

La rumiación cognitiva-emocional: un complejo sintomático en el trastorno afectivo estacional en adolescentes. Un estudio cualitativo en un distrito de la Comunidad de Madrid.

Cognitive-emotional rumination: a set of symptoms in seasonal affective disorder in adolescents. A qualitative study made in a district of Madrid.

Antonio Escudero Nafs. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Majadahonda. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid). Profesor Asociado de CC de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Rocío Blanco Fernández. MIR Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

Juan Manuel García Vega. MIR Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

María Morales Martínez. Trabajadora Social. Centro de Salud Mental de Majadahonda. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

María García Moreno. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Majadahonda. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

Resumen: En este estudio cualitativo analizamos fenomenológicamente el Trastorno Afectivo Estacional en adolescentes. Desde finales del invierno de 2014, un importante número de adolescentes con Depresión Invernal acudió a un centro de salud mental de la Comunidad de Madrid (España). Otro número de adolescentes lo hizo en el otoño. La sintomatología siempre fue grave. Mujeres adolescentes especialmente, realizaron lesiones autoinflingidas sin finalidad suicida. Aparecieron síntomas no descritos en el TAE: inundación intrusiva de pensamientos rumiativos, marcada variabilidad en la intensidad sintomatológica durante periodos irregulares, y las autolesiones. Las lesiones autoinflingidas actuaban con un efecto distractor para interrumpir el pensamiento rumiativo. Llamamos a este proceso: Vorágine Cognitiva-Emocional, La posibilidad de que este fenómeno pueda pertenecer a un subtipo de SAD que afecta a países más cálidos no es descartada. La aceptación de que el TAE puede afectar a países más cálidos podría ayudar a su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Trastorno Afectivo Estacional en adolescentes, Depresión Invernal, Vorágine Cognitiva-Emocional, inundación intrusiva de pensamientos rumiativos, lesiones autoinflingidas sin finalidad suicida, estudio fenomenológico.



Abstract: In this qualitative phenomenological study we analyze Seasonal Affective Disorder (SAD) in adolescents. Since the end of 2014 winter, a great number of adolescents diagnosed of Winter Depression were attended in a community mental health center in Madrid (Spain). Another group of adolescents was attended in autumn. Symptoms were always serious. Specially, women deliberately injured themselves with no suicidal purpose. Symptoms non described in SAD appeared: intrusive flood of ruminative thoughts, marked variability in symptoms' intensity during irregular periods and self-injuries. Self-injuries behaved as a distracting purpose in order to interrupt ruminative thought. We call this process Cognitive-Emotional Maelstrom. The chance that this phenomenon could belong to a SAD subtype that concerns hot climate's countries is not ruled out. The approval that SAD may concern to warmer countries could help to diagnosis and treatment.

Key words: Seasonal Affective Disorder in adolescents, Winter Depression, Cognitive-Emotional Maelstrom, intrusive flood of ruminative thoughts, self-inflicted injuries without suicidal purpose, phenomenological study.

El Trastorno Afectivo Estacional (TAE), suele asociarse con países de latitudes más elevadas que las de los países mediterráneos. Están reconocidas como formas del TAE: la depresión en otoño e invierno, a veces llamada Depresión Invernal, el Subsíndrome Afectivo Estacional, el TAE Estival, o la Exacerbación primaveral de los síntomas. El TAE es un cuadro afectivo, generalmente (1) aceptado por la comunidad científica, y en constante investigación. Existen referencias al mismo en población adolescente, sin embargo, puede llegar a estar infra-diagnosticado (2). Desde inicios de 2014, estamos manteniendo en seguimiento a una población de adolescentes, que están acudiendo al Centro de Salud Mental (CSM) de Majadahonda, con el diagnóstico de TAE, con elevada presencia fundamentalmente en mujeres adolescentes, de lesiones cutáneas auto-infringidas.

El presente estudio analiza, especialmente, el complejo sintomático, que hemos denominado rumiación cognitiva-emocional o "vorágine C-E", hallado en todos los adolescentes entrevistados con Trastorno Afectivo Estacional. Nos parece este complejo sintomático, de especial relevancia, por el elevado grado de angustia que genera en los adolescentes, y por no haber podido encontrar referencias similares, en la literatura científica revisada (se han usado diversas bases de datos, entre ellas: Embase, Pubmed, Ovid y ProQuest).

Desde los últimos días de febrero de 2014, comenzaron a acudir por primera vez a una de las

consultas del CSM, un número cada vez mayor de adolescentes de ambos sexos (niños en mucha menor medida), con sintomatología compatible con el trastorno afectivo (depresivo) estacional severo (3). Todos situaban el inicio del cuadro, a partir de enero del 2014 (si bien muchos de ellos en entrevistas posteriores, llegaron a percatarse de que, en mucha menor intensidad, ya desde el otoño previo su humor era más bajo, pero no hasta el grado de identificarlo como un problema. En muchos casos existía la presencia de autolesiones múltiples auto-infringidas. A medida que seguíamos la evolución de estos adolescentes, el número de nuevos casos aumentó el mismo año desde mediados de octubre de 2014. Igualmente, muchos casos (prácticamente del sexo femenino) acudieron con autolesiones cutáneas. Todos los adolescentes expresaron en la primera entrevista, que estaban de acuerdo con la necesidad de acudir a la consulta en el CSM, y tras una explicación detallada de lo que les ocurría, prácticamente todos los adolescentes, aceptaron de forma inmediata, el inicio de un tratamiento psicofarmacológico. Quizás esto puede ser, una constancia del grado de malestar generado por el cuadro.

Para valorar la relevancia dada a estos cuadros clínicos, podemos dar datos preliminares de la segunda sub-muestra otoñal de 2014; en el periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 28 de noviembre, uno de los investigadores (AE), evaluó 34 derivaciones consecutivas, remitidas por los médicos de Atención Primaria (MAP) y en

menor medida, por algunos pediatras de Atención Primaria. Dieciocho de estas evaluaciones, cumplieron criterios claros de Trastorno Afectivo Estacional de forma similar a los casos en seguimiento desde marzo del mismo año. Esto suponía superar el 50 % de las derivaciones. El reparto por sexo fue equitativo, con nueve casos en cada grupo. Pero por otra parte, sólo realizaron autolesiones cutáneas auto-infringidas, las pacientes adolescentes; en concreto, seis de las nueve que fueron evaluadas (un tercio de los casos diagnosticados). Salvo una de ellas, de 17 años, las cinco restantes tenían la edad de 15 años. En la literatura científica general, se asocia el fenómeno de autolesiones frecuentemente con las adolescentes (4). Por otra parte, la distribución equitativa no va acorde con la misma asociación que se hace entre sexo femenino y cuadros afectivos estacionales (5). En este caso, todos estos adolescentes, situaron el inicio del empeoramiento en una franja temporal comprendida, entre la última semana de agosto y la primera quincena de septiembre.

Objetivo del estudio: El objetivo principal de este estudio es la descripción de unos síntomas dentro del TAE muy relevantes por el nivel de angustia que generan.

Metodología y justificación del diseño: El estudio se enfoca hacia los adolescentes, aunque estos cuadros afectivos afectaron también a un escaso número a niños. Este dato es acorde con los datos de Roshental (quien introdujo en 1984, el término de Trastorno Afectivo Estacional (6), que establecían una diferencia dramática, entre la presencia del TAE en niños y adolescentes de los tres últimos años en la “*High School*” (7). Este autor, sugiere como posible explicación, el efecto de los cambios fisiológicos producidos en la pubertad.

Se ha seguido un formato cualitativo y fenomenológico. Este diseño cualitativo, se beneficia de la emergencia de nuevos casos; esto permite someter a comparación los fenómenos clínicos ya codificados. Se realizaron registros exhaustivos en cada consulta. Para el proceso comparativo, del cual iban surgiendo inferencias, usamos la metodología de la llamada “Teoría Emergente” (TE) (*Grounded Theory*). Para el estudio fenomenológico de las descripciones

de los adolescentes, tras la codificación y categorización según la TE, usamos el Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI) (8) “cuyo objetivo es explorar en detalle, la percepción personal del participante sobre una cuestión bajo investigación”.

Este estudio confirma la posibilidad de investigar clínicamente conforme se realiza la propia práctica terapéutica (9). De hecho, la evolución en cada caso, nos ayudaba a la toma de decisiones terapéuticas aplicables a otros adolescentes, así como a un continuo replanteamiento recursivo de los fenómenos que los propios adolescentes se esforzaban en explicarnos. El concepto de estudio observacional, o de tipo naturalístico, podría ser aplicado; sin embargo, la gran mayoría de referencias aluden a diseños epidemiológicos y psicofarmacológicos.

Para la detección de presencia de un Trastorno Afectivo Estacional, seguíamos a modo de guion la compilación de síntomas realizada por Araúzo, Varela, Cornes y Pedrejón (10). Dicha compilación de síntomas fue obtenida de muestras de adultos; sin embargo, nos permitía detectar síntomas claves para el diagnóstico de TAE. Las entrevistas comprendían preguntas de carácter abierto y semidirigidas para explorar en profundidad la presencia o no de alguno de estos síntomas.

Para la presentación de experiencias de los propios adolescentes que mostraba la fenomenología clínica codificada y categorizada, elegimos los tres primeros adolescentes que fueron diagnosticados de TAE y cuyo curso evolutivo -aún a fecha de terminar la redacción de este estudio- es observado prospectivamente. Se han cambiado los nombres de los participantes y cualquier dato que pudiese reconocerlos. Se solicitó autorización para este trabajo a los tres adolescentes, así como a sus padres. Las demandas de atención especializada surgieron en el inicio de marzo de 2014 desde fuentes derivantes distintas. Los nombraremos como Mónica, Lixue y Alberto, de 16, 13 y 16 años respectivamente. Constituyen los tres adolescentes sobre los que hasta ahora se mantiene un proceso de análisis continuado. No obstante aportamos también una selección de fragmentos textuales de otros adolescentes, los cuales ayudan a la comprensión de la clínica.



Descripción de las características de la consulta atención psiquiátrica de niños y adolescentes:

La misma se encuentra en el Centro de Salud Mental ambulatorio y multiprofesional perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid. El hecho de que en esta consulta se detecte un número elevado de adolescentes que cumplen los criterios de experimentar un TAE severo, no puede extrapolarse como un aumento global de casos en la población general. Intervienen muchos factores en el destino de la derivación de estos cuadros clínicos: las preferencias por derivar a Psicología Clínica o a Psiquiatría (o ambas) por los distintos pediatras y médicos de Atención Primaria; la gravedad percibida por el derivante según el síntoma de presentación (ej. por lesiones cutáneas); las listas de espera de los distintos profesionales; la libre elección de especialista por parte de los padres; y, posiblemente, factores que no obedecen necesariamente a la propia clínica.

No se ha recibido financiación alguna, y el evaluador y prescriptor no tiene vinculación con ninguna industria farmacéutica.

Clínica de los pacientes en seguimiento

Sintomatología inicial. En relación con la fecha de inicio de las consultas con los participantes, la sintomatología alcanzó una gravedad relevante tras las vacaciones navideñas, siendo a finales de febrero cuando realizamos la primera atención clínica. No obstante, varios adolescentes detectaron que una sintomatología mucho menos intensa, estaba ya presente desde el otoño de 2013. Esto puede corresponderse con lo que se llama subsíndrome afectivo estacional.

Mónica es una adolescente de 16 años, que acude acompañada por su madre a mediados de febrero a las urgencias del hospital general, donde es atendida emitiéndose en el informe de alta el diagnóstico de Trastorno Afectivo Estacional. Lixue, de 13 años, adoptada, acude por iniciativa de su madre, tras comentar a la orientadora de su centro escolar su estado y la realización de autolesiones. Alberto, de 16 años acude de forma urgente al propio CSM, tras sorprenderle sus padres realizándose cortes.

Tanto Mónica, Lixue, y Alberto conviven con sus padres y hermanos sin detectarse ninguna disfunción familiar a lo largo de todo el seguimiento.

Resultados. La sintomatología que presentaban en la primera entrevista de evaluación, según la revisión de Araúxo et al. (11), se reseña a continuación. Junto a cada síntoma ponemos las siglas de los adolescentes en los que la clínica aparecía claramente.

1. Irritabilidad (Alb, Món, Lix)
2. Tristeza (Alb, Món, Lix)
3. Ansiedad (Alb, Món, Lix)
4. Disminución de actividad física/fatiga (Alb, Lix)
5. Empeoramiento matutino* (Món)
6. Aumento del apetito
7. Disminución del apetito* (Alb, Món, Lix)
8. Sin cambios en el apetito*
9. Apetencia por hidratos de carbono (Món, Lix)
10. Aumento de peso
11. Disminución de peso*
12. Sin cambios de peso*
13. Aumento del tiempo de sueño
14. Somnolencia diurna (Alb, Lix)
15. Sueño no reparador* (Alb, Món, Lix)
Disminución de la libido (no preguntado regularmente en las entrevistas)
16. Aislamiento social (Alb, Món, Lix)
17. Dificultades laborales (académicas) (Alb, Món, Lix)
18. Dificultades interpersonales (Alb, Món, Lix)
19. Disminución de la concentración (Alb, Món, Lix)
20. Ideación suicida (se discutirá como síntoma)

Señalamos con un asterisco, los síntomas encontrados en la revisión hecha por los autores antes citados, pero que no se seleccionaron para la lista de síntomas relevantes en el TAE. En una publicación posterior (12), se reproducían los

porcentajes de representación de algunos de los síntomas elegidos:

1:75-90; 2:78-100; 3:72-100; 4:87-100; 6:25-83; 9:58-83; 10:38-86; 13:39-97; 14:51-98; 16:67-100; 17:69-100; 18:95-100; 19:83-96 y 20:33-66.

En 1986, Roshental et al (13) presentaron una serie de 7 casos con edad inferior a los 18 años. Los padres clasificaron por grado de severidad los síntomas de sus hijos en el siguiente orden: irritabilidad, fatiga, dificultades escolares, tristeza, hipersomnia, dolores de cabeza, cambios en el apetito, *craving* por carbohidratos, disminución en la actividad, llanto sin motivo directo, ansiedad, retraimiento social, y enfados temperamentales.

Síntomas no descritos por Araúxo et al. (10), pero que encontramos en nuestro estudio en al menos dos adolescentes, fueron:

- i. Extrañeza de sí-misma/o y sentirse “rara/o” (T. de Identidad, Sims250) (Alb, Món)
- ii. Irrupciones impredecible de llanto: (Alb, Món, Lix)
- iii. Daño autoinfringido (Alb, Lix)
- iv. Inundación intrusiva de pensamientos rumiativos (Alb, Món, Lix)
- v. Anhedonia (Alb, Món, Lix)
- vi. Variaciones “Mejor”/”Mal” entre-días (Alb, Món, Lix)
- vii. Variación predominio de sintomatología Matutina/Vespertina (Alb tarde, Món tarde, Lix)
- viii. Imagen corporal devaluada (Món, Lix)

Descripción de los principales síntomas destacados por parte de los pacientes de nuestro estudio.

La sintomatología era experimentada por los adolescentes con un matiz diferente a lo que se correspondería a una reacción depresiva ante algún hecho con repercusión emocional. Ante una propuesta por la madre de Mónica, atribuyendo su sintomatología a un desencuentro emocional con otras personas, la adolescente se dirige a su madre áspidamente y le expresa que lo que le está pasando es “distinto”, y que no tiene nada que ver con ningún desencadenante. Más

adelante, en plena fase de recuperación, sí relata con emotividad reactiva, pero al margen del cuadro depresivo, situaciones actuales de desencuentros con amigos.

En este apartado profundizamos en una serie de los síntomas descritos, no por más importantes que otros, sino porque su descripción fenomenológica dentro de los Trastornos Afectivos Estacionales es escasa en la literatura científica. Algunos de dichos síntomas son al tiempo, los que actuaban de forma más disruptiva para los adolescentes. Nos referimos a: la irritabilidad (1), las irrupciones impredecibles de llanto (ii), la inundación intrusiva de la extrañeza del Self y de “rareza” de la experiencia (i) (14), el daño autoinfringido, y las variaciones impredecibles B/M entre-días (B/M: “buenos” y “malos” días) (vi).

No analizamos aquí síntomas que si bien generan gran malestar en los adolescentes, sí están regularmente recogidos en las clasificaciones de síntomas de los cuadros estacionales. Existe igualmente una dificultad para la comprensión, un proceso ejecutivo que antes no era costoso; así, ahora tienen que leer un texto varias veces para captar el sentido de lo que expresa. El colegio y el instituto, y lo que conlleva sobre todo en la merma de resultados, se vuelven de esta forma en una fuente muy importante de estrés. Las alteraciones, sobre todo en las adolescentes, de la imagen corporal, constituyen otra fuerte importante de angustia. En ocasiones adopta la forma de bulimia estacional.

La irritabilidad (1) se muestra como el síntoma más evidente, percibido por el propio adolescente, y ratificado por sus padres. Sólo lo hemos considerado sintomático cuando ha seguido un patrón continuo en el tiempo, pero circunscrito al periodo de concurrencia con los otros síntomas.

La irritabilidad, descrita en la literatura científica como síntoma propio de depresión en adolescentes, era inmediatamente reconocida por ellos al preguntarle por la misma, ya fuese ante los padres o en entrevista individual. La encontramos sin excepción en todos los adolescentes diagnosticados. Era investigada con los adolescentes incluyendo el término “irritable”, explicándolo a modo de un estado de tensión (psíquica) que les hacía tener reacciones inmediatas, desproporcionadas



y continuas ante situaciones, a las que en otro momento no se les hubiera dado importancia. Añadíamos en la descripción, que incluso, la propia irritabilidad podía ser poco soportable para sí mismos (15). En un estudio sobre afectación del TAE en población infantil y adolescente (16), la irritabilidad fue el síntoma peor tolerado. En todos los casos validaron esta explicación como la que describía este estado.

Como rasgos especiales del síntoma encontramos: su reconocimiento inmediato, no hallarle una causa, no sentirlo como un rasgo previo de su personalidad, su generalización hacia todo entorno relacional (padres, amigos...) y la percepción de que la propia irritabilidad era de por sí difícilmente soportable para sí mismos/as, manteniéndose como un estado. Antes, destacábamos que la describían en presencia de sus padres, a pesar de que en los primeros casos pensamos que pudieran ser reacios a admitir una "actitud" susceptible de ser tratada a modo de "crítica". En contrapartida, los padres confirmaban pero no reprochaban este estado, impresionando de entenderlo dentro del conjunto de conductas que no pertenecían a su personalidad previa. La irritabilidad fue uno de los síntomas para los que más se aceptaba la posibilidad de su alivio, aun siendo la propuesta psicofarmacológica.

Alberto se describe en su primera entrevista más sensible e irritable: "*siempre he sido sensible, pero últimamente no quiero que se me acerque la gente porque...*" (Realiza entonces un gesto brusco con la mano y el brazo, sugiriendo el mismo, que de acercarse alguien, le lanzaría un improperio o un objeto). En su primera atención, realizada en urgencias del hospital general, Mónica describe que se enfada con la gente más a menudo que antes, destacando el inicio de sus enfados incontrolados desde las festividades navideñas. No obstante sigue manteniendo, refiere entonces, una buena relación con sus amigas.

Es importante destacar que, al contrario de la depresión en adultos, los cuales suelen adoptar una retracción social masiva e intensa, los adolescentes buscan sin embargo su grupo de edad. Algunos autores atribuyen esto a la desconfianza en la comprensión por los adultos, por minimizar los síntomas depresivos y por atribuir la irritabilidad a una etapa de la edad, o relacionado con

algún acontecimiento frustrante para el adolescente. En distinta medida, hubo adolescentes que siguieron buscando su grupo de pares, mientras otros, tendían al aislamiento.

La tristeza (2) era un síntoma evidente para el entrevistador, pero no así tanto para los pacientes y sus padres. Se nombraba como puntual, en determinados momentos, acompañada por la irrupción impredecible de llanto y un cúmulo de pensamientos con rasgo abrumador. Que su intensidad alcanzase momentos álgidos y que pudiese disminuir notablemente, quizás al día siguiente, no facilitaba identificarla como sí podría serlo en una tristeza mantenida con un patrón regular. Muchas veces aparecían estos síntomas al explorar junto al adolescente el estado en que se encontraban como "algo difícil de explicar". La frecuencia de esta expresión en muchos otros casos que fueron concurriendo en la consulta, le daba a dicha dificultad (evidente en el esfuerzo solicitado al paciente) casi un rasgo de señal o síntoma.

La angustia (3) está siempre presente en la inundación intrusiva de pensamientos rumiativos. Hemos optado por el término "angustia" -conocedores de su difícil diferenciación con la "ansiedad"-, por su asociación con un efecto más paralizador sobre el sujeto, y por su propia infravaloración para "*iniciar una acción que alivie el sentimiento (...) [en un] estado de indefinición*" (17). Es cierto que los pensamientos negativos parecen que anticipan algo, más próximos en ese caso a la idea de ansiedad; pero, más que anticipadores, los pensamientos enuncian un hecho ya inevitable: ser la peor persona del mundo, ser odiada por todos o, la certeza de que es imposible que no suspender todas las asignaturas.

El complejo sintomático de la voráGINE cognitiva y emocional

A lo largo de la elaboración del trabajo, hemos dado a estos episodios críticos (síntomas ii, iii y iv) el nombre de "voráGINE cognitiva-emocional" (VC-E).

El término voráGINE fue elegido como metáfora de un complejo sintomático que se repetía en su descripción. Las tres acepciones contempladas

por la R.A.E. constituían a su vez buenas metáforas de la intensidad, dinamismo y secuencia en el tiempo, de este conjunto de síntomas: 1) “remolino impetuoso” que hacen en algunos parajes las aguas del mar, de los ríos o de los lagos; 2) “pasión desenfadada o mezcla de sentimientos muy intensos”; y 3) “aglomeración confusa de sucesos, de gentes o de cosas en movimiento”. En estos episodios críticos concurrirían (además de la tristeza y la angustia), las irrupciones impredecibles de llanto (ii), la inundación intrusiva de pensamientos e ideas (iv), ideas de muerte en ocasiones, y en la mayoría de los casos, las lesiones cutáneas auto-infringidas (iii). La duración de estos episodios agudos parece variable, desde minutos hasta más de una hora. En todo caso hay gran dificultad para determinar el tiempo de duración por los adolescentes. Esto último puede deberse a la propia intensidad de inmersión en el propio proceso que alcanzan hasta un nivel extremo de “visión en túnel”, y por ocurrir más frecuentemente en soledad, lo que dificulta la observación por terceros.

Oscilación circadiana e infradiana de la intensidad de la sintomatología.

Es importante introducir aquí el aspecto de las oscilaciones de la intensidad sintomatológica entre los días y que hemos definido como Variaciones “Mejor”/”Mal” entre-días (vii). Quizás, este contexto, con probable interacción por oscilaciones de variables climáticas (18), puede llegar a generar una suerte de indefensión aprendida, por la imposibilidad de anticipar la aparición del día o días con sintomatología más agudizada.

Estas variaciones, no las hemos encontrado descritas en los artículos y monografías revisadas. Si acaso, la alusión más destacable es la de Lucas (19): “*Lo remarcable es, que aunque presentes los síntomas nucleares, había variaciones en la intensidad y preminencia de unos síntomas sobre otros, a la par que inviernos sin presencia de psicopatología*”. El rasgo impredecible de esta temporalidad, marcaba para los pacientes la aparición de días proclives a la agudización sintomatológica. Era especialmente en estos días, cuando aparecían las irrupciones de llanto identificadas como “sin motivo” y la “inundación intrusiva de pensamientos”. No conseguimos establecer un patrón que fuera reconocido por los pacientes y

sus familias, en gran medida porque estas variaciones eran irregulares en el número de días consecutivos, con mejoría o empeoramiento. Usamos términos como “días peores” o “días de bajón” frente a los “días no tan malos”, para usar la terminología general que usaban los adolescentes para describirlos. Una vez que esto era señalado a los adolescentes y sus padres, aparecían fases consecutivas irregulares de días malos/no tan malos observadas dentro de periodos más amplios de tiempo. Se constituían de esta forma como un “síntoma” más del cuadro. La coincidencia en el empeoramiento de muchos adolescentes en un conjunto de días consecutivos pudo identificar algunas de estas fases (por ejemplo, en la semana previa a las fiestas en abril de Semana Santa de 2014). Esta irregularidad temporal de la intensidad sintomatológica, constituía un elemento que dificultaba para los pacientes o sus padres la identificación de las oscilaciones anímicas infradianas como parte de un sólo proceso depresivo. Esta temporalidad irregular se sumaba como fuente de inseguridad para la persona.

Los estudios científicos, sí han establecido como muy probable causa de estos cuadros estacionales, la disminución lumínica en los periodos otoñales-invernales (y el calor en los estivales). Algunos adolescentes sí llegaban a plantear un probable empeoramiento en días más oscuros (Disforia de los días nublados) (20). La vorágine cognitiva-emocional constituía prácticamente el marcador que determinaba para un adolescente definir un día, como malo/no tan malo. Cuando se apreciaba una mejoría progresiva en la evolución, la mayoría de los adolescentes la describían en la medida en que disminuía el número de días “malos”; sin embargo, cuando la vorágine cognitiva-emocional y otros síntomas emergían en esos días, aunque cada vez más aislados, la describían con una intensidad equivalente a los primeros episodios.

No podemos establecer hasta qué punto esta disminución de los días proclives a la expresión aguda de la sintomatología se debía al tratamiento, o al aumento de la intensidad lumínica de los días (o ambos factores). Por otro lado, esta “lógica” sobre el avance de la estación parecía romperse y generar confusión cuando surgió un empeoramiento en la mayoría de los adolescentes en los meses de abril y mayo (en este



periodo, tras una mejoría, fueron precisos los ingresos en la Unidad de Adolescentes de otro hospital de Alberto y de Lixue). Esto determinó, por el propio grado de confusión que generó en los autores, la búsqueda de una explicación, encontrando descrito un cuadro de TAE llamado “Exacerbación Primavera de la Depresión Invernal” (21). Pero la descripción de este cuadro, aun cuando su nominación la asociaba a la depresión invernal, planteaba que podía tratarse también de un fenómeno independiente, o incluso el prolegómeno de un cuadro afectivo estival (que de hecho identificamos, por el número de casos, en el mes de julio).

La sintomatología que describimos a continuación era por tanto más intensa en determinados días.

En la descripción de la “vorágine cognitiva-emocional”, es difícil determinar si la irrupción impredecible de llanto surge antes o a la par de la inundación intrusiva de pensamientos rumiativos. En todo caso, siempre se desarrollan conjuntamente. No obstante, la irrupción impredecible de llanto -o “episodios de llanto”, o “llanto sin motivo” (*crying spells* en inglés)- podía surgir a lo largo de todo el proceso cognitivo autodevaluativo; tanto como forma de inicio, como de epílogo final de este periodo crítico. La angustia (“agobio” a veces), va adquiriendo progresiva intensidad desde un inicio.

Una inundación intrusiva de pensamientos e ideas, frecuentemente ocurría en la fase anticipatoria del sueño, cuando, sin otros estímulos distractores los pensamientos rumiativos se prolongaban. No obstante, aquí el momento de la aparición era predecible por los adolescentes, y se constituía en fuente de gran ansiedad anticipatoria en ellos. Los pensamientos de carácter rumiativo comprendían: ideas devaluativas del sí-mismo, de desesperanza, o la rememoración de recuerdos -a veces como imágenes- de lo acontecido a lo largo del día, pero a veces también referido a cosas pasadas.

Sims (22) incluye las rumiaciones como parte de las obsesiones. Por otra parte, un concepto que puede ajustarse a la mayoría de presentaciones del pensamiento rumiativo observado en las entrevistas es lo que Higuera, Segarra y Sáenz (23) describen el “pensamiento estre-

chado”, dentro de las alteraciones cuantitativas negativas del curso del pensamiento, como una “*forma particular del pensamiento perseverante, propia de los trastornos afectivos de tipo depresivo. (...) obedece a un déficit atencional selectivo del individuo que se encuentra centrado en su mundo interno, fijado a un escaso número de representaciones mentales de marcado signo pesimista, fruto de un tono afectivo negativo. (...) Es como si su pensamiento discurriera en círculos repetitivos, al estilo de las rumiaciones obsesivoides*”. Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky definen la rumiación “*como el proceso de pensar de forma perseverantemente sobre los propios sentimientos y los problemas en lugar de en términos de los contenidos específicos de pensamientos*” (24).

Diferencias entre patrones de pensamientos negativos en la VC-E

La forma de inicio de los episodios de rumiación como una vorágine ideativa y emocional parecía indistinguible entre las descripciones de los adolescentes. Sin embargo, en el progreso del episodio pueden estar implicados otros factores tales como: estilos cognitivos previos, variables del entorno y la propia biografía, antecedentes familiares o, formas de procesar la información y desarrollar conductas. En este último caso, nos impresiona como relevante la presencia comórbida de los trastornos por déficit de atención, incluyendo la variante de cursar con hiperactividad o inatención. Quizá en relación con lo anterior, identificamos ciertas diferencias o posibles patrones comunes en la forma de discurrir los pensamientos negativos en los adolescentes durante la VC-E.

Patrón rumiativo como cúmulo de pensamientos negativos.

Alberto describió en su primera atención clínica: “*Hay veces en que me voy, y me pongo en plan muy mal y yo siento como que necesito hacerlo (alude a las autolesiones por cortes), se me agolpan ahí todo*”. Al pedirle que intente explicar ese “todo”, tras un esfuerzo evidente por hallar una respuesta, expresa: “*es todo a la vez y nada en verdad*”. No hay un pensamiento que predomine. Los describe en forma de recuerdos: “*veo, no*

es que veo pero recuerdo cosas, no sé muy bien cómo explicarme, pero no sólo eso sino cosas que he hecho o han dicho, no sé, es como cosas seguidas, no es mucho tiempo pensando en una sola". Es difícil determinar, si los pensamientos se sucedían en cascada, como parece sugerir la última frase del fragmento recogido de Alberto. Por otro lado, describe que no hay un pensamiento predominante, y que los mismos "se agolpan". Lo cierto, es que todos los adolescentes lo expresaban en forma de acumulación. En todo caso, el paso de un pensamiento a otro, puede ocurrir a tal velocidad, que la sensación para el sujeto es que emergen muchos a un mismo tiempo.

Mónica refirió en su primera atención que, "sin motivo" aparente, empezaba a sentir una opresión torácica, sensación de "agobio" y ocurriendo a la par: "me vienen muchas cosas a la cabeza". Expresó, al igual que Alberto, que no sabía definir esta sensación. En una sesión posterior, a primeros de abril refería que especialmente en los días "malos", irrumpían ideas sueltas, sin relación entre ellas: "A veces como que pienso muchas cosas que no están relacionadas, pero se me olvidan; luego pienso una cosa exacta, (como) que no tengo motivación en los estudios, no sé qué voy a estudiar y me agobia, como que no tengo una motivación en la vida". En el caso que este discurrir de ideas inconexas recabe en un pensamiento en concreto (definido como "exacto"), comenta que entonces se "detiene en él (y) le doy más vueltas, y va creciendo su agobio". Los días en que se encuentra mejor, puede pensar en esa misma idea, pero, de forma más fugaz.

Lixue lo expresaba de la siguiente forma: "La vida está hecha de sueños, pero si no hay sueños, muero; yo, ahora sueños, no tengo ninguno, y yo la salida la veo como a miles de kilómetros, estoy hundida en la tristeza, en la soledad. (...) Es estar rodeada de gente pero cuando te sientes sola no hay muchas razones. Las verdaderas compañías son sentimientos que tú no puedes elegir. Pensamiento de que esto no merece la pena. Sí, voy al instituto, se supone que vas al instituto, y veo la oscuridad; hay muchas veces en que me gustaría dormir en un sueño eterno... mira, yo por mí, no me importa nada, yo me preocupo por mi madre, porque por estos días un día se va a morir por estos sustos. Me siento la peor persona del mundo".

Helena, quien es atendida por la alarma de sus autolesiones a inicios de noviembre de 2014, describe: "Hay días en los que me da un bajón y no sé por qué; me dan ganas de llorar, de estar así sentada y no encuentro el motivo. Y eso me pasa muy a menudo, poner música lenta" (añadirá espontáneamente a modo de algo extraño, que nunca le ha gustado la música lenta, sino la alegre). Siente en esos momentos mucha angustia, pues llegan "un montón de ideas". Al preguntarle la forma en que surgen, describe que aparecen a un mismo tiempo, y no secuencialmente, lo cual parece representar mejor la vivencia de acumulación de ideas referida antes. La naturaleza de sus ideas la describe de esta forma: "siempre, siempre, me viene en la cabeza lo de suicidarme, o de irme de casa, o volver a Caracas con mi padre, o no hablar con mi familia ya y no decir nada, o hacer todo lo que ellos me piden, no salir de la línea, hacer todo perfectamente". Cuando se calma, refiere que "ya estos pensamientos desaparecen", pero que "otro día en que me viene el bajón, pienso en hacerlo otra vez y ya lo he intentado muchas veces (cortes en muñecas y en abdomen)".

Aparecen en las experiencias previas, dos rasgos comunes que surgirán en todas las descripciones de los adolescentes de ideaciones rumiativas: su carácter siempre intrusivo y su aparición selectiva preferentemente cuando se encontraban a solas, o también rodeados de personas que están atendiendo a otra cosa (por ejemplo, durante las clases). Muy rara vez, había ocurrido cuando estaban con sus familiares.

Patrón rumiativo como pensamientos con rasgo obsesivo.

En ocasiones, los pensamientos adquieren una forma obsesiva, de recurrencia continua de la misma idea en todos los episodios; muchas veces en forma de pensamiento mágico y temor a sus consecuencias.

Pablo, de 13 años, fue atendido en urgencias antes de la primera consulta en el CSM. El informe mostraba toda la sintomatología descrita en la clasificación de Araúxo et al., salvo la apatencia por alimentos dulces, presentando más bien hiporexia. A nivel del pensamiento destaca su curso obsesivo. Estos empezaron un mes antes



de la primera entrevista, por tanto, hacia finales de septiembre. La sintomatología que presenta es la primera vez que le ocurre. El diagnóstico emitido fue “Trastorno depresivo, posible TOC a confirmar según evolución”.

En las siguientes entrevistas, ya en el CSM, refiere una gran cantidad de ideas y preocupaciones que le hacen muy costoso conciliar el sueño. Presenta episodios de llanto, pero estos no concurren con pensamientos negativos o devaluativos. Sí expresa que siente angustia, pero precisamente, la obsesión y las conductas se dirigen al fin de “no pensar”. Se trata por ejemplo de no pensar en *determinadas* palabras que no puede pronunciar. El motivo es que si piensa en alguna de ellas, siente que puede pasar algo desagradable. Existe sobre esto una vivencia de absurdo. La única estrategia que tiene para salir de los bucles obsesivos es la música. Su esfuerzo angustioso para “no pensar”, es más intenso cuando se encuentra solo en su habitación. Cuando esto le ocurre en el colegio, durante la clase, evita llorar. Los padres consiguen sacarle de la sensación de angustia a través de la música, más bien electrónica, la cual no es la que habitualmente escuchaba. En la entrevista, se agobia cuando le cuesta expresarse y no halla las palabras, o podríamos decir, las alternativas a las palabras que no puede usar.

En casa habla mucho en infinitivo, sin conjugar los verbos, además de los adjetivos y sustantivos que intenta evitar. Ello explicaría que en la entrevista, si bien colaborador, haya limitado sus respuestas a tipo “sí o no”. Efectivamente, confirma que cuando hablaba al evaluador con “sí o no”, era para no pronunciar ninguna palabra que no pudiese expresar. La reiteración del infinitivo de los verbos (“*me voy a estudiar, del verbo estudiar; o me voy a duchar, del verbo duchar*”, según ejemplos aportados por su madre) tienen la función de que no haya duda, más que de la palabra en sí, de la acción que va a realizar.

Comenta que está preocupado y extrañado por lo que le está pasando, pues no encuentra ningún motivo. Nos refiere que aprieta contra la piel la punta de un bolígrafo hasta dejar la señal de la presión. Al preguntarle por qué lo hacía, responde escuetamente “no lo sé, no lo sé explicar”. Resuena, como una forma mitigada de autolesión.

Tras acudir un fin de semana a urgencias, dada una elevación del nivel de angustia, es remitido a la Unidad de Adolescentes de referencia. Tras el alta puede hablar conmigo de forma libre a finales de diciembre. El diagnóstico tras el ingreso ha sido TOC vs. PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome). El diagnóstico posible de PANS parece que se debe a la rápida aparición y desaparición del cuadro clínico obsesivo. Refiere que en los días previos a la consulta ambulatoria, se encontraba “*a ratos bien*”; mientras, otro día podía encontrarse mal. Por informaciones sobre su conducta paralelas a lo referente a la depresión sugieren la posible existencia de un cuadro de TDA/H, con el cual la madre se muestra de acuerdo. Paradójicamente, no se trata de que haya pensamientos negativos, sino de la evitación extrema “*de pensarlos*”, ante el pensamiento mágico de que puedan cobrar forma. A fecha actual no hemos podido profundizar en las palabras que intentaba evitar. Existe evidencia de distractores, como la música, o como presionarse fuertemente con la punta de un bolígrafo. No encuentra la finalidad de esto, si bien, sin advertirlo él, parecen actuar como distractores, de los pensamientos obsesivos y su lucha contra ellos. La estrategia es “*eliminar*” las palabras, probablemente aquellas con las que se pueden construir los pensamientos que evita.

Momentos de desconexión descrita como ausencia de pensamientos.

Lixue describía lo siguiente: “*En todo este trimestre y el anterior, he sido incapaz de mantener la atención en nada, ahora no sé por qué mi mente está aquí (aludiendo a la consulta), pero en clase puedo estar mirando un punto fijo con la mente pensando a toda velocidad, por ejemplo, estoy en la cama, intento pensar y se me queda en blanco; y en otras ocasiones estoy haciendo otra cosa, y mi mente empieza a funcionar a toda velocidad y eso, despierta*”. Es, añade esta adolescente: “*como que se dispara el pensamiento, como más activa, son como momentos*”. En su casa, comenta que a veces se tumba a pensar y no le viene ningún pensamiento, mientras que en clase le viene “*todo*”. Describe que hay momentos de pensamientos acelerados, otros momentos en que los percibe lentos, y en otros normales. Refiere que puede quedarse mirando a un punto fijo y

parecer que se queda “*tiesa*”, ocurriéndole esto más en clase, cuando irrumpían “*un montón de pensamientos*”. Estas expresiones expresan claramente el carácter intrusivo de las rumiaciones, su carácter taquipsíquico y breve, su carácter paralizante, y la ausencia de control en general sobre el proceso del pensamiento.

La descripción de desconexión más intensa la refiere Alberto. A principios de noviembre y en una evolución, si bien tórpida, hacia la mejoría, expresa no obstante su preocupación por la permanencia desde el inicio del cuadro y constante a lo largo de los días, de la “*sensación*”, que describe: “*como si no pudiese pensar, como si no tuvieses ideas (...) Como una tela*”. Describe que esta “*tela*” dificulta que fluyan los pensamientos. Alude a una ralentización de los pensamientos, vivenciados como propios, pero a la par distantes de sí-mismo: “*No es como sentirse en blanco..., es, como si hubiese perdido parte del cerebro*”.

Continua en su evidente esfuerzo por explicarlo: “*Es como si vieses las ideas de tu cabeza desde lejos. (...) No piensas, haces las cosas, pero no piensas. (...) Es como si vas muy lento, tienes las cosas delante y no las relacionas con nada*”. Añade cómo, si bien puede reconocer el final de una acción emprendida por él, puede no reconocer la cadena de acciones intermedias, a modo de un vacío que sugiere la analogía de haber perdido parte del cerebro: “*Como sin darte cuenta, el otro día me pasó una cosa muy rara. Estaba saliendo del metro, y... como, en blanco de cómo había llegado; normalmente piensas en cosas*”. Al preguntarle si puede parecerse a una especie de “*laguna de la memoria*”, refiere que se trata más como si: “*todo (incluido sí mismo) lo que veo desde fuera*”. Matiza que “*no es como sentirse que no está ahí*”, enfatizando sobre la idea de experiencia (sensación) propia. Su padre ha observado que exclama inesperadamente: “*¿qué iba a hacer ahora?*”. Hay que señalar que a lo largo del seguimiento de Alberto, surgieron elementos que hicieron pensar a un tiempo, por parte de la psicóloga que le atendía, de la presencia de una clínica propia del síndrome de Asperger, y por nuestra parte, de un trastorno marcado de déficit de atención tipo inatento, e incluso como una forma del Trastorno de Tempo Cognitivo Lento (*Sluggish*

Cognitive Tempo); concepto controvertido que se considera como una forma extrema del TDA, o bien, como una entidad independiente (25). La mejoría espectacular de Alberto a finales de año (no le habíamos conocido hasta entonces con su personalidad previa) mostró un Trastorno por déficit de atención tipo inatento, con mejoría al añadir una presentación de metilfenidato.

La expresión de su procesamiento cognitivo como una tela se puede considerar más próxima a una despersonalización: “*Es como si vieses las ideas de tu cabeza desde lejos*”. Es de interés la íntima relación que establece Sims entre despersonalización y los afectos: “*Cualquiera de las funciones mentales puede ser objeto de este cambio, pero siempre está implicada la afectividad*” (26). No llega a haber una plena disociación, pues al tiempo que tiene lugar la experiencia, ésta es vivenciada como algo “*raro*”.

Conductas autolesivas “sin aparente” rumiación.

Es preciso ser cautos, conscientes del propio encabezamiento de este apartado. La propia experiencia de Lixue, quien expresó su angustia por “*los segundos*” antes de arrojarle del coche en marcha, nos sugiere que más que pasajes al acto, estas acciones, por su propia gravedad, sugieren un pensamiento autolítico. De hecho, las ideas de muerte son elementos frecuentes en la vorágine de pensamientos, pero autolimitadas a la misma, y una vez finalizado, habitualmente criticadas por el adolescente o bien, esporádicas y de baja intensidad.

Lixue, se arrojó del coche que conducía su madre, sin mediar ninguna discusión, cuando iban a 80 kilómetros por hora. Esto determinó su ingreso en una Unidad psiquiátrica para adolescentes. El acto de Lixue, quizás sea difícil de establecerlo al mismo nivel que las autolesiones. De hecho ocurrió en un momento en que la sintomatología más aguda comenzaba a remitir. Nunca lo ha asociado sin embargo con una acción con finalidad suicida. Lixue, expresó por primera vez, el nueve de septiembre, en entrevista individual, que aun habiendo mejorado clínicamente, piensa con gran angustia constantemente en dicho episodio. Hay que señalar que durante el ingreso se diagnosticó, junto al proceso depresivo, la presencia de un Trastorno por Déficit de



Atención/Hiperactividad. Esto puede sugerir la intervención de la impulsividad en algunos de sus actos.

Esta experiencia adquiere según el entrevistador rasgos traumáticos, inabarcable en su comprensión para la propia persona que lo narra. Lixue la enuncia, sin entrar en los detalles del proceso, dada la angustia que sólo hablar sobre ello le genera. Con todo, llega a expresar que sobre todo, aquello que le “*preocupa*”, fueron “*esos cinco segundos*” angustiosos de pensamientos y emociones que precedieron a la apertura de la puerta. Digamos, que lo que le angustia es el proceso cognitivo-emocional capaz de llevarla a realizar un acto tan peligroso, y según admite, su temor en tanto incomprensible, a que pudiera ocurrir de nuevo.

Los distractores como medio para interrumpir la voráGINE

El objetivo de un distractor (terapéutico) consiste en retirar la atención de la fuente de “sufrimiento” con el fin de dirigirla y centrarla en otro tipo de estimulación. Hemos utilizado esta definición de Bragado y Fernández Marcos (27), pero hemos cambiado la palabra “dolor” original por “sufrimiento”. Esto incide en el uso opuesto que se hace en psicología de este término, pues, en el artículo original de la autora, su finalidad es terapéutica frente al “dolor” en niños sometidos a técnicas médicas invasivas. Por otro lado, los distractores son elementos que perjudican las funciones ejecutivas en los problemas de atención. En este estudio, atribuimos a las lesiones cutáneas autoinflingidas el efecto de distractor al servicio de detener la voráGINE cognitivo-emocional. Esto, como señalan algunos autores como Levenkron, “puede” parecer paradójico (28). Sin embargo, si en la definición dada sobre la función de un distractor, hubiésemos cambiado la palabra “dolor” por “dolor psíquico”, la paradoja se diluye. Se trataría según este autor, de un mecanismo por el que, cuando el dolor psíquico llega a ser insoportable, su transformación en dolor físico, lo hace más manejable: “*Es la experiencia del dolor físico -por su efecto calmante sobre su más doloroso estado psicológico- lo que está siendo buscada*” (29). Existen líneas de investigación que establecen una posible

relación entre las lesiones autoinflingidas con la alexitimia (literalmente, carencia de palabras para las emociones), explicándolas, como una forma de manejar las ideas cuando sobrepasan el nivel tolerable de angustia, cuando existe una incapacidad, para poder expresar su sufrimiento emocional a través de las palabras (30).

En todo caso, podemos considerar las lesiones autoinflingidas como un distractor disfuncional. Muchos adolescentes empleaban otros medios como distractores. Frecuentemente se trataba de: música (en una ocasión incluso una música específica que no era la habitualmente escuchaba el adolescente), jugar a algún videojuego o conectarse a internet, llamar también a alguien, y curiosamente, la menos frecuente, salir del aislamiento de su cuarto.

Helena, quien describió en la primera consulta que las autolesiones en la piel ocurrían al final de la “voráGINE C-E”, mejoró de forma espectacular con un antidepresivo del tipo ISRS. No obstante, a finales de diciembre acudió con una recaída completa. Refirió que llevaba 20 días sin tomar la pauta por olvido del envase. Tras la reinstauración del tratamiento, se recuperó en pocos días. Al preguntarle a principios de enero de 2015, por posibles autolesiones durante la recaída, refirió que no se había cortado recurriendo con éxito al consejo de contactar inmediatamente con alguien cuando aparecieran los primeros pensamientos intrusivos.

Las autolesiones como distractor y parte (o posible continuación) del cortejo sintomático de la voráGINE cognitivo-emocional.

En un continuum con la voráGINE cognitivo-emocional, encontramos que la experiencia de autoinflingirse lesiones, es muchas veces el epílogo del proceso descrito como “voráGINE”. Esto hizo de las autolesiones, un síntoma frecuente al inicio del cuadro de depresión estacional en adolescentes, que remitían tras iniciar el tratamiento (y ocasionalmente reaparecía en alguna exacerbación).

“Autolesionarse constituye una compulsión o impulso dirigido a infringir heridas físicas en el cuerpo de una/o misma/o, motivado por la necesidad de hacer frente a la angustia psicológica insopor-

table o recuperar un sentido de balance emocional. El acto es usualmente llevado a cabo sin intención suicida, sexual o decorativa” (Sutton, 31).

Por una parte estas autolesiones tienden a incluirse entre los factores de riesgo suicida (32), o por el contrario, con una fenomenología propia pero en ningún momento suicida (33). En ocasiones es tratado como un síntoma presente en múltiples desórdenes mentales, o como un fenómeno con derecho a ser considerado un cuadro clínico diferenciado (34). La controversia sobre la naturaleza de este fenómeno es considerable, con una tendencia a considerarlo muchas veces como un fenómeno mediático, o como “moda” adolescente (35), especialmente cuando numerosos casos surgen al mismo tiempo. En todos los casos en que este fenómeno apareció, lo hizo al final de una vorágine rumiativa, tal como se ha descrito en forma de intrusión de ideas negativas abrumadoras con un grado de estrechamiento de la conciencia. Hemos elegido el término de “*autolesiones (cutáneas) autoinfringidas*”, como término más similar al anglosajón de “*self injury*”.

En la clasificación CIE-10 se incluyen con la codificación: “*X78 Lesión autoinfringida intencionalmente por objeto cortante*”; a su vez dentro de las Lesiones autoinfringidas intencionalmente (X60-X84) que, “*Incluye: envenenamiento o lesión intencionalmente autoinfringida y suicidio (intento de)*”. Su situación en la CIE-10 es compleja pues se encuentra en la encrucijada de distintas tendencias clasificadoras. Por su vinculación con el envenenamiento se correspondería con el término elegido por algunos autores de “*daño*” autoinfringido (*self harm*), por ser más amplio que el de “*self injury: cutting y burning*”. Por otro lado, tanto las lesiones por objetos cortantes y quemaduras son separadas de los “*intentos de suicidio*”, de acuerdo con las líneas que expresan radicalmente que estas autolesiones no tiene una función suicida sino, si cabe, la opuesta. En nuestro caso hemos optado por la denominación de autolesiones (cutáneas) autoinfringidas pues, por un lado eran las lesiones que presentaban las adolescentes (utilizamos el femenino genérico por la mayor abundancia de casos); y porque explícitamente negaron una finalidad suicida.

Alberto, tras un ingreso, y una mejoría, refiere cuando acude a inicios de octubre que: “*Última-*

mente tengo bastantes cambios de humor y estoy más irritable, a veces por cualquier cosa y no puedo parar y me pongo agresivo (...) Me pongo a destrozar mi habitación, me pongo muy nervioso, me pongo muy nervioso, no sé hay algo dentro, no sé”. Una vez o dos por semana se quemaba en los tobillos con cigarros” (muestra varias marcas en el tobillo derecho). Estas autolesiones no coinciden, sin embargo, con los episodios que describe de agresividad. Comenta que frente a la habitación, la agresividad fue más bien, como una expresión externa de la angustia; por el contrario, quemarse lo describe más asociado a “*una forma más interna*”, en su relación con la angustia. Refiere que apagar el cigarrillo presionándolo contra su tobillo “*para*” la tensión del pensamiento. Comenta también, casi como justificación del hecho de quemarse, que: “*no es que sienta ya tanto dolor*”. Esto, en cierta medida puede constituir un riesgo de que se convierta en alguien que se lesione compulsivamente en el futuro; de hecho expresa “*Yo no lo veo tan malo porque de como he estado a ahora estoy bastante bien*”. Destacamos que este empeoramiento que describe y su comienzo coinciden con el inicio de consultas con nuevos adolescentes desde octubre que habíamos descrito al inicio.

Alba, de 15 años, que acudió por primera vez en octubre de 2014, expresó a finales de diciembre, que tras dejarlo, había comenzado a cortarse de nuevo. Nos comenta, que no comprende por qué sigue haciéndolo: “*Es como si fuera una droga porque me alivia, pero al mismo tiempo me agobia no poder parar* (aludiendo con parar, el poder abandonar esta conducta). *Cuento los días y han pasado doce días y me debería sentir bien porque son muchos, y en el fondo me siento mal, y no lo entiendo*”. En un intento de llegar a la comprensión de esto último, con base a un hecho dramático ocurrido a una amiga, le preguntamos si puede tratarse también de una forma de autocastigo; lo cual, tras un breve tiempo de pensarlo, admite. De hecho, ella misma explica, que tras conocer lo que le había ocurrido a esta amiga, estuvo durante una semana pensando continuamente “*es mi culpa, es mi culpa...*”, aumentando a la par la frecuencia de los episodios de autolesión. Comenta que en esos momentos la emoción que le embargaba era el enfado. Sin embargo, expresa cual fue el principal motivo



por el que comenzó a cortarse: “*Lo hago para sentir que estoy aquí, que es la realidad*”. Añade que “*Hay veces que estás..., que no notas el dolor*”, correspondiéndose el vacío de los puntos suspensivos, al estado en el que se encuentra muchas veces, que impresiona, de carácter disociativo, similar al que Alberto describía.

¿A qué alude entonces Alba cuando nos dice que se corta para sentir, la realidad? No parece que la respuesta lógica sea, como forma de salir de ese estado en parte disociado, pues el mismo acompaña a las lesiones. Más parece que se trate en parte del proceso rumiativo de la vorágine, tanto de pensamientos como de emociones; y a la vez, de la imposibilidad de dar salida a sus emociones, en el sentido que antes mencionamos como alexitimia. Así, los cortes, como nos explica Alba, parece que obedecen tanto a la necesidad de interrumpir la vorágine, como a la par, ser un medio para poder sentir que sus emociones existen, de forma real: “*Sientes que estas triste, pero no reaccionas, (como) es, el llorar o el pedir ayuda a alguien. Y ya que no siento nada... es un momento en que estoy pero no estoy, quiero llorar pero no me salen las lágrimas..., pero si estoy triste, y no puedo llorar, al menos me corto para sentir algo*”. Cuando habla de llorar, nos confirma que se trata de sollozos angustiados. Al plantearle, que si siente tristeza, entonces está sintiendo una emoción, comenta: “*Cuando lloro es que me abro, si no lloro no me abro*”; aludiendo por “abrirse”, a “*explotar*”, en el sentido de descargar toda su angustia, y probablemente demás emociones. En esta descarga, podemos decir, que sí puede, sentir que siente. Según expresaba ella, se trata de momentos paralizantes en los que “*está pero no está*”. Esto puede representar dos estados antes descritos, la despersonalización, pero también el concepto de “*pensamiento estrechado*” propio de las depresiones y similar a las rumiaciones obsesivas, tal como era descrito según Higuera, Segarra y Sáenz (23).

Parece además, que llorar (sollozar), fuera antitético con cortarse. Pero comenta: “*a veces lloro al borde del abismo..., pero a veces estoy al borde pero no lloro..., es como cosa del azar*”. Explica lo anterior como si lo estuviera pensando por primera vez y analizando al mismo tiempo, con una expresión de extrañeza en su gesto. Y el Abismo, es la Vorágine C-E: “*Es un abismo, un agujero en*

el fondo, cuando no hay, salida y lo sabes...; no sé explicarlo..., es el momento en que te planteas si merece la pena seguir...”. Y parece que es, de este abismo, desde el que es vital volver a la realidad, ya sea sollozando, o infringiéndose cortes.

El Discurso interno crítico (*internal speech*) como elemento de la vorágine y previo a las conductas autolesivas.

El discurso interno crítico (habla interna, o lenguaje interno) fue en ocasiones el preámbulo de conductas autolesivas. Asociado clásicamente como un fenómeno depresivo, Lefforge considera que ocurre: “*cuando alguien tiene la experiencia de estar hablando a sí-mismo/a internamente. Las palabras internas habladas no son de hecho como las habladas en voz alta, pero a menudo tienen características similares al discurso exterior*” (36). Esto es descrito por dos adolescentes atendidas por primera vez en otoño de 2014. Es difícil determinar si se tratan de pensamientos rumiativos o bien, como consecuencia de los anteriores, de un fenómeno de dialéctica interna sobre si actuar o no de determinada forma para frenar la rumiación.

Helena describe que había “*cosas*” que la impulsan a actuar: “*Y hay muchas veces, que no hay un motivo, y estoy con mis amigos y me viene una cosa a la cabeza y me quiero lanzar delante del primer coche que está ahí, pero me cogen del brazo hasta que no me calme*”. Hace un esfuerzo por aclarar estos actos impulsivos: “*es como si yo ahora estuviese hablando contigo de cachondeo y de pronto me viene una cosa a la cabeza y me quiero tirar a la calle*”. Esto suele ocurrir en aquellos días en los cuales se siente peor, le cuesta mucho levantarse y en los que ha habido una discusión antes. Es difícil determinar si las discusiones con su madre y tía, son los únicos precipitantes, o se ha de sumar el efecto de un peor estado anímico.

Puede haber todo un proceso dialéctico interno sobre la resolución de la rumiación. Alba lo describe de la siguiente forma: “*No es una cosa que evite sino que me pasa, que tengo como una voz de cosas que hago, [que dice] ¡icállate lo vas a hacer mal! y tengo esa voz metida en la cabeza*”. Expresa miedo a que se esté volviendo “*loca*”. Realmente siente “*como dos voces, una dicien-*

do a la otra que se calle”. Se iniciaron dos meses antes, pero ahora esto ocurre de forma más continuada: “Ahora en cualquier momento aparece, nunca ha estado tan seguida”. Siente que esta voz surge de su cerebro, como ideas que produce su propia mente. Al preguntar por el origen de estas voces responde: “¿Cómo que venga de fuera?... No, es mi propia voz, es mi propia voz pero gritándome las cosas” (esto descarta naturaleza alucinatoria).

Estos episodios: “suelen ser más cuando estoy con mucha gente alrededor, pero sola, y no estoy pensando en nada y empiezo; también cuando estoy sola, en ambas situaciones”. Añade que esta voz es: “como si se metiese conmigo: que eres tontísima, o que te vas a poner como una foca”. Si está acompañada es más fácil que ceden, pero si está sola rompe a llorar y: “es como la misma cosa pero dicha muchas veces”. Siente como que no puede salir de ello básicamente. Entre las ideas llegan a aparecer deseos de estar muerta, pero sin planificación de ningún intento, desapareciendo y haciendo crítica de ello cuando desaparece esta crisis.

A veces, la rumiación finaliza: “como cuando hago caso a la voz que dice ¡para!”. Si no es así, comienza a cortarse y para cuando ve la sangre: “se pone super rojo y entonces paro”. Pero el proceso es muy angustiioso, y así Alba comenta: “A veces cojo la música para no hacerme daño, pero a veces es peor, y si no lo consigo me corto más, y me hago más daño, hasta que me quedo cansada, agotada (...) pero los pensamientos continúan, y sigo llorando hasta que me duermo. (...) En la cama hablan más lento [las voces], y aprieto un peluche, y como que me quiero hacer muy pequeña”. Aun así persiste luego un nivel de ansiedad muy elevado, junto a un sentimiento de culpa, refiere, por hacerse daño.

Actos descontrolados en la fase final de episodios de rumiación que no ceden con las autolesiones.

En ocasiones, como describe Alba en un fragmento anterior, la rumiación, aun con el fracaso limitante de las autolesiones, acaban en una suerte de desesperación angustiada en la cama hasta que tras un período prolongado se van autoextinguendo.

Pero encontramos descripciones, cuando la ineficacia de las lesiones autoinfringidas puede determinar que la continuación de la rumiación suponga el paso a su transformación en otros actos externalizados.

Tania de 16 años, permanece a fecha de 15 de diciembre en una cama de urgencias, a la espera de una plaza libre para ingreso en la unidad de hospitalización aguda para adolescentes de otro hospital. Al explorar tres de los autores su evolución y sus ideas sobre la muerte, tras una entrevista anterior en la que comentó que había voces que la impulsaban a herirse, pero identificándolas como originadas en su imaginación, refiere que las ideas de muerte ocurren en determinados momentos y en episodios, cuya descripción por parte de ella se corresponde con la que hemos descrito como vorágine C-E. Cuenta que en el último episodio, estando sola, había realizado diversos cortes longitudinales en los antebrazos, finalizándolos al determinar ante la presencia de sangrado como, “ya bastante”. Pero con todo, su rumiación no cede e intenta entonces acuchillar a su gato. Refiere que su intención era “para salvarse de hacerlo” contra sí misma. Finalmente no se permite dañar a su animal acabando por acuchillar toda su cama. Destroza entonces también un espejo, con el que se corta, pero comenta que de forma accidental. Salvo el *craving* por hidratos de carbono, presenta el compendio de demás síntomas. Al preguntarle si cree que podría volver a su casa con ciertas condiciones terapéuticas, expresa que está segura de que puede perder el control y tiene miedo a que pueda querer matarse, prefiriendo el ingreso. En la exploración se evidencia que se tratan de fobias de impulsión. De hecho, las ideas de muerte sólo ocurren, como en los demás casos, cuando está inmersa en la vorágine, pues expresa que no piensa en matarse, sino en poder “volver a ser quien era antes”. No obstante, la presencia de actos descontrolados auto y heteroagresivos, desde una lógica no psicopatológica, parecía rebatir el argumento que pudiéramos dar sobre que las fobias de impulsión son sólo miedos a perder por un breve instante de cierta desconexión, el autocontrol y realizar aquello que se teme.

Hay algunas similitudes entre la fase final del episodio de Tania y una descripción que hace Lixue



sobre sus problemas antes de acudir al CSM para controlar la “ira”. Narra que tras una discusión con su hermano llegó a: “coger un cuchillo y en el ataque de ir y acuchillar una manzana, y me doy golpes..., y luego me quedo arrodillada en el suelo, llorando”. Alberto describió antes igualmente episodios de “agresividad”. No podemos saber si estas pérdidas de control descritas por Alberto y Lixue, como agresividad e ira respectivamente, pero que Alberto parece separar de los procesos rumiativos, son respuesta a una combinación de la alta irritabilidad y los ocasionales pero desproporcionados episodios de enfado y descontrol en muchas personas con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.

En el caso de Tania, encontramos muchos de los elementos o fenómenos sintomáticos que hemos descrito previamente: un habla interna, o lenguaje interno crítico y vivido como propio; ideas de muerte en los episodios de vorágine C-E; realización de las autolesiones en soledad y la presencia de la sangre como límite de las autolesiones. (Para Levenkron (37), la sangre sería un intenso estímulo visual que se suma a la experiencia táctil).

Es significativa su explicación en relación a que la intención de acuchillar a su gato, se trataba de un intercambio desesperado para “salvarme de hacérmelo a mí”. Siendo descritos por muchos autores los episodios de autolesiones cutáneas como una alternativa frente al suicidio, impresiona que al fracasar este mecanismo en Tania, su tensión psíquica busca liberarse proyectándose fuera, considerando entonces acuchillar a su gato como la alternativa a hacerlo contra sí misma. Una vez que esto tampoco lo puede realizar se convierte en una ira conductual descontrolada, como último remedio de descarga de la tensión interna (similar a como lo describían Alberto y Lixue).

Todo el episodio representa un esfuerzo desesperado por temor a matarse a sí misma. Esto queda reflejado por Sutton, a modo de conclusión del apartado sobre las autolesiones, de esta forma: “La autolesión no se suele llevar a cabo con intención suicida. La autolesión es a menudo mal interpretada como un deseo de muerte o intento suicida fallido cuando realmente, quienes incurren en la práctica no tienen

deseo de morir. De hecho, la autolesión para muchos es un salvavidas, en lugar de un arrebatador de la vida - en esencia, mantiene a la gente a salvo del suicidio” (38).

La Extrañeza de sí-misma/o y sentirse “rara/o” (iii), es frecuentemente enunciada por los adolescentes, apareciendo a lo largo de los fragmentos textuales utilizados en este trabajo. Aquí, por extrañeza del sí-mismo (*self*) y sensación de sentirse raro o parecerlo a los demás (a veces con la confirmación de otros), no aludimos a los fenómenos ya descritos de despersonalización-desrealización, si bien deben participar en la creación de esta extrañeza. Cuando los adolescentes lo enuncian lo hacen generalmente sobre sí-mismos como un todo. Así lo hace Mónica, o Tania, cuando expresó como su principal deseo: “volver a ser quien era antes”. Tras alcanzar con Alberto una pauta adecuada de metilfenidato de acción prolongada, al aparecer en una de las consultas a final de año, el entrevistador mostró su propia sorpresa. Alberto, era en las consultas previas, un adolescente con un pensamiento ágil, que miraba a los ojos, y con una gestualidad rápida, tan distinto de aquel adolescente que impresionaba a su psicóloga de tener un síndrome de Asperger y al terapeuta que lo contemplaba, de poder tratarse de un Trastorno de Tempo Cognitivo Lento (TCL). La expresión que utilizó Alberto marca ese retorno a su sí-mismo previo: “Me siento más conectado a la vida”.

Discusión y conclusiones

Este estudio pretende mostrar, la existencia de cuadros afectivos estacionales y su clínica en un número relevante de adolescentes de ambos sexos del área noroeste de la Comunidad de Madrid. Estos cuadros estacionales, principalmente los otoñales e invernales se suelen asociar a latitudes más norteñas, posteriores estudios fueron disminuyendo la relevancia de este factor (Lam y Levitan, 39). Quizás en lo que pensamos como posible minimización diagnóstica, influya esta asociación entre el Trastorno Afectivo Estacional y el clima más “duro” o extremo en países de latitudes más norteñas. Sin embargo, este infradiagnóstico puede ocurrir en otros ámbitos, así Sullivan y Payne (40) señalan que varios estudios han puesto de manifiesto, que tanto los trastor-

nos estacionales del estado de ánimo como los no estacionales son frecuentes entre los estudiantes universitarios. Su estudio sugiere que el Trastorno Afectivo Estacional es sustancialmente el más frecuente de los dos. Pero, señalan los autores: *“Desafortunadamente, puede ser el caso que los síntomas propios del Trastorno Afectivo Estacional sean menos propensos a ser diagnosticados, y por lo tanto tratados, debido a la naturaleza estacional de los síntomas. (...) muy pocos individuos que cumplen criterios para el Trastorno Afectivo Estacional están en tratamiento”*.

El año 2014 ha sido peculiar por la incidencia de dos periodos agudos, en invierno y otoño. Por otra parte hay datos que sugieren la presencia de lo que se llama exacerbación primaveral, y un posible episodio recortado de depresión estival en julio.

Hallazgos inesperados de este estudio desde su inicio prospectivo han sido, la aparición en todos los adolescentes de una sintomatología episódica rumiativa, que hemos denominado vorágine cognitiva-emocional, un elevado número de casos con lesiones cutáneas autoinflingidas (principalmente del sexo femenino), y oscilaciones marcadas entre días con expresión intensa de la sintomatología y otros más benignos. El número de adolescentes que a lo largo del proceso, cuando disminuyen los síntomas del TAE, muestran una sintomatología compatible con un trastorno por déficit de atención, especialmente de tipo inatento, parece destacable. No en vano, se considera la existencia de cierta comorbilidad entre ambas entidades. Levitan, Jain y Katzman (41) encontraron en una muestra de 56 adultos que acudían a una clínica para TDAH en Toronto y que contestaron el Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) (existe una adaptación al castellano (42) para adultos y niños-adolescentes) una tasa de TAE entre el 10,4% y el 19,1%. Encontraron una aparente relación entre el sexo femenino, el TDAH subtipo impulsivo, y la estacionalidad. El porcentaje, usando el mismo cuestionario subía a un 27% en el trabajo de Amons et al. (43). De nuevo, las mujeres tenían más riesgo que los hombres de desarrollar un TAE.

Por otro lado, no encontramos referencias de asociación entre personas que se autoinflingían lesiones cutáneas y la presencia de TAE. Si bien

es estudiado, aún no está claro el papel de la presencia de TDAH con el riesgo de autoinflingirse daño.

No hemos conseguido encontrar en las búsquedas bibliográficas, una descripción similar al complejo sintomático que hemos descrito previamente y denominado vorágine cognitiva-emocional. Los elementos cruciales son:

Su carácter intrusivo y abrumador. Más frecuentes por las tardes. Ocurren cuando el adolescente se encuentra solo. También pueden suceder incluso en las clases de su centro académico si, aún rodeados de personas, éstas no interactúan entre sí. Su contenido puede tratarse de imágenes, pensamientos, recuerdos de lo ocurrido en el pasado o en el presente, con ausencia de proyección al futuro. Tienen un tono negativo y generalmente con devaluaciones atribuidas por el adolescente a sí mismo/a. Existe un elevado componente de angustia, que junto con el proceso repetitivo e incontrolable hace la experiencia insoportable. Puede ceder ante distractores positivos (como la música) o negativos como son las autolesiones.

La identificación del papel de las lesiones cutáneas autoinflingidas y su denominación como síntoma dentro de una relación secuencial con una clínica inicial episódica rumiativa muy intensa, nos ha parecido de especial importancia. Justificamos esta importancia sobre la base de que la espectacularidad y alarma de estas conductas, alejaba el foco de atención en el núcleo depresivo del adolescente.

No menos importante es la diferencia entre autoinflingirse heridas y el riesgo de suicidio, aspecto de análisis en la literatura científica.

Lo inesperado para nosotros fue no hallar referencias en la literatura escrita en inglés y castellano, sobre fenómenos similares a los arriba referidos en los adolescentes que atendimos. No sabemos si puede ser un aspecto no suficientemente estudiado, o bien, no podemos descartar que determinadas condiciones estacionales locales determinara la presentación de esta clínica.

Sin embargo, una vez que determinamos la naturaleza rumiativa del síntoma que denominamos inundación intrusiva de pensamientos e ideas



(iv), encontramos en la literatura sobre la rumiación, relaciones aplicables a nuestro estudio. Especialmente vemos una gran similitud entre el concepto de voráGINE cognitiva-emocional y la “teoría de la cascada emocional” de Selby y Joiner (44) sugiere que los efectos de la rumiaciones intensas, derivan en un estado de afecto negativo que crece como una bola de nieve, referida como una cascada emocional.

Realmente el concepto de cascada emocional, no alude a que los pensamientos se suceden unos a otros en forma de cascada (nosotros apreciamos que los pensamientos surgían intrusivamente de forma abrumadora) sino al proceso de aumento y prolongación de las influencias de los afectos negativos.

Este proceso puede desencadenar conductas como las autolesiones no-suicidas, ALNS (non-suicidal self-injury, NSSI), equiparables a lo que denominamos como lesiones cutáneas auto-infringidas (iii). Dado que estas conductas “proporcionan sensaciones físicas potentes que lo distraen de la rumiación, lo que inhibe la cascada emocional. Por consiguiente, cuando una emoción negativa se activa en algunos individuos, la intensa rumiación, puede conducir a un estado de negativo extremadamente aversivo de afectos. La teoría de cascada emocional, sugiere que las sensaciones asociadas con el dolor o el lugar de sangrado, actúan como una distracción. Por otra parte, comienza a generarse una habituación, cuando el dolor inicial de las ALNS es reemplazado por sentimientos de alivio.

Este proceso es muy similar a lo que hemos descrito como voráGINE cognitiva-emocional, cuyo símil aquí sería la cascada. En ambas descripciones se dan los pensamientos y afectos rumiativos, seguidos de las autolesiones con una función distractora. Si bien Selby, Connell y Joiner, proponen finalmente, que es la ausencia del miedo al dolor el determinante final para la realización de autolesiones no-suicidas.

La teoría de estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema, explica la relación insidiosa entre la rumiación y la depresión. La rumiación exacerba la depresión, favorece el pensamiento negativo, perjudica la resolución de problemas, interfiere

re con la conducta instrumental, y erosiona el apoyo social. Además Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky (45) señalan la relación entre la rumiación y otros cuadros patológicos además de la depresión, como la ansiedad, los cuadros bulímicos y las autolesiones. Argüimos que todos ellos se encuentran en las entrevistas que hemos realizado a los adolescentes con TAE. Además señalan estos autores que el déficit en la inhibición de la información negativa en los rumiadores puede dificultar el uso de distractores positivos para manejar los estados de ánimo. Como señalamos, denominamos a las lesiones cutáneas auto-infringidas (iii) como un distractor de la voráGINE, pero reconociendo su disfuncionalidad.

Young y Azam (46) examinaron la relación entre el estilo de respuesta y la gravedad de los síntomas en un estudio longitudinal de individuos previamente diagnosticados con TAE.

La Teoría del Estilo de Respuesta de Nolen-Hoeksema, propone que la reacción a un estado de ánimo triste, puede desencadenar en las personas una variedad de respuestas rumiativas, y / o de distracción, que afectarán a la duración y gravedad de la clínica. Las respuestas de distracción, al contrario que las rumiativas, apartan a la mente del síntoma inmediato. En el estudio, el estilo de respuesta rumiativo, pero no el estilo de respuesta de distracción, predijeron la severidad de los síntomas en el invierno.

El modelo de la doble vulnerabilidad del TAE de Young et al., señala como primera vulnerabilidad, tener una tendencia de las funciones vegetativas a ser influenciadas por la estacionalidad (dormir, el apetito y la energía). Como segunda vulnerabilidad se encuentra, la tendencia al desarrollo del estado de ánimo y de los síntomas cognitivos, como respuesta a la tensión generada por las alteraciones vegetativas. Esto se apoyaría en estudios, que planteaban factores independientes para los elementos cognitivos y anímicos, y otros factores para los síntomas vegetativos. El estudio confirmó la hipótesis de Vulnerabilidad Dual del TAE; así, el estilo de respuesta rumiativo interactuó con la gravedad de los síntomas vegetativos en otoño, prediciendo la gravedad de los síntomas no vegetativos en invierno.

Una dificultad que podemos encontrar, es determinar si la rumiación en la voráGINE cognitiva emocional es un efecto del Trastorno Afectivo Estacional; o bien, si los adolescentes que han acudido a nuestra consulta, son aquellos que predominantemente presentaban ya un estilo de respuesta rumiativo. Una posibilidad intermedia, sería que dentro de los adolescentes que entre-

vistamos, fueron aquellos con un estilo rumiativo y más carentes de un estilo distractor-positivo, quienes se infringieron lesiones o mostraron una conducta más desorganizada acorde con el nivel de angustia.

Contacto

Antonio Escudero Nafs
C/ Morrones, 14 - 2º C • Majadahonda - 28220 Madrid
antonio.escudero@salud.madrid.org • anescudero@gmail.com

Referencias

1. Eagles JM. Seasonal affective disorder. *Br J Psychiatry*. 2003; 182:174-6.
2. Sullivan B, Payne TW. Affective disorders and cognitive failures: a comparison of seasonal and nonseasonal depression. *Am J Psychiatry*. 2007 Nov;164(11):1663-7.
3. Eagles JM., 2003.
4. Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thibaut F. Self-mutilating behaviour: a study on 30 inpatients. *Encephale*. 2009;(6):538-43.
5. Eagles JM., 2003.
6. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(1):72-80.
7. Rosenthal NE. SAD in children and Adolescents (Cap.5). En: Rosenthal, NE. (Ed.). *WinterBlues. Everithing you need to know to beat Seasonal Affective Disorder*. 4ª ed. [Libro en línea] New York: The Guildford Publications; 2013. Kindle Edition. ISBN e-book 978146505753.
8. Smith JA, Jarman M, Osborn M. Doing interpretative phenomenological analysis. En: Murray M, Chamberlain K. *Qualitative Health Psychology theories & methods*. 1ª ed. London: SAGE Publications; 1999 p. 218-240.
9. Arnau de Bolós JM, Brotons Cuixart C. La continuidad entre investigación clínica y práctica clínica en atención primaria. En: Diogène E. *Guía de investigación clínica para atención primaria*. [Libro en línea] Ediciones Mayo S.A; 2005 [Consulta: 22-12-2014] p. 57-69. Accesible en: URL:http://w3.icf.uab.es/ficf/es/bin/view/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP#Parte_I_Estado_actual_y_perspect
10. Araúxo A, Varela P, Cornes JM, Pedrejón C. Concepto y cuadro clínico. En: Araúxo A. *Trastorno afectivo estacional*. 1ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2004 p. 19-47.
11. Araúxo et al, 2004, p.30.
12. Fresno D, Pedrejón C, Benabarre A, Valle J, Arraúxo A, Vieta E. Actualización: Trastorno afectivo estacional. *JANO (serial online)* 2006 Apr; 1603: 33-44. [Consulta: 11-8-2013] Accesible en: http://www.jano.es/ficheros/suamarios/1/0/1603/33/1von1603a13087242p_dfoo1.pdf
13. Lucas CP. Seasonal affective disorder in adolescence. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 863-5.
14. Sims A. Los trastornos del self. En: Sims A (Ed.). *Síntomas mentales. Introducción a la Psicopatología descriptiva*. 3ª ed. Madrid: Triacastela; 2008 p. 235-257.
15. Sims A. Ansiedad, pánico, irritabilidad, fobia y obsesión. 2008, p. 365-379.



16. Swedo SE, Pleeter JD, Richter DM, Hoffman CL, Allen AJ, Hamburger SD, et al. Rates of seasonal affective disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(7): 1016-9.
17. Ortega V, Sierra JC, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar E Subjetividade (serial online)* 2003 Mar [Consulta: 7-1-2015]; 3(1):10-59. Accesible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
18. Paolasso, A. Distrés metereológico. [Documento en línea]. Accesible en: www.trabajosdrpaolasso.com/ensayos/DISTRES-METE-REOLOGICO.doc [Consulta:11-6-13]
19. Lucas CP., 1991.
20. Lucas CP., 1991.
21. Lingjaerde O1, Føreland AR. Winter depression with spring exacerbation: A frequent occurrence in women with seasonal affective disorder. *Psychopathology*. 1999 Nov-Dec; 32(6):301-7.
22. Sims A. (2008) Ansiedad, pánico, irritabilidad, fobia y obsesión. 2008. p. 376.
23. Higuera A, Segarra R, Sáenz M. Trastornos formales y del control del pensamiento. En: Eguíluz I, Segarra R, editores. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 141-159.
24. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008; 3(5): 400-424.
25. Barkley RA. Concentration Deficit Disorder (Sluggish Cognitive Tempo). [Documento en línea]. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (4th ed)*. New York: Guilford Press. (En prensa). [Consulta: 23-12-2014]. Accesible en: <http://www.russellbarkley.org/factsheets/SluggishCognitiveTempo.pdf>
26. Sims A. Despersonalización. 2008, p. 259.
27. Bragado C, Fernández A. Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*. 1996; 8(3): 625-656.
28. Levenkron S. *Cutting: Understanding and Overcoming Self-Mutilation*. [Libro en línea]. New York: W. W. Norton and Company; 2013. Kindle Edition. p.32.
29. Levenkron S., 2013, p.23-24.
30. Sutton J. Further insights into self-injury (Cap.3). En: Sutton J. (Ed.) *Healing the hurt within. Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds*. 3ª Ed. [Libro en línea] Oxford: How To Books; 2013. Kindle Edition Mobi ISBN: 978178102 0371.
31. Sutton J. *Exploring self-injury and self-harm (Cap.1)*, 2013.
32. Apter A. Predictors of suicide in adolescents August 2008 Volume 18, Supplement 4, Page S158.
33. Sutton J. *Exploring self-injury and self-harm*, 2013.
34. Levenkron S. *Cutting*., 2013.
35. Favazza, A. Introduction. En: Marilee Strong (Ed). *A bright red scream: self-Mutilation and the language of pain*. [Libro en línea]. New York: Penguin Books; 2009. Kindle Edition. p. xviii.
36. Lefforge NL. The Experience of feelings in depression. [Libro en línea] UNLV Theses/ Dissertations/Professional/Papers/Capstones. 2010; Accesible en: <http://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations/881/> [Consulta: 21-12-2014].
37. Levenkron S., 2013, p.73.
38. Sutton J. *Exploring self-injury and self-harm*, 2013.
39. Lam RW, Levitan RD. Pathophysiology of seasonal affective disorder: a review. *Psychiatry Neurosci*. 2000; 25(5): 469-480.
40. Sullivan B, Payne TW., 2007.
41. Levitan RD, Jain UR, Katzman MA. Seasonal affective symptoms in adults with residual attention-deficit hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry*. 1999; 40(4): 261-267.
42. Goikolea JM, Miralles G, Bulbena Cabré A, Vieta E, Bulbena A. Adaptación española del Cuestionario de Evaluación de Perfil Es-

- tacional. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003; 31(4): 192-198.
43. Amons PJ, Kooij JJ, Haffmab PM, Hoffman TO, Hoencamp E. Seasonality of mood disorders in adults with lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Affect Disord.* 2006; 91(2-3): 251-255.
44. Selby EA, Connell LD, Joiner Jr. TE. The Pernicious Blend of Rumination and Fearlessness in Non-Suicidal Self-Injury. *Cognitive Therapy and Research.* 2009; 34(5): 421-428.
45. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, y Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science.* Association for Psychological Science. 2008; 3(5): 400-424.
46. Young MA y Azam OA. Ruminative Response Style and the Severity of Seasonal Affective Disorder. *Cognitive Therapy and Research.* 2003; 27(2): 223-232.