancia tiene un tremendo estigma social y aunque lo raro es que sucedan, no se hace extraño que no se reporten como tales. Los intentos suicidas graves en cuanto a letalidad médica tampoco se canalizan al Hospital Mental Infante-Juvenil pues requieren de servicios médicos - de Urgencias y/o Terapia Intensiva, por ende son atendidos en - Hospitales Generales o en Clínicas de Instituciones de donde son subrogados (I.M.S.S./I.S.S.T.E./P.F.M.F.X.) de la propia S.S.A.

Se encuentra la manera general y virtual, que el sexo femenino se deprime patológicamente hasta tres veces más que el masculino, intenta el suicidio hasta en seis ocasiones antes que - alguien del sexo opuesto lo intente.

Es evidente que un Síndrome Depresivo es de carácter patológico, aún cuando se le denomine "Reactivo" tanto por el sufrim-

miento mental y la incapacidad resultante como por la necesidad de recurrir a ayuda especializada. El grupo de edad de 3 a 7 años presenta Síndromes Depresivos reales y en edades tan tempranas como 3 y 4 años pueden observarse concretamente. Llama la atención que se presente de manera tan florida la ansiedad (casi encubriendo el cuadro clínico), la irratibilidad, y la inquietud excesiva (en ocasiones verdadera hiperactividad). El llanto es menos específico, aunque es de valor cuando se correlaciona con expresiones faciales atípicas o de tristeza. Distrabilidad, desobediencia y berrinches pueden formar parte del cortejo clínico depresivo y deben también tomarse en cuenta que ya hay manifestaciones de ansiedad que se manifiestan a través del Sistema Nervioso Vegetativo (diaforesis palmar), trastornos psicofisiológicos (cefalea migrañosa) y funcionales como la enuresis, la cual puede estar formando parte de un subgrupo depresivo.

Ya se encuentra patología orgánica causal desde edad temprana en este grupo de 3 a 7 años. La disfunción cerebral de Lóbulo Temporal (o encefálicas difusas) fueron únicamente incluidas siempre y cuando fuesen confirmadas por estudio Electroencefálico, ya que la Prueba Sicomotora de Bender no es útil ni confiable para este propósito. Entonces es probable que la Epilepsia Parcial de Sintomatología Compleja pueda presentarse desde la infancia como un cuadro afectivo depresivo. De cualquier modo, no intentaron de adentrarse en las etiologías que podrían estar



condicionando susodichas disfunciones cerebrales; en otras palabras, no sabemos si solo puede ser un foco irritativo, si lo es por lesión traumática, o es una malformación, una neoplasia o una parasitosis intracraneales.

Las Pruebas Sicológicas, en particular las que evalúan la inteligencia global en la infancia (por ejemplo el W.I.S.C.) son de utilidad pues revelan que existe un porcentaje notorio de individuos que muestran dificultades en el área adaptativa debido a que se encuentran en el rango de I.Q = 70-85, siendo clasificados como "Subnormalidad Mental o Registro Mental Superficial" - por el Departamento de Psicología.

Se observa que desde los 4 y 5 años aparecen ya conductas autodestructivas, que estas no infligen una lesión corporal patente y que difícilmente llegan a constituir un fenómeno parasuicida. Es posible, sin embargo, que en contados casos exista una lesión autoinflingida de más seriedad y que analizando amenazas y gestos, se hallen tentativas suicidas con verdadera intencionalidad y de resultados desafortunados.

Las Tensiones Sicosociales parecen actuar de un modo traumático agudo y/o intermitente. El niño se convierte en un verdadero barómetro del clima familiar y la experiencia asimilativa - cristaliza en sicopatología que se traduce sintomáticamente. Los intentos de violación o franca violación de estos menores ocurren

en ambos sexos y se hace necesario esclarecer el contexto y determinar la posibilidad de abuso y/o maltrato sexual por sus comitantes legales.

La preponderación del sexo femenino ya se hace patente en el grupo de 8 a 12 años de edad en cuanto a los Síndromes Depresivos, notándose una disminución de componente ansioso en comparación con el grupo anterior.

Un solo caso femenino apodado "Neurosis Depresiva" es demasiado cuestionable en la Latencia e Industria, y del propio término Culleniano: vago, confuso, difuso y anciano. En fin, indigno y lesivo a los infantes.

Las "Reacciones de Duelo" hacen su aparición, la cual muy seguramente se debe a que el desarrollo cognitivo lo permite. En este período predomina el pensamiento donde es posible ya un grado de abstracción (Período de Operaciones Concretas, Piaget) y por ende la conceptualización de la muerte como tal. Estas reacciones de duelo se presentaron entre los 9 y 12 años y solo aparecen en varones, lo que sugiere que el sexo femenino se aflige de otro modo en formas atípicas (enmarcadas y/o equivalentes depresivos). Las "Reacciones de Ajuste a la Adolescencia" se notan en prepúberes femeninos quizás por los cambios somáticos más tempranos. De nuevo se registran irregularidades en el registro

electroencefalográfico en área de lóbulo temporal.

La conducta autoagresiva se distingue porque se infligen dolor, lesiones y heridas sangrantes, generalmente superficiales. Parece como si el ver brotar la propia sangre disminuyera las tensiones autopunitivas y la necesidad de controlar el dolor a nivel conciente cerrara el círculo. Parece que estos mecanismos evitan tempralmente el "actingout", porque en este grupo aflora la conducta parasuicida franca, impulsiva e interativa.

Es necesario distinguir entre el pensamiento esporádico donde se presentan ideas de muerte y que son comunes durante la adolescencia, y la verdadera idea fija y/o rumiación suicida que se acompaña del humor abatido en un Desorden Depresivo. En este último sentido, la ideación suicida previa puede ser una señal valiosa, aunque no tanto como lo es la ideación suicida presente y reiterada. Esta debe analizarse y tomarse en serio ya que las amenazas externalizadas verbalmente la acompañan con frecuencia y estas preceden a menudo al acto suicida.

Las motivaciones aparentes, además de los problemas familiares prolongados, parecen situarse a nivel de ajuste y logro escolar y de la biotransformación prepuberal incipiente, o raramente de una pubertad precoz. Es importante la intervención sicoterapéutica oportuna en las reacciones pos-violación para intentar el restablecimiento del equilibrio síquico y atenuar huellas son

gratas indelebles.

Establecer un paralelismo en la frecuencia de los parasuicidios en este grupo de 8 a 12 años resulta imposible. Empero, destaca y alarma que en pleno inicio de la pubertad la conducta parasuicida invista una mayor seriedad y riesgos considerables.

El comienzo del Año Nuevo, el regreso a la escuela, la época de exámenes, aparentan ser tenses agravantes en el desencadenamiento del fenómeno parasuicida.

Encontrar, por decir, una verdadera "cascada" de auténticos "gritos de auxilio" (hasta tres, intentos suicidas previos, o quizás más) antes de los 12 años, debe cuestionarnos múltiples aspectos. Los métodos empleados revisten gravedad que en ocasiones es determinada únicamente por azar. Es notable el efecto beneficioso de la hospitalización durante el período de crisis, - constituyendo un recurso acertado y protector.

El grupo de edad de 13 a 17 años revela un porcentaje importante de Desorden Afectivo predominante en el sexo femenino, con menos ansiedad en el cuadro sintomático de presentación, pero en algunos casos con evidentes conflictos intrasíquicos y defensas Yóicas inadecuadas e inmaduras (pudiendo corresponder al actual concepto de Desorden Distímico probablemente).

El Déficit Mental Moderado conlleva implicaciones en la esfera conductual, pero el diagnóstico de "Reacción de Ajuste a la Adolescencia" parece un recurso fácil cuando no se tienen otras consideraciones en mente. Uno no encuentra apoyo sólido en la revisión del expediente y dicho término dice algo más que nada: desinterés, ignorancia y negligencia. Lo mismo puede aplicarse al de "Trastorno Esquizoafectivo", diagnóstico apurado y sin bases firmes (al menos en el caso archivado). Es posible que en el sexo femenino estos Desórdenes del Ajuste se manifiesten con distintas alteraciones del talento y del comportamiento.

A diferencia de los grupos anteriores, aparece el de "Depresión Sicótica", y el membrete desfasado y nada glorioso de "Sicosis Maníaco-Depresiva". Es de notar su afectación prevalente en el sexo femenino. En un caso de Desorden Bipolar, Depresiva, una paciente de 16 años tenía como antecedentes: que el padre es suicidó a los 35 años, un hermano tomando Litio, y sus síntomas depresivos principales eran insomnio, hiporexia, pérdida de peso e ideación suicida continua.

El mal uso y abuso de diversas sustancias euforoalucinógenas parece limitado a varones, siendo lo más común la Dependencia Episódica a inhalantes. Se sabe, sin embargo, que el sexo femenino experimenta diversas sustancias y fármacos y quizás los factores subculturales y propios no facilitan su detección, mien

tras un buen rapport y una anamnesis astuta lo logren.

No se hace sorpresa encontrar primeras manifestaciones de conducta histriónica y reacciones disociativas, así como Desórdenes Somatiformes, como la somatización conversiva. La conducta homosexual en el sexo femenino quizás sea más tolerada y no se acompañe de depresiones importantes, pero se hace muy factible de que igualmente ocurran en formas atípicas, que no acudan a consulta (o pase inadvertida el componente distónico al -Yo) o que se automediquen empíricamente.

Los trastornos sicofisiológicos como los que afectan a la piel y en particular el Vitiligo, representan parte del lenguaje no verbal y sensores muy precisos de la afectividad. El caso donde se diagnóstico "Depresión Pos-quirúrgica" puede ser más complicado de lo que aparenta, pues la reacción ante la propia enfermedad, la quimioterapia previa, quizás la anestesia, se suman al traumatismo de la amputación. Debe considerarse también la posibilidad de metástasis al cerebro. Los infantes y adolescentes con enfermedades malignas (cáncer, leucemias) merecen especial consideración en su estudio y tratamiento.

La conducta autoagresiva presenta más impulsividad, violencia o cronicidad. Se observa la tendencia al autosangrado por medios más dramáticos, bizarros o peligrosos. Las singulares presiones socioculturales en esta etapa son de consideración y

los riesgos de la civilización múltiples.

En este grupo de edad de 13 a 17 años, antes de que un varón intente el suicidio, trece mujeres ya lo han hecho. Aunque se trata tan solo de cifras aproximadas, reflejan parte de una realidad que en la práctica es comprobable.

Las benzodiazepinas empleadas denotan la preferencia y prescripción del gremio médico y de hecho podrán encontrarse tantas como nuevas surjan al mercado. Hay que tener cautela con algunas benzodiazepinas que tienen mayor potencial para producir dependencias; me refiero al loracepam, el cual es preferible limitarlo a casos seleccionados de insomnio en la senectud y como alternativa heróica para obtener una dependencia cruzada en el etilismo crónico.

La ingesta de muchos y diversos tipos de fármacos resulta un método que puede ser bastante peligroso por las interacciones y sinergias medicamentosas y porque puede ocurrir en pacientes con padecimientos crónicos que los hace más susceptibles (hepatopatías, nefropatías, cardiopatías, etc.). El corte profundo de vasos sanguíneos, en condiciones de aislamiento previsto (cuarto de baño, recámara, cocina, etc.), puede resultar en choque circulatorio muy graves o fatales, especialmente cuando involucran regiones como el cuello. Las lesiones más extrañas son autoinflin

gidas generalmente por pacientes sicóticos y/o con déficit mental o daño encefálico.

Por su capacidad de provocar arritmias cardíacas, los anti-depresivos tricíclicos representan un peligro real para dos infantes especialmente, cuando estos ingieren sobredosis. La ingesta de una cucharadita o un tubo de talio puede causar un vómito o una tragedia respectivamente. La intervención oportuna (la vado gástrico) puede evitar la diferencia y lo contrario resulta por lo común en alopecia y neuropatía. Una paciente que ingiere 40 tabletas de hipoglicemiantes orales (de su madre diabética) - queda en condición semejante -un coma hipoglicémico prolongado - puede resultar en daño cerebral irreversible. Uno debe avocarse para averiguar una depresión crónica y larvada en la madre.

Se olvida a menudo que en cualquier descuido el paciente - puede intentar el suicidio con sus propios medicamentos. La sobredosis de primidona u otro barbitúrico puede ocurrir en el propio epiléptico y conducir a un coma fatal por depresión del centro respiratorio. Uno debe recordar que en estos casos se impone la diálisis y la diuresis forzada y evitar que algún negligente se atreva a considerar "muerte cerebral" cuando precisamente estos estados de intoxicación y/o hipotermia son los primeros - que la descartan. Es preferible recurrir a criterios calificados como el de Harvard o el Británico, y recurrir a la consulta interdisciplinaria.



La tentativa suicida previa es un factor de riesgo importante. Su aparición súbita indica la posibilidad de que se repita dentro de los tres días siguientes o en las próximas dos semanas. Se deben tomar las medidas pertinentes y efectuar un seguimiento durante un año, mínimo. El mes de Agosto sugiere las tensiones de los exámenes a suficiencia y las frustraciones repetidas. Lo que aparentó a primera instancia un "chantaje suicida" puede no serlo en ocasiones subsecuentes dado que es común el cambio de método, la ambivalencia, el filtro con la muerte, y en fin la mala suerte (bien buscada).

Se ve que la letalidad médica de las tentativas son en su mayoría leves y/o moderadas en este último grupo. El Síndrome Depresivo se manifiesta en su forma más típica con menos características del estado ansioso. Es discutible un caso extremadamente dudoso de "Anorexia Nerviosa" donde la pérdida de peso y la alteración del apetito concuerdan más con un Síndrome Depresivo y donde el diagnóstico diferencial quedó en el vacío. Uno debe estar siempre pendiente de las depresiones severas que pueden sufrir pacientes con enfermedades endocrinológicas, no siendo raras en el hipotiroidismo y pudiendo llegar al intento suicida, como en el caso revisado. Se hacen evidentes de nuevo el daño o disfunción cerebral, el retardo mental y la depresión psicótica. Las pacientes con epilepsia generalizada tónico-clónica se ven expuestas a condiciones de vergüenza, rechazo, humillación, sobre todo cuando sufren quemaduras en la cara.

La tentativa suicida durante el embarazo sucede y presenta consideraciones. La dosis y el tipo de sustancias o fármacos ingeridos durante el primer trimestre de gestación, la actitud ante y durante el embarazo, las posibles ganancias secundarias o la intención de provocar el aborto.

De las manifestaciones clínicas sobresalientes del Síndrome Depresivo (de los 8 a los 17 años) que son diversas, aparece de nuevo, la Irritabilidad como elemento cardinal en los juicios diagnósticos.

La ausencia total del empleo de la Terapéutica Electroconvulsiva refleja el éxito de otras terapias somatoquímicas, psicológicas, del medio y familiares; constituye además un llamado a la razón y a evitar su mal uso y abuso.

La clasificación I.C.D.-9 (O.M.S.) resulta ciertamente en la clínica, inoperante y obsoleta y por tanto estadísticamente no confiable. Esto es más patente en los desórdenes infanto-juveniles. Como evaluación multiaxial el DSM-III es un modelo útil, con las modificaciones pertinentes. En mi opinión útil, con las modificaciones pertinentes. En mi opinión pueden respetarse los cuatro primeros ejes, modificando el quinto que supone la valoración de la función adaptativa la cual es manejada por un Yo que se encuentra todavía en proceso de estructuración o consolidación, siendo de más provecho dedicarlo a la Familia. Este Eje -

Familiar considera los rasgos de orientación de carácter tanto - del padre como de la madre, en términos de Fromm. Entonces se - puede hacer un perfil de un padre como: ausente, indiferente, - mercantil, de tendencias sádicas y nacrófilas; da una madre como: receptiva, posesiva, sobreprotectora, de tendencias masoquistas. Esto permite la interrelación del núcleo patológico familiar como "agente síquico de la sociedad" y su influencia vital en el - niño y el adolescente.

El Eje VI (propuesto por el Departamento de Siquiatría y - Salud Mental, U.N.A.M.) que considera la Sicodinamia Individual, se puede aplicar a la población infante-juvenil, en mi opinión, - con los términos de Erikson donde importa el concepto de Crisis - por las que el Yo evoluciona, y su completa descripción y aplicación del principio epigenético en el ciclo completo de la vida - humana. Así, uno puede considerar que el conflicto central, en - un caso determinado, se encuentra centrado en la Crisis de Auto - nomia y Vergüenza, o de Identidad y Difusión en otro.

Para fines de investigación y enseñanza, es conveniente añadir un séptimo eje donde se consideran los factores sociales y - transculturales. Este podría incluir la posición del país en el mundo, aspectos etnográficos, mezcla en la raza, nivel socioeco - nómico, condiciones de cultura o subcultura, el carácter social - que predomina en el amb iente vital, filtros sociales y quizás el

"narcótico social preferido".

Ejemplo de la Evaluación Multiaxial propuesta, en paciente-masculino de 10 años de edad:

EI: Depresión Menor, Recurrente.

EII: Enuresis Funcional.

EIII: Dermatitis.

EIV: Desprecio, rechazo y utilización (crónicos).

Madre hipertensa y deprimida.

Muerte reciente de su "perro consentido".

EV: Padre: receptivo, improductivo, de tendencias masoquistas y necrófilas.

Madre: Autoritaria, explotadora, de tendencias sádicas y mercantiles.

EVI: Conflicto principal centrado en la Crisis de Iniciativa y Culpa.

EVII: Tercer Mundo. Meztizo (español-náhuatl). Nivel: Medio - Bajo Subcultura: Netza. Narcótico Social: Pulque-cemento. Ambiente Vital: Improductivo y Sado-Masoquista.

Se recalca que el Síndrome Depresivo debe siempre describirse constatando su grado de severidad, y si es agudo o crónico -

(EI) y señalando los Tensores Sicosociales desencadenantes en el EIV. Existe un descuido global por desconsideración del EIII - (Condiciones y Desórdenes Físicos) en la infancia. Urge la pronta inclusión de los Síndromes Orgánicos Mentales, enfatizando - especialmente los Síndromes Paroxísticos Parciales de Nosología Compleja, las causas tratables de Demencia (Fenilcetonuria, galactosemia, cretinismo, hipoparatiroidismo, -entre muchas más) y las enfermedades endocrinológicas, malignas y crónicas-.

Son siempre fundamentales: el estudio del pedigrífamiliar, - del trazo electroencefalográfico, la tomografía axocomputada; - el L.C.R. y pruebas inmunológicas, eventualmente. La prueba de Supresión a la Dexametasona, y otras pruebas biológicas, son decisivamente importantes, quizás desde el periodo prepuberal.

Enfermedades como el Síndrome de Lesch-Nyham y el de Guilles de la Tourette, son a mi parecer verdaderos modelos biológicos donde se esclarecerán mecanismos bioquímicos y genéticos de la conducta automutilativa y la pseudohostilidad verbal (soecidad compulsiva) teniendo la Ingeniería Biomédica la última palabra.

Las respuestas a diferentes Antidepresivos (diclofensina, amitriptina, zimelidina, mianserina, amoxapina, trazodona) que prometen nuevos mecanismos de acción y menos efectos secundarios, junto con el uso oportuno del Litio en casos seleccionados, ofrecen nuevas posibilidades en el tratamiento integral de los Desórdenes

**Afectivos.**

Finalmente, es señalable el peligro real que amenaza a la Psidosiquiatría cuando camina insegura en una jungla salvaje llena de pantanos (que no son otra cosa que hipótesis, tras hipótesis actualmente no sustentables) perdiendo de vista al infante, al niño, al adolescente, como totalidades con encéfalos únicos que hacen posible la personalidad y la expresión de sus potencialidades.

## CONCLUSIONES

- El Síndrome Depresivo es una entidad real que se observa y amerita tratamiento desde la segunda infancia (3 a 7 años de edad).
- Sus motivos no son únicamente psicológicos y reactivos, sino desde edad temprana puede existir patología biológica-cerebral o genética- que la explique.
- La Irritabilidad, es un elemento cardinal en el juicio diagnóstico concordando con el criterio para la Depresión en la Infancia del DSM-III y en discordancia con los criterios de Cytrin, Weinberg y Kovacs.
- Es probable que el sexo femenino tenga una particular tendencia a deprimirse más pronto y con más frecuencia. Puede existir un subgrupo en ambos sexos que se deprima en forma atípica (depresiones frías o sonrientes, somatizaciones, desórdenes conductuales y abuso de sustancias).
- La depresión de proporción sicótica, es factible después de la pubertad y no antes.

- La conducta autoagresiva es notable desde la segunda infancia, aumentando en su intensidad durante la latencia e industria y llegando a su acmé en plena pubertad.
- El parasuicidio es un fenómeno bastante raro durante la segunda infancia: aparece en la latencia e industria haciendo una punta de riesgo real a los 12 años y llegando a su máxima frecuencia alrededor de los 15 años de edad.
- El factor de riesgo más importante en el intento suicida-  
previo o súbito. Indica la posibilidad de que se repita-  
en las próximas 72 horas, o durante las siguientes dos se  
manas. El riesgo inferible es permanente hasta un año -  
después.
- El sexo femenino es capaz de intentar el suicidio hasta -  
en seis ocasiones antes de que alguien del sexo opuesto -  
lo intente, entre los 8 y los 17 años de edad.
- Aproximadamente un 80% de parasuicidios lo constituye una  
población infante-juvenil que sufre de algún Síndrome De-  
presivo Patológico.
- El espectro de la conducta autodestructiva, el espectro -  
depresivo, y la complejidad del fenómeno parasuicida, so-



lo con comprensibles bajo la perspectiva de una Holística-Racional.

- Se propone una Evaluación Multiaxial modificada y compuesta de Siete ejes, aplicable Únicamente en Paidosiquiatría.
- Se puede y debe detectar a tiempo el espectro depresivo y autodestructivo durante los cinco primeros estados críticos del Yo en desarrollo sicosocial, por medio de una sensibilización adecuada, procediendo de inmediato a su tratamiento integral y multidisciplinario.
- Es necesario continuar con las investigaciones en este campo, preferencialmente las prospectivas, tanto clínicas como biológicas y genéticas para poder comprender, predecir y prevenir cada vez con mayor certidumbre.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39

Sumario.

Se presenta un trabajo de investigación retrospectivo en el cual se procedió a una revisión de 194 casos de Síndrome Depresivo y Parasuicidio obtenidos del lustro correspondiente a 1977 - 1981 de la población infante-juvenil del Hospital Siquiátrico "Dr. Juan N. Navarro" S.S.A. Se hacen las observaciones y los comentarios pertinentes. Se recalcó la importancia de continuar las investigaciones y de aplicar los métodos de profilaxis, terminando con las conclusiones a que se llegaron.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Akiskal HS et al; Chronic depresiones. Part I. Clinical and - Familial. J. Affective Disord. 1981, Sep. (8) 297-315.
- 2) Bhatia SK; Fine P: Emotional Problems in the Adolescent: De-- pression. Pediatrician. 1981. 10 (4). 216-29.
- 3) Belmont HS: Confusing varieties of depression in Childhood. - PA MED. 1981. Jul. 84 (7): 41-5.
- 4) Bernt DU; Kaiser CF: Depression and self-actualization of gif ted adolescents. J Clin Psychol. 1982. Jan (1) 142-50.
- 5) Corynell W; Schelessor M: Suicide and the Dexamethasone Supre sión Test in Unipolar Depresi3n. Am J Psuch 138: 8 Augt. 1981.
- 6) Cytryn I; Mcknew D: Affective Disorders. in Kaplan and Freed man Comprehensive Textbook o Psuchiatty/III. 43. 15-2798-807.- 1980.
- 7) Cherpillod C.A. Controled Trial with diclofensine: a new psy- choactive drug in the treatment of depression. Jint Med 1981. 9 (5) 324-9.

- 8) De la Fuente Muñiz R. El pensamiento vivo de E. Fromm. Cinco Lecciones. Depto. Siq. y Salud Mental. U.N.A.M. No. 1982.
- 9) Fava GA et al: Depression hostility and anxiety in hyperprolactinemic amenorrhea. Psucho Psychom. 1981. 36 (2) 122-8.
- 10) Golds MS et al: Hypothyroidismo and Depression: Evidence from complete thyroid function evaluation. JAMA. 1981. 15:245 (19) 1919-22.
- 11) Howard J: The expressions and possible origins of depression in male adolescents delinquents. Psych. 1981. Dec. 15 (4) - 311-8.
- 12) Hatsukami D et al: Post-treatment symptoms and relapse to drug use in different age groups. Drug Alch Dep. 1981. Dec. (4) 271-7.
- 13) Howell T: Depression in spinal cord injured patients. Parapleg. 1981. 19 (5) 284-8.
- 14) Kiloh LG et al: Clinical Electroencephalography. 1981. Butterworths.

- 15) Katon W et al: Depression and somatization: a review. Am Med J. 1982. Feb. 72 (2) 241-7.
- 16) Kovacs M: Rating Scales to asses depression in school aged children. Act Paedschyt. 1981. Feb. 46 (5-6) 297-804.
- 17) Lemoine P et al: Double-blind trial of amineptine and clomipramine in the treatment of depression. Curr Med Res Op. 1981. 7 (4) 234-40.
- 18) Mayer D.A. Psychoterapeutic approach to the suicidal patient. 1971. Bri J. Psych.
- 19) Mendiguchia Quijada FJ: Psiquiatría infanto-juvenil. Ed. del Castillo, 1980.
- 20) Mathew RJ et al: Physical symtomns of depression. Brt J. Psych. 1981. Oct. 139. 298-6.
- 21) Narang RL; Teja JS: Depression across cultures. Brit J. Psych 1971. 119, 253.
- 22) Nissen G. Classification of chilhood depression. Ac t Paed--sych, 1981 Feb. 46 (5-6) 275-84.

- 23) Olie JP; Pétituean F: Psychopathology of depression Sem Hop - Paris. 1981. Ap 18-25, 57 (15-16) 775-9.
- 24) Plum F; Posner J: Brain death, in The diagnosis of Stupor - and Coma. Davis Comp. 1982.
- 25) Plumb M; Holland J: Comparative studies of psuichological - function in patients with advanced cancer. Psychosom Med. - 1981. Jun. 43 (3) 246-54.
- 26) Porot D: Anorexa nervosa: protest and depression. Sem Hop - Paris. 1981. Nov. 18-25; 57 (43-44) 1887-40.
- 27) Petti TA: Depression in children: a significant disorder. - Psuchosom. 1981. May. 22 (5) 444-7.
- 28) Pozansky M: Chilhodd depression: the aoutcome. Act Paedopsych 1981. Feb. 46 (5-6) 297-304.
- 29) Pearce JB: Drug treatment of depression in children. Act Pae - dopsuch. 1981. Feb. 46. (5-6) 817-28.
- 30) Parker G: Parental representations and affective sustoms - examination for an hereditaru link. Brit J Med Psucho 1982. - Mar. 55 (PT) 57-61.

- 31) Prerost FJ: The development of the mood. inhibiting effects-  
of crowding during adolescence. J. Psycho. 1982. Mar. 110. -  
197-202.
- 32) Resšik PA; Atkenson DJ: Victims of rape: repeated assessment  
of depressive sintoms. Cons Clin Psychol. 1982. Feb. 50 (1) -  
96-102.
- 33) Rodgers BM: Depression in the cronically ill or handicapped-  
children. MNC. 1981. Aug. 6 (4) 266-73.
- 34) Rochfort UM et al: The cuantitative hemisferic EEG in adoles  
cent psychiatric patients with depressive and paranoid sytoms.  
Biol Psych. 1981. Jan. 16: (1) 47-54.
- 35) Stambury J; hynngaarden J: The metabolic basis of inherited -  
disease. 1978. McGraw-Hill.
- 36) Slap GB: Oral contraceptives and depression. J Adolesc Healt  
Care. 1981. Sep. 2 (1) 53-64.
- 37) Torre Aguilar JC: Revisi3n de 52 casos de intento suicida y-  
suicidio completado en el Hospital Escuela O'Horan. Tesis -  
Profesional. 1978.

- 38) Villanueva M: Estudio de suicidios en el Hosp. Psiq. Fray Bernardino Álvarez. Tesina. Pos-Siquiatría. 1975.
- 39) Weitzman A: Depression in childhood. Harefuah. 1981. May; 15:100 (10) 479-81.
- 40) Walker E: Emotion recognition in normal and disturbed children. J. Child Psych. 1981. Jul. 22 (3) 263-8.



## Agradecimientos.

- Dr. Ramón de la Fuente Muñiz: por su guía invaluable a través -  
del Curso Univesitario de Siquiatría.
- Dr. Renán Villanueva Sosa: por su ejemplar dedicación a la Salud  
Mental.
- Dr. Guido Macías: por su estímulo intelectual.
- Dr. Sergio Hernández, Dr. Luis Gamiochipi, Dr. Armando Gutiérrez,  
en reconocimiento a su devoción hospitalaria.
- Sr. Enrique Diéguez: por su tonificante cooperación en el Archivo  
Clínico.
- Dr. Felipe Rubio.
- Dr. Antonio Briceño.
- Dr. Hugo Jácome.
- Dr. Fernando Moreno.
- Por el apoyo, ayuda y su amistad.

**Epílogo.**

Siembro un olivo y en la tierra  
como el tic tac del reloj. Se despierta  
el latido de la vida.

¿Qué es esto? ¡que sea la vida plena!  
Y a lo lejos, lanzada y no sin alas  
ella no me regale frutos,  
sino alegre espera.

**Pavel Botsu.**