

TITULO

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS GRUPOS
DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS CON
TRANSTORNOS EMOCIONALES VISTOS EN LA
CONSULTA EXTERNA Y EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL PSIQUIA
TRICO INFANTIL

"DR JUAN N. NAVARRO"

TESINA PRESENTADA PARA EL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN PSIQUIATRIA, U.N.A.M.

ELABORO: JOSE CARLOS SIERRA CEDILLO
ALUMNO DEL TERCER AÑO DE ESPECIALIZACION EN
PSIQUIATRIA. HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY
BERNARDINO ALVAREZ". S.S.

TUTOR DE TESINA: DR JORGE ESCOTO MORET
PAIDOBSTQUIATRA ADSCRITO AL HOSPITAL
PSIQUIATRICO INFANTIL "DR JUAN N.
NAVARRO".

PSICOLOGO: DR ALBERTO TERRORES
ADSCRITO AL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR JUAN N. NAVARRO"

MEXICO D.F. DICIEMBRE DE 1985

*N.S.
H. delat.*

FALLA DE ORIGEN

10-XII-85.

adell



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 está 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.

INDICE

ANTCEDENTES	1- 21
JUSTIFICACION.....	22 - 23
HIPOTESIS.....	24
OBJETIVOS.....	25
SELECCION DEL DISEÑO.....	26
METODO ESTADISTICO.....	27
CATEGORIAS DE ANALISIS ESTADISTICO.....	28 - 30
RESULTADOS.....	31 - 38
INTERPRETACION DE RESULTADOS	39 - 40
BIBLIOGRAFIA	41 - 44

ANTECEDENTES

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

A diferencia de la pubertad, que como fenómeno biológico se presenta en todos los seres humanos y es aceptada universalmente, la adolescencia entendida como un período de crisis o tensión concomitante a los cambios biológicos no ha sido observada en forma generalizada en todas las sociedades, así como tampoco podemos hablar de aspectos psicológicos característicos de esta etapa sin tomar en cuenta su contexto sociocultural particular.

En la pubertad, el niño es capaz de iniciarse a la sexualidad genital, que le proporcionará las bases de lo que Erikson denomina la etapa de la identidad. Erikson define el "sentimiento óptimo de identidad" como aquel que consiste en "un sentimiento de bienestar psicológico", un sensación de encontrarse a gusto en el propio cuerpo", "UN sentimiento de saber a donde vá uno", y una "seguridad interna del reconocimiento anticipado por parte de aquellos que importan". Erikson reconoce que la formación de la identidad "depende del proceso mediante el cual una sociedad reconoce (al individuo) como alguien que debía llegar a ser como es, y que, siendo como es, es dado por supuesto". Obviamente ésta es una situación ideal; de hecho, la etapa de la identidad está cargada de peligros. Erikson arguye que "las semejanzas y continuidades en las que anteriormente se confiaba, son cuestionadas de nuevo en la pubertad, debido al rápido crecimiento del cuerpo, parecido al de la primera infancia, y debido a la nueva madurez genital".

Los niños están ahora "principalmente preocupados por lo que aparentan ser a ojos de los demás en comparación, con lo que sienten que son". Estos son los conflictos que debe resolver el niño; si no lo logra, su rol de adulto se verá sumergido en la confusión.

Sin embargo autores como George DeVos, opinan que la visión de Erikson acerca de ésta etapa no es universalmente aplicable. La etapa de la identidad (la adolescencia) no aparece en forma universal, y de forma generalizada se dá únicamente en sociedades industrializadas y tecnológicamente avanzadas. Así Margaret Mead acudió a Nueva Samoa para observar si la adolescencia era necesariamente una etapa tormentosa de la vida, como afirmaban las teorías Freudianas; descubriendo que la adolescencia no re-

presentaba un período de crisis o de tensión; era por el contrario, un ordenado desarrollo de intereses y actividades en lenta maduración. Ningún conflicto provocaba -- perplejidad en la mente de las niñas, ninguna cuestión -- filosófica las inquietaba, ninguna ambición remota las -- acosaba".

La edad a la que un individuo alcanza el status adulto varía sensiblemente y depende en gran medida de la -- organización tecnológica y social de la sociedad en cuestión. El status adulto puede adquirirse o bien de forma abrupta al término de la infancia, o bien atravesando -- una elaborada serie de grados de edad, ninguno de los -- cuales podría llamarse con propiedad adolescencia. En -- las sociedades modernas, el acceso al estatus adulto viene regulado no tanto por el cambio biológico de la pubertad como por el reconocimiento social de que el individuo está dispuesto a asumir las responsabilidades ocupacionales que se esperan de un adulto.

En la mayoría de las sociedades preindustriales que -- celebran un ceremonial de paso a la edad adulta, éste no suele coincidir con la habilidad del individuo en el funcionamiento adecuado de la capacidad reproductora. Entre los gusii, las niñas son iniciadas a los 8 ó 9 años y pasan a ser elegibles para matrimonio; los niños son iniciados algunos años más tarde (entre los 10 y los 12 años). -- Sin embargo, aunque el paso de la infancia a la edad adulta sea abrupto, los niños han atravesado un largo período de instrucción antes de la iniciación, en vistas a prepararlos a las obligaciones del status de adulto. La capacidad biológica para la reproducción no habilita por sí -- sola a la edad adulta; en general; este criterio primordial va complementado por otros que requieren del individuo la capacidad de asumir una ocupación productiva y la de participar en las funciones de toma de decisiones de -- la sociedad adulta.

En un comentario sobre la adolescencia en Estados Unidos, Ruth Benedict argumentó que existían importantes discontinuidades entre la adolescencia y la edad adulta. Se observó que se daban a los niños pocas responsabilidades pocas oportunidades de expresión sexual a pesar de su madurez fisiológica, y éstos estaban en un rol sumiso en relación a los adultos. Por otra parte se exigía que los --

adultos asumieran responsabilidades, se les permitía libertad sexual y se esperaba de ellos que asumieran un papel dominante en la sociedad. Pero cuando a primera vista parezca que los roles infantil y adulto son discontinuos, los individuos están sin embargo preparados al rol de adulto, pues han atravesado un largo período de instrucción, de observación y de aprendizaje por sustitución. Esta instrucción se hace posible por la introducción de la etapa adolescente, desconocida en las sociedades tradicionales.

Esto provoca la pregunta funcional de por qué el prolongado período de transición de la adolescencia ha emergido en nuestras sociedades. En las sociedades industriales, la estructura social exige que el individuo asuma una vocación tecnológicamente avanzada o especializada para poder cuidar de una familia. En sociedades organizadas sobre la base del linaje o de la familia extensa, las responsabilidades adultas están menos directamente ligadas a una familia nuclear biológicamente relacionada, la reproducción puede venir antes, y se exigen menos decisiones independientes que la que suelen tener en esta sociedad los individuos de 14 a 15 años. Así pues, la edad adulta queda socialmente diferida por un período de adolescencia.

En México como señala Alonso Peón Escalante en un artículo sobre adolescencia marginada suburbana; la adolescencia como tema de estudio, se encuentra en etapas iniciales, aunque un porcentaje elevadísimo de mexicanos tiene más de 10 años y menos de 20. Para entender el desarrollo del adolescente marginado suburbano es necesario tener presente, el marco o encuadre en el que se injerta su desarrollo adolescente. Así en el caso de adolescente marginado de la periferia urbana o suburbana, está constituido por la violencia, la desconfianza y la separación traumática de figuras parentales. Adolescencia muy diferente a aquella de la clase media descrita por otros autores.

En las del marginado, las prioridades no están dadas por cambios hormonales y mentales internos, sino por continuar buscando llenar necesidades primarias que en el primer decenio no fueron satisfechas y en el que prevaleció un ambiente de violencia abierta, intrafamiliar y comunitaria.

Los adolescentes marginados de 11 a 14 años descritos por el autor tenían casi siempre una actitud apagada, pasiva, siendo difícil ver en ellos la efervescencia inter-

na que aflora en relación a los cambios corporales de su desarrollo sexual secundario o, tal vez, se debe a un simple pero lastimoso retraso de la aparición de caracteres sexuales secundarios.

En la adolescencia media parecen fluctuar entre el sometimiento pasivo y rabioso del que acata como ley lo que padres y autoridad indican, o se encuentran en el otro extremo, el de la rebeldía total y destructiva de pandilleros matones, sintiendo que han logrado pulverizar sus orígenes familiares y sociales. Es decir, que en el foro de las batallas difíciles que caracterizan la etapa media -- del adolescente clase media, que necesita para tomar distancia física, mental y emocional de patrones familiares y sociales anteriores y así comenzar a encontrar lo suyo propio en grupos heterosexuales, en el adolescente marginado suburbano debido a su contexto, ya sea por abdicación o por destrucción, el estire y afloje o el intercambio rudo y doloroso entre padres e hijos, o entre autoridad y jóvenes, es prácticamente inexistente.

De la misma manera quisiera enfatizar sobre una situación que en ocasiones nos pasa inadvertida, y es, el hecho de que nuestro país es una sociedad pluriétnica; es decir, una sociedad integrada por, cuando menos, dos sectores de población con marcadas diferencias entre sí. Por un lado encontramos un sector de población integrado por una serie de grupos étnicos que son genéricamente denominados indígenas (o indios) y, por el otro lado, un grupo que se define a sí mismo como mestizo. Al penetrar un poco más en esta apariencia advertimos que las distinciones entre ambos sectores de la población no son puramente biológicas o raciales, sino diferencias primordialmente, culturales y estructurales.

Lo anterior es con la intención de entender desde un punto de vista antropológico las hipótesis sugeridas por Martínez Zendejas en su comunicación sobre la adolescencia indígena donde indica que el adolescente indígena normalmente manifiesta claramente dos problemas por la situación a que se encuentra sujeto. Por un lado, un problema de identidad y, por el otro, un problema de autorrepresión. El problema de identidad deriva del hecho de que vive en un contexto interétnico en donde él no encuentra una delimitación explícita, ya que cada papel, cada conducta, cada actitud que asume o adopta tiene un significado dicotómico. El terror por hablar, el pánico por pensar y el miedo

a cualquier comportamiento en el adolescente indígena derivan de un problema de autorrepresión, la cual deriva -- por un lado del proceso natural de la lucha por la identidad, la autoestima y la integración, y , en segundo lugar de la posición que ocupa dentro de la estructura social.

Citamos lo anterior porque de alguna manera las características mencionadas son observables en parte de la población que acude a nuestra institución y queriéndolo hacer antes de iniciar con una breve revisión de otras aportaciones sobre el tema que hacen diversos autores desde diferentes marcos de referencia. Así iniciaremos con A. Gesell con su estudio del desarrollo normal del niño de los 12 a los 16 años, por ser las edades que nos interesan -- considerar en el presente trabajo.

La presente se basa en los estudios y resultados obtenidos por el autor como contribución al conocimiento del desarrollo normal del niño y adolescente.

La premisa fundamental para este estudio fué la observación de los cambios conductuales que se daban en las diferentes etapas del niño, así, su obra se remonta desde la lactancia y obviamente las áreas estudiadas fueron cambiando según la edad cronológica del niño, la última etapa que el autor nos refiere se inicia a los 10 años de edad y concluye a los 16, y las áreas conductuales tomada en cuenta fueron las siguientes: 1) Características matricias, 2) Higiene personal, 3) Expresión emocional, 4) Temores y sueños, 5) El yo y el sexo, 6) Relaciones interpersonales, 7) Juegos y pasatiempos, 8) Vida escolar, 9) Sentido ético, 10) Visión filosófica, éstos fueron organizados a través de gradientes de crecimiento en forma longitudinal y expresados en la obra como perfiles de madurez de cada año en forma transversal.

Los sujetos de estudio en su mayoría fueron los mismos que ya se habían estudiado hasta los 10 años, aumentándose además un grupo de aprox. 50 niños, se estudiaron en un período particular. Las condiciones económicas y sociales de los sujetos fueron similares, así como la preparación académica de los padres, siendo representantes de un nivel medio superior en la población escolar de una ciudad próspera de los E.U.A., las entrevistas se hicieron en forma simultánea en padres y adolescentes, llevándose a cabo dichas entrevistas una vez por año.

Cabe mencionar que los datos que serán aquí anotados - tienen su fundamento en el desarrollo de los años anteriores, y que si bien es cierto, este desarrollo puede no corresponder en forma total al de nuestra población es un intento por tener un marco referencial en nuestro estudio.

A los 12 años los patrones conductuales cambian con respecto al niño de once, y en lo referente a su capacidad de sociabilidad, su autocrítica mejora, se muestra menos voluble y más controlado en esta etapa. Sin embargo no debe dejar de considerarse que en esta edad el niño está en el umbral de la adolescencia y que el proceso de crecimiento hacia la madurez no es de ninguna forma uniforme - sino más bien fluctuante y disparejo principalmente a la edad de doce años, en donde el niño puede fluctuar entre dos extremos, el de colaboración-adulto y los caprichos infantiles, la necesidad y conciencia de pertenencia a un grupo empieza a hacerse importante a partir de ésta edad y no obstante puede criticar y formarse algún juicio moral, cede a las presiones del grupo y acepta la parte de culpa que le corresponde.

Escolarmente los grados de 12 años son naturalmente varias veces, ya poseen una aptitud cada vez mayor hacia las actividades individuales aunque su fervor por las actividades colectivas sea mucho más notable.

En cuanto a su desarrollo intelectual a los 12 años se evidencia un progreso considerable hacia la conceptualización, lo que redundará en su preocupación en cuanto a la justicia, el delito, la vida, la lealtad y la ley. Así mismo los argumentos que él esgrime son menos apasionados y tiene un pleno sentido de la razonabilidad, tiende además a mostrarse más realista que idealista. Puede considerarse finalmente los 12 años como un período benéfico para la integración total de la personalidad siendo los rasgos fundamentales, la razonabilidad, tolerancia, humor, así como el entusiasmo, la iniciativa, la empatía y el conocimiento de sí.

A los 13 años el incremento en la madurez es bastante más complejo que en el año anterior, ya que la adolescencia se halla ya bien iniciada y emergen múltiples y nuevas facetas de conducta. Dentro del hogar frecuentemente se le observa callado, dedicado a pensar o a soñar, desde el punto de vista escolar demuestra gran interés y presenta mucha facilidad para adquirir conocimientos a través -

de la lectura, escritura, audición y visión.

Afectivamente presenta algunos altibajos de su honor - pero es capaz de adaptarse, presenta un gran sentido del deber y en ocasiones se le puede considerar un tanto escrupuloso. Quizás la conducta más evidente sea el retraimiento y continuo alejamiento del mundo del hogar, se halla acosado frecuentemente por múltiples preocupaciones - lo que lo lleva a una mayor autocónciencia y conocimiento de sí, que se encuentra íntimamente relacionado con las experiencias externas, así tanto le preocupan los asuntos internos como externos. Sus reflexiones son polifacéticas involucran elecciones, deseos, ideas, ambiciones y pueden conducir a decisiones provisorias y potenciales en la esfera de la conducta moral. Estas meditaciones distan de ser ociosas ya que constituyen el esfuerzo del adolescente para alcanzar un yo más maduro. Se da cuenta de que no se halla completamente a merced de las emociones instintuales y aparece lo que el niño llama "fuerza de voluntad en forma creciente.

Estas conductas presentan obviamente multitud de variantes individuales, sin embargo puede considerarse de el niño de 13 años es naturalmente reflexivo, tiene mucha más precisión y casi podría decirse que es un crítico, de su propio desempeño y del de los demás. Es capaz ya de pensar en función de necesidad, probabilidad y condiciones hipotéticas, comienza a ser consciente de que la facultad de razonamiento es una operación de la mente cuyo control posee.

El niño de los 13 años es también más consciente de sus sentimientos y de los de los demás, es raro que la ira salga a través de la violencia física y utiliza para ello, primordialmente las palabras, además que revela cada vez más una mayor capacidad para sentir tristeza. Es sumamente sensible a las críticas, y percibe agudamente los estados emocionales de las demás personas.

A esta edad tanto varones como niñas suelen eludir las relaciones confidenciales con los padres, sin embargo deja ya de discutir por mero placer, e intenta hacer un análisis más "calmado" de los acontecimientos.

En sus relaciones interpersonales, tiende a mostrar mayor espíritu de discriminación, en su estima y aceptación de los compañeros que antes, ahora tiene menos amigos, -- juega más solo o con algún amigo escogido. En este momento ambos sexos pueden experimentar un sentimiento de neutralidad con respecto al sexo opuesto que nos anticipen el surgimiento de los amores de los años inmediatamente próximos.

En éste momento además niños y niñas pasan largo tiempo observándose al espejo estudiando la imagen reflejada y comparándola con las imágenes que de sí se ha formado. -- El espejo se convierte así en un instrumento evolutivo -- que facilita el descubrimiento de la propia personalidad y la confianza en sí mismo.

Es en la calle y en la escuela donde su sentido del yo experimenta el poderoso impacto del grupo, del equipo y el club. Allí encuentra las imágenes de carne y hueso de sus coetáneos. Está en la gloria sintiéndose uno de ellos. Así, tiende a satisfacer las exigencias de sus camaradas, adoptando sus mismos hábitos; pero es consciente de que la decisión de su aceptación o rechazo le está reservada.

A esta edad les gusta la escuela, aprecian a las maestras que hacen hincapié, en el conocimiento concreto y conceden cierto margen a las discusiones informales con participación de los alumnos. Tienen una prodigiosa capacidad para asimilar conocimientos. Tienen hambre de hechos.

LOS 13 años es un año de complejas transiciones que involucran a un tiempo, cuerpo, mente y personalidad. Frecuentemente las transiciones se producen sin aviso o conocimientos previos. El adolescente debe salirse al encuentro lo mejor que puede sin ayuda alguna de la cultura que lo rodea.

A los 14 años el clima emocional sufre diversos cambios evolutivos. La timidez, la susceptibilidad y las escrupulosas extravagancias de los 13 años dan paso a una vigorosa y robusta expresividad. El niño ya no tiende a retraerse, se le observa más alegre y relajado. Aparecen nuevos rasgos de madurez, que son síntomas del movimiento de avance con mayor plenitud, adquiriendo un equilibrio más estable en medio de las demás personalidades. A ésta edad el niño comienza a sentir que es él mismo. Posee una nueva seguridad en sí mismo, pese a las presiones de su energía creciente.

En sus relaciones interpersonales tiende a mostrarse amistoso y extrovertido, tanto en su casa como fuera de ella. Tiene un considerable espíritu gregario y parece preferir asociarse con una variedad de individuos. Siendo capaz de especificar y apreciar sus distintas características con gran detalle. En su visión de estas diversidades tiende a mostrarse tolerante.

Sin embargo es sensible a las desviaciones de las normas fijadas por el grupo. Anhela gozar de popularidad entre los compañeros de su edad.

A pesar de haber disminuido las tensiones en la familia, la psicología del grupo frecuentemente resulta incompatible con las exigencias concretas del hogar, la escuela y la comunidad.

A los 14 años las diferencias temperamentales y sexuales se hacen cada vez más evidentes. Los varones prefieren en general, compañeros varones como amigos o como miembros de una actividad colectiva. En general las niñas revelan un mayor interés por el sexo opuesto que los varones. Esta es quizás la edad en que tienen lugar las comunicaciones telefónicas más interminables, a veces alegres otras serias, las menos, susurradas. La charla por cualquier medio que sea, constituye actualmente el método preferido entre los amigos para explorar la intrincada maraña de la personalidad humana.

A esta edad empiezan ya a mostrarse objetivos y realistas en sus juicios. Revelando ya cierta disposición a mirar y considerar las dos caras de un problema. Les gusta razonar. Son capaces de pensar con independencia y de experimentar un placer intelectual en la discusión de un asunto. Se observan a través de la utilización que hacen del lenguaje, el crecimiento de modos de pensar más maduros. Dos componentes verbales de la inteligencia humana maduran en forma importante, la comprensión y la fluidez verbales. Indicando un aumentado incremento en el racionalismo y el pensar lógico del sujeto.

Considerando todos los factores se llega a la conclusión de que los 14 años constituyen una especie de punto-pivote dentro del vasto ciclo del crecimiento humano. El joven comienza a adquirir conciencia de sí. Es capaz de aceptar el mundo tal como lo encuentra. Es exuberante y lleno de energías, pero de temperamento razonable. Posee una buena medida de prudencia y filosofía que a menudo se expresan en rasgos de ingenio y humor. Su lealtad para con el grupo es fuerte y sensible, pero ésta, normalmente no perturba sus relaciones personales dentro del círculo hogareño, escolar y social. Tiene muchos amigos. Los comprende cabalmente y experimenta simpatía por los que carecen de popularidad y de suerte.

Su equilibrio emocional ya no es tan precario como antes. Sus actitudes espontáneas lo hacen enormemente educable en la esfera de los valores humanos y de las obligaciones sociales.

Los rasgos de madurez de los 15 años no son fáciles de sintetizar. Tantas son sus facetas y fases que presenta, que él mismo parece a veces confundirse. Desea ardientemente comprenderse así mismo y ser comprendido por los demás. Algunos de los rasgos de madurez más significativos a los 15 años se refieren a un marcado refinamiento de los patrones anímicos.

Presentan una analítica preocupación por las minucias y los detalles, tendiendo a mostrarse más parcial y fragmentario en su visión inmediata. En sus cavilaciones subjetivas se convierte en un afanoso buscador de precisión, y, en ocasiones se diría que es un perfeccionista.

El estado de ánimo a ésta edad es más reposado, sin estados de ánimo tan intensos y penetrantes como a los 13 años, teniendo un carácter más templado y mejor modulado. Sin embargo estos mecanismos subjetivos también pueden operar en la dirección del mal y de la conducta anómala. Un adolescente de 15 años puede albergar sentimientos de rencor, venganza y violencia. Podiéndose llegar a configurar los patrones de diversas formas de conducta desordenada y delictiva. Por lo que los 15 años constituyen una zona de madurez vulnerable.

Los rasgos de madurez de éste período pueden enfocarse desde tres puntos de vista distintos: 1) Una creciente conciencia y perceptividad del yo. 2) Un naciente espíritu de independencia, 3) Lealtad y adaptación a los grupos del hogar, del colegio y de la comunidad.

A través de una pequeña revista de sus relaciones interpersonales podremos visualizar cuán estrechamente entremezclados se hallan los tres puntos antes referidos.

A los 15 años la relación con la familia pierde fuerza. Algunos niños se separan del círculo familiar, sin siquiera la fórmula corriente de la despedida. Omiten deliberadamente los saludos cuando llegan a la casa, manteniéndose replegados sobre sí mismos; se resisten a todo lo que represente una restricción o freno, por razonable que sea.

El espíritu de independencia crece rápidamente, pero aún está inmaduro y se expresa en forma ruda y brusca. El adolescente se siente inequívocamente que está creciendo. Ya no permite que se lo considere un niño y aspira a que su madre deje por fin de ver en él una criatura. Algunas niñas experimentan un vehemente deseo de ir a un colegio-

de otra ciudad.

Sin embargo a nivel social, es gregario,. Le gustan la reuniones de varios individuos. Tiende a seguir a una muchedumbre y goza de las agrupaciones espontáneas e informales que incluyen a ambos sexos.

Las presiones de la vida escolar otorgan un relieve -- adicional a los rasgos de madurez de esta edad. Revelan -- también las limitaciones y las virtudes potenciales de -- los buenos y malos colegios en relación con estos rasgos. Existen toda una gama de actitudes hacia la escuela: "el colegio es maravilloso"--nos encanta"--o es insufrible:"es un asco". A esta edad se ha observado reiteradamente lo -- que suele llamarse "el quiebre de los quince"; caracterizado por un breve período de desaliento, motivado por una desordenada autocrítica. Tratando de aclarar sus pensamientos y sus estados anímicos. En ocasiones llegan a caer en estados depresivos. Sin embargo en ocasiones cuando no se le ayuda al adolescente a pasar el trance se presentan deserciones escolares. Por otro lado, son muchos los niños que gravitan hacia una orientación positiva. Les gusta la vida colectiva y las actividades cooperativas que -- ofrece el colegio.

A esta edad conoce sus limitaciones y tiende a dudar -- de sus aptitudes potenciales y de su responsabilidad. Con una menor confianza en sí mismo, anhela que lo guíen y lo aconsejen, en particular cuando dicha ayuda no proviene -- del círculo familiar. Tanto le interesa su propia personalidad que se inclina a convertirse en un verdadero psicólogo de su propio ser. Por lo que considerado en todos -- sus aspectos, quince es un adolescente bastante complejo.

El adolescente de 16 años no tiene más que pararse de puntas de pie, prácticamente, para ver el horizonte de la edad adulta. El mismo es algo así como un preadulto.

La propia sociedad le recuerda sus reconocimientos a -- esta creciente madurez a través de diversas normas, costumbres y leyes. Da la impresión de ser más adulto. Cuando las actitudes interpersonales reaccionan espontánea y recíprocamente de este modo, pueden aflorar las fuerzas -- fuerzas activas del desarrollo.

Los adolescentes de 16 años poseen una mente más dueña de sí misma, porque se halla mejor controlada y ordenada. Sus integraciones están mejor equilibradas y son más vastas con respecto a su conducta. Con esta ventaja despliega una mayor confianza en sí mismo y una autonomía más -- profunda. La entera fe en sí mismo es el rasgo más característico de esta edad y síntoma de sus aptitudes latente.

Los roces con los padres han disminuido. Es más tolerante con todo mundo en general. Tiende a aceptar la vida tal y como la encuentra. A esta edad casi hace un culto de su interés por la gente, echando las bases de múltiples amistades, hay una gran camaradería sobre una base totalmente ajena al romance. Es frecuente que grupos mixtos se organicen dentro de márgenes elásticos para desarrollar sus actividades sociales, sin demasiadas preocupaciones previas y preparativos. Las dos terceras partes de los varones y prácticamente todas las mujeres, salen con amigos del sexo opuesto.

Estos adolescentes revelan una mayor tendencia a desempeñarse satisfactoriamente sin necesidad que se les prescriban sus obligaciones. Ya se hallan más orientados hacia el futuro de forma más definida, tanto en su vocación como en su vida emocional, siendo mucho más evidente en las mujeres el deseo de casarse y procrear hijos.

Desde el punto de vista afectivo estos adolescentes dominan perfectamente sus emociones. Generalmente se hallan en un justo término medio. No es susceptible y cuando hieren sus sentimientos, lo disimula. No tiene tendencia a afligirse y no se deja dominar indebidamente por sus estados de ánimo. Rara vez llora. Por lo general sofoca o desahoga su pena o cólera yéndose a caminar, o de manera indirecta, riéndose de la provocación. Ha crecido también intelectualmente. Comienza a apreciar ya, incluso, los móviles personales de la gente, ya se trate de sus compañeros o de adultos. Ahora que ha disminuido su autoconciencia, se halla más dispuesto a contemplar el punto de vista de los demás. Le gusta sentir que su visión de las cosas se ha ensanchado. La autoconciencia, la autonomía y la mejor adaptación social han alcanzado un equilibrio y una integración de orden superior. Esto lo convierte en una suerte de prototipo de preadulto.

A continuación y para los fines de este estudio definiremos lo que entendemos por pubertad y adolescencia. Al hablar de pubertad nos referiremos a los cambios biológicos que se dan dentro de un rango de edad cronológica en el continuum del ciclo vital.

Cuando se hable de adolescencia nos referiremos a todos los aspectos psicológicos de adaptación a los cambios puberales.

La edad de la pubertad está mucho mejor definida ya -- que se caracteriza por un determinado número de datos visibles: modificaciones morfológicas, sexuales y endocrinas

Se han descrito distintos estadios de la pubertad en función de la aparición y de las modificaciones sucesivas -- del vello pubiano. En el caso de las niñas, la aparición de la primera regla establece la fecha de comienzo de la pubertad; actualmente tiene lugar por término medio, entre los 13 y los 14 años, aunque existen variaciones según las regiones. Para los psicoanalistas, la pubertad aparece después de la fase de latencia (desde los 7 hasta los 12 años).

Para intentar precisar los límites de la adolescencia deben tener en cuenta, simultáneamente, los factores biológicos, psicológicos y sociológicos.

Sin embargo uno de los métodos que más ha aportado información sobre éste período es el psicoanalítico, entre cuyas aportaciones más importantes figuran las de autores como son; Peter Blos y Anna Freud entre otros.

El psicoanálisis se ha referido siempre a dos períodos prominentes en el desarrollo de la sexualidad; esto es; -- la niñez temprana y la pubertad. Ambos hacen su aparición bajo el tutelaje fisiológico, tal como la lactancia en la infancia y la maduración genital en la pubertad.

Debe tenerse en mente que los complejos fenómenos de la adolescencia están contruidos sobre antecedentes específicos que residen en la niñez temprana. Y el requisito para que surja este proceso es el paso con éxito a través del período de latencia.

El desarrollo bifásico de la sexualidad prolonga la niñez y representa una condición únicamente humana, que -- Blos, propone como la que en gran medida es responsable de los logros culturales del hombre. En la actualidad -- existe una tendencia a prolongar la adolescencia, debido a las complejidades de la vida moderna.

Los cambios físicos puberales se reflejan en todas las facetas de la conducta, no solo en el desarrollo de sus intereses, sus interacciones sociales, sino en forma primordial en la cualidad de su vida afectiva.

Existe una gran variabilidad individual en relación al crecimiento, proponiendo Blos al respecto "que los adolescentes que entran a la pubertad tempranamente la pasan -- con rapidez, mientras que los que son tardíos para madurar progresan a un paso más lento".

El crecimiento sigue una forma que ha sido llamada psimétrica o por "brotos" que ocurre como una secuencia de cambios súbitos más que de progresión gradual.

Estos brotes de crecimiento, son acompañados por importantes estados emocionales, lo que es de esperarse dado el cambio en la autoimagen corporal y la reevaluación del ser ante nuevos poderes y sensaciones físicas. Esto lleva a un aumento en la labilidad psíquica lo que se refleja en los disturbios emocionales del adolescente que pueden ser variada gravedad con sus consecuentes efectos invalidantes, transitorios o permanentes. Dicha plasticidad característica de la adolescencia ha impedido establecer -- claramente normas de crecimiento.

Veremos pues a la adolescencia como la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que -- confronta el individuo. Y esta necesidad de enfrentarse a la nueva situación evoca todos los modos de excitación, - tensión, gratificación y defensa que jugaron un papel en los años previos. Esta mezcla infantil es responsable del carácter protesco y regresivo de la conducta adolescente y es la expresión típica de la lucha del adolescente de -- recuperar o retener un equilibrio psíquico que ha sido sa - cuido por la crisis. Las necesidades emocionales signifi - cativas y los conflictos de la temer na niñ z deben ser - recapitulados antes de que puedan encontrarse nuevas solu - ciones con actas instintivas cualitativamente diferentes e intereses voicos. A esto se debe que la adolescencia ya - ya sido llamada la segunda edición de la infancia; ambos - períodos tienen en común el hecho de que "un ello relati - vamente fuerte confronta a un yo relativamente débil".

Por otra parte en la adolescencia se presencia un se - gundo paso en la individuación; el primero ocurre al fi - nal del segundo año, cuando el niño experimenta la fetal - distinción de "ser" y "no ser". Una experiencia de indivi - duación similar aunque mucho más compleja ocurre durante la adolescencia que lleva en su etapa final a un sentido - de identidad. Pero antes de que el adolescente pueda con - solidar esta formación, debe pasar por etapas de autocon - ciencia y existencia fragmentada.

La individuación adolescente se acompaña de sentimien - tos de aislamiento, soledad y confusión, entre otras razo - nes porque la adolescencia lleva a la mayoría de los sue - ños megalomaniacos de la infancia a un fin irrevocable.

En consecuencia más de un adolescente trata de permane - cer indefinidamente en una fase transitoria del desarro - llo; esta condición se llama, adolescencia(tardía, o)pro - longada.

Como ya se ha mencionado los logros del período de latencia son una precondición esencial para avanzar a la adolescencia y pueden resumirse como siguen: la inteligencia debe desarrollarse a través de una franca diferenciación entre el proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica, la comprensión social, la empatía y los sentimientos: de altruismo deben de haber adquirido una estabilidad considerable; la estatura física debe permitir autonomía y control del ambiente, las funciones del yo deben haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y de sintegración bajo el impacto de situaciones de la vida cotidiana, la capacidad sintética del yo debe ser efectiva y completa, y finalmente el yo debe de ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del medio externo.

Preadolescencia y adolescencia temprana.

Se caracteriza la primera por un aumento en los impulsos libidinales que conllevan según A. Freud a la pregenitalidad.

Las diferencias entre los sexos en estas etapas se hacen claras, sin embargo aún no se establecen relaciones adecuadas de objeto, problema que se considera central para estas fases e incluso para la fase adolescente propiamente dicha.

Desde el punto de vista afectivo existe un caos bien reconocido que se debe a una reorganización profunda de la vida emocional. Se elaboran defensas transitorias de las cuales algunas son adaptativas y constituyen un fundamento importante para la vida adulta.

En la adolescencia temprana además se dá una independencia de valores y reglas morales con respecto a las figuras parentales y que son sintónicas con el yo.

Es el momento en que el adolescente se vuelve al amigo en quien reconoce e idealiza algunas características de las cuales carece. Freud propone que éste expansión de la vida amorosa conduce a la formación del "yo ideal" y esta formación según él absorbe los aspectos bisexuales y narcisistas.

Adolescencia media.

Una vez que se ha abandonado la bisexualidad se hace posible la elección de objeto heterosexual.

En comparación con las fases anteriores el adolescente lleva una vida afectiva más intensa, más profunda y con mayores horizontes, sin embargo con muchas más dificultades para poder compartirlas, es el momento en que el ado-

lescente se torna más inaccesible y difícil de controlar. Y en donde por otra parte más equivocaciones diagnósticas pueden ocurrir y al respecto Deutsch propone "solo el desarrollo posterior puede mostrarnos si el fenómeno patológico está comprendido en tales casos o si solo son dificultades intensificadas de la adolescencia".

La fantasía y creatividad se encuentran en la cúspide en este momento, expresiones artísticas e ideacionales -- hacen posible la comunicación entre experiencias altamente personales con el medio social, lo que conlleva a una necesidad imperiosa para la formación de grupos en donde exista un líder con quien identificarse además del sentido de pertenencia que durante esta fase provee de identidad al sujeto. Y que desde otro punto de vista le permitirá ir asimilando experiencias sociales afectivamente significativas que darán guía a su desarrollo.

Adolescencia tardía.

Se considera básicamente una fase de consolidación y -- Blois se refiere a la elaboración de 1) Un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del yo, 2) una extensión de la esfera libre de conflicto del yo, 3) una posición sexual irreversible, 4) representaciones del yo y del objeto, relativamente constantes y 5) estabilización de los aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico.

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo y por tanto un momento de crisis. Erikson ha hablado de esto como "una crisis de identidad" y ha descrito el síndrome de adolescencia prolongada, en términos de reticencia para llevar la última fase de la infancia, es decir -- la adolescencia a su fin.

Por otra parte A. Freud ha propuesto toda una teoría -- del desarrollo del sujeto en base a lo que ella llama "líneas del desarrollo", entre las cuales se encuentra una -- que se considera básica y a la que se le ha prestado especial atención con respecto a la adolescencia y a la que -- A. Freud ha llamado "desde la dependencia hasta la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales adultas".

Esta línea se ha subdividido en varias fases: 1) La -- unidad biológica de la pareja madre-hijo, período que aún más se subdivide según Freud en las fases autista, simbiótica y de separación-individuación. 2) La relación -- clílica con el objeto parcial (M. Klein) o de satisfacción de necesidades, que está basada en urgencias somáticas.

3) La etapa de constancia objetal, que permite el mantenimiento de una imagen interna y positiva del objeto. 4) La relación ambivalente de la fase sádico-anal, caracterizada por las actitudes del yo de depender, dominar y controlar los objetos amados. 5) La fase fálico-edípica, que se encuentra contrada en el objeto, caracterizada por una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo contrario, celos por rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo, actitudes de curiosidad, deseo de ser admirado y exhibicionismo. 6) El período de latencia, es decir la disminución de la urgencia de los impulsos y la transferencia de la libido desde las figuras parentales, hacia los compañeros de grupo, maestros, líderes, etc. 7) Preludio preadolescente de la "rebeldía de la adolescencia", es decir, el retorno a conductas y actitudes anteriores, especialmente del objeto parcial, de la satisfacción de necesidades y del tipo ambivalente. 8) La lucha del adolescente por negar, -- contrarrestar, aflojar, y cambiar los vínculos con sus objetos infantiles, defendiéndose contra los impulsos pregenitales y finalmente estableciendo la supremacía genital con la descarga libidinal.

Siendo el foco de atención de nuestro estudio, los -- trastornos emocionales en adolescentes, a continuación haremos un breve bosquejo sobre los artículos consultados.

En base a la bibliografía revisada se encontró que había una relación significativa estadísticamente entre la variable organización familiar e influencias parentales -- sobre el desarrollo socioemocional del sujeto desde temprana edad con repercusiones necesarias en la adolescencia. En otro estudio se encontró que había correspondencia entre los síntomas depresivos de los padres y/o emocionalmente los niños y adolescentes. Por ello algunos autores hablan de "familia suicida", "familia depresiva", cuando más de un elemento familiar presenta tal alteración, lo -- que nos habla de que varias situaciones familiares juegan un papel importante en estos estados patológicos.

Por otro lado la revisión de la literatura nos ha llevado a encontrar que los estudios de algunos trastornos -- emocionales y la familia tiende a los estudios genéticos de las enfermedades. Por lo que actualmente no encontramos una respuesta clara acerca de cuáles sean las variables que intervienen más activamente en la presentación -- de trastornos emocionales en los adolescentes, aunque es evidente la presencia de problemas intrafamiliares, además de su organización.

Hirschfeld R. Cross en un estudio sobre síntomas depresivos encontró que los sujetos con más alto riesgo son las mujeres jóvenes, de clases sociales bajas, solteras y sin vínculos interpersonales y los que han experimentado una pérdida significativa.

En una revisión sobre los problemas del adolescente, Rafael Velasco Fernández refiere que las sociedades modernas no se caracterizan por facilitar las tareas de la adolescencia. Tal vez esta situación sea en buena medida responsable de la mayor frecuencia con que hoy día se ven adolescentes emocionalmente perturbados. Los estados depresivos que conllevan la idea del suicidio, la ansiedad grave que limita seriamente la actividad juvenil y los cuadros esquizoideos de muchachos que tienden al aislamiento y la soledad en una conducta francamente autista, son las principales manifestaciones psiquiátricas que ameritan ayuda psiquiátrica. De ahí los frecuentes fracasos escolares, los problemas de vocación ocupacional, la insostenible sensación de frustración vital, que conducen a las actitudes "de retirada" que son tan conocidas, temidas y comentadas por los adultos.

La depresión en el adulto como indica Kurt Glaser es una bien conocida condición psiquiátrica con bien definidos y relativamente fácilmente reconocibles síntomas. En el niño y el adolescente, la depresión es frecuentemente no reconocida como tal, porque ésta puede permanecer oculta por síntomas no rápidamente identificables con esta condición.

En los niños mayores los problemas de conducta y la conducta delictiva tales como; robos, desobediencia, robo, fugas lejos de casa, pueden indicar sentimientos de presivos pero pueden no ser reconocidos como tales.

Keelar declaró que la conducta delictiva estuvo presente en 7 de 11 pacientes estudiados por su reacción a la muerte de un padre. Las reacciones psicósomáticas, como la fobia escolar, pueden enmascarar una depresión de base.

En su revisión sobre el suicidio en el adolescente Allison-Tomlinson () refiere que los rasgos de suicidio varían considerablemente con la edad, indicando que hay un marcado incremento en la adolescencia tardía.

La monografía clásica de Durkheim sobre el suicidio, ha servido como un modelo para muchos de los estudios subsiguientes sobre el suicidio, demostrando que las variables sociales pueden ser de importancia significativa en la --

etiología de un acto que sobre la superficie, parece explicable solamente en términos de variables personales o psicológicas.

La investigación de Durkheim ayudó al entendimiento de este último acto de autodestrucción. El concluyó que las restricciones sociales de grupos religiosos y familiares tendieron a servir como contenedores del suicidio.

Los actos suicidas parecen ser o el resultado de una repentina reacción impulsiva ante una situación de stress precipitante o el resultado de numerosos factores socio-psicológicos que han influenciado la conducta del adolescente por largo tiempo.

De acuerdo con Rosenkrantz (), los factores medioambientales parecen jugar un papel importante en la causalidad de los adolescentes para desarrollar tendencias suicidas o para cometer suicidio. Los factores medioambientales pueden incluir carencia de amor parental, actitudes parentales autoritarias, conflicto familiar, status socioeconómico bajo, soledad y alcoholismo en los padres del adolescente.

Otros autores sugieren que la pérdida de un objeto amoro, el stress, los problemas de identidad son los factores medioambientales que contribuyen.

Las relaciones interpersonales juegan un papel importante como agentes causales en el suicidio de los adolescentes. Algunas veces hay un disturbio fundamental en la comunicación entre los padres y el adolescente.

Corder encontró en su estudio que los adolescentes con tendencias suicidas, tenían historias de conflicto familiar y desorganización. Además encontró que éstos adolescentes han sido expuestos al suicidio de miembros de su familia o han sabido de ellos, tuvieron sentimientos de pérdida de control sobre su medio y cayeron en una falta de comunicación en sus tratos con sus padres y adultos.

Muchos de éstos adolescentes tienen la percepción de ser rechazados por sus padres. El suicidio puede ser un gesto de ayuda y deseo de escapar de un stress personal familiar y socioeconómico intolerable.

Eugene Arnold () en su revisión sobre la ansiedad en niños y adolescentes, refiere que la ansiedad actúa como un gran regulador. Los desórdenes con ansiedad de base tales como la reacción conversiva, la fobia, la neurosis obsesivo-compulsiva, y otros desórdenes neuróticos aparecen tan frecuentemente como en los adultos. Además tales desórdenes de ansiedad debido al amplio rango de tienen --

guardan mucha similitud en sus manifestaciones clínicas - entre los adultos y los jóvenes.

No obstante hay algunos desórdenes de ansiedad especial que aparecen casi exclusivamente en jovencitos, y aún los desórdenes diagnosticables en los términos usuales de adulto, algunas veces son atribuibles al estado de inmadurez del desarrollo de los niños.

Con respecto a la ansiedad en el adolescente el autor refiere que ésta es un fenómeno normal del desarrollo --- mental, que puede en tiempo alcanzar proporciones patológicas. El intenso crecimiento de la capacidad intelectual e insight del adolescente, expande una autoconciencia de que el jovencito es "libre".

Esto es complicado por la necesidad para probar diferentes roles en la búsqueda de la identidad, mientras simultáneamente está aprendiendo a controlar su incrementado vigor. Es una pequeña sorpresa encontrar que muchos - adolescentes parecen sufrir un estado crónico de "espanto defendiéndose contra él, a través de las bravatas, las -- traversuras y del acting out. Solamente los casos más severos (ej; trastorno de identidad), requiere de tratamiento pero todos merecen el entendimiento y el apoyo de los -- adultos.

El desorden por ansiedad excesiva está caracterizado - por una preocupación excesiva acerca de la vida diaria y de los eventos futuros o sus expectativas.

También se describe la hipersensibilidad adrenérgica como un diagnóstico diferencial obligado en cuadros importantes de ansiedad, caracterizándose éste cuadro por reacciones de pánico y llegando a provocar prolapso de válvula mitral.

La ansiedad que acompaña a las psicosis es una condición mucho menos común en niños que en adultos, pero no es inusual en los adolescentes.

Concluyen diciendo que la prevención completa de la ansiedad no puede ser deseable, porque ciertas ansiedades - son naturales para ciertos estadios del desarrollo mental. Lo más importante de todo es que el entendimiento de los adultos esté presente, su atención y un apoyo empático -- (incluyendo el contacto físico) durante e inmediatamente después de cualquier evento provocador de ansiedad en la niñez. Tal apoyo puede ayudar al niño a dominar la ansiedad y crecer en sus habilidades para enfrentarse con ansiedades futuras.

Otro de los diagnósticos usuales sobretodo en adolescentes femeninas es el de trastorno de conversión, sin embargo éste en ocasiones resulta difícil diferenciarlo de patologías de origen neurogénico, así refiere Daniel Williams () sobre el particular, señalando que en ocasiones es necesaria la intervención psicoterapéutica con el fin de hacer diagnóstico diferencial sobretodo con crisis psicomotoras, así como para delinear un tratamiento adecuado. Ello sobretodo cuando no se tiene al alcance el beneficio de un control electroencefalográfico continuo.

Para terminar y relacionado con lo anterior, ha habido varios autores interesados en encontrar una correlación entre patrones electroencefalográficos y psicológicos en trastornos emocionales de niños y adolescentes, sin embargo no se han hallado resultados concluyentes. Así John Tatarka () reportó que en su estudio no encontró una aparente relación entre las anomalías del EEG y tipos específicos de conducta anormales, tales como la pasividad, la agresión o la hiperactividad. En dicho estudio solo se relacionaron alteraciones viso-motoras, alteraciones de la imagen corporal con alteraciones focales y asimétricas en el EEG siendo más notorias en áreas occipitales.

JUSTIFICACION

El presente trabajo se realizó tomándose como base, la idea de poder evaluar estadísticamente, el aspecto clínico y su posible relación con factores medioambientales, - de los pacientes que son más frecuentemente vistos, tanto en la consulta externa como en el servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr Juan N. Navarro".

Siendo los trastornos emocionales en los niños y los - adolescentes, uno de los problemas prioritarios de salud-mental en nuestro país, considero de primordial importancia el realizar investigaciones que en primer lugar nos - permitan tener una noción de la magnitud del problema, -- para posteriormente identificar las características con - las que se presentan más frecuentemente en nuestra pobla-ción y cuales son los factores medioambientales que se en-cuentran determinando su presentación.

Por lo anterior en este trabajo se intentó tener un -- acercamiento a tres aspectos fundamentales del individuo- el biológico propiamente dicho, tomando en cuenta la sin-tomatología clínica presentada por los pacientes, así co-mo el resultado de los electroencefalogramas practicados.

El social, aunque en forma muy somera, a través de la estructura familiar y la presencia o ausencia de sintoma-tología psiquiátrica en los integrantes de la misma.

El psicológico a través de la utilización e interpreta-ción comparativa del test proyectivo multifásico de la -- personalidad Minnesota (M.M.P.I.).

Con la idea además que el resultado de este estudio sir-va como ayuda al clínico para poder identificar posibles-

factores de riesgo en un paciente determinado.

Por último es propósito de este trabajo servir como base para la realización de estudios prospectivos más exten sos y mejor fundamentados.

H I P O T E S I S

- 1) Se espera encontrar diferencias significativas desde -- el punto de vista clínico entre los grupos de pacien-- tes estudiados, (T. de adaptación, intento suicida).
- 2) Se espera obtener diferencias significativas en cuanto a estructura familiar, previéndose mejor estructura en el grupo de pacientes emocionales vistos en la consul-- ta externa.
- 3) Se esperan encontrar diferencias significativas en -- cuanto a antecedentes psiquiátricos familiares (alcoholismo, farmacodependencia, trastornos afectivos, neu-- rosis), previéndose mayor patología en el grupo de pa-- cientes emocionales hospitalizados.
- 4) Se espera encontrar mejor rendimiento escolar en gene-- ral en el grupo de pacientes emocionales de la consul-- ta externa.
- 5) Se espera encontrar diferencias significativas en cuan-- to a perfil psicológico obtenido mediante el MMPI en-- tre los grupos estudiados.
- 6) Se considera que los pacientes con trastornos emocio-- nales vistos en la consulta externa tienen mejor pro-- nóstico, que, los vistos en hospitalización.

O B J E T I V O S

- 1.- Encontrar diferencias clínicas entre los dos grupos de pacientes, que pudieran dar pauta en relación al manejo de cada paciente en particular.
- 2.- Identificar, si es posible un perfil psicológico en cada uno de los grupos.
- 3.- Tratar de correlacionar las posibles diferencias en cuanto a estructura familiar, así como la presencia de patología psiquiátrica en otros integrantes de las mismas, que pudieran influir en la presentación o persistencia de determinada patología.
- 4.- Que el presente estudio pudiera servir de base para normar un criterio y facilitar la elaboración de estudios prospectivos que tengan mayor validez.

SELECCION DEL DISEÑO

Este estudio se efectuó en el Hospital Psiquiatrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Se trata de un estudio retrospectivo y transversal.

Se seleccionaron 81 expedientes al azar de pacientes - diagnosticados con trastornos emocionales y/o de conducta, 54 de los cuales fueron pacientes tratadas en la consulta externa y 27 pacientes hospitalizadas.

El límite de edad fué de los 12 a los 17 años 11 meses.

Los expedientes contaron con historia clínica, EEG, pruebas psicológicas completas incluyendose M.M.F.I. y reporte familiar elaborado por el departamento de trabajo social.

La valoración del aspecto clínico se realizó, a través de la información obtenida de los historias clínicas ó diagnósticos finales, en base a la clasificación de los desordenes mentales propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana en su tercera revisión (DS. III).

La revisión y análisis de resultados obtenidos a través de pruebas psicológicas fué hecha por el psicologo Alberto Terrones, anexandose los resultados de los mismo en el apartado correspondiente.

En cuanto al análisis de la estructura familiar se tomaron las categorías propuestas por el Instituto de la Familia.

M E T O D O E S T A D I S T I C O

Para el análisis estadístico del aspecto clínico se utilizó el análisis de Correlación Múltiple.

El primer paso fué registrar cada paciente en las categorías en las que podía ser incluido.

El siguiente paso, fué la obtención de la relación porcentual de una variable con respecto a todas las otras tomadas en cuenta, estableciéndose con ésto una matriz triangular compuesta por dos ejes que nos proporciona la relación entre una y otra.

Se tomó como valor significativamente estadístico a partir de 0.5, lo cual es aceptado para las ciencias sociales.

Se obtuvieron los porcentajes totales de cada una de las categorías elaborándose el análisis comparativo entre los dos grupos de pacientes.

Se obtuvo además, un análisis comparativo entre ambos grupos tomándose como base las medidas de tendencia central (media, moda y mediana).

Por último en el análisis de resultados se elaboraron gráficas de barras simples para el análisis Correlacional y gráficas sectoriales para los resultados porcentuales y de medidas de tendencia central.

Para el análisis de resultados del test K..P.I. se utilizó la Prueba t de Student. Graficándose los mismos a través de un polígono de frecuencias.

C A T E G O R I A S D E A N A L I S I S

E S T A D I S T I C O:

1) CATEGORIAS DIAGNOSTICAS:

- I.1.) Transtornos de conducta
 - I.1.1. Socializado agresivo
 - I.1.2. Socializado no agresivo
- I.2.) Transtornos por ansiedad en la adolescencia
 - I.2.1. Transtorno por evitación
 - I.2.2. Transtorno por ansiedad excesiva
- I.3.) Otros trastornos de la infancia o adolescencia.
 - I.3.1. Negativismo
 - I.3.2. Transtorno de identidad
- I.4.) Transtorno por ansiedad
 - I.4.1. Transtorno por ansiedad generalizada
 - I.4.2. Transtorno obsesivo
- I.5.) Transtorno afectivo
 - I.5.1. Transtorno distímico
- I.6.) Trastornos somatoformes
 - I.6.1. Trastorno por somatización
 - I.6.2. Trastorno de conversión
- I.7.) Trastornos disociativos
- I.8.) Trastornos adaptativos

2) CATEGORIAS DE CUANTO A ESTRUCTURA FAMILIAR

- 2.1.) Familia nuclear: Su estructura será padre, madre e hijos.
- 2.2.) Familia extensa: Su estructura será padre, madre - hijos y otros familiares que vivan bajo el mismo techo.

MECOS TIPOS DE FAMILIA PODRAN SER:

- 2.3.) Completas: Cuando no falta ningún miembro familiar
- 2.4.) Incompleta: Cuando falta alguno de los padres
 - 2.4.1. Incompleta de origen: Cuando en la familia al originarse falte uno o más de los miembros. Ej: madres solteras, padres solteros.
 - 2.4.2. Incompleta adquirida: Cuando la familia una vez integrada (padres, hijos, otros familiares en su caso) pierden uno o más de sus miembros (por muerte, abandono, separación).
- 3) CATEGORIAS EN CUANTO A RESULTADO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA:
 - 3.1. Interpretado como normal
 - 3.2. Interpretado como anormal
- 4) CATEGORIAS EN CUANTO A PATOLOGIA PSIQUIATRICA EXISTENTE EN LA FAMILIA:
 - 4.1. Padre alcohólico
 - 4.2. Madre con diagnóstico psiquiátrico
 - 4.3. Hermanos con diagnóstico psiquiátrico y/o farmacología dependencia y/o alcoholismo.
- 5) CATEGORIAS EN CUANTO A RENDIMIENTO ESCOLAR
 - 5.1. Considerado como adecuado
 - 5.2. Considerado como bajo
 - 5.3. Abandono escolar
- 6) CATEGORIAS EN CUANTO A ESCRITURA
 - 6.1. Interpretado como normal
 - 6.2. Interpretado como sugerente de DDC
- 7) CATEGORIAS EN CUANTO A ESCOLARIDAD
 - 7.1. Analfabeto

7.2. Primaria

7.3. Secundaria o comercio

7.4. Preparatoria o vocacional O comercio o normal

8) Edad en años y meses.

R
E
S
U
L
T
A
D
O
S

- T a b l a I : TRANSFORMOS PSIQUIATRICOS MAS FRECUENTES (%)
T a b l a II: ESTRUCTURA FAMILIAR (PORCENTAJES)
T a b l a III: ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS (PORCENTAJES)
T a b l a IV : ESCOLARIDAD Y RENDIMIENTO ESCOLAR (%)
T a b l a V: EEG y BENDER (PORCENTAJES)
T a b l a VI: MEDIA, MEDIANA Y MODA CON RESPECTO A LA EDAD
G R A F I C A S S E C T O R I A L E S:
B A R R A S S I M P L E S: ANALISIS CORRELACIONAL
P O L I G O N O D E F R E C U E N C I A S: ANALISIS DELIMPI

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAS
FRECVENTES.

HOSPITALIZACION: 27 PACIENTES EN TOTAL

CONSULTA EXTERNA: 54 PACIENTES EN TOTAL

No.	DIAGNOSTICO	HOSPITALIZACION		CONSULTA EXTERNA	
		No. CASOS	%	No. CASOS	%
1	NEGATIVISMO	16	59.25	21	38.8
2	T. DE EVITACION	15	55.55	17	31.40
3	T. DE CONVERSION	12	44.44	13	24.07
4	T. DISOCIATIVO	12	44.44	13	23.33
5	T. SOCIALIZADO NO A.	7	25.6	5	9.2
6	T. ADAPTATIVOS	6	22.22	22	40.74
7	T. ANSIEDAD EXCESIVA	6	22.22	27	50.00
8	T. DISOCIATIVO	4	14.81	1	1.85
9	T. DE IDENTIDAD	3	11.11	7	12.96
10	T. OBSESIVO	2	7.4	-	-
11	T. SOCIABILIZACION	1	3.7	3	5.56
12	INTENTO SUICIDA +	11	40.7	1	1.85

RESULTADOS

E S T R U C T U R A F A M I L I A R		
TIPO DE ESTRUCTURA	HOSPITALIZACION %	CONSULTA EXTERNA %
FAMILIA NUCLEAR	44.44	57.40
FAMILIA EXTENSA	11.11	7.40
FAMILIA INCOMPLETA POR PADRE AUSENTE	19.51	27.77
FAMILIA INCOMPLETA POR FALTA DE MADRE	11.11	1.85
FAMILIA INCOMPLETA AUSENCIA DE AMBOS	14.81	5.55
F. INC. DE ORIGEN	11.11	5.55
F. INC. ADQUIRIDA	33.33	29.62

T A B L A II

A N T E C E D E N T E S P S I Q U I A T R I C O S		
F A M I L I A R	HOSPITALIZACION %	CONSULTA EXTERNA
PADRE ALCOHOLICO	33.33	37.02
MADRE CON DIAGNOS- TICO PSIQUIATRICO	37.03	13.51
HERMANOS CON DX PSIQUIATRICO.	40.7	16.66

T A B L A III

R E S U L T A D O S

E S C O L A R I D A D		
GRADO ESCOLAR	HOSPITALIZACION %	CONSULTA EXTERNA %
PRIMARIA	14.81	3.7
SECUNDARIA	62.96	62.96
1o AÑO	18.51	14.81
2o AÑO	25.02	11.11
3o AÑO	18.51	37.03
PREPARATORIA	22.22	33.33
1o AÑO	11.11	16.66
2o AÑO	3.7	0.25
3o AÑO	7.4	7.4
R E N D I M I E N T O E S C O L A R		
NIVELES	HOSPITALIZACION %	CONSULTA EXTERNA %
ADECUADO	14.81	50.00
BAJO	22.22	25.00
ABANDONO ESCOLAR	62.96	24.07
T A B L A I V		
E E G		
CATEGORIAS	HOSPITALIZACION %	CONSULTA EXTERNA %
NORMAL	85.13	76.59
ANORMAL	14.82	23.41
B E N D E R		
CATEGORIAS	HOSPITALIZACION %	CONSULTA EXTERNA %
SIN DATOS DE DOC	48.14	53.71
CON DATOS DE DOC	51.86	46.29

T A B L A V I

RESULTADOS

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL " JUAN N. NAVARRO "

PACIENTES CON TRANSFORMOS E OCISIONALES		
MEDIDAS DE TENDENCIA GENERAL (EDAD)		
MEDIDA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACION
MEDIANA	16 años 3 meses	15 años II meses
MODA	16 años I mes	15 años II meses
MODA	15 años 4 meses 15 años 10 meses 15 años II meses 16 años 3 meses 16 años 7 meses 17 años 17 años 4 meses	16 años 3 meses

T A B L A VI

R E S U L T A D O S:

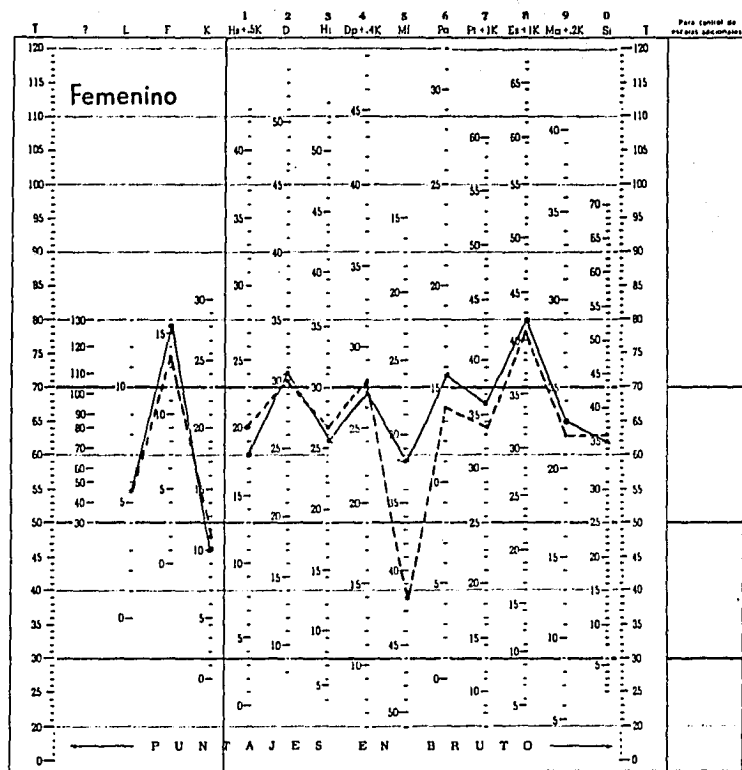
Tabla de medidas obtenidas para ambos grupos de pacientes en las escalas del M.M.P.I. y puntajes obtenidos en la prueba "t" de diferencias.

Escala M.M.P.I.	Gpo. Pabellón \bar{X}	Gpo. Cons. Externa \bar{X}	"t"	P
L	5.66	5.50	0.253	
F	15.7	13.56	1.507	
K	9.9	11.2	1.247	
Hs	13.1	19.87	1.131	
D	30.63	30.34	0.194	
Hi	25.73	27.23	1.066	
Dp	27.33	23.38	1.251	
Hf	32.2	42.5	8.751	.001
Pa	15.63	14.16	1.338	
Pt	35.83	33.74	1.443	
Es	42.33	41.07	0.636	
Ma	22.96	22.30	0.648	
Si	34.8	36.4	0.310	

RESULTADOS:

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (M.M.P.I.)

Los perfiles establecidos por medio de las medias, en ambos grupos de pacientes se pueden observar en el siguiente psicograma:



Puntaje en

Grupo Hospitalización

Grupo Consulta externa

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos entre ambos grupos dentro de las escalas de Validez del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), son semejantes por el perfil presentado. Esto es característico y nos habla de que ambos grupos, contestaron francamente sin tratar de dar o aparentar un cuadro diferente de personalidad.

Ambos grupos muestran una tendencia a "solicitar" ayuda proveniente del exterior, ya que perciben un autoconcepto inadecuado de sí mismas así como una sensación de inestabilidad emocional, siendo el grupo de Hospitalización donde es más evidente dicha tendencia.

Dentro de la comparación intergrupala en relación con los resultados obtenidos por medio de las Escalas Clínicas de éste inventario se pudieron observar rasgos y características semejantes en lo que se refiere a:

- 1.- Ambos grupos muestran desconfianza y distanciamiento de la gente, evitando las relaciones interpersonales; tienen gran temor a involucrarse emocionalmente con otras personas, manifestando inseguridad, necesidad de atención, conducta impredecibles y utilizan la racionalización y las manifestaciones sintomáticas como mecanismos de defensa, no obstante son emocionalmente dependientes.
- 2.- Se encuentran en ambos grupos tendencias a la conducta manipuladora, inmadurez, hostilidad y dificultades dentro del área de la sexualidad.
- 3.- Tanto el grupo de Hospitalización como el Grupo de Consulta Externa tienden a configurar un cuadro que los caracteriza por percibirse con conflictos internos, irritabilidad, resentimiento, tendencia a la

subjetividad, fantasías extrañas y conducta llena de ensoñaciones.

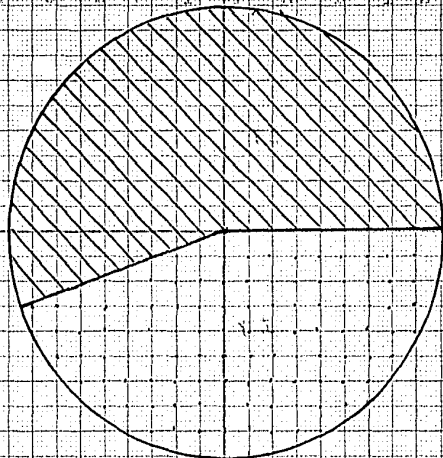
En cuanto a las diferencias encontradas entre ambos grupos podemos referir las siguientes:

- 1.- Mientras que en el grupo de adolescentes de Consulta Externa muestra una actitud un tanto sensible y alerta a la opinión de otros, el grupo de Hospitalización - tiende a ser más suspicaz, enojándose con mayor facilidad y respondiendo de manera exagerada a las opiniones que otros ofrecen, pero además tienen la inclinación de culpar a los demás de sus propias dificultades.
- 2.- Mientras que en los adolescentes del grupo de Consulta Externa se muestra una tendencia muy clara a aparecer firmes y autosuficientes, así como mayormente capacitadas para tomar decisiones sin necesidad de ayuda de los demás, los adolescentes de Hospitalización tienden a autodescribirse más frágiles, pasivos y exageradamente femeninas.
- 3.- El grupo de Consulta Externa muestra tener un mejor manejo de la ansiedad y de las manifestaciones sintomáticas que el grupo de Hospitalización.

VARIABLES UTILIZADAS PARA EL
ANALISIS CORRELACIONAL
EN PACIENTES VISTAS EN
HOSPITALIZACION.

CATEGORIA DE CORRELACION.	No. de VARIABLE
T. de Conducta Socializado no Agresivo.	V: 2
T. Adaptativo.	V: 3
T. Distímico.	V: 6
T. por Evitación.	V: 7
T. por Ansiedad Excesiva.	V: 8
Negativismo.	V: 9
T. de Conversión.	V:12
Familia Nuclear.	V:16
Familia incompleta por padre ausente.	V:18
Familia Incompleta por madre ausente.	V:19
Familia incompleta Adquirida.	V:21
EEG Anormal.	V:22
Padre alcoholico.	V:23
Madre con diagnóstico psiquiátrico.	V:24
Hermanos con diagnóstico psiquiatrico.	V:25
Rendimiento escolar adecuado.	V:26
Rendimiento escolar bajo.	V:27
Abandono escolar.	V:28
Sender.	V:29

H E I P I T A T J W A C I O T



55.56%

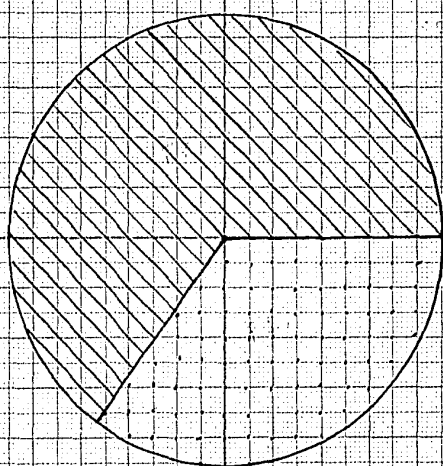
44.44%



FAMILIA COMPLETA

FAMILIA INCOMPLETA

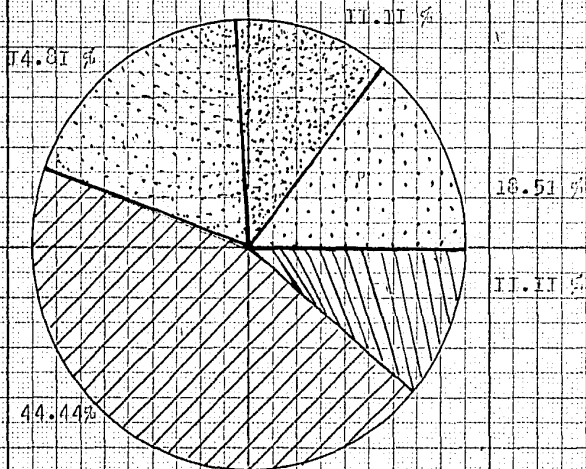
C O N S U L T A E X T E R N A



64.82%

35.18%

N O S P I T A L I Z A C I O N



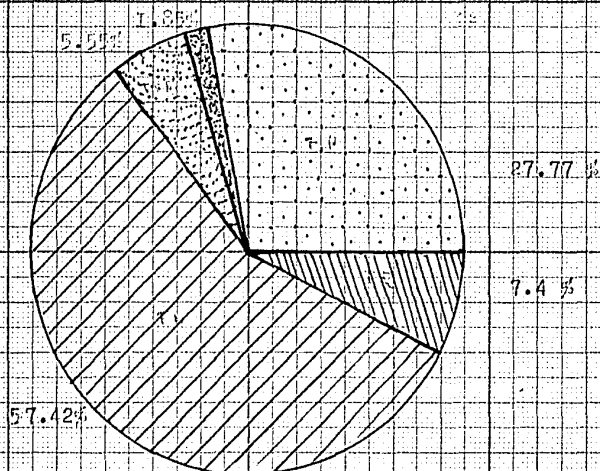
FAMILIA INCOMPLETA POR FALTA DE PADRE

FAMILIA INCOMPLETA POR FALTA DE MADRE

FAM. INCOMP. POR FALTA DE AMBOS PADRES

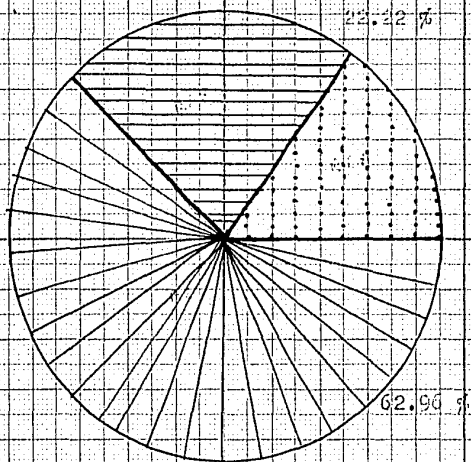
FAMILIA EXTENSA

FAMILIA NUCLEAR



C O N S U L T A E X T E R N A

E C S P I T A I I Z A C I O N



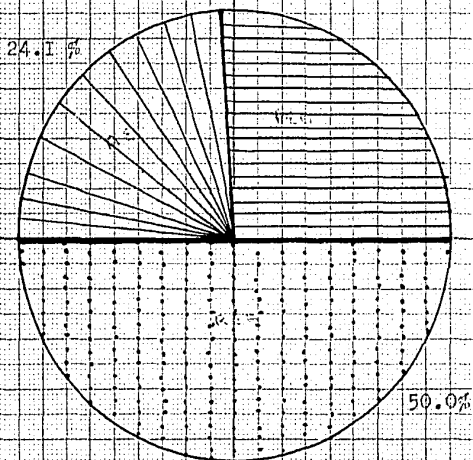
R E N D I M I E N T O E S C O L A R B A J O

R E N D I M I E N T O E S C O L A R A D E C U A D O

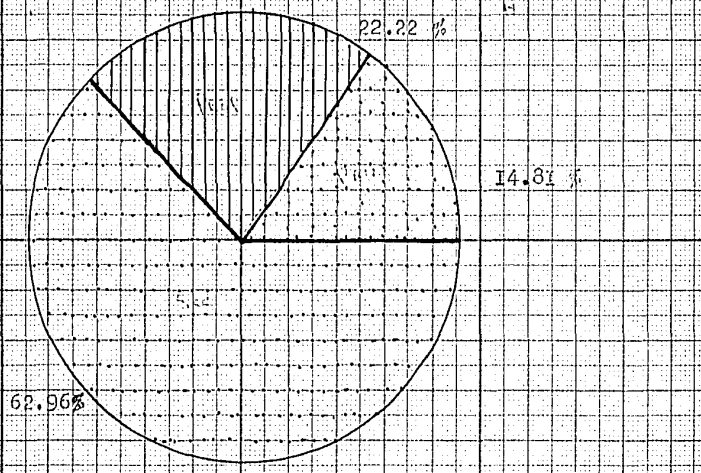


A B A N D O N O E S C O L A R

C O N S U L T A E X T E R E N A



H O S P I T A L I Z A C I O N

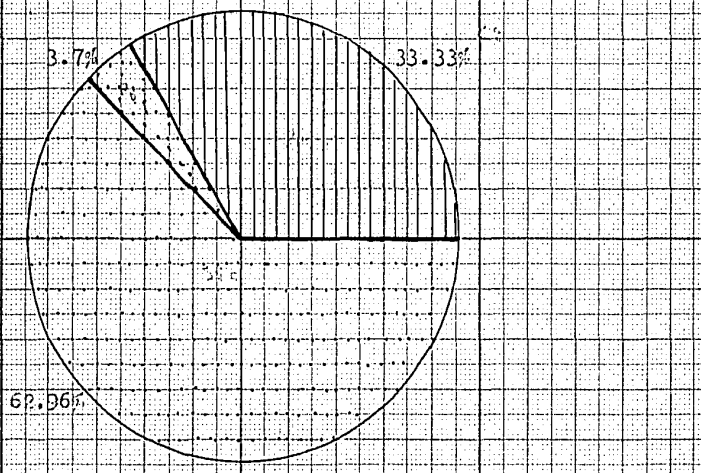


S E C U N D A R I A O C O M E R C I O

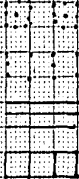
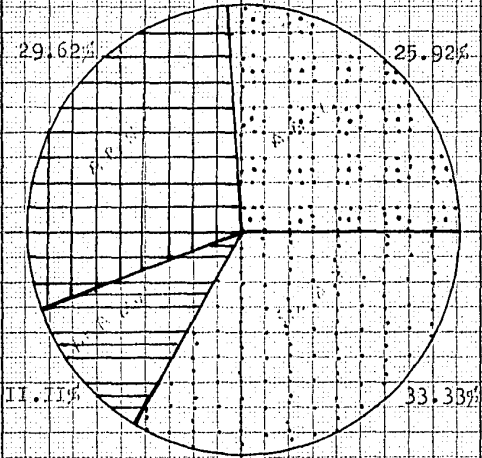
P R I M A R I A

P R E P A R A T O R I A O N O R M A L

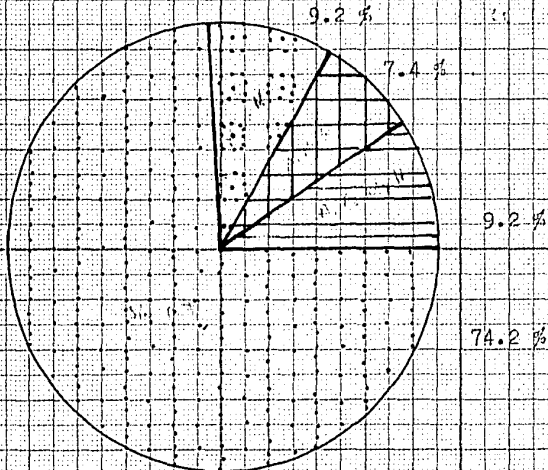
C O N S U L T A E X T E R N A



H O S P I T A L I Z A C I O N

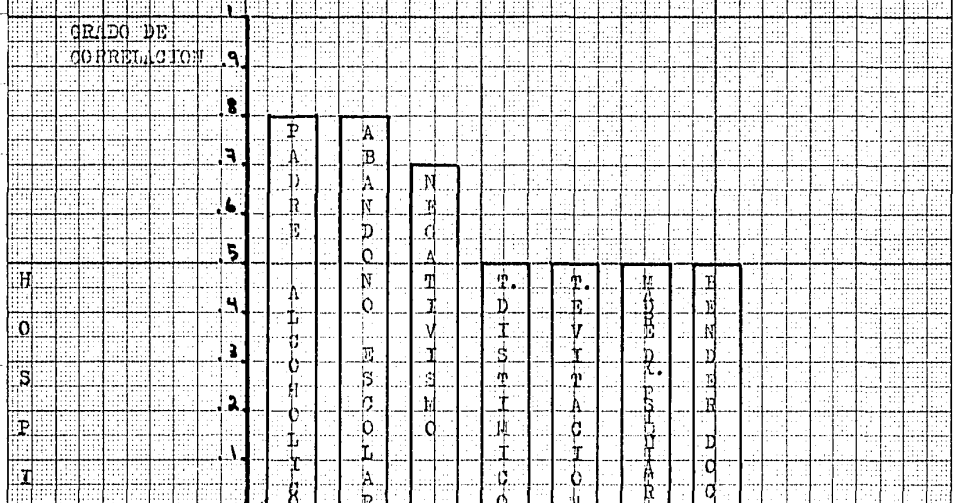


ANT. PSICUIATRICOS EN LA MADRE
 SIN ANTECEDENTES PSICUIATRICOS
 ANT. PSIQ. EN LA MADRE Y HERMANOS
 ANT. PSIQ. EN LOS HERMANOS



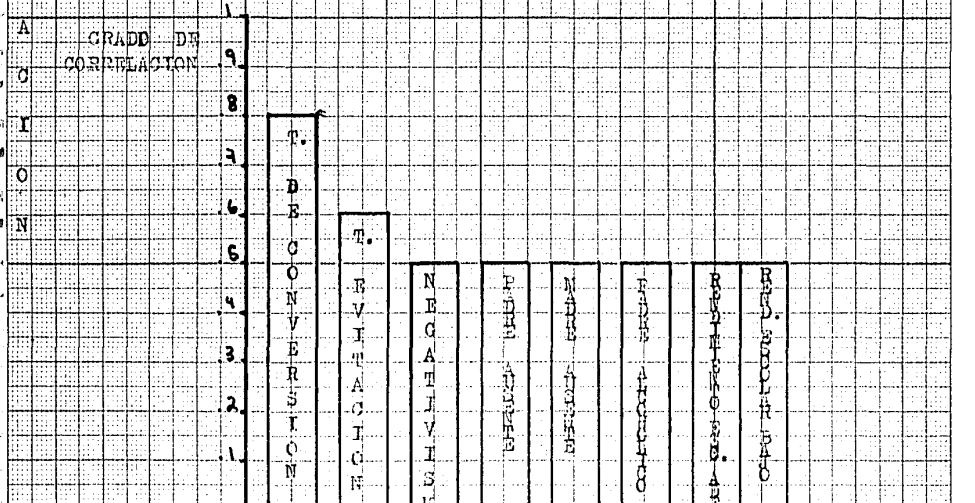
C O N S U L T A E X T E R N A

G R A F I C O A S D E C O R R E L A C I O N



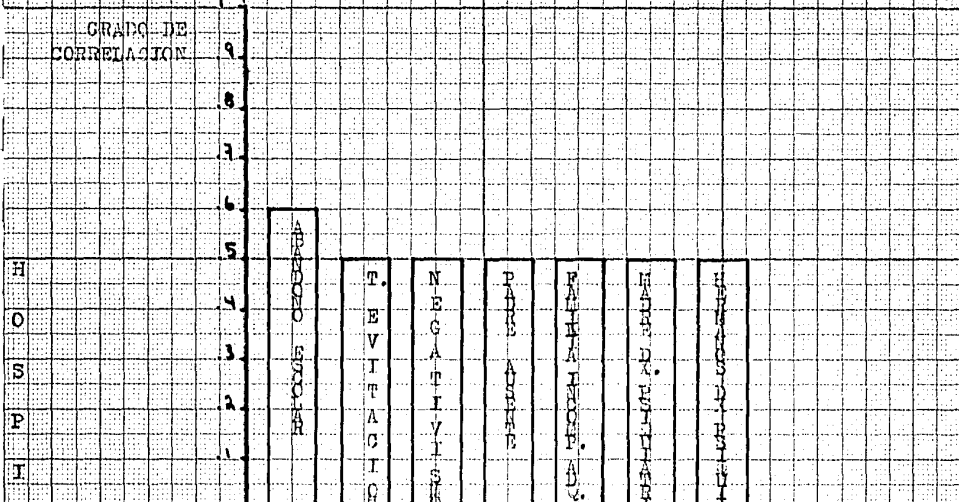
VARIABLES No. 23 28 9 66 7 34 29

V: 31 TRASTORNO DE CONDUCTA SOCIALIZADO NO AGRESIVO
 V: 2 TRASTORNOS ADAPTATIVOS



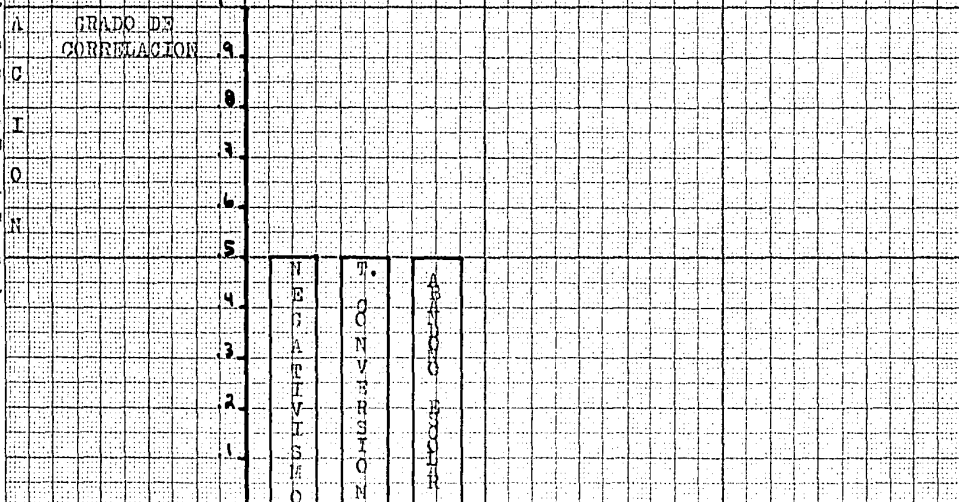
VARIABLES No. 10 7 9 10 10 10 20 27

G R A F I C A S D E C O R R E L A C I O N



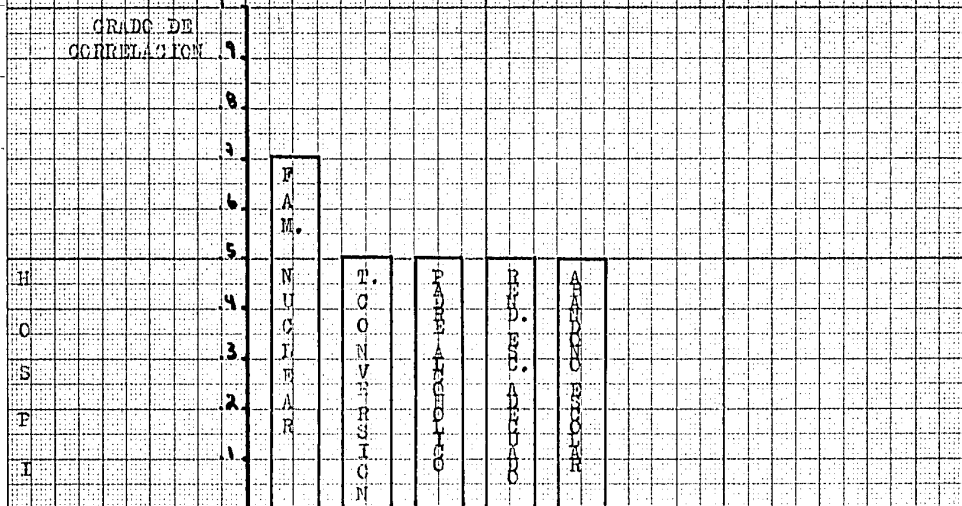
V: 3 TRASTORNO DISTIMICO

V: 4 TRASTORNO DE EVITACION



VARIABLES NO: 5 7 25

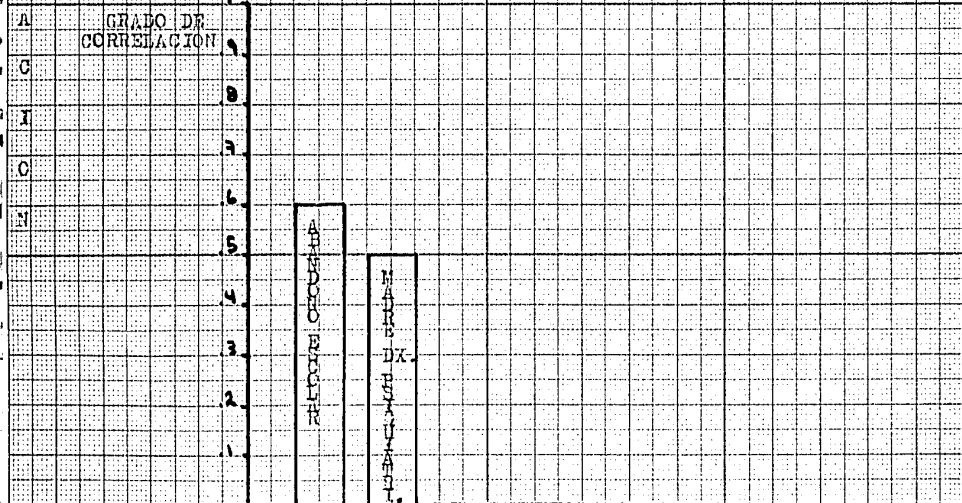
G R A F I C A S D E C O R R E L A C I O N



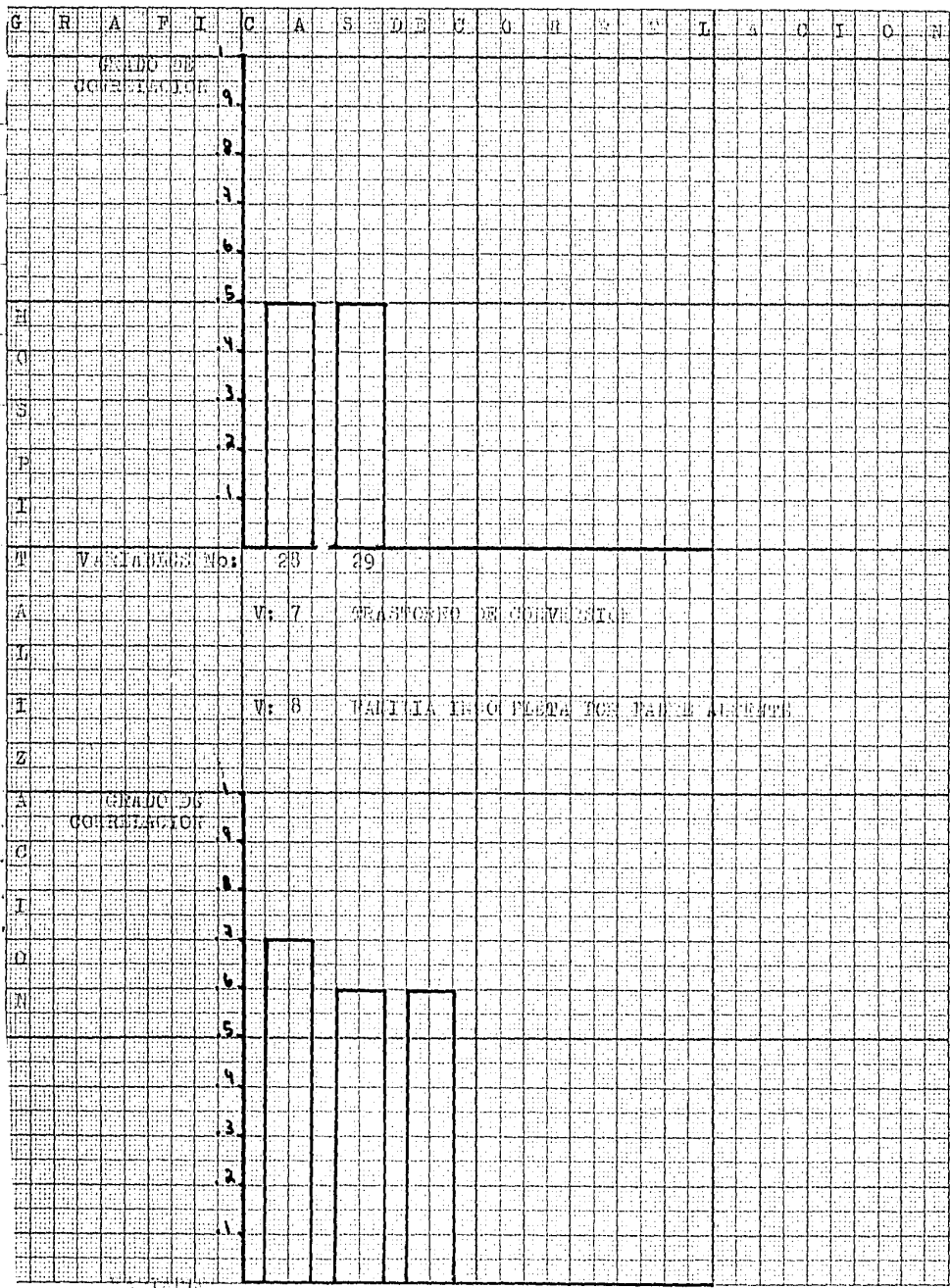
VARIABLES No: I6 I2 I3 I26 I28

V: 5 TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA

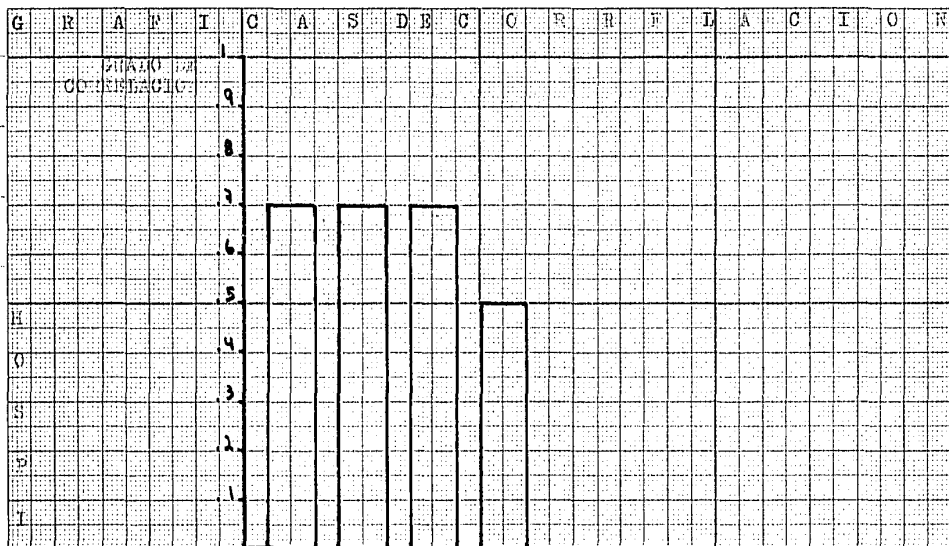
V: 5 NEGATIVISMO



VARIABLES No: I23 I24



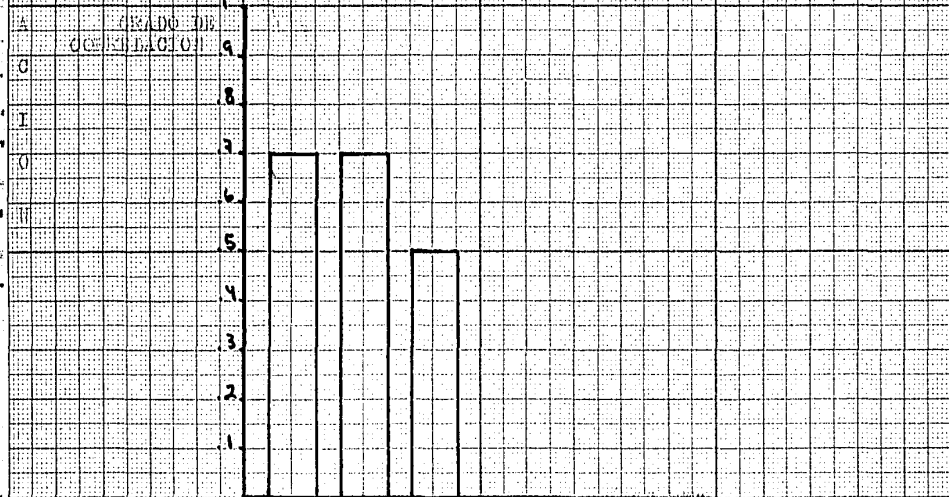
28 29 29



VARIABLES No: 20 25 29 25

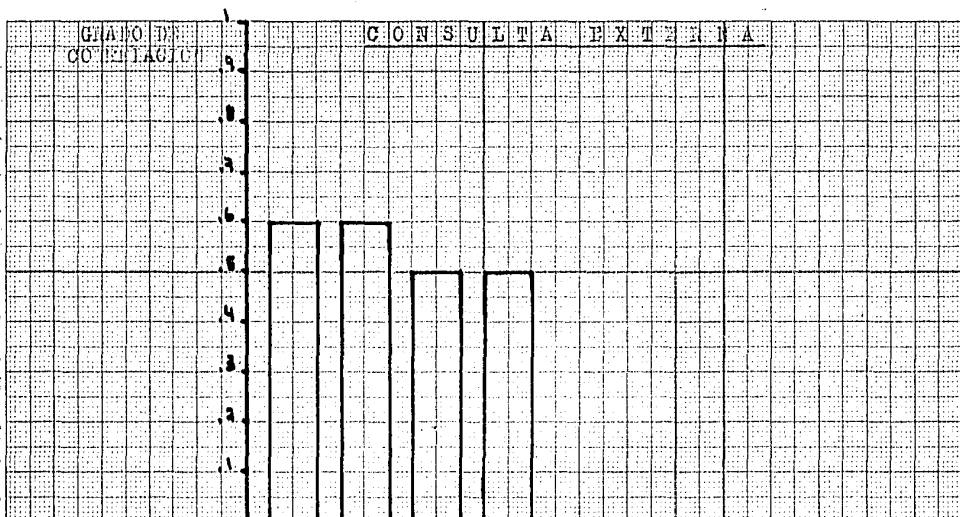
V: 9 FAMILIA INCOMPLETA ACQUIRIDA

V: 10 PADRE ALCOHOLICO



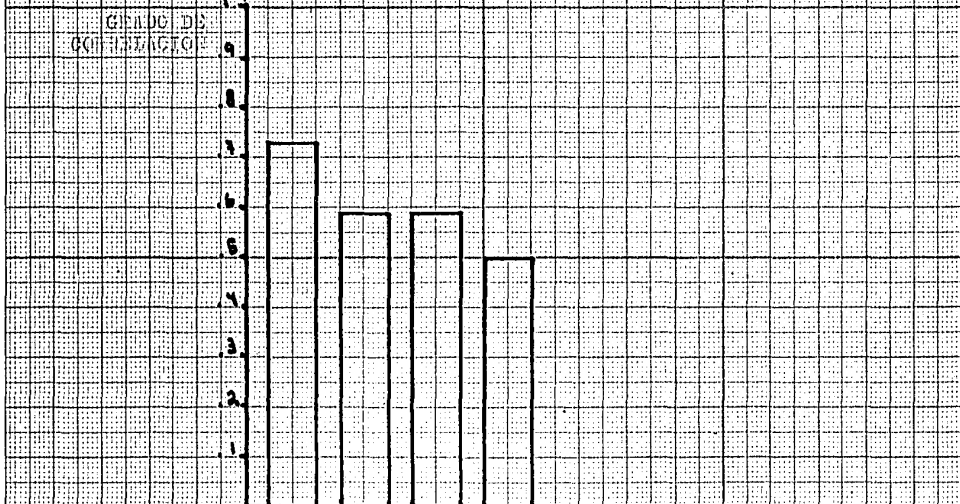
VARIABLES UTILIZADAS PARA EL
ANÁLISIS CORRELACIONAL EN
PACIENTES VISTAS EN LA CONSUL
T A E X T E R N A .

CATEGORIA DE CORRELACION.	No. DE VARIABLE
T. de Conducta Socializado no Agresivo.	V: 1
T. Adaptativo.	V: 2
T. Distímico.	V: 3
T. por Evitación.	V: 4
T. por Ansiedad Excesiva.	V: 5
Negativismo.	V: 6
T. de Identidad.	V: 7
T. por Somatización.	V: 8
T. de Conversión.	V: 9
Familia Nuclear.	V:10
Familia incompleta por padre ausente.	V:11
Familia incompleta por madre ausente.	V:12
Familia incompleta adquirida.	V:13
EEG Anormal.	V:14
Padre alcoholico.	V:15
Madre con diagnóstico psiquiátrico.	V:16
Hermanos con diagnóstico psiquiátrico.	V:17
Rendimiento escolar adecuado.	V:18
Rendimiento escolar bajo.	V:19
Abandono escolar.	V:20
Bender.	V:21



V: 1 TRASTORNO DE CONDUCTA ECCENTRIZADO NO PEREGRINO

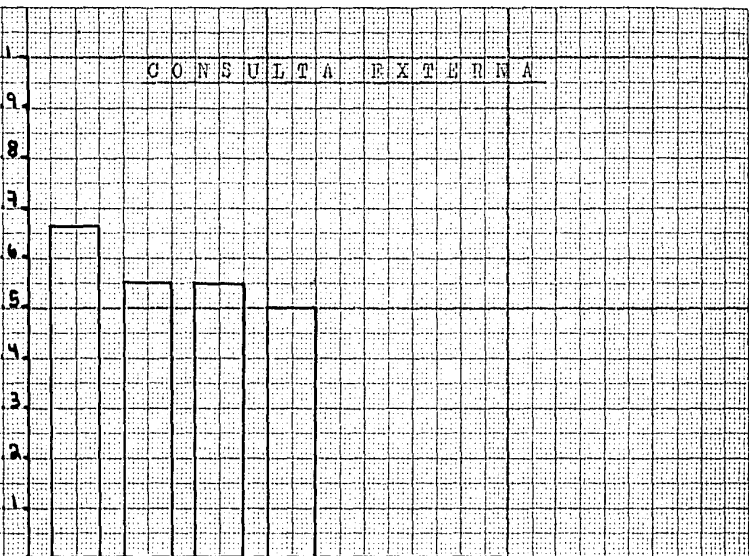
V: 2 TRASTORNO ADAPTATIVO



VARIABLES No: 10 5 13 21

PERCENT OF
CORRELATION

C O N S U L T A E X T E R N A



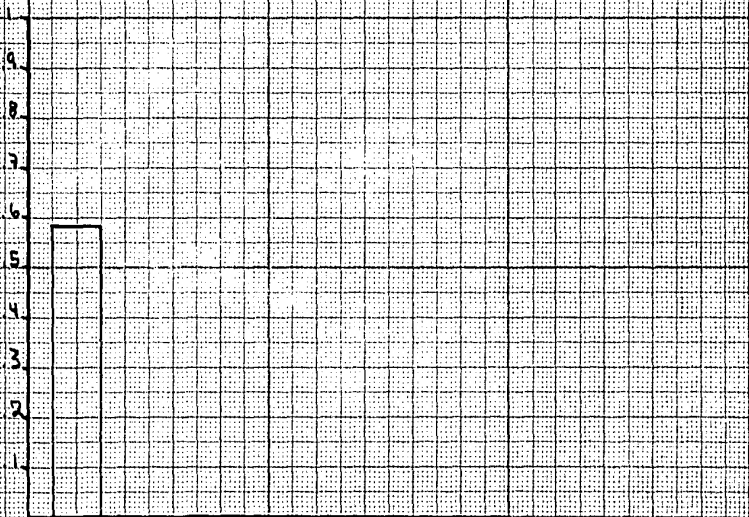
Variable No:

I0 I5 I8

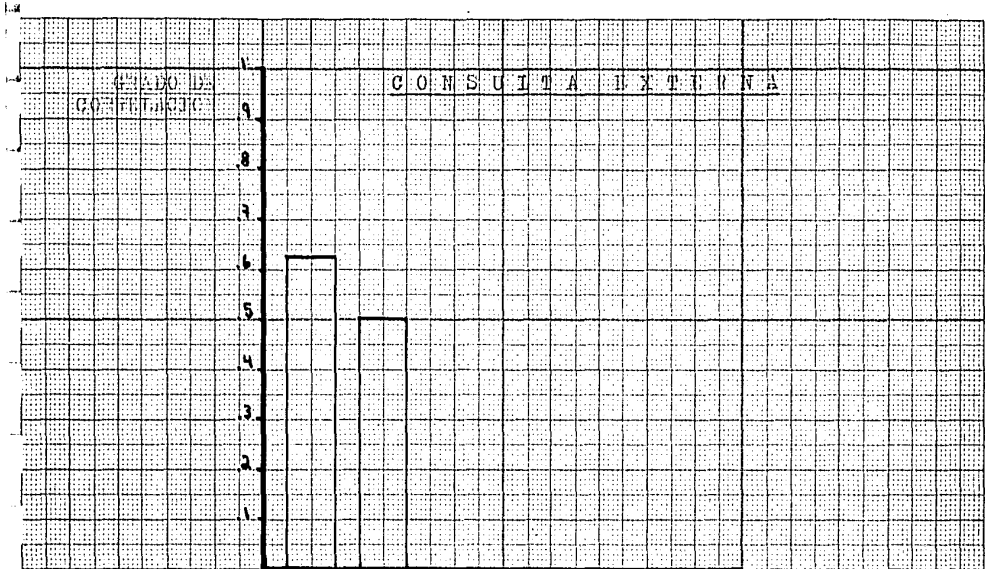
V: 3 ELASTIC DISTORTION

V: 4 ELASTIC DEFORMATION

PERCENT OF
CORRELATION



Variable No: I0



VALORES de:

IC 10

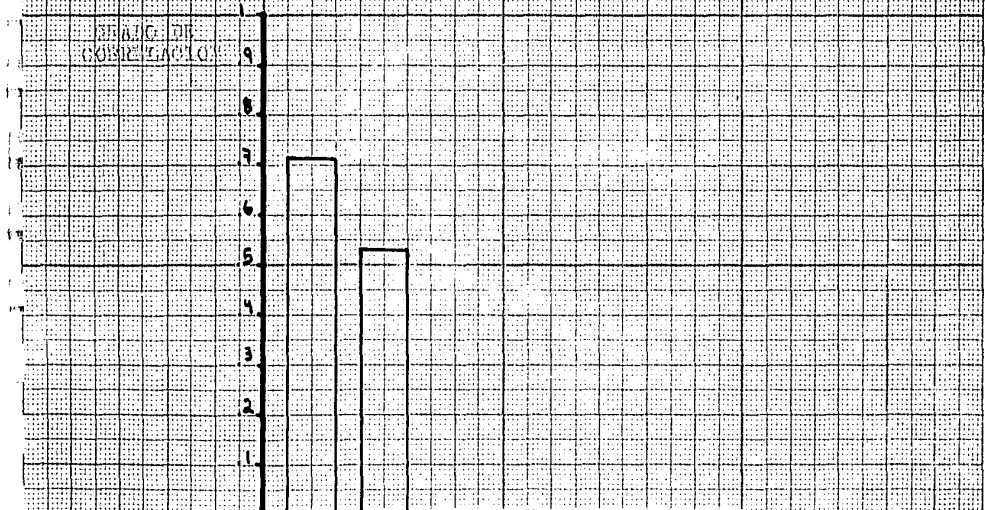
CI 16

V: 5

GRUPO DE CONSULTA ELECTRICA

V: 6

NEGATIVO



GRUPO DE CONSULTA

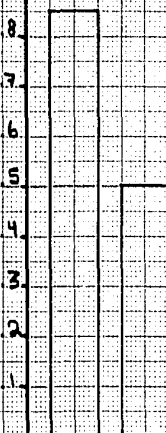
VALORES de:

IC

CI

GRUPO DE
CORRELACION

CONSULTA EXTERNA



VARIABLES No:

10

16

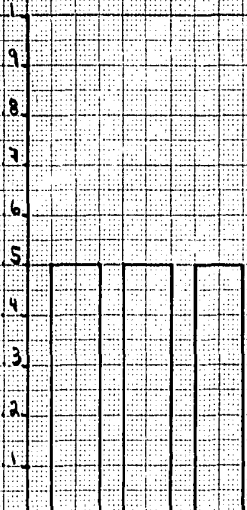
v: 7

TRASTORNO DE IDENTIDAD

v: 8

TRASTORNO DE IDENTIFICACION

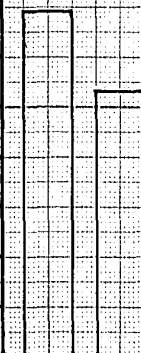
GRUPO DE
CORRELACION



VARIABLES No: 17 18 21

GRUPO DE
CORRECCIONES

CONSULTA EXTERNA



VARIABLE No:

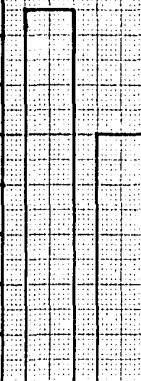
10

15

V. D. FAMILIAR DE CONVENCION

V. 10 FAMILIA TRONCAL DE CONVENCION

GRUPO DE
CORRECCIONES



VARIABLE No: 10

15

INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el 100% de los casos pudieron elaborarse más de un diagnóstico clínico.

En cuanto a categorías diagnósticas podemos observar diferencias porcentuales claras entre ambos grupos:

Los Trastornos de Negativismo, Evitación, Conversión - Distímico y de Conducta Socializado no A. resivo, fueron - significativamente mayores en el grupo de pacientes hospitalización.

El trastorno de Adaptación se encontró manifestado por síntomas de ansiedad excesiva y de Somatización siendo es trastornos más frecuentes en el grupo de Consulta Externa.

El trastorno obsesivo solo se observó en el grupo de - hospitalización.

Los intentos suicidas fueron mucho más frecuente en el grupo de Hospitalización, pudiendo hablarse que es una de las primeras causas para la misma, cabe mencionar sin embargo que la mayoría de éstos fueron realizados en forma impulsiva y/o manipulatoria no pudiendo detectar un transtrastorno Depresivo de base. Lo cual corresponde a los resultados obtenidos por el MMPI.

En lo que se refiere a estructura familiar, la que tomamos como indicador de influencias medio-ambientales, las diferencias porcentuales son también claras, existiendo - mayor número de familias incompletas por madre o ambos padres ausentes en el grupo de Hospitalización, así como mayor frecuencia de antecedentes psiquiátricos tanto en la madre como en los hermanos lo que nos corrobora la centra

lidad de la figura materna en nuestra sociedad cuando me- nos para adolescentes femeninos.

En lo concerniente a escolaridad no se observaron dife- rencias significativas, en contraposición con el rendimien- to escolar en el que se detectó aumento significativo de abandono escolar.

Con respecto a las variables EEG y Bender no se encontra- ron diferencias significativas, lo que nos puede orientar a considerar que los factores medio-ambientales tienen una influencia muy importante aunque no podríamos concluir que sea determinante. Estos resultados fueron también corrovo- rados por el análisis correlacional en donde se evidencia una relación de tipo directo en cuanto a estructura fami- liar y severidad de los trastornos presentados.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- AJURIAGUERRA J DE
Manual de Psiquiatría Infantil
Editorial Toray-Masson 4o. Edición
Pag: 869-876
España 1980
- 2.- Arnold LE
Anxiety in childhood and adolescence
Psychiatrics Annals 9 (10): 504-509
October 1979
- 3.- Allison-Tomlinson Minnie
Adolescent Suicide
Psychiatric Annals II(8): 44-52
August 1981
- 4.- Blos Peter
Psicoanálisis de la adolescencia
Editorial Joaquín Mortiz S.A.
Pags: 15 a 32 y 32 a 232
México D.F. 1981
- 5.- Fakhri D.H.
Family suicide I30: I59-I6I 1977
Brit. Journal Psychiat.
- 6.- Freud Anna
Normalidad y patología en la niñez
Editorial Paidós
pags. 54-59
Buenos Aires-Barcelona México 1971
- 7.- Freud Anna
El yo y los mecanismos de defensa
Editorial Paidós pags: 167-181
Buenos Aires-Barcelona México.

- 8.- Glasser Kurt
Psychopathologic patterns in depressed adolescents
American Journal of psychotherapy 35 (3): 368-382
July 1981.
- 9.- Gesell Arnold
Psicología Evolutiva de 1 a 16 años
Editorial Paidós
Pages: 970-II36
Buenos Aires-Barcelona-México 1984
- 10.- DeVos George
Antropología Psicológica
Editorial Anagrama
Pages: 67-75
México, D.F.
- 11- Hafeiz Hb
Hysterical conversion: a prognostic study
B. J. Psychiatry 136: 548-551
June 1980
- 12- Hirschfeld Robert and Cross Christine K
Epidemiology of affective disorders
Arch. Gen. Psychiatry 39: 35-46
January 1982
- 13- Josselyn M
Psychosocial problems of adolescence
In: Adolescence
USA Harper & Row Publishers
Cap. IV: 80-97
- 14.-Kashani and Simond J F
The incidence of depression in children
Am J Psychiatry 136(9): 1203-1205
September 1979

- I5. Mahler Margaret S.
Simbiosis Humana; las vicisitudes de la individuación
Editorial Joaquín Mortiz
Pags: 24-51
México, D.F. 1972
- I6. Martínez Zendejas J.E.
Adolescencia Indígena
Monografía No. IV Adolescencia normal en México
Monografías de la asociación Mexicana de Psiquiatria
Infantil.
Pags. 125-145
México, D.F. 1982
- I7. Peón Escalante
Adolescencia marginada suburbana
Monografía No. IV Adolescencia normal en México
Monografías de la asociación Mexicana de Psiquiatria
Pags: 105-115
México, D.F. 1982
- I8. Taterka JH and Katz J.
Study of correlation between EEG and psychological pa
tterns in emotionally disturbed children.
Psychosomatic Med. 17(1): 62-72, 1955
- I9. Velasco Fernández Rafael
Los problemas del adolescente
Salud Pública de México
15(2): 259-262, 1974
20. Williams M.D. Herbert Spiegel
Neurogenic and Hysterical Seizures in children and -
adolescents. Differential Diagnostic and Therapeutic-
considerations.
Am J Psychiatry 135 (1): 82-85 January 1978

- 21.- McGuigan, F.J., Experimental Psychology: A Methodological approach (2nd.Ed); Prentice-Hall, Inc; New Jersey. 1968.