

Artículos originales

(<http://www.siicsalud.com/main/expinv.htm>)

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena.

Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Artículos originales aseguran documentos de calidad, en temas de importancia estratégica.

1 - Percepción en la Enfermedad Mental Grave: Repercusiones en la Identidad



Charmaine Williams, Columnista Experta

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Assistant Professor, University of Toronto Faculty of Social Work, Toronto, Canadá

Otro trabajo de su autoría: Williams CC. Factors affecting discharge planning on a general psychiatry unit. *Social Work in Mental Health* 2(1):17-31, 2004.

Página de la autora: www.siicsalud.com/dato/dat041/05106007a.htm

(*) Artículo breve escrito por el autor para Trabajos Distinguidos edición en papel.



El artículo amplio escrito por el autor para SIIC En Internet se edita en: www.siicsalud.com/dato/dat041/05106007.htm

Abstract

This paper reviews a study that examined the relationship between insight and engulfment in a dysfunctional patient role for 25 patients diagnosed with schizophrenia and 33 patients diagnosed with bipolar disorder. A strong relationship was found between these two constructs, however, qualitative data revealed that insight into illness does not necessarily lead to dysfunction. Patients maintain positive self-image by using strategies of reflecting positively on patient identity development and making self-enhancing comparisons with other patients. The study indicates that practitioners can build on such processes to foster insight with a positive, functional patient identity.

Artículo completo en inglés: www.siicsalud.com/dato/dat041/05106007i.htm

Introducción

En el lenguaje convencional, entendemos como percepción a una instancia de comprensión de la verdadera naturaleza del objeto, frecuentemente a través de una apariencia confusa o engañosa. En psiquiatría, sin embargo, los profesionales que evalúan el nivel de percepción en una persona con diagnóstico de enfermedad mental, generalmente están tratando de determinar la conciencia que el paciente tiene de lo que ellos han establecido como la presencia obvia de enfermedad mental. La falta de percepción se entiende como un déficit que impide al paciente tener conciencia de su trastorno y reconocer su necesidad de tratamiento.¹ Los intentos para clarificar los mecanismos de percepción creciente llevaron a definirla de muchas maneras: como parte de la psicopatología de la enfermedad mental, como un déficit cognitivo, como un mecanismo de defensa, como un aspecto de la personalidad y como una actitud social y culturalmente determinada.² La falta de consenso con respecto a la percepción en el campo de las enfermedades mentales es reflejada aun más en la literatura, que utiliza muchos métodos diferentes para evaluarla; sin embargo, existe cierto acuerdo en cuanto a que percepción implica la conciencia de tener un trastorno mental.³ La gran cantidad de literatura referente a la evaluación de la percepción en los pacientes con enfermedades mentales serias y persistentes sugiere que la falta de percepción es bastante común y afecta a pacientes con trastorno bipolar en la misma medida que a pacientes con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos.⁴⁻⁷ Existe cierta noción de que la percepción puede mejorar en tanto que los síntomas de la psicosis disminuyan.^{4,8,9}

Resumen

Este artículo hace una revisión de un estudio que evaluó la relación entre la percepción de la enfermedad y el ensimismamiento en el rol de paciente disfuncional entre 25 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 33 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Se encontró una fuerte relación entre estos dos elementos; sin embargo, la información cualitativa reveló que la percepción de la enfermedad no necesariamente causa disfunción. Los pacientes mantienen una imagen positiva de sí mismos mediante el uso de estrategias para reflexionar positivamente sobre la elaboración de su identidad como pacientes y para revalorizarse comparativamente con otros enfermos. El estudio indica que los médicos pueden promover esos procesos con el fin de fomentar el desarrollo de la percepción con una identidad del paciente positiva y funcional.

Los médicos están interesados en cuanto a la percepción en la enfermedad mental dado que consideran que una idea precisa de sus efectos es esencial para obtener beneficios del tratamiento. Las investigaciones muestran, congruentemente, que la percepción en la enfermedad mental está asociada con el cumplimiento del tratamiento y con mejor pronóstico para los pacientes.^{10,11} Esto también se asocia con resultados más positivos en las áreas de la función social¹² y la rehabilitación profesional.¹³ No obstante, hay quienes han sugerido que una comprensión completa de los efectos y consecuencias de una enfermedad mental grave puede ser perjudicial para los pacientes. Ellos expresan su preocupación de que una verdadera percepción de la enfermedad mental pueda ser tan devastadora para los pacientes como para causarles depresión y angustia.¹⁴⁻¹⁷ El «ensimismamiento»¹⁸ en el papel de un paciente disfuncional se asocia teórica y empíricamente con incremento de la angustia psicosocial y emocional, así como con menor satisfacción con su vida. Aunque la percepción puede contribuir a la conciencia de enfermedad y a las conductas de búsqueda de ayuda, la preocupación es que estos beneficios sean a expensas de inducir al paciente a la desesperación, en el contexto de su identificación con una identidad social devaluada y estigmatizada. Los esfuerzos para evaluar el ensimismamiento en la vida de los pacientes con enfermedades mentales serias están dirigidos a comprender la transición en su identidad, que puede culminar en individuos que funcionan exclusivamente en el rol de una persona enferma e incompetente.¹⁸

Método de estudio

Instrumentos y procedimientos

El propósito del estudio de Williams y Collins¹⁹ fue clarificar la relación existente entre la gravedad de los síntomas, el ensimismamiento, la localización del control, la calidad de vida y la percepción de la enfermedad entre personas con diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno bipolar. Las evaluaciones realizadas mediante la Escala de Ensimismamiento Modificada (*Modified Engulfment Scale*),²⁰ la Entrevista de la Calidad de Vida (*Quality of Life Interview*),²¹ y la Escala para la Evaluación de la Percepción (*Schedule for Assessing Insight*)²² son de particular interés para esta discusión. La Escala Modificada de Ensimismamiento evalúa la aparición de roles de persona enferma o alterada –con exclusión de otros roles– en respuesta a la experiencia de la enfermedad mental. Los puntajes más altos corresponden a la adopción omnipresente de un papel de persona alterada y enferma. La Entrevista de la Calidad de Vida es una entrevista estructurada que evalúa la calidad objetiva y subjetiva de vida, en ocho dimensiones: situación de vida, actividades diarias, relaciones familiares, relaciones sociales, economía, trabajo o escuela, seguridad y salud. Los puntajes más altos corresponden a actitudes y situaciones de vida más positivas. La Escala para la Evaluación de la Percepción es una entrevista estructurada que evalúa tres dimensiones: conciencia de enfermedad, habilidad para reconocer las experiencias psicológicas como patológicas y cumplimiento del tratamiento. Los puntajes más altos corresponden a mayores niveles de percepción de la enfermedad mental. Las escalas de calidad de vida y de percepción fueron administradas por médicos entrenados y los resultados se basaron en lo informado por el paciente. Los entrevistados completaron independientemente la escala de ensimismamiento. También participaron en una entrevista semiestructurada cuyas preguntas evaluaban cómo sus vidas y relaciones habían sido afectadas por la experiencia de la enfermedad mental.

La muestra

Los entrevistados fueron convocados de un centro de asistencia psiquiátrica y participaron sólo si eran capaces de otorgar su consentimiento informado. Se revisaron los registros médicos para confirmar la historia de la enfermedad y el diagnóstico del DSM. Los potenciales participantes fueron excluidos si estos registros señalaban la presencia de un trastorno cerebral orgánico o retraso mental. La muestra incluyó 25 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 33 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Hubo más hombres (31 de 58) que mujeres, y la edad de los participantes era de 41.1 años en promedio. (DE: 8.4 años). La duración de la enfermedad era de 18.4 años en promedio (DE: 9.5 años), y la media del número de hospitalizaciones previas había sido 7.8 (DE: 9.1). La mayoría de los pacientes eran solteros (67%) y desempleados (67%).

Hallazgos del estudio

En promedio, el puntaje en la Escala para la Evaluación de la Percepción fue de 10.4 (sobre un total de 14, DE: 3.6) y la prueba de la *t* indicó que no hubo diferencias significativas en el puntaje entre los dos grupos diagnósticos. Se realizaron análisis de regresión jerárquicos para cuantificar las contribuciones relativas de cada variable a las predicciones de la percepción de la enfermedad en la muestra. Un modelo final que contenía diagnóstico, nivel de síntomas, ensimismamiento, localización interna del control y calidad subjetiva de vida como elementos de predicción, dio cuenta del 28.2% de la varianza en el puntaje de la percepción, pero los únicos predictores independientes en el modelo fueron los puntajes de ensimismamiento y de gravedad de los síntomas (cuantificados por la Escala Breve para Valoración Psiquiátrica [*Brief Psychiatric Rating Scale*])²³. Los puntajes de ensimismamiento tuvieron el mayor valor beta estandarizado y las correlaciones bivariadas confirmaron una asociación fuerte, positiva, entre percepción de la enfermedad y

Tabla 1. Correlación bivariada. Williams & Collins.¹⁹

Grupo	Correlación entre percepción y ensimismamiento	Correlación entre ensimismamiento y calidad subjetiva de vida	Correlación entre percepción y calidad subjetiva de vida
Esquizofrenia	R = 0.4589; p = 0.021	R = -0.4072; p = 0.043	R = 0.0754; ns
Trastorno bipolar	R = 0.4732; p = 0.0005	R = -0.4166; p = 0.016	R = -0.0966; ns
Muestra total	R = 0.4424; p = 0.001	R = -0.419, p = 0.001	R = 0.029; ns

Puntos evaluados convencionalmente

- Estoy dañado como persona debido a mi enfermedad
- Algo está mal en mi mente
- Creo que soy más ansioso y nervioso que la mayoría de la gente
- Mis amigos y mi familia me ven sólo como un «paciente mental»
- Una vez hospitalizado por problemas psiquiátricos, existe una gran posibilidad de que ello ocurra de nuevo

Puntos evaluados a la inversa

- Espero estar bien en el futuro
- En cierto momento ya no necesitaré medicación psiquiátrica
- Mi mente es normal
- Seré capaz de encontrar trabajo en el futuro cercano
- Soy saludable en cuerpo y mente

Figura 1. Muestra de los puntos de la Escala Modificada de Ensimismamiento.

ensimismamiento. Esto parece confirmar la hipótesis de que la percepción en la enfermedad mental grave está asociada con desmoralización y disfunción.

No obstante, análisis adicionales sugirieron que estos elementos se superponen pero tienen importantes diferencias. El examen de las matrices de correlación reveló que aunque la percepción y el ensimismamiento se asocian positivamente, sólo el ensimismamiento tiene asociación negativa con la calidad subjetiva de vida. No hubo asociación entre percepción y calidad subjetiva de vida. Los resultados se presentan en la tabla 1. Esto sugirió que altos niveles de ensimismamiento y la adopción del rol de un paciente disfuncional se asocian con una apreciación menos positiva de la vida. En contraste, mayores niveles de percepción de la enfermedad no mostraban esa relación. La observación detallada de la escala de ensimismamiento proporciona cierta explicación para esta diferencia. Muchos de los puntos en la escala de ensimismamiento investigan el grado hasta el cual el entrevistado desea identificarse a sí mismo como un paciente y reconocer su necesidad de recibir asistencia médica (véase figura 1). Estos puntos se correlacionarían apropiadamente con la percepción, de acuerdo con cómo los mide el cuestionario de David.²² Sin embargo, la escala de ensimismamiento también solicita al entrevistado que se reconozca como una persona disfuncional y dañada de por vida. Estos sentimientos pueden estar asociados con la percepción de la enfermedad y obviamente pueden afectar la calidad subjetiva de vida; pero si el enlace entre la percepción y el ensimismamiento fuera completo también habría una asociación entre la percepción y la calidad subjetiva de vida.

De los hallazgos de esta muestra transversal surge la intrigante posibilidad de que la percepción de la enfermedad y la adopción del rol de paciente no necesariamente conllevan a la disfunción y a la desesperación. Decidí explorar esta relación aun más mediante la revisión de las entrevistas de dieciocho participantes que habían presentado puntajes perfectos en la escala de la percepción. La prueba de la *t* y las pruebas de asociación revelaron que no existían diferencias significativas entre estos participantes y el resto de la muestra, salvo niveles sintomáticos ligeramente menores ($t [2, 56] = 2.086$, $p = 0.042$) y una mayor probabilidad para la toma de medicamentos ($\chi^2 = 4.176$, $p = 0.041$). La información cualitativa surgida de las entrevistas reveló dos formas de

entender cómo la percepción de la enfermedad estaba asociada con la adopción del rol de paciente, pero sin asumir una imagen de sí mismo disfuncional y negativa.

Etapas en el desarrollo de la identidad como paciente

La información cualitativa sugirió que para algunos pacientes cada episodio de la enfermedad favorecía mayor aprendizaje y conciencia de enfermedad. Por ejemplo, un hombre, diagnosticado hacía 13 años, expresó: «Decidí que esto es todo, esto es el fondo. No voy a continuar... No podría seguir evadiéndolo». Otro paciente, al hacer una revisión de 37 años de enfermedad, dijo: «Empecé a buscar ayuda y empecé a entender que esto era más de lo que yo podía soportar». Esto podría corresponder al proceso que se describe en mi estudio previo,²⁴ en el cual los participantes manifestaron que se sentían recuperados de la enfermedad cuando eran capaces de poner las cosas «en perspectiva» y de encontrar una explicación satisfactoria de por qué se habían enfermado y qué significaría eso para el futuro. Lally, el primer investigador que presentó el concepto de ensimismamiento en este contexto, también se refiere a las etapas del proceso de ensimismamiento,¹⁸ específicamente marcadas por la primera hospitalización, la experiencia de alucinaciones, la acumulación de más experiencias de hospitalización, y la solicitud de una pensión por incapacidad permanente. En el trabajo de Lally, este proceso culmina con la exclusión del paciente de la vida «normal», acompañado de pesar y desesperación. En mi estudio, las entrevistas sugieren que existen otras posibilidades. Los importantes acontecimientos que dan forma a la identidad luego del diagnóstico de enfermedad mental pueden potencialmente llevar a mayores sentimientos de autoentendimiento y capacidad para manejar la experiencia de la enfermedad. Bajo las mencionadas condiciones, se ocupa el rol de paciente, pero en el contexto de una positiva autoevaluación.

Comparaciones sociales

La información cualitativa reveló que los pacientes pueden usar comparaciones con otros enfermos para estimar su propia categoría como pacientes psiquiátricos y sustentar su propia autoestima a través de comparaciones laterales que reflejan positivamente su situación. Por ejemplo, una mujer que reflexionaba sobre sus 31 años de enfermedad, expresó: «Estoy muy agradecida porque sé que hay gente con esta enfermedad que malgasta mucho tiempo por la depresión, y yo no. Estoy en el margen superior... Es un lindo lugar para estar».

Otra mujer, diagnosticada hacía 24 años, dijo: «No debemos olvidar que gente con este trastorno del estado de ánimo ha

hecho grandes contribuciones a este mundo». Lally¹⁸ también destacó la práctica de hacer comparaciones con otros pacientes como un modo para demostrar competencia, pero lo describió como un método para separarse de la población de pacientes; los entrevistados en este estudio fueron capaces de hacer esas comparaciones y situarse positivamente dentro del continuo de su experiencia de enfermedad.

La hipótesis del ensimismamiento presentada por Lally y McCay sugirió que la adopción del rol de paciente podría resultar en aislamiento social, pero estos hallazgos sugieren que lo opuesto es verdadero. Los entrevistados encontraron en realidad roles significativos y necesitaron asistencia al tiempo que reconocían la realidad de su enfermedad y su necesidad de tratamiento. Esto es congruente con otros hallazgos que demostraron que una mayor percepción de la enfermedad se relaciona con una red social mayor y más funcional.²⁵ El hallazgo de estrategias que apoyan la adopción funcional del rol de paciente desafía la sugerencia de que la negación de la enfermedad es la única estrategia para combatir la internalización de estereotipos negativos. Los médicos pueden potencialmente promover estas estrategias para estimular la percepción de la enfermedad con una autoimagen positiva; por ejemplo, estimulando a los pacientes para que reflexionen positivamente sobre las lecciones aprendidas de experiencias pasadas, o apoyando comparaciones que refuercen la autoestima y la esperanza.

Claramente, la información cualitativa profundiza nuestra comprensión de la experiencia de la percepción de la enfermedad en esta muestra. Esta experiencia refuerza la afirmación de Lysaker y col.²⁶ de que la percepción no es una pieza aislada de conocimiento, sino parte de una historia ligada a una trayectoria de vida individual. El desarrollo de la percepción es aparentemente un proceso dinámico, influido por la introducción de nueva información, experiencias de vida y logros personales. Por esto, los relatos de vida son una herramienta importante para comprender la historia de los significados inherentes a la enfermedad y su repercusión en los pensamientos, emociones y conductas de los pacientes que viven con enfermedades mentales serias y persistentes.

La autora no manifiesta «conflictos de interés».

Recepción: 6/7/2004 - Aprobación: 261/2005

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2007

Bibliografía

- Ghaemi SN. Insight and psychiatric disorders: A review of the literature, with a focus on its clinical relevance for bipolar disorder. *Psychiatric Annals* 27:782-790, 1997.
- David A, Kemp R. Five perspectives on the phenomenon of insight in psychosis. *Psychiatric Annals* 27(12):797-797, 1997.
- Ghaemi SN, Pope HG. Lack of insight in psychotic and affective disorders: A review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry* 2:22-33, 1994.
- Amador XA, Flaum M, Andreasen SA, Clark SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective disorders and mood disorders. *Archives of General Psychiatry* 51:826-836, 1994.
- McEvoy JP, Freter S, Merritt M, Apperson LJ. Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 44:883-884, 1993.
- Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG. Lack of insight in bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183:464-467, 1995.
- Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight in mood disorders. *Journal of Affective Disorders* 46:55-58, 1998.
- Amador XA, Strauss DH, Yale SA, Falum MM, Endicott JE, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry* 150:973-979, 1993.
- Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 160:850-860, 1992.

- David A, VanOs J, Harvey I, Foerster A, Faby T. Insight and psychotic illness. *British Journal of Psychiatry* 167:621-628, 1995.

- Kemp R, Hayward P, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *British Journal of Psychiatry* 169:444-450, 1996.

- Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E. Psychosocial function and insight in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186:432-436, 1998.

- Lysaker PH, Bryson GJ, Bell MD. Insight and work performance in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190:142-146, 2002.

- Schwartz CE. Insight in psychosis: state or trait? *American Journal of Psychiatry* 151:788-789, 1994.

- Lysaker-Globe TJ, McCay E. «Who Am I Becoming?»: Self-Concept and the Phases of Engulfment in Individuals with First-Episode Schizophrenia. In: 37th Biennial Convention - Scientific Session, Sigma Theta Tau International; Toronto, Canada, 2003.



Más información en www.siicsalud.com: dirección de correspondencia, otros datos del autor, bibliografía completa y full text.

Anticipos

Resúmenes de artículos originales recientemente aprobados que, por razones de espacio, no pudieron publicarse en la presente edición.

Las versiones completas de Anticipos pueden consultarse libremente, hasta el 30 de noviembre de 2007 en las páginas de www.siiic.info que se indican al pie de cada resumen.

Los logotipos que acompañan los títulos son publicados por solicitud expresa de los autores y de las instituciones participantes en los estudios.

a - La Ausencia del Utero Asociada al Concepto de Femenidad



Adriana Magrin Rivera Sbroggio, Columnista Experta de SIIC
Institución: Faculdade de Ciências Médicas de Campinas - Unicamp, Campinas, Brasil

Las intervenciones quirúrgicas de histerectomía han aumentado en Brasil, donde se estima que cerca de 300 000 mujeres por año son sometidas a la extirpación del útero. El estudio discute la necesidad de atención psicológica antes y después de estos procedimientos, con la intención de identificar los posibles trastornos causados por la extirpación del útero, considerando que éste históricamente siempre estuvo íntimamente ligado al concepto de feminidad. Por otro lado, los beneficios de este procedimiento pueden estar directamente relacionados con el alivio de los síntomas de la enfermedad. Existe la necesidad de analizar los conceptos aprendidos por las mujeres al respecto de su propia feminidad y en qué grado la extirpación del útero puede contribuir al bienestar de la paciente. Creemos que las orientaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas respecto de la ausencia del útero asociada a la feminidad puede evitar posibles conflictos personales y de pareja causados por falta de información.



Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental140/105/140.htm

Extensión aproximada: 10 páginas



b - Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca Luego del Traumatismo Craneoencefálico



Shameran Slewa-Younan, Columnista Experta de SIIC
Institución: Faculty of Medicine, University of Sydney, Sydney, Australia

Antecedentes: se reconocen cada vez más diferencias según el sexo en el pronóstico luego del traumatismo craneoencefálico (TCE). Este artículo examina si dichas diferencias se observan en los valores de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), medida de la cual se halló previamente que se correlacionaba con la gravedad de la lesión y su pronóstico. *Materiales, métodos y resultados:* se recolectaron datos de 16 sujetos que habían sufrido un TCE y controles apareados por edad y sexo. Los datos incluyeron detalles del traumatismo, registros electrocardiográficos continuos y el resultado de la rehabilitación. Se observaron pruebas de disfunción cardíaca en los datos de TCE comparados con los controles sanos apareados. Además, hubo una sugerencia preliminar de diferencias según el sexo en los parámetros de la VFC del grupo con TCE. *Conclusiones:* los hallazgos en este grupo concuerdan con la bibliografía sobre la VFC luego de un TCE. Resulta necesario ampliar este informe realizando estudios con una muestra más grande de sujetos con TCE para examinar detalladamente las diferencias según el sexo en los parámetros de la VFC.



Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental142/105/141.htm

Extensión aproximada: 7 páginas

c - Consecuencias de la Privación de Sueño en Estudiantes que Trabajan



Liliane Teixeira, Columnista Experta de SIIC
Institución: Universidade de São Paulo, San Pablo, Brasil

El objetivo de este estudio fue evaluar y comparar los patrones de somnolencia a lo largo del día en estudiantes que trabajan y que no trabajan. La población estudiada comprendió estudiantes de entre 14 y 21 años, trabajadores y no trabajadores, alumnos de enseñanza media que concurrían al turno noche. Los estudiantes completaron un cuestionario acerca de las características de las condiciones de vida, salud, sueño y trabajo y respondieron a la escala de somnolencia de Karolinska. Las variables fueron analizadas mediante ANOVA para tres factores (día de la semana, horario y trabajo). Verificamos que los estudiantes que trabajaban referían estar más somnolientos que los que no trabajaban en el primer y en el último registro diario. La somnolencia registrada también fue mayor los días lunes después del almuerzo, miércoles en las clases y viernes antes de dormir en comparación con los demás días y horarios. Los patrones de somnolencia de los estudiantes trabajadores son ligeramente mayores en el período nocturno comparados con los estudiantes que no trabajan. Probablemente, el aumento de la somnolencia en el período escolar esté relacionado con los efectos de una jornada doble (trabajar y estudiar) y de la reducción de la duración del sueño.

Estos factores pueden llevar a un aumento de la somnolencia en el inicio y al final del día en los estudiantes que trabajan, interfiriendo en el rendimiento escolar y en el desarrollo físico y mental, característicos de la adolescencia.



Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental141/105/142.htm

Extensión aproximada: 11 páginas