

## Perfil sintomático de la depresión

Por

C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA\*, M. HENRY BENITEZ\*, J. L. GONZALEZ DE RIVERA\*\*  
y R. GRACIA MARCO\*\*\*

Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de La Laguna. Hospital Universitario de Canarias.

**RESUMEN.**—La universalidad de la composición de un síndrome depresivo nuclear o central no está documentada con precisión, siendo aún más controvertida la presencia y frecuencia de manifestaciones secundarias de la depresión. En el presente trabajo analizamos el perfil sintomático de una muestra de pacientes deprimidos adultos asistidos en la consulta externa del Hospital Universitario de Canarias. Se discuten las características, perfiles y frecuencias de síntomas de esta muestra clínica.

**PALABRAS CLAVE.** —Depresión. Trastornos afectivos. Perfil sintomático. Psicopatología. SCL-90-R.

**SUMMARY.** —There is no precise documentation about an universal nuclear composition of the depressive syndrome. Moreover, secondary manifestations of depression are even more controversial. In this paper the symptomatic profile of a sample of depressive patients attended in the Hospital Universitario de Canarias is analyzed. The characteristics, profiles and frequencies of the symptomatic pattern are discussed and commented.

**KEY WORDS.**—**Depression.** Affective disorders. Symptomatic profile. Psychopathology. SCL-90-R.

### INTRODUCCION

La investigación transcultural sobre sintomatología, detección de casos y nosología de los trastornos psiquiátricos se interpreta según dos tipos de abordaje principales (1). El primero de ellos es el cultural-general, que ve la psicopatología como un fenómeno morboso universal en el cual los factores socioculturales desempeñan un papel principalmente patoplástico. El otro posible abordaje es el cultural-específico, que enfatiza diferencias en psicopatología en las distintas culturas.

Por otra parte, investigadores antropológicamente orientados como KLEINMAN (1987) resaltan la importancia de las diferencias en la conducta de enfermedad entre las distintas culturas y su influencia sobre los síntomas, patrones de búsqueda de ayuda, curso y respuesta al tratamiento (2).

Los trastornos depresivos han sido puestos de manifiesto en casi todas las áreas del mundo investigadas, aunque con diferencias en cuanto a su incidencia y prevalencia. La universalidad de la composición de un «síndrome depresivo nuclear o central» (tristeza, trastornos del sueño, variación diurna del humor, fatiga y pérdida de intereses) no está bien documentada. La presencia y frecuencia de manifestaciones secundarias de la depresión (por ejemplo, sentimientos de culpa, quejas somáticas) es aún más controvertida, así como la explicación de los hallazgos diferentes en culturas particulares (3).

Además, la descripción tradicional de síndromes clínicos está basada en los trabajos llevados a cabo a finales del siglo XIX, principalmente sobre pacientes ingresados en las instituciones de la época (4). Con el desarrollo de los recursos psiquiátricos comunitarios, los facultativos actuales vemos más pacientes que presentan síntomas mucho más leves que los que requieren ingreso hospitalario (5). Asimismo, la mayor aceptabilidad de la enfermedad mental y de los tratamientos por parte de los enfermos hace que éstos acudan solicitando ayuda en una etapa más temprana de su enfermedad, aunque, desde luego, no es lo mismo hablar de formas más leves y de etapas más tempranas de una enfermedad.

El inventario autoadministrado como método de evaluación psicológica permite el acceso a una información exclusiva de la cual no se puede disponer por otros medios de evaluación, pues al ser autoevaluado suministra información que proviene

\* Profesor asociado.

\*\* Catedrático.

\*\*\* Profesor titular.

Recibido el 26-XI-1991.

«desde el mismo que la experimenta» (6), mientras que las observaciones clínicas se limitan a la versión aparente de la experiencia del paciente, basada en la conducta observable y en los informes verbales (5).

El objetivo del presente trabajo es la determinación de las características, perfiles y frecuencias de los síntomas psiquiátricos de una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios diagnosticados de padecer trastornos afectivos, según criterios diagnósticos del CIE-10 (7), mediante el análisis de la información suministrada por el SCL-90-R.

## MATERIAL Y METODOS

### *Instrumento*

El SCL-90-R (Symptom Check List 90 Revised) es un inventario autoadministrado constituido por 90 ítems, diseñado originalmente por Derogatis (1983) para reflejar patrones de síntomas psicológicos y psiquiátricos tanto de pacientes médicos o psiquiátricos como de individuos normales (6). El SCL-90-R fue diseñado para ser interpretado en términos de tres niveles diferentes de información: el global, que suministra tres índices (GSI: índice global de gravedad; PSDI: índice de distrés de síntomas positivos, y el PST: total de síntomas positivos), el dimensional (constituido por nueve dimensiones sintomáticas primarias (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y el de síntomas discretos.

La dimensión sintomática de depresión está constituida por 13 ítems y representa un amplio rango de signos y síntomas del cuadro depresivo clínico. Sus ítems son:

5. Pérdida del deseo o placer sexual.
14. Sentirse bajo de energía o decaído.
15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.
20. Llorar fácilmente.
22. La sensación de estar atrapado o como encastrado.
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.
29. Sentirse solo.
30. Sentirse triste.
31. Preocuparse demasiado por las cosas.
32. No sentir interés por las cosas.
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.
79. La sensación de ser inútil o de no valer nada.

Además, existen siete ítems adicionales que ya que poseen un peso en diferentes dimensiones sintomáticas, no son evaluados como una subescala, pero que figuran por su relevancia clínica y que son los siguientes:

19. Falta de apetito.
44. Dificultad para conciliar el sueño.
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.
60. El comer demasiado.
64. Despertarse de madrugada.
66. Sueño inquieto o perturbado.
89. Sentimientos de culpabilidad.

Este instrumento ha sido adaptado al castellano por GONZÁLEZ DE RIVERA y cols. (1989) (8) y ha sido utilizado en diferentes estudios que incluyen la detección de morbilidad psiquiátrica menor en la población general (9) y el establecimiento de los valores normativos del instrumento en la población general (5). Asimismo, también se ha procedido al análisis factorial del SCL-90-R en la población general (10) y al estudio de los ítems relacionados con el sueño del inventario para la valoración del insomnio como queja subjetiva en la población general (11).

Los datos suministrados por el inventario fueron analizados mediante el paquete bioestadístico R-Sigma, y para la comparación de medias se utilizó el estadístico t de Student con los correspondientes grados de libertad, siendo el nivel de significatividad estadística establecido para un valor de  $p < 0,05$ .

### *Sujetos*

La muestra está constituida por una serie de 63 pacientes consecutivos asistidos por primera vez durante el primer semestre del año 1990 en la Sección de Policlínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias y cuyos diagnósticos pertenecían a la categoría F3 (trastornos afectivos, del ánimo, del humor). Fueron excluidos tan sólo aquellos pacientes que se negaron de forma expresa a la cumplimentación del instrumento y a los que estaban marcadamente incapacitados para hacerlo por razones de deterioro cognitivo severo, analfabetismo u otra razón que imposibilitara su colaboración.

Únicamente fueron excluidos del estudio tres pacientes. Un varón de veintiséis años de edad afecto de un episodio depresivo leve que además recibió el diagnóstico de padecer un trastorno de personalidad de tipo disocial. Una mujer de cuarenta y un años de edad, analfabeta y poseedora de un bajo CI, que

**TABLA I**

F3. TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

		<i>Varón/mujer</i>
F31	Episodio depresivo	
	F31.0 Episodio depresivo grave .....	3/18
	F31.1 Episodio depresivo leve .....	5/20
F33	Trastorno depresivo recurrente	
	F33.0 Trastorno depresivo recurrente grave .....	1/5
	F33.1 Trastorno depresivo recurrente leve .....	1/9

fue diagnosticada de padecer un episodio depresivo leve. Y, finalmente, una mujer de cuarenta y seis años de edad, afecta de un trastorno depresivo recurrente grave que en el momento de la valoración presentaba un marcado deterioro en su capacidad de concentración y atención que imposibilitaron su implicación en la cumplimentación del cuestionario.

De los 68 pacientes constituyentes de la muestra, 10, es decir, el 15,9% de ellos fueron varones, mientras que 53, es decir, el 84,1% de los mismos fueron mujeres. La edad media de la muestra estudiada fue de 39,77 años ( $\pm 13,28$ ) con un rango que oscila entre los dieciséis y los sesenta y dos años. Los varones registraron una edad media de 39,6 años ( $\pm 14,26$ ), mientras que este valor para las mujeres fue de 39,79 años ( $\pm 12,84$ ), no siendo la diferencia entre ambas estadísticamente significativa.

En cuanto al estado civil, el 17,4% de los pacientes estaban solteros, el 66,6% eran casados, el 7,9% separados y el 7,9% viudos.

Los diagnósticos de los pacientes se llevaron a cabo según los criterios diagnósticos del capítulo V del borrador de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (7), instrumento en cuya estandarización y desarrollo nuestro departamento coopera con la Organización Mundial de la Salud. Durante el proceso diagnóstico los facultativos correspondientes fueron ciegos respecto a los resultados proporcionados por el instrumento en la primera entrevista. La tabla I presenta los diagnósticos correspondientes a la categoría F3 del CIE-10.

**RESULTADOS**

La media de preguntas respondidas afirmativamente en el inventario o índice PST, equivalente al número medio de síntomas experimentados por los pacientes de la muestra, fue de 61,7 ( $\pm 13,8$ ). Aunque el valor medio del número total de síntomas ex-

**TABLA II**

REGISTROS MEDIOS EN LOS INDICES SINTOMATICOS Y GLOBALES DEL SCL-90-R DE LA MUESTRA DE PACIENTES PSIQUIATRICOS AMBULATORIOS

	<i>Global</i>		<i>Varón</i>		<i>Mujer</i>	
	<i>X</i>	<i>sd</i>	<i>X</i>	<i>sd</i>	<i>X</i>	<i>sd</i>
SOM .....	2,00	0,74	1,70	0,68	2,03	0,75
OBS .....	2,07	0,87	1,74	0,73	2,10	0,88
SEN .....	1,58	0,90	1,82	0,98	1,55	0,89
DEP .....	2,48	0,62	2,09	0,32	2,52	0,63
ANS .....	2,01	0,81	1,52	0,49	2,05	0,82
HOS .....	1,39	1,05	1,06	0,45	1,43	0,80
FOB .....	1,53	1,03	0,97	0,79	1,59	1,04
PAR .....	1,45	0,93	1,36	0,66	1,45	0,96
PSI .....	1,39	0,76	0,90	0,35	1,43	0,77
PST .....	61,7	13,8	56,8	14,9	62,1	13,7
GSI .....	1,86	0,60	1,54	0,41	1,89	0,61
PSDI .....	2,69	0,50	2,46	0,43	2,71	0,50

X: Media. DT: Desviación típica. SOM: Somatización. OBS: Obsesión-compulsión. SEN: Sensibilidad interpersonal. DEP: Depresión. ANS: Ansiedad. HOS: Hostilidad. FOB: Ansiedad fóbica. PAR: Ideación paranoide. PSI: Psicoticismo. GSI: Índice global de gravedad. PST: Total de síntomas positivos. PSDI: Índice del distrés de síntomas positivos.

perimentados registró diferencias intersexo en los pacientes de la muestra, éstas no fueron estadísticamente significativas. Estas diferencias sí fueron significativas en cuanto a la forma de experimentar dichos síntomas por ambos sexos, pues los varones obtuvieron un índice de distrés de síntomas positivos (PSDI) de 2,46 frente a un valor de 2,71 para las mujeres ( $p < 0,01$ ), siendo el valor global del PSDI de 2,69 ( $\pm 0,50$ ). El índice global de gravedad (GSI) de los pacientes psiquiátricos registró un valor de 1,86 ( $\pm 0,60$ ) y, al igual que el PSDI, registró valores significativamente mayores en las mujeres que en los hombres ( $p < 0,05$ ).

La tabla II muestra las puntuaciones obtenidas por los pacientes integrantes de la muestra en los índices de las diferentes dimensiones sintomáticas del SCL-90-R de forma global y por sexos. Como se ilustra gráficamente en la figura 1, los pacientes de la muestra obtuvieron sus máximas puntuaciones en la dimensión sintomática de depresión con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) con las puntuaciones de las demás dimensiones sintomáticas. La dimensión de obsesión-compulsión es la que ocupa el segundo lugar en el perfil de estos pacientes, pero sus puntuaciones son casi idénticas a las de las dimensiones de ansiedad y somatización que ocupan, respectivamente, el tercer y cuarto lugar. Con respecto al sexo, las mujeres obtuvieron

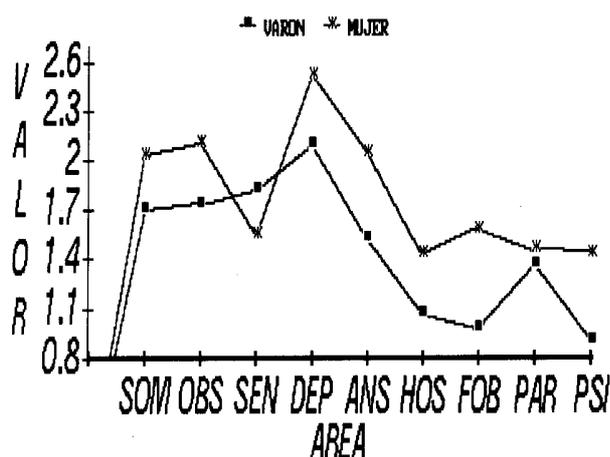


FIG. 1.-Perfil sintomático del SCL-90-R según sexo.

mayores registros en todas las dimensiones sintomáticas, con excepción de la de sensibilidad interpersonal, y en los tres índices globales. La dimensión sintomática depresión fue la que registró el máximo valor en ambos sexos, seguida de las de sensibilidad interpersonal y obsesión-compulsión en los varones y de las de obsesión-compulsión y ansiedad en las mujeres.

En cuanto al perfil de síntomas referido por los pacientes, los varones obtienen un máximo registro en el ítem 14 del inventario (sentirse bajo de energía o decaído), seguido a continuación de los ítems 30 (sentirse triste), 31 (preocuparse demasiado por las cosas), 54 (sentirse desesperanzado con respecto al futuro) y 5 (pérdida del deseo o placer sexual). Las mujeres refieren experimentar con mayor intensidad el ítem 30 (sentirse triste), el cual se ve seguido por los ítems 31 (preocuparse demasiado por las cosas), 14 (sentirse bajo de energía o decaído), 20 (llorar fácilmente) y 54 (sentirse desesperanzado con respecto al futuro). Los varones experimentaron con mayor intensidad que las mujeres tan sólo tres de los 13 ítems constituyentes de la dimensión sintomática de depresión, y fueron los ítems: 14 (sentirse bajo de energía), 26 (culparse a sí mismo de todo lo que le pasa) y 79 (sensación de ser inútil o no valer nada). La tabla III muestra los registros obtenidos por cada uno de los ítems componentes de la dimensión sintomática de depresión, así como los ítems correspondientes a la escala adicional, de forma global y por sexo.

Con respecto a los síntomas pertenecientes a la escala adicional del SCL-90-R conviene resaltar las altas puntuaciones alcanzadas por los ítems correspondientes a las quejas subjetivas de insomnio (ítems 44, 64 y 66). Los ítems 19 (falta de apetito) y 89 (sentimientos de culpabilidad) experimentaron

TABLA III

REGISTROS GLOBALES Y POR SEXO DE CADA ÍTEM CONSTITUYENTE DE LA DIMENSIÓN SINTOMÁTICA DE DEPRESIÓN Y DE LA ESCALA ADICIONAL

Ítem	Global		Varón		Mujer	
	X	sd	X	sd	X	sd
05 .....	2,34	1,61	2,20	1,64	2,35	1,63
14 .....	3,03	1,17	3,60	0,54	2,98	1,20
15 .....	1,48	1,47	0,90	0,83	1,54	1,51
20 .....	2,86	1,46	2,00	1,58	2,94	1,44
22 .....	2,19	1,35	2,00	1,00	2,20	1,39
26 .....	1,53	1,39	1,60	1,50	1,52	1,39
29 .....	2,69	1,41	1,80	1,60	2,77	1,38
30 .....	3,43	0,84	3,20	0,83	3,45	0,84
31 .....	3,26	1,01	2,80	1,30	3,30	0,99
32 .....	2,34	1,45	1,41	1,00	2,47	1,40
54 .....	2,84	1,23	2,80	1,09	2,84	1,26
71 .....	2,31	1,45	1,40	1,14	2,39	1,45
79 .....	1,98	1,45	2,00	1,41	1,98	1,47
19 .....	1,82	1,57	2,40	1,51	1,77	1,58
44 .....	2,72	1,42	2,20	1,64	2,77	1,40
59 .....	2,55	1,43	2,40	1,34	2,60	1,41
60 .....	1,05	1,43	0,40	0,40	1,13	1,46
66 .....	2,48	1,32	1,40	1,94	2,58	1,23
89 .....	1,56	1,46	1,60	1,60	1,56	1,46

una correlación positiva estadísticamente significativa con el valor del índice de la dimensión sintomática de depresión ( $p < 0,05$ ).

La edad no produjo variaciones estadísticamente significativas ni en el índice sintomático de depresión ni en ninguno de los ítems correspondientes a dicha área sintomática. Esta situación no se vio modificada al tomar en consideración la variable sexo.

## DISCUSION

La mayoría de los estudios epidemiológicos comunitarios registran una prevalencia psiquiátrica dos o tres veces más alta en las mujeres que en los varones (12, 13, 14), siendo éstas también mayoría como usuarias y demandantes de tratamiento ambulatorio (15). Las explicaciones de tales diferencias han involucrado teorías constitucionales genéticas (16) y hormonales (17), así como ambientales, enfatizándose el papel del estrés psicosocial (18, 19) y del apoyo social (20). Asimismo, se han elaborado complejas hipótesis basadas en la interpretación de los roles sexuales en Occidente como posible explicación de la mayor prevalencia de morbilidad psi-

quiátrica menor en las mujeres y de su mayor disposición a informar y solicitar ayuda por la misma, lo cual justificaría, al menos parcialmente, la mayor proporción de mujeres en la muestra de nuestro estudio. En el momento presente hemos de considerar que las explicaciones señaladas tan sólo son tentativas y que la conclusión más aceptable es considerar que existen múltiples factores que al entrar en interacción explicarían la diferente incidencia de la depresión en ambos sexos.

El hecho de que la dimensión sintomática de depresión del SCL-90-R sea la que obtiene los mayores registros y que éstos sean significativamente mayores ( $p < 0,005$ ) que los de las demás dimensiones sintomáticas, habla en favor de la validez de constructo de dicha área sintomática del instrumento.

Con respecto al perfil de síntomas obtenido por ambos sexos conviene observar un desigual registro sintomático, destacando en los varones una baja autoestima con un bajo rendimiento subjetivo general, mientras que en las mujeres destaca más la expresión del afecto deprimido.

La elevación de la dimensión sintomática de obsesión-compulsión pone de manifiesto la frecuente presencia de dificultades cognitivas y de síntomas obsesivos en los pacientes deprimidos (6).

Con respecto a los resultados obtenidos en la dimensión sintomática de ansiedad generalizada conviene comentar que la prevalencia de síntomas ansiosos en el espectro depresivo es un hecho frecuente. RICKELS y cols. (1979) hallaron que el 70% de los pacientes afectados de depresión neurótica de su estudio poseían un grado significativo de ansiedad (21). La alta frecuencia de ansiedad puede explicar por qué, en la práctica general, es tan frecuente la prescripción de fármacos ansiolíticos a pacientes afectados de cuadros depresivos (4). La ansiedad generalizada, dominante en el síndrome depresivo, se considera un adecuado predictor de la respuesta terapéutica a diversos fármacos antidepresivos (22). Un hecho digno de mención es la elevada presencia (71%) con que autores como CLONINGER y cols. (1981) registraron de una historia previa de ataques de pánico en los pacientes deprimidos de su estudio (23).

Los síntomas somáticos se consideran propios de los trastornos depresivos y ansiosos, no pudiéndose obviar la valoración de estos síntomas en el estudio de los trastornos afectivos (24). Nuestros resultados, en la dimensión de somatización, ponen en evidencia la importancia de estos síntomas en el cuadro clínico de la depresión.

## BIBLIOGRAFÍA

- MURPHY, H. B. M.: *Comparative psychiatry: The international and intercultural distribution of mental* Springer-Verlag. Berlín, 1982.
- KLEINMAN, A.: «Anthropology and psychiatry: The role of culture in crosscultural research on illness». *Br. J. Psychiat.*, 151: 447-454, 1987.
- MEZZICH, J. E., y RAAB, E. S.: «Depression symptomatology across the Americas». *Arch. Gen. Psychiat.*, 37: 818-823, 1980.
- HAMILTON, M.: «Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness)». *Br. J. Psychiat.*, 154: 201-205, 1989.
- DE LAS CUEVAS, C.: *Síntomas psiquiátricos y psicósomáticos en la población general y en pacientes psiquiátricos ambulatorios*. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna, 1991.
- DEROGATIS, L. R.: «SCL-90-R: Administration, scoring and procedures. Manual I for the revised version of the SCL-90». *Clin. Psychomet. Research*. Baltimore, 1983.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)*. Cap. V, 1990.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; DEROGATIS, L. R.; DE LAS CUEVAS, C., y cols.: «The Spanish version of SCL-90R». *Clin. Psychomet. Res.*, 1989.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; DE LAS CUEVAS, C.; GRACIA, R., y HENRY, M.: «Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife». *Psiquis*, 11:11-22,1990.
- DE LAS CUEVAS, C.; GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; HENRY, M., y GRACIA, R.: «Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general». *Anales de Psiquiatría*, 7 (3): 93-96, 1991.
- DE LAS CUEVAS, C.; HENRY, M., y GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: «El insomnio como queja subjetiva en la población general». *Anales de Psiquiatría* (en prensa).
- DOHRENWEND, B. P., y DOHRENWEND, B. S.: «Sex differences and psychiatric disorders». *Am. J. Soc.*, 81: 1147-1454,1976.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; DÍEZ MANRIQUE, J. E.; PEÑA, C.; ALDAMA, J.; SAMANIEGO RODRÍGUEZ, G.; MÉNDEZ ARANGO, J., y MIRAPÉIX, C.: «A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity». *Psychol. Med.*, 17: 227-241, 1987.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; PEÑA, C.; DÍEZ MANRIQUE, J. E., y LIAÑO RINCÓN, A.: «Perfiles de riesgo de enfermedad mental en la población general». *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 19: 62-76, 1991.
- GOVE, W. y TUDOR, J.: «Adult sex roles and mental illness». *Am. J. Soc.*, 78: 812-835, 1973.
- TORGENSEN, S.: «Genetic of neuroses: The effect of sampling variation upon the twin concordance ratio». *Br. J. Psychiatry*, 142: 126-132, 1983.
- FRANKENHAUESER, M.; RAUSTE, M.; COLLINS, A.; VAN WRIGHT, J.; SEDWALL, G., Y SWAHN, C. G.: «Sex differences in psychoneuroendocrine reac-

- tions to examination stress». *Psychos. Med.*, 40: 334-343, 1978.
18. BEBBINGTON, P. E.; TENNANT, C., y HURRY, J.: «Adversity in groups with an increased risk of minor affective disorder». *Br. J. Psychiatry*, 158: 33-40, 1991.
19. BEBBINGTON, P. E.; DEAN, C.; DER, G.; HURRY, J., y TENNANT, C.: «Gender, parity and the prevalence of minor affective disorder». *Br. J. Psychiatry*, 158: 4045,1991.
20. HENDERSON, S.; DUNCAN-JONES, P; BYRNE, D. G.; ADCOCK, S., y SCOTT, R.: «Neurosis and social bands in an urban population». *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 13: 121-125,1979.
21. RICKELS, K.; DOWNING, R. W., y STEIN, M.: «The differentiation between neurotic depression and anxiety and drug treatment». En: Saletu y cols. (eds.). *Neuropharmacology*. Oxford. Pergamon, 1979.
22. AYUSO GUTIÉRREZ, J. L.: «Predicción de la respuesta a los antidepresivos». En Ayuso y Saiz (eds.). *La depresión desde la perspectiva psicobiológica*. Jarpoyo Editores, S. A. Madrid, 1987.
23. CLONINGER, C. R.; MARZIN, R. L.; CLAYTON, P., y GUZE, S. P: «A blind follow-up and family study of anxiety neurosis. Preliminary analysis of the St. Louis 500». En Klein y Rabkin (eds.). *Anxiety: New research and changing concepts*. New York. Raven Press, 1981.
24. SALVADOR, L.; SEGUI, J.; CANET, J.; LLUCH, J.; ARAGON, C., y FARR. J. M.: «La evaluación psiquiátrica de las enfermedades orgánicas». *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 18: 403-410,1990.

Correspondencia:

Dr. C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA.  
Santiago Sabina, 5, 3.  
38007 Santa Cruz de Tenerife