

Nuevas psicopatologías infantiles emergentes: ¿educación o psicoterapia?

Prof. Dr. Aquilino Polaino Lorente

Catedrático de Psicopatología. Facultad de Medicina. Universidad CEU San Pablo (Madrid)

1. Una reflexión sobre naturaleza y cultura

Los trastornos psicopatológicos infanto-juveniles van en aumento. Ciertamente, la ciencia avanza y cada vez se identifican mejor esas alteraciones, incorporándose nuevos diagnósticos a las diversas nosologías internacionales. La ausencia de estudios epidemiológicos no permite responder a la cuestión más demandada por la sociedad mediática: ¿Aumentan los trastornos psíquicos en la actual sociedad? No se puede responder a esta cuestión, porque sencillamente no conocemos su actual prevalencia y, además, no podemos compararla con la de las décadas anteriores, que tampoco se llevaron a cabo¹. No obstante hay indicadores indirectos –aunque no muy rigurosos–, como los ingresos hospitalarios y/o las consultas ambulatorias, en función de los cuales puede afirmarse que es probable que estos trastornos vayan en aumento.

Otra cuestión relevante es la que se refiere a los posibles factores etiológicos. Esta discusión tiene un largo pasado y una breve historia. Se trata de identificar qué factores biológicos (naturales) y qué factores sociales (culturales) son responsables de la supuesta mayor incidencia de estas alteraciones. Esta cuestión no es retórica, sino fascinante y de relevante importancia y eficacia para el tratamiento y la prevención. Hasta que no se identifiquen estos factores resultará muy difícil afrontar en la clínica, con la debida especificidad, la terapia más pertinente.

Vuelve a retornar la polémica, ya clásica, entre naturaleza y cultura, natura naturata y natura naturans, nature y nurture, etc. La psicología del último tercio del pasado siglo optó decididamente por el ambientalismo, de acuerdo con las exigencias del conductismo, a la page de entonces. Más tarde, el énfasis psicológico se puso en los factores cognitivos, por lo que el cognitivismo sustituyó en buena parte al conductismo. Al mismo tiempo, los resultados aportados por las neurociencias y el estudio del genoma, desde la década de los 90, han subrayado la relevancia de los factores biológicos.

De otra parte, los bruscos cambios sociales llevados a cabo en la civilización occidental (valores, estilos de vida, consumo de sustancias, modelos de familia, etc.), como consecuencia de la globalización y los

¹ En el ámbito de la depresión infantil disponemos de algunos estudios epidemiológicos que son muy ilustrativos a este respecto. Confrontar Doménech E y Polaino-Lorente A (Dir.; 1990). *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Espaxs. Barcelona; Polaino-Lorente A y García Villamizar D. (1993). *La depresión infantil en Madrid. Un estudio epidemiológico*. Alfa Centauro. Madrid.

numerosos movimientos migratorios, han configurado un poderoso “vuelco cultural” en los albores del siglo XXI, de consecuencias insospechadas para la psicopatología infanto-juvenil.

En el actual horizonte, tan complejo y polimorfo, es difícil emitir una respuesta, que sea rigurosa, respecto de qué factores biológicos (naturales) o sociales (culturales) son los más importantes respecto de la incidencia de estos trastornos. De otra parte, esta discusión es un tanto retórica: la naturaleza humana está abierta y precisa de la cultura para llegar a ser la que es.

2. El fracaso escolar

Son tan clamorosos y abundantes los datos disponibles en nuestro país sobre el lamentable hecho del fracaso escolar, que este tópico se ha incorporado al lenguaje coloquial como un término obvio. En una reciente investigación, realizada por el periódico semanal *Magisterio* (7. 10. 2009) acerca de los efectos de la LOGSE en el periodo 2002-2006, se llega a los siguientes resultados: el fracaso escolar (población que no obtiene el título de la ESO) es del 30.8% (37.6% de los chicos y 23.6% de las chicas), lo que multiplica por tres la media europea, que es inferior al 10%. En apenas cuatro años se ha incrementado en dos puntos porcentuales: del 28.9% en el año 2002 al 30.8% en el 2006.

Ceuta es la población que tiene la incidencia más alta de fracaso escolar (más del 50% en ambos sexos), y es el único ámbito de la población española en que fracasan más las chicas que los chicos. De otra parte, la incidencia varía mucho de unas a otras ciudades, sin que dispongamos de una explicación satisfactoria. Así, por ejemplo, la probabilidad de fracasar de una chica en Soria es del 7%, frente a la probabilidad de fracasar de un chico en Alicante, que es del 52% (7.5 veces más).

Todavía más sombrío es el panorama de la educación, en el ámbito de los jóvenes y universitarios. De acuerdo con el informe anual sobre educación (datos relativos al año 2008), de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2010), España es el segundo país europeo con mayor número de jóvenes de 20-24 años (19.4%), que ni trabajan ni estudian (la generación “ni-nis”); esta tasa disminuye al 10,5% entre jóvenes de 15 a 19 años. El 44% de los jóvenes

universitarios españoles, de 25-29 años de edad, ocupan puestos de trabajo de inferior cualificación a los estudios que han realizado.

En lo relativo a la FP (formación profesional), el volumen de titulados españoles que finaliza sus estudios de acuerdo con su edad (17-18 años) es del 38%, frente al 52% de media de la UE. Sólo el 22% de la población española ha completado la educación postobligatoria, frente al 47% de media de la UE. El 49% de los españoles tienen solo estudios básicos.

La globalización del fracaso escolar no es ajena e independiente de las nuevas psicopatologías. Es preciso admitir una interacción bidireccional entre fracaso escolar y nuevas patologías. De una parte, porque en ocasiones el mismo fracaso es la manifestación más emblemática y precoz de esa patología; de otra, porque el mismo fracaso, considerado en cuanto tal, constituye un factor de primer orden en la suscitación, mantenimiento y complejidad de las conductas patológicas que suscita. Piense el lector en algunas de sus inmediatas consecuencias, como el descenso de la autoestima, la formación de un auto-concepto negativo, el descenso en la motivación y el nivel de aspiraciones, las dificultades para la adaptación, los conflictos familiares, etc. No, el fracaso escolar no suele acompañar a la salud psíquica y física de los jóvenes alumnos.

3. Inventario sobre algunos trastornos psicopatológicos infantiles emergentes

Sea como fuere, el hecho es que han emergido nuevas psicopatologías infantiles, antes inexistentes. En las líneas que siguen se citan algunos ejemplos que son suficientemente elocuentes, y que no es posible silenciar. Me refiero, claro está, a las nuevas y numerosas adicciones (alcohol, drogas, sexo, videojuegos, Internet, telefonía móvil, etc.); al fracaso escolar a la que se ha aludido; a la explosión de los comportamientos agresivos (violencia y maltrato infantil, acoso escolar, bullying, abuso sexual infantil, “tribus urbanas”, etc.); a la fragmentación de las estructuras familiares (separación, divorcio, familias desestructuradas, niños concebidos mediante la FIVET, síndrome de alienación parental, síndrome del niño adoptado, etc.); a la psicopatología del emigrante y la exclusión social (homeless, desarraigo,

ausencia de escolarización, incapacidad de integración, paro juvenil, etc.); a las enfermedades infecto-contagiosas (transmisión vertical de VIH, adolescentes con VIH, gonococia, sífilis, etc.); a las sectas y la “programación mental”; a los trastornos de personalidad; etc.

Los efectos sobre la salud psíquica de muchas de estas situaciones me autorizan a hablar de nuevas patologías emergentes, que todavía no conocemos en modo suficiente. Esto quiere decir que puede hablarse en la actualidad de la existencia de relevantes factores socio-psicopatológicos, que habrá que ir desvelando para afrontarlos como es debido. Es cierto que la mayoría de las graves perturbaciones psíquicas son consecuencia de combinaciones complejas entre diátesis genéticas e influencias ambientales. Carga genética y ambiente se concitan de forma misteriosa en el origen y mantenimiento de estos trastornos. Como ya manifestó uno de los investigadores más prolíficos y rigurosos de la psicopatología infantil (Rutter, 1988), “las influencias genéticas, cuando se aplican a las diferencias individuales en lo relativo a la predisposición a exhibir determinadas conductas, son poderosas y generalizadas, pero pocas veces determinantes”. De otra parte, los resultados de la literatura científica disponible demuestran que los factores estresantes psicosociales, especialmente los life events y los acontecimientos traumáticos interpersonales, generan profundos efectos biológicos y modifican el funcionamiento cerebral. Lo mismo sucede respecto de la acción psicoterapéutica -hecho ampliamente contrastado- y su capacidad de suscitar efectos físicos en el cerebro. Es posible que la “teoría de la mente” sea un vínculo especialmente útil entre ambos constructos, especialmente a la hora de afrontar el tratamiento de los trastornos de personalidad.

Los nuevos trastornos emergen e invaden diversos segmentos del comportamiento humano, de forma innovadora. Esto es lo que sucede, por ejemplo, con las así llamadas orexias, trastornos complejos y muy frecuentes, a caballo entre las obsesiones, el culto al cuerpo, los trastornos del comportamiento alimentario y el control de los impulsos. Citaré a continuación algunos de las más frecuentes: la parorexia (la necesidad impulsiva de masticar objetos y escupir); la vigorexia (necesidad obsesiva de consumir anabolizantes para estar mejor musculado, sentirse mejor consigo mismo y lucrar una mayor aceptación social); las perforaciones y tatuajes (puede deberse a la moda y no ser patológico; en otras ocasiones, esta compulsión a practicarse

perforaciones y tatuajes puede estar asociada a un equivalente depresivo o ser expresión de un síntoma de parafilia); la ortorexia (empleo de dietas muy restrictivas y poco equilibradas, movidos por el impulso a alimentarse con sólo los productos calificados por ellos como “sanos”; no hay que confundirlos con las personas “vegetarianas”, que carecen de patología); la permarexia (búsqueda obsesiva de nuevas dietas a las que atribuyen efectos especiales, que no han sido verificados); el síndrome del comedor selectivo (selección muy restrictiva y selectiva de los alimentos que ingieren, por lo que su dieta es incompleta y mal balanceada, que, además, suelen hablar continuamente de la comida); el síndrome del gourmet (hacen depender su autoestima de lo que califican como una “buena comida”, sometiéndose a complejos y rígidos rituales durante la alimentación); la pregorexia (comportamiento anoréxico en gestantes: durante el embarazo suelen mejorar las afectadas por la bulimia, mientras que empeoran las que siguen dietas restrictivas); la manorexia (diversas patologías de la alimentación, más frecuente en jóvenes varones –la estética de la nueva masculinidad– que en mujeres, aunque de mejor pronóstico en aquellos que en éstas; en algunos varones suele darse asociada a la atracción por personas del mismo sexo); el síndrome del hombre metrosexual (necesidad compulsiva a manifestarse como un adolescente “duro”; imitan el comportamiento de lo que consideran son sus modelos: el camionero, el bombero, el minero, etc.); la sadorexia (comportamiento anoréxico asociado a prácticas autoagresivas, como ingesta de hielo, quemarse con el cigarrillo, etc., con el fin de inhibir el ansia por la comida); diabulimia (adolescentes diabéticos que juegan de forma patológica con la administración de insulina: para tomar dulces y alcohol, disminuir/aumentar peso, hacer musculatura, etc.; suelen sufrir hipoglucemias y graves descompensaciones en la diabetes que sufren); la tanorexia (necesidad obsesiva de estar moreno/a, exponiéndose en exceso a la luz solar, a pesar de aumentar el riesgo de sufrir un melanoma); la megarexia (negación de la obesidad ingiriendo comidas copiosas e inadecuadas); la automutilación repetitiva (comportamiento parasuicida que, casi siempre, es un síntoma de un trastorno mucho más complejo como, por ejemplo, el trastorno límite de personalidad o la personalidad histriónica); las maltratadoras sexuales de hombres (chicas adolescentes que buscan al hombre débil, le dan sexo y luego le maltratan y abandonan; con frecuencia son personas resentidas que quieren vengarse de lo que sufrieron cuando fueron abandonadas por su pareja o sus padres, abuso sexual, etc.).

El perfil psicopatológico de las nuevas orexias es ciertamente muy complejo, por lo que hay que explorar de forma sistemática a estos pacientes. Lo ideal es hacer un screening intenso acerca de los siguientes ítems: necesidad de aceptación y deseabilidad social, dependencia afectiva, expresión de emociones, autoestima, presencia de síntomas obsesivos, rituales y compulsiones, valoración de la impulsividad, ansiedad y capacidad de auto-control, presencia de conductas pasivo-agresivas, aceptación o no de la corporalidad (creencias irracionales, pensamientos negativos y aberraciones en la auto-percepción corporal), estilos atribucionales y cognitivos, capacidad de auto-control, trastornos de aprendizaje, cohesión y adaptación familiar, exposición a otros modelos de comportamiento social, etc. Es conveniente evaluar los factores anteriores antes de decidirse por el tratamiento que parezca más pertinente.

Si estos comportamientos comparecen en el contexto escolar, y se trata de un menor, lo más conveniente es que el educador informe a los padres y lo derive a un especialista. Es posible que algunos de los anteriores comportamientos no satisfagan, por el momento, los criterios psicopatológicos al uso y sean, sencillamente, como ciertas “adherencias” –malas adherencias, por cierto– suscitadas por el aprendizaje en el contexto sociocultural. De ser así habría que apelar a la educación, tanto por su eficacia en la formación de la personalidad como por mejorar en los jóvenes su capacidad de adaptación. En cualquier caso, conviene -¡y mucho!- la vinculación entre el educador, los padres y el psicólogo.

4. Factores biológicos, maltrato infantil y trastornos de personalidad

Hemos visto, líneas atrás, la importancia que tiene el contexto social en el origen, mantenimiento y extinción de las nuevas patologías infanto-juveniles emergentes. Sin embargo, ese contexto no agota la “explicación” de estos trastornos, aunque probablemente resulten imprescindibles para una mejor “comprensión” de lo que realmente sucede.

Ignoramos, por el momento, la relación que puede haber entre los nuevos trastornos infanto-juveniles y el comportamiento de los padres, del que más adelante me ocuparé. Permítanme ahora que regrese a la

biopsicopatología, a fin de mostrarles ciertos resultados relevantes, en algunas recientes investigaciones, en relación con el maltrato infantil.

En la investigación realizado por Caspi *et al.* (2002), publicada en Science, los autores hicieron un seguimiento longitudinal del maltrato infantil en una cohorte de 1037 niños, de 3 a 11 años, mediante un estudio controlado prospectivo. La muestra estudiada fue clasificada en tres grupos, en función de la presencia e intensidad de los malos tratos: exentos (64%), probables (28%), y “graves” (8%). Durante el seguimiento, la población fue evaluada a los 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18 y 21 años de edad, respecto del comportamiento antisocial.

Al mismo tiempo se estudió en estos niños el polimorfismo funcional del gen de la MAO-A, por partir de la hipótesis de que esta variable biológica posiblemente tiene un cierto efecto modulador sobre las consecuencias del maltrato y el futuro comportamiento infantil.

Los resultados encontrados ponen de manifiesto que en los varones con genotipo MAO-A, de baja actividad, asociado a malos tratos, se obtuvieron puntuaciones significativamente elevadas en la medida del comportamiento antisocial. Por el contrario, en los varones con genotipo MAO-A, de alta actividad, asociado a malos tratos, las puntuaciones obtenidas en la medida del comportamiento antisocial fueron significativamente más bajas.

Las diversas evaluaciones realizadas durante el estudio longitudinal pusieron de manifiesto que el 85% de los varones con genotipo de baja actividad MAO-A y malos tratos graves evolucionó hacia un tipo de personalidad antisocial. Aunque es necesario replicar estos resultados en futuras investigaciones, no obstante, abren el horizonte investigador de las nuevas patologías infanto-juveniles, apelando a factores psicobiológicos todavía mal conocidos. El equipo investigador llegó a la conclusión de que estos genotipos estudiados probablemente moderen y modulen la sensibilidad de los niños a los efectos de ciertos factores estresantes familiares, especialmente si son calificados de “graves”.

En esta misma línea, resulta muy elocuente la investigación realizada por Johnson *et al.* (1999) respecto de las posibles relaciones existentes entre la exposición al maltrato infantil y el riesgo de padecer, en la vida adulta, de trastorno límite de personalidad (TLP). Los autores realizaron un estudio prospectivo en una cohorte de 639 jóvenes y

biopsicopatología, a fin de mostrarles ciertos resultados relevantes, en algunas recientes investigaciones, en relación con el maltrato infantil.

En la investigación realizado por Caspi *et al.* (2002), publicada en Science, los autores hicieron un seguimiento longitudinal del maltrato infantil en una cohorte de 1037 niños, de 3 a 11 años, mediante un estudio controlado prospectivo. La muestra estudiada fue clasificada en tres grupos, en función de la presencia e intensidad de los malos tratos: exentos (64%), probables (28%), y “graves” (8%). Durante el seguimiento, la población fue evaluada a los 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18 y 21 años de edad, respecto del comportamiento antisocial.

Al mismo tiempo se estudió en estos niños el polimorfismo funcional del gen de la MAO-A, por partir de la hipótesis de que esta variable biológica posiblemente tiene un cierto efecto modulador sobre las consecuencias del maltrato y el futuro comportamiento infantil.

Los resultados encontrados ponen de manifiesto que en los varones con genotipo MAO-A, de baja actividad, asociado a malos tratos, se obtuvieron puntuaciones significativamente elevadas en la medida del comportamiento antisocial. Por el contrario, en los varones con genotipo MAO-A, de alta actividad, asociado a malos tratos, las puntuaciones obtenidas en la medida del comportamiento antisocial fueron significativamente más bajas.

Las diversas evaluaciones realizadas durante el estudio longitudinal pusieron de manifiesto que el 85% de los varones con genotipo de baja actividad MAO-A y malos tratos graves evolucionó hacia un tipo de personalidad antisocial. Aunque es necesario replicar estos resultados en futuras investigaciones, no obstante, abren el horizonte investigador de las nuevas patologías infanto-juveniles, apelando a factores psicobiológicos todavía mal conocidos. El equipo investigador llegó a la conclusión de que estos genotipos estudiados probablemente moderen y modulen la sensibilidad de los niños a los efectos de ciertos factores estresantes familiares, especialmente si son calificados de “graves”.

En esta misma línea, resulta muy elocuente la investigación realizada por Johnson *et al.* (1999) respecto de las posibles relaciones existentes entre la exposición al maltrato infantil y el riesgo de padecer, en la vida adulta, de trastorno límite de personalidad (TLP). Los autores realizaron un estudio prospectivo en una cohorte de 639 jóvenes y

sus respectivas madres, a fin de evaluar los efectos del maltrato sobre el desarrollo cerebral infantil. Para ello se sirvieron de estudios de neuroimagen y de potenciales evocados auditivos.

En los pacientes adultos diagnosticados de TLP, que habían sido expuestos durante la primera infancia a acontecimientos traumáticos más graves y persistentes, los estudios de neuroimagen pusieron de manifiesto un menor volumen del hipocampo, así como ciertas anomalías en la lateralización hemisférica debido, probablemente, a una deficiente integración de los hemisferios derecho e izquierdo.

En el marco de esta misma investigación, los autores compararon los potenciales evocados auditivos en 10 niños con antecedentes de abusos sexuales y 10 niños controles. Los niños del grupo control emplearon ambos hemisferios, con independencia de cuál fuera el contenido de los recuerdos suscitados. Por el contrario, los niños con antecedentes de abusos sexuales activaron su hemisferio izquierdo al recordar recuerdos neutrales y su hemisferio derecho al recordar acontecimientos dolorosos. Este comportamiento cerebral pone de manifiesto un fracaso en la integración interhemisférica, resultado coincidente con lo que sucede en los adultos diagnosticados de TLP.

El equipo investigador sugiere que, probablemente, ante el temor de que el odio y la agresividad destrocen todas sus cualidades positivas, los niños que han sufrido abusos sexuales tienden a etiquetar sus representaciones del yo en categorías de “totalmente bueno” y “totalmente malo”.

De otra parte, son numerosas y concluyentes las investigaciones que ponen de manifiesto que los acontecimientos traumáticos sufridos en la primera infancia conducen a una sensibilización persistente del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Según parece, es muy intensa la vulnerabilidad del hipocampo a los efectos del estrés, durante la temprana infancia, como consecuencia de la alta densidad de receptores a los glucocorticoides disponibles.

Esto significa que como consecuencia de una exposición sostenida a los malos tratos durante la infancia probablemente se genere una hiperreactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y, en consecuencia, del sistema nervioso autónomo. Los malos tratos, sin duda alguna, suscitan un aumento de la secreción del factor liberador de corticotropina

(CRF), lo que unido al aumento de la sensibilidad de los receptores a la CRF, que también es condicionada por ellos, explicaría los efectos que antes se han mencionado.

De hecho, se ha probado que en mujeres que sufren de depresión mayor y tienen antecedentes de malos tratos durante la infancia, la respuesta a la ACTH, y por tanto al estrés, es seis veces mayor que en las mujeres, equiparadas en edad, del grupo control.

Los datos anteriores nos ilustran acerca de porqué resulta tan problemático agrupar términos como “genes”, “cerebro” y “factores biológicos” como si fueran conceptos independientes y completamente ajenos a “ambiente”, “mente” y “psicosocial”. Sin duda alguna, estos acontecimientos psicosociales estresantes pueden causar alteraciones biológicas persistentes en el cerebro. Los resultados hallados en estas investigaciones tal vez contribuyan a explicar también porqué el tratamiento del TLP con la nueva generación de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) mejora su comportamiento. Conviene recordar aquí la importante función serotoninérgica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

De acuerdo con los autores antes citados, puede postularse una estrecha vinculación entre los acontecimientos traumáticos infantiles y el incremento del riesgo de padecer, cuando adultos, de trastorno límite de personalidad. Los datos disponibles permiten sostener en la actualidad que el abandono parental y el abuso sexual infantil es muy probable que estén relacionados con el trastorno límite de personalidad. Algunos autores sostienen, además, una cierta proporcionalidad entre la intensidad de estos factores hipotéticos y la gravedad de los síntomas de los trastornos de personalidad. Cuanto mayor sea la incidencia traumática de aquellos más graves serán los síntomas que se manifiestan en el TLP.

Sea como fuere, el hecho es que las nuevas patologías infantiles emergentes parecen estar relacionadas con el apego infantil temprano (Vargas y Polaino-Lorente, 1996). Dado que el apego (attachement) y las relaciones objetales contribuyen a la elaboración de los componentes básicos de las representaciones del yo, es lógico que la vinculación padres-hijos sea tan primordial y significativa. En estas circunstancias, no tiene nada de excepcional que un estado afectivo hipervigilante y ansioso condicione una percepción persecutoria de las figuras parentales

y, en consecuencia, la victimización del yo (y como consecuencia de ello, por ejemplo, la dependencia afectiva).

Las anteriores observaciones deberían estar presentes en el amplio marco del quehacer psicoterapéutico en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. El ateniimiento a la historia biográfica de los pacientes –especialmente si han sufrido una infancia truculenta– es una condición obligada a la hora de diseñar u optar por una determinada opción terapéutica. Las consecuencias afectivas que se derivan de tantos hitos traumáticos sufridos durante la infancia y primeros años de juventud condiciona –¡y mucho!– el enfoque psicoterapéutico por el que se opte.

5. Algunos datos sobre urgencias pediátricas y salud mental

Algunos clínicos sostienen que casi la mitad de las consultas pediátricas están motivadas por problemas de salud mental. Otros, por el contrario, estiman que esta es una opinión sobrevalorada. En cualquier caso, el hecho es que habría que estudiar mejor las posibles relaciones existentes entre trastornos psicopatológicos (en la población infanto-juvenil y en sus padres) y los motivos de la consulta.

Una reciente investigación (VV. AA., 2010, aceptada para su publicación), pone de manifiesto la posible vinculación existente entre ciertas urgencias pediátricas y los trastornos psiquiátricos. Los autores estudiaron los pacientes del Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de Madrid (años 2006-2007), que precisaron de asistencia en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas del mismo hospital.

La población estudiada fue de 104 niños de 6 a 15 años de edad (media 12.37). Los motivos de consulta fueron el empeoramiento de su enfermedad (51%), los trastornos de conducta (31.7%) y los intentos de suicidio (17.3%). Sin duda alguna, sorprende que muchos de ellos tuvieran antecedentes familiares psiquiátricos (68.2%), procedieran de familias con una separación traumática de los padres (25.9%) y tuvieran antecedentes personales de consumo de alcohol y/o drogas (39.4%). La relevancia de estos datos es muy elocuente, y deberían considerarse como robustos indicadores de posible riesgo psicopatológico.