

PSICOPATOLOGÍA

Psicología anormal: el problema
de la conducta inadaptada

UNDÉCIMA EDICIÓN



PEARSON
Prentice
Hall®

IRWIN G. SARASON
BARBARA R. SARASON

PSICOPATOLOGÍA

Psicología anormal: el problema
de la conducta inadaptada

www.facebook.com/descargarlibrosmedicina

PSICOPATOLOGÍA

Psicología anormal: el problema
de la conducta inadaptada

UNDÉCIMA EDICIÓN

IRWIN G. SARASON
University of Washington

BARBARA R. SARASON
University of Washington

TRADUCCIÓN:

Birget C. Nuding Fleischmann
Traductora profesional

Mónica Gabriela Martínez Gay
Traductora profesional

REVISIÓN TÉCNICA:

Fayne Esquivel Ancona
Facultad de Psicología, UNAM

Yolanda Santiago Huerta
Facultad de Psicología, UNAM

Jesús Cisneros Herrera
Facultad de Psicología, UNAM



México • Argentina • Brasil • Colombia • Costa Rica • Chile • Ecuador
España • Guatemala • Panamá • Perú • Puerto Rico • Uruguay • Venezuela

Datos de catalogación bibliográfica

SARASON, IRWIN G., SARASON, BARBARA R.

Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Undécima edición

PEARSON EDUCACIÓN, México, 2006

ISBN: 970-26-0841-4

Área: Ciencias Sociales

Formato: 21 × 27 cm

Páginas: 704

Authorized translation from the English language edition, entitled *Abnormal psychology* by Irwin G. Sarason and Barbara R. Sarason, published by Pearson Education, Inc., publishing as PRENTICE HALL, INC., Copyright © 2006. All rights reserved.

ISBN 0-13-118111-4

Traducción autorizada de la edición en idioma inglés, *Abnormal psychology* de Irwin G. Sarason y Barbara R. Sarason, publicada por Pearson Education, Inc., publicada como PRENTICE-HALL INC., Copyright © 2006. Todos los derechos reservados.

Esta edición en español es la única autorizada.

Edición en español

Editora: Leticia Gaona Figueroa

e-mail: leticia.gaona@pearsoned.com

Editora de desarrollo: Astrid Mues Zepeda

Supervisor de producción: José D. Hernández Garduño

UNDÉCIMA EDICIÓN, 2006

D.R. © 2006 por Pearson Educación de México, S.A. de C.V.

Atlacomulco 500-5to. piso

Industrial Atoto, C.P. 53519

Naucalpan de Juárez, Edo. de México

E-mail: editorial.universidades@pearsoned.com

Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana. Reg. Núm. 1031

Prentice Hall es una marca registrada de Pearson Educación de México, S.A. de C.V.

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de esta publicación pueden reproducirse, registrarse o transmitirse, por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea electrónico, mecánico, fotoquímico, magnético o electroóptico, por fotocopia, grabación o cualquier otro, sin permiso previo por escrito del editor.

El préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de uso de este ejemplar requerirá también la autorización del editor o de sus representantes.



ISBN 970-26-0841-4

Impreso en México. *Printed in Mexico.*

® 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 09 08 07 06

A tres personas cuya capacidad para adaptarse admiramos
(en orden de aparición):

Sue, Jane y Don

Resumen de contenido

Capítulo 1	Introducción	2
Capítulo 2	Perspectivas teóricas sobre la conducta desadaptada	44
Capítulo 3	La empresa terapéutica: opciones, técnicas y evaluación	86
Capítulo 4	Clasificación y evaluación	126
Capítulo 5	Estrés, afrontamiento y conducta inadaptada	156
Capítulo 6	Desadaptaciones orgánicas: trastornos de la conducta alimentaria, el sueño y psicofisiológicos	182
Capítulo 7	Trastornos de la preocupación por el cuerpo	218
Capítulo 8	Trastornos de ansiedad	236
Capítulo 9	Variantes y trastornos sexuales	270
Capítulo 10	Trastornos de la personalidad	302
Capítulo 11	Trastornos del estado de ánimo y suicidio	330
Capítulo 12	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	372
Capítulo 13	Trastornos por déficit cognitivo	412
Capítulo 14	Trastornos relacionados con sustancias	440
Capítulo 15	Trastornos de la infancia y la adolescencia	478
Capítulo 16	Trastornos generalizados del desarrollo y retraso mental	514
Capítulo 17	Respuesta de la sociedad a la conducta desadaptada	550

Contenido

Características especiales xvi
Prefacio xvi
Preludio xxi

1 Introducción 2

De qué trata el capítulo 3

El campo del comportamiento anormal 4

¿Qué es la psicología anormal? 5

Activadores de los problemas de salud mental 6

El estigma de la conducta anormal 7

Conducta adaptada e inadaptada 8

Panorama histórico de la conducta anormal 10

El mundo occidental antiguo 11

La Edad Media 13

El Renacimiento 14

La Edad de la Razón y la Ilustración 15

El movimiento de la Reforma 17

Conceptos recientes sobre la conducta anormal 19

Enfoque psicológico 19

Enfoque orgánico 20

Convergencia de los enfoques 20

Resiliencia, afrontamiento y vulnerabilidad, 20

Epidemiología de la conducta desadaptada 22

Prevalencia, incidencia y factores de riesgo 23

Búsqueda de ayuda para la conducta anormal 24

Razones para la asistencia clínica 24

Fuentes de ayuda 26

Investigaciones en la psicología anormal 28

Observación de la conducta 28

El papel de la teoría 30

El trabajo de la investigación 30

Tipos de investigación 31

Diseño de investigación, análisis estadístico e inferencia 37

Aspectos éticos de la investigación 39

El mensaje con el que nos quedamos 39

Resumen del capítulo 39

2 Perspectivas teóricas sobre la conducta desadaptada 44

De qué trata el capítulo 45

El papel de la teoría en la psicología anormal 45

La orientación de este libro 46

La perspectiva biológica 47

Factores genéticos 48

El sistema nervioso y el cerebro 51

Las glándulas endocrinas 55

La revolución de las neurociencias 56

Integración de los sistemas biológicos y psicológicos 58

Perspectiva psicodinámica 59

Freud y el psicoanálisis 60

Enfoques contemporáneos del psicoanálisis 65

Evaluación de la teoría psicoanalítica 66

Perspectiva conductista 66

Condicionamiento clásico 67

Condicionamiento operante 67

Teorías sociocognitivas 70

Perspectiva cognitiva 71

Conducta desadaptada y cognición 72

Terapias cognitivas 73

Perspectiva humanista-existencial 75

El punto de vista humanista 75

Punto de vista existencial 76

Perspectiva cultural-comunitaria 76

Roles sociales y etiquetamiento 77

Contribuciones de la perspectiva comunitaria 78

El enfoque interaccional 78

El mensaje con el que nos quedamos 82

Resumen del capítulo 82

3 La empresa terapéutica: opciones, técnicas y evaluación 86

De qué trata el capítulo 87

Psicoterapia 95

Teoría psicodinámica y psicoanálisis 96

Terapias humanistas y existenciales 97

Psicoterapia cognitiva	98
Psicoterapias breves	99
¿Qué tan eficaz es la psicoterapia?	100
Enfoques cognitivo-conductuales	103
Terapia conductual	103
Terapia cognitivo-conductual	103
¿Qué tan eficaces son los enfoques cognitivo y conductual?	106
Integración y extensión de las terapias psicológicas	106
Enfoques integradores del tratamiento	106
Enfoques de grupo	107
¿Qué tan eficaces son los enfoques de grupo?	111
Investigación de las terapias psicológicas	111
Características comunes y únicas de las terapias	112
Resultados terapéuticos	112
Comparación de las terapias	113
Reconocimiento de la diversidad cultural y étnica	114
Integración de enfoques terapéuticos con bases psicológicas	114
Terapias biológicas	115
Terapia electroconvulsiva (TEC)	115
Terapias con medicamentos	116
¿Qué tan eficaces son las terapias biológicas?	117
Hospitalización	119
El mensaje con el que nos quedamos	121
Resumen del capítulo	122
4 Clasificación y evaluación	126
De qué trata el capítulo	127
Clasificación: categorías de conductas desadaptadas	128
Ventajas y desventajas de la clasificación	128
Vulnerabilidad, resiliencia y afrontamiento	129
El enfoque multiaxial	130
DSM-IV-TR	130
Las principales categorías de diagnóstico	131
Evaluación del enfoque multiaxial del DSM	133
Investigación sobre la clasificación	134
Evaluación: la base de la clasificación	137
La entrevista	137
Pruebas de inteligencia	142
Pruebas neuropsicológicas	143
Evaluación de la personalidad	143

Evaluación conductual	150
Evaluación cognitiva	150
Evaluación de las relaciones	151
Evaluación corporal	152
El mensaje con el que nos quedamos	153
Resumen del capítulo	154
5 Estrés, afrontamiento y conducta inadaptada	156
De qué trata el capítulo	157
Estrés y afrontamiento	158
Habilidades de afrontamiento	159
El proceso de afrontamiento	159
Apoyo social	162
Situaciones estresantes y transiciones en la vida	162
Situaciones desencadenantes de estrés	163
Transiciones en la vida	168
Reacciones clínicas ante el estrés	169
Trastornos adaptativos	170
Trastornos por estrés agudo	171
Trastornos disociativos	172
Tratamiento de problemas relacionados con el estrés	177
Terapia de apoyo	177
Fármacos	177
Entrenamiento en relajación	177
Desensibilización sistemática	178
Modificación cognitiva	178
Intervención social	178
Retos en el tratamiento de problemas relacionados con el estrés	178
El mensaje con el que nos quedamos	178
Resumen del capítulo	179
6 Desadaptaciones orgánicas: trastornos de la conducta alimentaria, del sueño y psicofisiológicos	182
De qué trata el capítulo	183
Interacciones orgánicas, sociales y psicológicas	184
El modelo biopsicosocial	184
Medicina conductual y psicología de la salud	185
Estrés y enfermedad	188

Trastornos de la conducta alimentaria 190

Anorexia nerviosa 190
Bulimia nerviosa 193
Atracones 198
¿Pueden prevenirse los trastornos de la conducta alimentaria? 198

Trastornos del sueño 198

Procesos del sueño 199
Disomnias 201
Parasomnias 202

Trastornos psicofisiológicos 203

Trastornos cardiovasculares 204
Cáncer 210

Dilemas diagnósticos 212

Síndrome de fatiga crónica 212
Dolores de cabeza 213
Síndrome de intestino irritable 215

El mensaje con el que nos quedamos 215

Resumen del capítulo 216

7 Trastornos de la preocupación por el cuerpo 218

De qué trata el capítulo 219

Trastornos somatomorfos 219

Trastornos del dolor 220
Trastornos de somatización 225
Trastornos de conversión 227
Hipocondría 228
Trastorno dismórfico corporal 229

Trastornos facticios y fingimiento 231

El mensaje con el que nos quedamos 232

Resumen del capítulo 234

8 Trastornos de ansiedad 236

De qué trata el capítulo 237

La experiencia de la ansiedad 238

Trastorno de ansiedad generalizada 240

Trastorno de angustia 241

Fobias 245

Fobias específicas 246

Fobias sociales 247

Agorafobia 250

Trastorno obsesivo-compulsivo 252

Trastornos por estrés postraumático 256

Factores de vulnerabilidad 257
La experiencia postraumática 258

Interpretación y tratamiento de los trastornos de ansiedad 259

La perspectiva psicodinámica 259
Perspectiva conductual 261
La perspectiva cognitiva 262
La perspectiva biológica 265

El mensaje con el que nos quedamos 267

Resumen del capítulo 267

9 Variantes y trastornos sexuales 270

De qué trata el capítulo 271

Panorama cambiante del comportamiento sexual 271

Estudios sobre la conducta sexual 272
Homosexualidad: un ejemplo del panorama cambiante del comportamiento sexual 275
Bisexualidad: una variante sexual poco estudiada 276
Orígenes de la orientación sexual 276

Disfunción sexual 277

Tipos de disfunción sexual 277
Tratamiento de la disfunción sexual 281

Trastorno de la identidad sexual 285

Problemas de identidad sexual en niños 285
Trastornos de la identidad sexual en adultos 286
Posibles causas del trastorno de identidad sexual 288

Las parafilias 289

Fetichismo 289
Fetichismo travestista 292
Sadismo y masoquismo sexual 294
Voyeurismo 295
Frotteurismo 295
Exhibicionismo 295
Pedofilia 296
Perspectivas sobre las parafilias 297

Victimización sexual 298

Victimizadores sexuales 298
Acoso sexual 298

El mensaje con el que nos quedamos 299

Resumen del capítulo 299

10 Trastornos de la personalidad 302

De qué trata el capítulo 303

Clasificación de los trastornos de la personalidad 304

Conductas extrañas o excéntricas 307

Trastorno paranoide de la personalidad 307

Trastorno esquizoide de la personalidad 308

Trastorno esquizotípico de la personalidad 309

Conductas dramáticas, emocionales o erráticas 311

Trastorno histriónico de la personalidad 311

Trastorno narcisista de la personalidad 312

Trastorno límite de la personalidad 312

Trastorno antisocial de la personalidad 317

Conductas ansiosas o temerosas 322

Trastorno de la personalidad por evitación 322

Trastorno de la personalidad por dependencia 323

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad 324

Tratamiento de los trastornos de la personalidad 326

El panorama de la clasificación de los trastornos de la personalidad 326

El mensaje con el que nos quedamos 328

Resumen del capítulo 328

11 Trastornos del estado de ánimo y suicidio 330

De qué trata el capítulo 331

Estado de ánimo depresivo 331

Trastornos del estado de ánimo 332

Depresión 333

Factores de vulnerabilidad de la depresión 334

Trastornos depresivos 337

Trastorno distímico 337

Trastorno depresivo mayor 339

Causas y tratamiento de la depresión 341

Factores biológicos en la depresión 341

Tratamientos biológicos 343

Tratamiento psicológico 349

La perspectiva humanista-existencial 350

Perspectiva conductual 350

Tratamiento conductual de la depresión 351

Perspectiva cognitiva 351

Terapia cognitivo-conductual 353

Perspectiva de la vulnerabilidad y la resiliencia 354

Tratamiento combinado de la depresión 355

Trastornos bipolares 356

Trastorno bipolar I 358

Trastorno bipolar II 359

Trastorno ciclotímico 361

Causas y tratamiento del trastorno bipolar 361

Factores genéticos 361

Tratamiento con bases biológicas del trastorno bipolar 362

Factores psicosociales y episodios bipolares 362

Enfoques psicológicos de pacientes bipolares y sus familias 363

Suicidio 364

Enfermedad mental y suicidio 364

Factores de riesgo para el suicidio 364

Eventos de vida y suicidio 366

Suicidio por contagio 367

Prevención del suicidio 367

El mensaje con el que nos quedamos 368

Resumen del capítulo 369

12 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 372

De qué trata el capítulo 373

Trastornos psicóticos 373

Esquizofrenia 374

Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR 375

Síntomas positivos y negativos 378

Trastornos del espectro esquizofrénico 383

Desarrollo de la esquizofrenia 383

Factores genéticos 383

Factores prenatales 385

Estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia 392

Estudios familiares 392

Estudios de gemelos 393

Estudios de adopción 394

Vulnerabilidad y características de las familias adoptivas 394
Estudios de alto riesgo y búsqueda de indicadores 395

Enfoques terapéuticos 398

Antipsicóticos 400
Enfoques psicosociales 401
Programas familiares 404
Apoyo de la comunidad 406
Enfoque de tratamiento combinado 406

Otros trastornos psicóticos 407

Trastorno esquizoafectivo 407
Trastorno delirante 408
Trastorno psicótico compartido 408

El mensaje con el que nos quedamos 409

Resumen del capítulo 409

13 Trastornos por déficit cognitivo 412

De qué trata el capítulo 413

El cerebro: una perspectiva interaccionista 414

Vulnerabilidad a los trastornos cerebrales 414
Evaluación del daño cerebral 416

Delirium 418

Delirium tremens 419

Demencia 419

Enfermedad de Alzheimer 421
Enfermedad de Pick 428
Enfermedad de Huntington 428
Enfermedad de Parkinson 430
Trauma cerebral: lesiones, tumores e infecciones 430

Trastornos amnésicos 433

Diversidad de trastornos por déficit cognitivo 433

Trastornos cerebrovasculares 434
Demencia vascular 434
Síndrome de Korsakoff 434
Epilepsia 434

Un enfoque integral de los trastornos cerebrales 435

El mensaje con el que nos quedamos 436

Resumen del capítulo 437

14 Trastornos relacionados con sustancias 440

De qué trata el capítulo 441

Trastornos por uso de sustancias 442

Dependencia de sustancias 442
Abuso de sustancias 443

Trastornos inducidos por sustancias 443

Trastornos relacionados con el alcohol 444

Uso excesivo del alcohol 445
Teorías y tratamiento 447
Prevención de los trastornos relacionados con el alcohol 457

Otras drogas 457

Barbitúricos y tranquilizantes 457
Los opiáceos 459
Cocaína 462
Anfetaminas 464
Alucinógenos 465
Fenciclidina (PCP) 466
Inhalantes 467
Cannabis 467
Nicotina 468
Cafeína 471

¿Existe un camino final común? 472

Dependencia de sustancias y la política pública 472

¿Existen adicciones conductuales? El dilema del juego patológico 472

El mensaje con el que nos quedamos 474

Resumen del capítulo 475

15 Trastornos de la infancia y la adolescencia 478

De qué trata el capítulo 479

Trastornos externalizados 481

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad 481
Trastorno negativista desafiante 489
Trastorno disocial 490

Trastornos internalizados 495

Trastorno de ansiedad por separación 496
Otros trastornos de ansiedad en la infancia 497
Tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños 502
Depresión 502

Otros trastornos de la infancia 505

Terapia para niños y adolescentes 506

Terapia de juego 508

Terapia conductual y cognitivo-conductual 509

Terapia familiar 510

Eficacia de la terapia con niños 510

El mensaje con el que nos quedamos 510

Resumen del capítulo 511

16 Trastornos generalizados del desarrollo y retraso mental 515

De qué trata el capítulo 515

Trastornos generalizados del desarrollo 515

Trastorno autista 516

Trastorno de Asperger 529

Trastorno desintegrativo infantil 530

Trastorno de Rett 530

¿Existe un espectro autista? 531

Retraso mental 532

Causas del retraso mental 532

Panorama histórico del retraso mental 533

Trastornos con causas genéticas 534

Síndrome de X frágil 535

Síndrome de Down 536

Ambiente fetal y el retraso mental 538

Síndrome de alcoholismo fetal 539

Problemas peri y postnatales 540

Desventaja psicosocial 540

Tipos de prevención e intervención en el retraso mental 540

Programas de intervención temprana 541

Programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales 545

Reconocimiento y tratamiento de problemas psicológicos 546

Las familias de los niños con retraso mental 546

El mensaje con el que nos quedamos 547

Resumen del capítulo 547

17 Respuesta de la sociedad a la conducta desadaptada 550

De qué trata el capítulo 551

Tipos de prevención 551

Niveles de prevención 552

Prevención centrada en las situaciones y en las competencias 554

Áreas de prevención 555

La familia 556

La escuela 559

La comunidad 560

Diversas rutas de prevención 561

Psicología comunitaria 562

Paraprofesionales 562

Grupos de autoayuda 563

Tratamiento en la comunidad 564

Problemas de los programas comunitarios 564

Mejoras a los programas de tratamiento comunitario 567

Aspectos legales del tratamiento y la prevención 568

Institucionalización 568

Los derechos de los pacientes 575

Confidencialidad y obligación de poner sobre aviso 576

Comentarios finales 577

El mensaje con el que nos quedamos 577

Resumen del capítulo 578

Glosario 581

Referencias 613

Créditos de las fotografías 653

Índice de autores 657

Índice temático 665

Características especiales



RELATOS PERSONALES

Cuadro 1-1 Las personas con enfermedades mentales requieren comprensión 6	Cuadro 12-3 Reducción de la culpa que siente la familia por la esquizofrenia 404
Cuadro 8-2 Trastorno obsesivo-compulsivo 253	Cuadro 13-3 Un tumor cerebral maligno 432
Cuadro 11-1 El estigma de la enfermedad mental 334	Cuadro 14-1 La batalla contra el alcoholismo 455



INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

Cuadro 1-3 El ensayo clínico 35	Cuadro 10-2 ¿La terapia conductual dialéctica ayuda a los pacientes con trastorno límite de la personalidad? 318
Cuadro 2-2 Aspectos interaccionales en la investigación de la conducta desadaptada 80	Cuadro 10-4 Consideración de la cultura 327
Cuadro 3-2 ¿Por qué los pacientes no siempre toman sus medicinas? 118	Cuadro 11-2 Trastorno afectivo estacional 344
Cuadro 4-1 Características formales e informales de la situación de evaluación 145	Cuadro 12-1 Hechos memorables conceptuales en el estudio de la esquizofrenia 376
Cuadro 5-2 11 de septiembre de 2001 164	Cuadro 13-2 Primeros indicadores de la enfermedad de Alzheimer 425
Cuadro 6-1 Medicina conductual y psicología de la salud: investigación y cuestiones clínicas 186	Cuadro 14-2 Beber en el campus 458
Cuadro 6-2 ¿Dónde entra la obesidad? 196	Cuadro 15-2 Negativa a ir a la escuela 498
Cuadro 7-2 Entendiendo la histeria colectiva 228	Cuadro 16-2 Trastornos del aprendizaje, de la comunicación de las habilidades motoras 542
Cuadro 8-3 Comorbilidad 260	
Cuadro 9-1 La relación conyugal, el ajuste psicológico y la disfunción sexual 280	



RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

Cuadro 1-2 Adolph Wölflí 9	Cuadro 14-3 ¿Piensa renunciar? 471
Cuadro 2-1 Sobrevivir a un campo de concentración 77	Cuadro 15-3 El papel de los antecedentes culturales 507
Cuadro 5-1 Afrontamiento adaptado e inadaptado 160	Cuadro 16-1 Vivir con autismo: dos experiencias 518
Cuadro 6-3 El sueño REM y los sueños 200	Cuadro 17-1 Lograr independencia con la ayuda de agencias comunitarias 565
Cuadro 7-1 Estrés, personalidad y dolor 222	



CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

Cuadro 3-1 La terapia utiliza diversos componentes cognitivo-conductuales 107	Cuadro 11-3 El trastorno bipolar y un formato de inversión 360
Cuadro 8-1 Un hombre ansioso, meticuloso y exigente busca ayuda 243	Cuadro 12-2 Investigación de la esquizofrenia desde diversas perspectivas 386
Cuadro 9-2 Un enfoque cognitivo-conductual de la disfunción sexual 283	Cuadro 13-1 Sarah se cayó y su vida cambió para siempre 415
Cuadro 9-3 Comprendiendo la identidad sexual: el niño que fue educado como niña 290	Cuadro 14-4 Bingo, ¿es un juego emocionante o una adicción? 473
Cuadro 10-1 Investigando el pensamiento esquizotípico 310	Cuadro 15-1 Provocar incendios 492
Cuadro 10-3 Trastorno antisocial de la personalidad 320	Cuadro 17-2 ¿Debe ejecutarse a las personas con locura? 572

Prefacio

Los autores que modifican sus libros de texto se enfrentan a muchas decisiones: ¿Qué se debe agregar o cambiar? ¿Qué se debe mantener? ¿Qué se debe eliminar o reducir? Nosotros ubicamos estas preguntas en cuatro áreas de competencia: *marco de trabajo conceptual*, *material clínico*, *investigación* y *pedagogía*. Cada una es muy importante para los estudiantes de cursos de Psicología Anormal y Psicopatología. Un enfoque conceptual coherente proporciona los principios de organización necesarios para entender temas complejos. El material de los casos clínicos es crucial ya que, después de todo, este campo de lo que trata es de personas reales con problemas reales. La investigación es la parte central del estudio de la conducta inadaptada porque las nuevas evidencias tienen gran influencia sobre la forma en que entendemos a las personas con problemas. La pedagogía es decisiva para presentar el material en forma clara y atractiva y, a la vez, mantener el interés de los estudiantes.

Marco de trabajo de la undécima edición

Seguimos creyendo en un punto de vista interaccional sobre la conducta anormal, pues las investigaciones recientes han proporcionado apoyo adicional para este punto de vista. Las personas tienen problemas debido a interacciones que involucran los atributos personales propios y las situaciones y retos que enfrentan en la vida. Hacemos énfasis en las características personales con las que las personas contribuyen debido a la creciente evidencia de que lo que llevamos a las situaciones de la vida (nuestras vulnerabilidades) y nuestra capacidad para recuperarnos de los reveses y obstáculos (nuestra resiliencia) tiene mucho que ver con los trastornos, tratamientos y resultados clínicos. Sin embargo, el trabajo clínico implica el análisis de las interacciones más allá de las relaciones entre la persona y la situación. También es necesario considerar las interacciones entre los procesos psicológicos, biológicos y culturales. Los investigadores y los especialistas clínicos se enfocan cada vez más en estas interacciones, por el incremento en la evidencia respecto de su importancia en diferentes enfermedades, en especial trastornos de la ansiedad, trastornos del estado de ánimo y esquizofrenia. Muchas personas creyeron, durante demasiado tiempo, que la biología maneja casi todo y que los defectos biológicos siempre son la base de la conducta inadaptada. Mientras resaltamos el papel de los determinantes biológicos en donde sea pertinente (y están demostrando ser pertinentes en un número cada vez mayor de trastornos), también destacamos la creciente evidencia de que el medio ambiente puede tener un mayor impacto en los procesos biológicos (por ejemplo, en la forma en que funciona el cerebro). Por último también existe creciente evidencia de que el tratamiento con frecuencia requiere de una combinación de elementos (por ejemplo, medicamentos y psicoterapia) para lograr resultados óptimos.

Material clínico

Mientras más clases de psicología anormal impartimos, más apreciamos el valor para los estudiantes del material de casos. Los rela-

tos de personas reales —con sus vulnerabilidades, resiliencia y retos para enfrentar situaciones— le dan vida a los temas. Con frecuencia, el dicho “una imagen (o ejemplo) vale más que mil palabras” es totalmente correcto. Por esta razón, hemos incrementado el número de casos que utilizamos para ilustrar la conducta anormal, y hemos utilizado casos en muchas formas diferentes. Algunos casos, como los tres de terapia abarcativa que abren el capítulo 3, ilustran los principios clínicos y plantean tópicos conceptuales a los que nos referimos a lo largo del capítulo. También incluimos cuadros de *Caso de Estudio* y *Relatos Personales* que ayudan a los estudiantes a adquirir empatía respecto de las experiencias personales de inadaptación y desviación. Por último, la cantidad de ejemplos de casos breves a lo largo del texto también ayudan a los estudiantes a entender y recordar características claves de los trastornos que se explicaron. En muchos casos hemos utilizado ejemplos relevantes de eventos recientes reportados en los medios de comunicación para aumentar el interés del estudiante y para destacar la realidad de los problemas expuestos.

Investigación

La investigación nos permite saber cuándo los caminos clínicos que se tomaron no llevan a ningún lado, y cuándo hay caminos nuevos que deben explorarse más. En cada edición de este libro nos han impresionado las explosiones de conocimiento que ocurren cotidianamente en el campo de la psicología anormal y de la psicopatología. Por ejemplo, la estimulación magnética transcraneal (EMT) ha surgido de manera repentina como una adición potencialmente valiosa para enfocar el tratamiento de los trastornos del ánimo y esquizofrenia. Si los estudios neurogenéticos continúan tan prometedores como lo han sido en años recientes, podrían ser la base para elaborar enfoques de tratamiento mejorados. En pocas palabras, la investigación de la conducta inadaptada está en pleno florecimiento, por lo cual en esta edición el número de referencias a la investigación reciente es mucho mayor que en cualquier edición anterior.

Pedagogía

Seguimos creyendo que, si deseamos que los estudiantes se beneficien con los libros de texto, éstos deben ser accesibles e interesantes. Se han conservado muchas características pedagógicas que adquirieron mucha popularidad en ediciones previas, incluyendo cuadros de *Caso de Estudio* y de *Relatos Personales*. Una de las características más populares de ediciones anteriores fueron los cuadros de *Resiliencia* y *Vulnerabilidad* que ilustran el papel que juegan ciertos atributos personales negativos y positivos; en esta edición hemos aumentado la cantidad de estos cuadros. Una serie de cuadros de *Investigación de Primer Plano* nos **permite explorar** a profundidad importante evidencia de investigación.

Además de estas características pedagógicas, hemos agregado a esta edición varias características nuevas. El libro empieza con un *Preludio* que contiene un intercambio de correos electrónicos entre un hermano y una hermana que están en la universidad, los cuales están preocupados por su propia adaptación y por los problemas psicológicos de su padre. Los correos electrónicos plantearán

de inmediato en la mente del estudiante preguntas sobre la forma en que las familias y los individuos enfrentan las dificultades psicológicas. Cada capítulo comienza con *De qué trata el capítulo*, que es una perspectiva general del material que se cubrirá. Al terminar cada capítulo, en *El mensaje con el que nos quedamos*, presentamos algunos de nuestros puntos de vista relacionados con el material que se cubrió. Basados en nuestras experiencias en el salón de clases, sabemos que a los estudiantes les interesa lo que el instructor piensa sobre los temas que se expusieron en ella. Esperamos que nuestras ideas al final del capítulo motiven a los estudiantes a desarrollar y expresar sus propias ideas acerca de los temas. Por último, al final de la mayoría de los capítulos recomendamos *Un Buen Libro* que los estudiantes pueden leer para lograr empatía y tener perspectivas sólidas sobre la conducta adaptada e inadaptada. Por lo regular todos estos libros están disponibles en ediciones de pasta blanda o en librerías, y ofrecen una lectura apasionante que enriquecerá la comprensión del estudiante sobre los temas cubiertos en el texto.

Otro material nuevo en la undécima edición

Al revisar un libro es necesario evitar la tentación de agregar pero no eliminar. Sucumbir a esta tentación es peligroso porque puede provocar que un libro de texto crezca en demasía y que el estudiante se sienta abrumado. Hemos trabajado mucho para no saturar a los alumnos con el contenido de este libro, y creemos que lo hemos logrado. Mediante una eliminación prudente, logramos que el libro esté actualizado con respecto a la investigación y consulta clínica; además, de esta forma le otorgamos profundidad adicional al conocimiento de los estudiantes que lo leerán.

En esta edición hemos introducido un cambio estructural. El capítulo sobre enfoques terapéuticos (anteriormente capítulo 16) ha sido revisado y convertido en el capítulo 3. Para nosotros este cambio tiene sentido ya que las diferentes terapias están estrechamente vinculadas con las perspectivas teóricas que se presentaron en el capítulo 2.

Lo que sigue es una muestra del nuevo material a lo largo de esta edición.

Capítulo 1

- Una extensa presentación sobre la vida de Adolf Wölfl, a quien le diagnosticaron psicosis, pero que es también un estimado artista creativo.
- Explicación sobre la diferencia entre las variables de moderador y de mediador.
- Evidencia reciente sobre la razón por la que los estudiantes universitarios buscan ayuda para sus problemas psicológicos.

Capítulo 2

- Evidencia reciente relacionada con la plasticidad cerebral y la neurogénesis.
- Amplia exposición sobre la orientación cognitiva-conductual
- Material adicional sobre la perspectiva humanista-existencial.

Capítulo 3

- Estadísticas recientes sobre el uso de diversas terapias.

- Comparaciones relacionadas con la efectividad de diferentes enfoques terapéuticos.
- Efectos de los medicamentos en los sistemas corporales.
- Meta análisis recientes relacionados con terapias y origen étnico.

Capítulo 4

- Nuevas tablas que resumen los términos de diagnóstico.
- Evidencia relacionada con la necesidad de tomar en cuenta el origen étnico en el proceso de diagnóstico.
- Hitos históricos del diagnóstico y la clasificación.

Capítulo 5

- Los efectos del desastre del 11 de septiembre de 2001 en los residentes neoyorquinos y en la población de todo el país.
- Avances en la investigación y el tratamiento de trastornos disociativos.
- Nuevos datos de la prevalencia del trastorno del estrés agudo.

Capítulo 6

- Papel de los factores étnicos en la enfermedad física y en su diagnóstico.
- Estilos de afrontamiento relacionados con la recuperación de la enfermedad (especialmente la enfermedad cardíaca coronaria).

Capítulo 7

- Nuevas perspectivas (y un nuevo marco conceptual) en relación con los trastornos somatomorfos.
- Evidencia reciente y ejemplos de trastornos de la dismorfia corporal.
- La más reciente información sobre los aspectos psicosociales del dolor.

Capítulo 8

- Nueva tabla que resume los trastornos de la ansiedad.
- Combinación de diferentes enfoques terapéuticos para tratar los trastornos de la ansiedad.
- Nuevo material de casos de trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- Nuevo material de casos de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y recientes hallazgos en imagenología del cerebro.

Capítulo 9

- Evidencia reciente relacionada con trastornos de identidad de género.
- Recientes enfoques de tratamiento para acosadores sexuales.
- Material adicional de casos relacionados con el transexualismo.

Capítulo 10

- Nuevas tablas de resumen modificadas relacionadas con trastornos de la personalidad.
- Evidencia reciente de características de personalidad de aquellos con trastornos distímicos.
- Pronosticadores del trastorno de la personalidad limítrofe y resultados terapéuticos.
- El enfoque dimensional a los trastornos de la personalidad.

Capítulo 11

- Uso de estimulación magnética transcraneal (EMTC) en trastornos del estado de ánimo.
- Enfoques psicológicos de personas con trastornos bipolares y sus familias.
- Datos recientes sobre la epidemiología del suicidio.
- Combinación de medicamentos antidepresivos con terapias cognitivo-conductuales e interpersonales.

Capítulo 12

- Modelos de transmisión genética de la esquizofrenia.
- Comparaciones de medicamentos populares que se utilizan para tratar la esquizofrenia, que incluyen personas en la categoría de psicóticos atípicos.
- Hitos en la conceptualización de la esquizofrenia.
- Déficit cognitivos de la esquizofrenia.

Capítulo 13

- Enfoques recientes respecto de la evaluación neuropsicológica.
- Evidencia reciente respecto de la epidemiología y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.
- Papel del hipocampo en la enfermedad de Alzheimer.
- Diagnóstico del deterioro cognitivo leve.

Capítulo 14

- Diferencias étnicas en relación con las reacciones al alcohol y al alcoholismo.
- Desarrollos recientes en el estudio de la adicción al juego.
- Evaluación de los programas de metadona y buprenorfina.

Capítulo 15

- La epidemiología y el diagnóstico del trastorno del déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Evaluación de programas de tratamiento para la niñez.
- Conceptualización del tratamiento de la depresión infantil (con una nueva estrategia integrativa).
- Nuevo material de investigación y clínico relativo a los trastornos infantiles de la ansiedad.

Capítulo 16

- Evidencia reciente sobre anomalías cerebrales en autismo.
- Factores genéticos en el trastorno de Rett.
- Evidencia en relación con los trastornos de la lectura.

Capítulo 17

- Importancia de la psicología comunitaria para resolver problemas sociales.
- Revisión de las leyes estatales respecto de la defensa de las personas con trastornos mentales.
- Empleo de hospitales durante el día.
- Decisiones judiciales recientes que afectan a personas con trastornos mentales.

Este libro se complementa con una página web en inglés que se encuentra en www.pearsoneducacion.net/sarason. Preparada por Keith Dobson, University of Calgary, este recurso en línea, sin costo, les ofrece a los estudiantes diversas herramientas de estudio, que incluyen objetivos de aprendizaje, repaso del capítulo, vínculos a páginas web relacionadas, tarjetas de ayuda pedagógica para repasar los términos clave y cuestionarios que proporcionan puntuación inmediata y retroalimentación.

Las respuestas a nuestro libro a lo largo de los años nos complacen enormemente. Hemos conocido personas de todo el mundo que nos ha comentado acerca de cuando han usado nuestro libro. Hemos recibido llamadas telefónicas y correos electrónicos de antiguos y actuales lectores, solicitando casos para lo que consideran problemas clínicos en ellos mismos o en miembros de la familia. Hasta hemos recibido correspondencia de lectores con comentarios sobre varios aspectos del libro, o que desean compartir sus ideas con nosotros, y sus sugerencias nos han beneficiado. Tal vez el aspecto más gratificante de escribir este libro es la evidencia de que ayuda a los estudiantes, y también los estimula intelectualmente.

Irwin recibió este mensaje de correo de correo electrónico en abril de 2004, que es un ejemplo de esta evidencia que nos parece tan gratificante.

Dr. Sarason:

Yo estuve en su clase hace un par de años durante una pequeña clase vespertina.

Últimamente, mis compañeros de trabajo y yo hemos estado bajo un enorme estrés laboral porque siento que hay demasiado trabajo y muy pocos empleados. Durante el fin de semana decidí hojear la novena edición de su libro de texto a manera de actualización sobre la forma de afrontar el estrés. En la página 134 hay una tabla con el título “Asistencia para el afrontamiento conductual” que me ha sido de tremenda ayuda. La compartí con algunos de mis compañeros de trabajo y estoy seguro que les parecerá tan útil, como me lo pareció a mí. [...] Cuando tengo una pregunta acerca de cualquier tema relacionado con la Psicología Anormal y con la Psicopatología, su texto me sirve de referencia y con frecuencia es el primer sitio al que acudo. Bueno, solamente quererle darle las gracias.

[Una tabla similar, tabla 5-3, aparece en esta undécima edición en la página 161].

Reconocimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas por la ayuda que nos prestaron, al proporcionarnos ideas, material y apoyo: Graenum Schiff, Debbie Chun, Suzanne Sarason, Paul Thompson, y Paul McDavid. También agradecemos el apoyo y aliento que recibimos de Jeff Marshall, Stephanie Johnson y de todo el equipo de Prentice Hall que contribuyó a esta edición. Brittny Corrigan-McElroy, editor de producción de Interactive Composition Corporation, nos ayudó especialmente a guiar al libro

durante el proceso de producción. Por último, gracias a los revisores de esta edición: Jeannie D. DiClementi, Indiana University—Purdue University, Fort Wayne; Khanh Dinh, University of Massachusetts, Lowell; Anne E. Fisher, University of South Florida at Sarasota/Manatee; Pamela V. Hagan, Spartanburg Technical College; Sandra M. Harris, Troy State University, Montgomery;

Elissa Koplik, Bloomfield College; Michael Mayers, University of Connecticut; Robert Sommer, University of California, Davis; y Stephen Weiss, Three Rivers Community College. Agradecemos el excelente trabajo de preparación tipográfica realizado por David Abel. Nuestro agradecimiento especial para Elaine Soares, que hizo un espléndido trabajo de investigación fotográfica.

Preludio: Algunos mensajes de correo electrónico

Septiembre 14, 2001

Querido Jim:

Espero que recibas este mensaje en cuanto llegues. El hecho de haber vivido hace dos años la transición de ir a la universidad me permite entender por lo que estás pasando en estos momentos. Igual que tú, mi ida a la universidad constituyó la primera vez en que fui realmente independiente (aun cuando en ese momento no me sentía muy independiente).

De cualquier forma, sólo quería que supieras que tu hermana está pensando en ti. Espero que todo te salga bien. No es fácil adaptarse, pero estoy segura de que lo vas a lograr.

Con cariño, Jan

Septiembre 18, 2001

Querida Jan:

Muchas gracias por tu nota. Es bueno saber que estás pensando en mí y que me deseas lo mejor.

Quisiera poder decirte que todo va viento en popa, pero la mayor parte del tiempo ha sido difícil. Aunque vine en julio para recibir la orientación, todo me parece extremadamente nuevo. Me parece increíble no estar en casa y en mi cómoda —y privada— habitación. El muchacho con el que comparto el dormitorio es muy agradable, pero a veces tengo la auténtica necesidad de estar a solas. Las cosas están mejorando, pero me siento desorientado y me encuentro preguntándome qué estoy haciendo aquí.”

Aunque estoy bastante ocupado, con frecuencia me encuentro pensando en papá. El día que me fui parecía estar muy triste. Entiendo que esto no debería haber sido una sorpresa ya que ha padecido de depresión muchos años. El medicamento que está tomando y la psicoterapia a la que asiste creo que le han ayudado, pero aún tiene problemas para reírse de cualquier cosa o para no tomarse a sí mismo tan en serio. Me preocupa que, como me parezco tanto a él, pueda también caer en una depresión profunda.

Bueno, ya es suficiente de mis lúgubres divagaciones. Realmente lo único que quería decirte es “gracias por pensar en mí”. Eres una buena amiga, la mejor hermana del mundo.

Con cariño, Jim

Septiembre 18, 2001

Querido Jim:

Tu descripción de lo que experimentas es igual a lo que me pasó hace dos años. Va a mejorar cada vez más.

El hecho de que te parezcas físicamente a papá no significa que seas igual a él en todo. Yo también estoy preocupada por él y también por mamá. Debe ser muy difícil para ella vivir con una persona que parece ser tan infeliz como parece serlo papá la mayor parte del tiempo. Quisiera que ella y yo pudiéramos platicar más acerca de su vida, en qué piensa y sobre qué es lo que parece que le sucede a papá. A pesar de esa falta de comunicación, ella es probablemente quien más ha influido en

mí, más que cualquier otra persona. Tal como ella, tiendo a enfocar mi atención en las tareas que hay que realizar y no en mis sentimientos. Por supuesto, los sentimientos allí están, pero, igual que mamá, tiendo a guardármelos. La gente aquí me considera una “hacedora”, alguien que cumple con su trabajo. La mayoría no tienen ni idea acerca de lo que pienso o de lo que me preocupa. Incluso mis amigos cercanos me ven como una “empresadora”, alguien a quien le pueden contar sus problemas por ser tan firme y libre de problemas. Es por ello que me eligieron para formar parte del Consejo de los dos primeros años. A veces quisiera que se preguntaran “¿cómo puedo ayudarle a lidiar con sus problemas?” Pero no me ven como a una persona con problemas.

Me gustan mis clases, pero ya me siento extenuada.

Con cariño, Jan

Septiembre 19, 2001

Querido Jim:

Sé que recibiste el mismo correo electrónico que acabo de recibir de mamá. Debe estar muy preocupada por papá para haberlo enviado. No pudo ir a trabajar esta mañana y ella no supo qué hacer para ayudarlo. No parece estar interesado en nada y está sentado en su sillón durante horas sin hacer nada. Sé que se deprime con facilidad, pero creo que ésta es la primera vez que no ha podido ir a trabajar. Creo que mamá pensó lo mismo que yo. Papá es una persona tan excesivamente responsable que el hecho de que no logre ir a la oficina y prestar ayuda a las personas que tiene bajo su cargo, definitivamente significa algo. No creo que haya nada que podamos hacer en este momento. Planeo hablar con mamá más tarde. Te avisaré si me entero de algo nuevo.

Con cariño, Jan

Septiembre 19, 2001

Querido Jim:

Hablé con mamá. Dice que papá está callado y parece estar triste todo el tiempo. También me comentó que por la expresión que tiene su cara algunas veces parece estar enojado. Yo no sabía, pero al parecer hace aproximadamente un mes dejó de ir a la psicoterapia y suspendió el medicamento antidepresivo que estaba tomando. También me comentó que la semana pasada no lo tomaron en cuenta para ocupar el puesto de Jefe de su departamento. El vicepresidente que tomó la decisión no dio ninguna explicación sobre su decisión, pero sí dijo que papá estaba realizando un excelente trabajo en su actual puesto. La otra cosa que mencionó mamá es que Harry Keller, el amigo de papá, tuvo un ataque cardíaco hace un par de semanas. Han sido amigos desde el séptimo grado.

A pesar de todo esto, mamá sonaba bastante bien. Cuando tengas un minuto libre (¡ajá!) avísame cómo va todo contigo.

Con cariño, Jan

Septiembre 19, 2001

Querida Jan:

Acabo de hablar con mamá. Algunas de las cosas que me dijo son las mismas que te contó a ti. Pero dos veces mencionó lo deprimido que estaba papá cuando me fui a principios de la semana pasada. Me pareció que se veía bien cuando regresaste a la escuela la semana anterior, pero mamá me dijo que mi partida le había caído muy mal porque todos los hijos se habían ido. Que yo me fuera parece haber marcado el final de una etapa en la vida de papá.

Mamá dijo que estaba tratando de que regresara a la psicoterapia y comenzara a tomar el medicamento de nuevo. También me contó que no había ido a trabajar hoy porque no quería dejarlo solo. Me sorprendió un poco la reacción de papá con respecto a mi partida, porque para serte totalmente franco, hubo ocasiones en las cuales yo no estaba seguro de que él siquiera notara mi presencia.

Las cosas van mejorando. Me gustan todas mis clases. Bob (mi compañero de habitación) y yo compartimos muchos intereses (a él le gusta el jazz, ambos vamos a jugar en la liga interna de baloncesto).

Mantente en contacto.

Con cariño, Jim

Desde diversos puntos de vista, estos correos electrónicos son muy instructivos. Aunque por una parte proporcionan un ejemplo de un tipo de conducta inadaptada, la depresión, por el otro no dan respuesta a diversos cuestionamientos que vienen a nuestra mente, por ejemplo: ¿Cuál es el historial de depresión del padre de Jan y Jim? ¿Cómo respondió a la psicoterapia y al medicamento? ¿Por qué los discontinuó? Si bien no tenemos información de primera mano acerca de su estado, su tristeza (en ocasiones matizada con lo que pareciera ira), su pérdida de motivación para ir a trabajar, su apatía general (sentarse en su sillón y no hacer nada) y la preocupación que despierta su estado de ánimo en otras personas son características típicas de la depresión clínica.

Los mensajes también demuestran características comunes y muchas veces frustrantes de la mayoría de tipos de problemas psicológicos, esto es, su complejidad y aquello que desconocemos. Los problemas de la vida cotidiana tienen mayor probabilidad de presentar factores interrelacionados que de presentarse como hechos aislados. Desafortunadamente, muchas veces es difícil sopesar la importancia relativa de los factores que pueden identificarse. ¿Qué tan importante es el hecho de que un individuo deprimido no haya sido tomado en cuenta para un ascenso? ¿El ataque al corazón que sufrió su amigo despertó en él preocupaciones por la vejez y la

enfermedad? El nido vacío, resultado de que los dos hijos se fueran a la universidad, ¿tuvo algo que ver con el surgimiento de sentimientos depresivos? Además de estas preguntas, la preocupación de Jim de que una tendencia hereditaria hacia la depresión pudiera afectarlo indica que es posible que los factores genéticos estén relacionados con los estados de ánimo, así como con la depresión clínica.

La razón de que esta multiplicidad de factores resulte tan frustrante es que, por lo general, no contamos con toda la evidencia que necesitamos para poder entender a cabalidad y tratar óptimamente muchas enfermedades. Además, la información con que contamos es, en muchas ocasiones, incoherente y difícil de interpretar. Por ejemplo, ¿por qué la mamá le comentó a Jim la tristeza de su papá tras su partida, pero no se lo mencionó a Jan?

La correspondencia entre Jan y Jim es interesante con respecto a ellos mismos así como en lo que a su padre se refiere. Con frecuencia, la partida a la universidad no es la aventura idílica que muchas veces pensamos. Tanto Jan como Jim experimentaron algunos momentos duros. Jan parece haber superado los suyos y, tal vez, haberse fortalecido tras la experiencia vivida durante el primer año. A pesar de que Jim apenas está al comienzo de sus estudios, su adaptación parece estar mejorando y por lo menos aparenta que ya disfruta de alguna forma. La reacción de ambos ante las tensiones que enfrentan parece ser distinta a la de su padre. Aunque son individuos relacionados biológicamente, cada uno tiene un conjunto diferente de atributos (aun cuando puede haber alguna coincidencia). A medida que estudiemos los muchos tipos de conducta anormal, encontraremos una y otra vez la necesidad de identificar las características específicas de las tensiones que los individuos enfrentan en la vida, y los mecanismos personales que aportan a estos retos.

No proporcionamos recetas, ni tampoco tratamos de responder definitivamente a todas las preguntas que puedan surgir con respecto a los diversos tipos de conducta inadaptada. No tratamos de presentar la realidad de la problemática humana ante la vida, ni su diagnóstico ni su tratamiento. La psicología anormal y la psicopatología no son para los pusilánimes, o para quienes pierden la paciencia en el momento de tomar una decisión (por ejemplo, cómo tratar un caso en particular) cuando no se cuenta con toda la información necesaria. Para nosotros es, y esperamos que para el lector también, un reto grande e importante. El reto consiste en utilizar ampliamente el conocimiento que tenemos a nuestra disposición, y extender los límites del entendimiento y del tratamiento. En ese sentido, nos preocupa tanto la situación futura de las cosas como la actual.

Nota del editor: Es necesario hacer una aclaración acerca del uso de los conceptos *psicología anormal* y *psicopatología*. En el concepto de psicología anormal pueden intervenir factores culturales o algunas conductas normales para una cultura, pueden ser anormales en otra; mientras que el concepto de psicopatología se refiere a los trastornos clínicos que afectan a los individuos independientemente de su entorno cultural.

PSICOPATOLOGÍA

Psicología anormal: el problema
de la conducta inadaptada

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Este capítulo establece la plataforma para nuestro estudio de la psicología anormal. En él definimos términos clave, describimos la clase de problemas que requieren atención clínica y mostramos la forma en que la investigación puede profundizar en el conocimiento de las causas de las dificultades psicológicas y proporcionar las claves para un tratamiento efectivo. También damos un vistazo al historial de esfuerzos realizados para comprender las razones por las cuales surgen las dificultades de salud mental y qué puede hacerse.

Bob Cates se había sentido tenso, ansioso y preocupado la mayor parte del tiempo durante toda su estancia en la importante universidad en la que estudiaba. Las cosas por hacer parecían demasiadas. Sin embargo, en su último año, a pesar del hecho de que normalmente era una persona muy activa, incluso los detalles más pequeños parecían requerir de un enorme esfuerzo. Particularmente se sentía muy presionado ante situaciones como los exámenes, la redacción de reportes y las exposiciones en clase.

Por razones no muy claras, Bob se deprimió cada vez más y comenzó a sentir que no podía continuar durante mucho más tiempo. Sus clases, y la vida en general, parecían valer cada vez menos la pena. Le costaba trabajo concentrarse en las tareas escolares y permanecía sentado durante horas en su dormitorio, algunas veces contemplando sólo el entorno.

Sus amigos se percataron de los cambios que presentaban su conducta y su estado de ánimo y comenzaron a preocuparse. Gracias a que lo animaron, Bob acudió al servicio de asesoría de la universidad donde participó en varias sesiones con un consejero de la universidad.

El 10 de agosto de 1999, Buford O. Furrow Jr. de 37 años, entró a un centro comunitario judío de Los Ángeles y disparó contra cinco personas, entre ellas tres niños que pasaban un día de campo. Escapó del lugar y poco después hirió fatalmente a un cartero. Para eludir a la policía Furrow tomó un taxi, hizo un recorrido de 275 millas por todo el desierto y pagó \$800 dólares. Al día siguiente entró desarmado a la oficina del FBI en Las Vegas y admitió ser la persona que había realizado los disparos. Declaró haber hecho fuego en el centro comunitario debido a que estaba preocupado por la pérdida progresiva de la raza blanca y deseaba enviar un mensaje a los habitantes de Estados Unidos mediante el asesinato de judíos. Aparentemente se encontró por casualidad con el cartero, un fili-

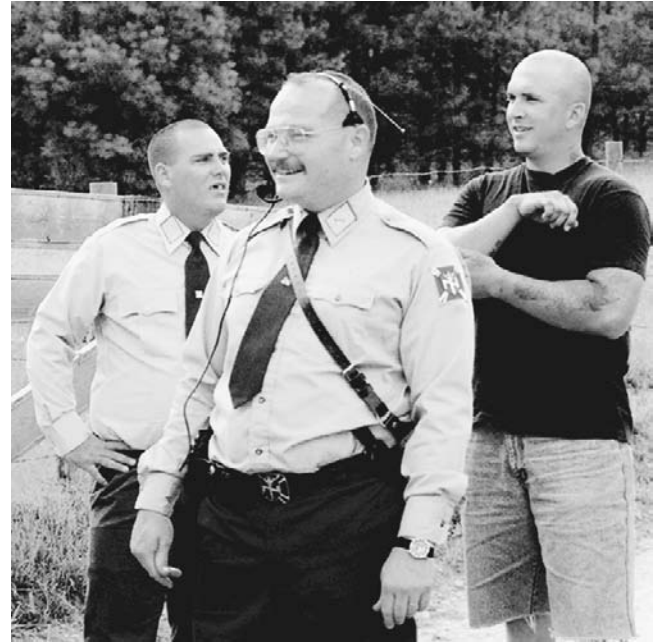


Figura 1-1 Buford O. Furrow en el complejo de la Aryan Nation.

pino-estadounidense, en una calle localizada a unos cuantos kilómetros del centro comunitario, le preguntó si podía enviar una carta por él (a lo que el cartero accedió), sacó una pistola de su bolsillo y le disparó nueve veces a quemarropa. Más tarde comentó que le había disparado porque no pertenecía a la raza blanca y se le presentó como una "oportunidad". Furrow, que vivía en el estado de Washington, llegó a Los Ángeles con un arsenal que incluía una ametralladora, un rifle de alto poder y granadas de mano.

¿Cómo pueden explicarse estos actos de violencia aparentemente absurdos? Es probable que nunca puedan explicarse de manera totalmente satisfactoria, pero fueron varios los hechos pertinentes que surgieron en el transcurso de la investigación. Furrow había pertenecido durante varios años a grupos de la supremacía blanca en el Noroeste del Pacífico. Le dijo a los oficiales que lo habían asaltado pensamientos de asesinatos en masa y de suicidio: "Algunas veces siento que puedo perderme y matar gente. También pienso que puedo matarme a mí mismo." Furrow tomó en una ocasión un curso de combate mano a mano en el complejo Aryan Nation (una organización de supremacía blanca) en Idaho (ver la figura 1-1). Un informante lo describió como una persona de temperamento violento y deseoso de tener todo bajo control. Sin embargo, algunas personas que tuvieron contacto con él hicieron comentarios favorables sobre su persona. Un antiguo patrón comentó: "Nunca faltó a su trabajo, lo realizó de manera satisfactoria y hasta donde sé nunca se vio involucrado en problema alguno."

Un año antes de los disparos en Los Ángeles, Furrow trató de apuñalar a una mujer en un centro psiquiátrico en las afueras de Seattle. Había llegado al lugar aparentando estar borracho y buscando ser admitido. Cuando los trabajadores del hospital trataron de quitarle las llaves del auto, amenazó con apuñalar a uno de ellos. Purgó 165 días de cárcel por intento de asalto. El personal de la prisión evaluó su estado mental muchas veces durante ese periodo. En retrospectiva, es fácil concluir que los expertos dejaron que un hombre muy peligroso se les escurriera de las manos. La familia de Furrow no pudo hospitalizarlo porque en el estado de Washington la ley no permite que los familiares de personas mayores de 13 años puedan internar a una persona en una institución de salud mental sin contar con su consentimiento expreso. Furrow acudió al Hospital de Fairfax debido a sentimientos de depresión e impulsos suicidas. Los registros muestran que en cierto momento se le administraron medicamentos antidepresivos y que pareció mejorar sustancialmente, incluso hasta llegar a la normalidad. Sin embargo, no siempre tomó los medicamentos prescritos.



El campo del comportamiento anormal

Bob Cates y Buford Furrow, ambas personas aquejadas por la preocupación, son completamente diferentes. Ilustran la amplia gama de problemas que enfrentan los profesionales de la salud mental.

¿Qué tan anormal es Bob Cates? Aunque no contamos con ninguna base que nos lleve a concluir que Bob está “loco” no cabe duda que ha enfrentado serios problemas para adaptarse a la universidad. La información con que se cuenta no muestra cuál es la presión real ejercida por sus padres durante ese periodo. Sus pensamientos suicidas y el hecho de que pasara largas horas sentado en su habitación nos conducen a pensar que las dificultades de adaptación que enfrentaba eran mucho más serias de las que presentan los estudiantes en general.

Las dificultades de Bob Cates eran totalmente diferentes de las de Buford Furrow. Mientras que Cates no lastimó a nadie, Furrow atacó de forma violenta a otras personas y tuvo una reacción negativa hacia ciertos grupos raciales y étnicos. Mientras que Cates deseaba en forma ferviente cambiar importantes aspectos de su vida y buscaba ayuda afanosamente, Furrow parecía ambivalente acerca de obtener y hacer uso de la ayuda profesional. Sin embargo, compartieron una característica: sentimientos de depresión.

El problema de Bob Cates formó parte de un patrón a largo plazo, pero estaba relacionado también con situaciones que se le presentaban en su vida diaria. Sus padres siempre hicieron hincapié en la importancia del arduo trabajo y de los logros. Sus excelentes calificaciones en la preparatoria muestran hasta qué punto

había aprendido a luchar por el éxito. Lo que parecía ocurrir en la universidad (muchos hechos distaban en gran medida de estar claros) era que por vez primera comenzó a cuestionarse los valores en los que basaba su necesidad de logros.

A medida que la terapia de Bob avanzaba, se dio cuenta de que, sutilmente, sus padres lo habían modelado para convertirlo en un “productor”. Durante su primer año, Bob comenzó a sentir que nunca podría lograr todo lo que sus padres deseaban de él. Este pensamiento ejercía un efecto molesto y depresivo sobre su persona. El futuro parecía carente de esperanzas y se sentía imposibilitado para hacer algo al respecto. Después de varias sesiones de terapia, Bob admitió que tenía pensamientos suicidas, aunque nunca había considerado seriamente acabar con su vida.

La mayor parte de las sesiones de terapia de Bob se enfocaron en hablar sobre la presión que sus padres ejercían sobre él para convertirlo en una persona que obtuviera grandes logros y la forma en que se sentía ante tal presión. Bob mostró mejoría clínica después de algunos meses (se sintió menos deprimido, mostró mayor energía y parecía disfrutar más de la vida). La serie de sesiones de terapia terminaron porque finalizó el año escolar y Bob obtuvo un trabajo de verano en otra ciudad, pero además porque el limitado presupuesto de los servicios de consejería sólo permitía una terapia breve para cada paciente. Aunque complacida por la mejoría que mostraba su paciente, la terapeuta pensó que el estado de ánimo depresivo que manifestaba Bob podía estar relacionado con la interacción de múltiples factores más que simplemente con cuestiones de presión familiar. Cuando se le pidió que comentara acerca de la clase de interacción que tenía en mente, esto fue lo que dijo:

Espero que Bob haya salido de su depresión y que ésta nunca regrese. Sin embargo, sé que la depresión suele ser recurrente, quizá debido a una tendencia genética hacia ella. También me preocupa que Bob pueda ser vulnerable a otros tipos de presiones, por ejemplo, de un jefe o una esposa. La vulnerabilidad puede provenir también de conflictos inconscientes no resueltos, percepciones incorrectas acerca de cómo funciona el mundo, malos hábitos y diversas presiones provenientes de la cultura (no sólo de la presión de los padres para ser productivo). Sé que suena un poco vago, pero desearía que Bob estuviera más en contacto consigo mismo y conociera lo que desea de la vida. Basada en mi experiencia clínica, sé que los problemas que las personas tienen en sus vidas son mucho más complicados de lo que sucede cuando aparece una molestia comecón tras estar en contacto con una hiedra venenosa. En nuestra vida personal, estamos expuestos a muchas cosas, algunas nos son de utilidad, otras nos crean problemas. No sé si volveré a ver a Bob. Espero que sí. Me gustaría saber cómo transcurre su vida.

La trágica historia de Buford Furrow da pie a muchas preguntas. ¿Sus actos violentos fueron producto de una perturbación mental o surgieron de creencias y actitudes que la mayor parte de nosotros consideramos como aborrecibles y fanáticas? ¿Qué hace, y qué debe hacer, la sociedad con personas como él? ¿Debería haber permanecido en una institución de salud mental en el estado de Washington en lugar de purgar varios meses de prisión por asalto? Resulta totalmente claro que se trata de una persona peligrosa para sí mismo y para los demás. Alvin F. Poussaint, psiquiatra de la Universidad de Harvard, piensa que quienes creen que las personas que no son de raza blanca y los judíos son responsables de los

problemas del mundo y por ende deben ser eliminados, son ilusos. Poussaint afirma que los actos violentos de Buford Furrow y de las personas que caen en el fanatismo racial y que cometen crímenes de odio, demuestran que sufren de trastornos mentales. (*New York Times*, 26 de agosto de 1999, p. A21). En contraste, Ron Sims, alcalde del condado de King, afirmó: “El problema al que me enfrento es que las personas tratan de hacer parecer el caso como si se tratara de locura por parte de este hombre. Lo que hizo sólo puede considerarse como un acto cobarde, repulsivo y totalmente irracional. La enfermedad mental no fue la causa. El odio fue la razón. Este hombre proviene de una cultura de odio.” (*New York Times*, 14 de agosto de 1999, p. A8).

Esta diferencia de opinión se relaciona con diferentes preguntas que se encuentran en el centro de la psicología anormal. Si hay una línea que divide a la normalidad de la anormalidad, ¿cómo podemos decidir el momento en que se ha cruzado? Muchas personas que padecen problemas mentales serios funcionan cuando menos de forma mínimamente adecuada en ciertos aspectos de sus vidas. Otras, que parecen normales, tienen una idiosincrasia fastidiosa o molesta. ¿Cuáles son las responsabilidades de los servicios de salud mental ante los que buscan su ayuda? Esta pregunta no siempre tiene respuesta. Por ejemplo, Buford Furrow buscó ayuda en el Hospital de Fairfax pero creó también obstáculos para los trabajadores cuando los amenazó con dañarlos físicamente. Aunque algunos de los problemas psicológicos no se encuentran claramente en el ámbito de la normalidad (por ejemplo, la incapacidad para sostener cuando menos relaciones mínimas con otras personas, o sufrir de alucinaciones o ideas delirantes), no siempre resulta sencillo determinar entre lo normal y lo anormal. Identificar a las personas aquejadas mentalmente y ayudarlas requiere de juicios por parte de muchas personas y de agencias comunitarias. La investigación referente a estos juicios, la prevención y el tratamiento del estado clínico y las causas de desajustes sociales y personales son muy importantes. La mayor parte de los avances que se han logrado hasta ahora en la conceptualización y el tratamiento de enfermedades mentales proviene del dominio de la investigación. La investigación actual parece establecer las direcciones de la psicología anormal en el futuro.

¿Qué es la psicología anormal?

Términos como “conducta anormal” y “enfermedad mental” comprenden una amplia variedad de problemas que van desde los que son privados en el sentido de que el resto de las personas puede no percibir que alguien sufre de ansiedad, hasta tragedias públicas como la personificada por Buford Furrow. Algunos síntomas que parecían relativamente ligeros pueden, sin embargo, tener importantes consecuencias. Por ejemplo, la depresión ligera experimentada durante un largo periodo puede estar relacionada con trastornos físicos, bajo rendimiento escolar, incapacidad para conservar un empleo, dificultad para entablar y conservar amistades, problemas maritales, conductas inadecuadas como padre de familia e incapacidad general para adaptarse a la sociedad. En el cuadro 1-1 se muestra una amplia gama de experiencias con que las personas responden a estímulos externos identificables o a procesos desconocidos dentro de ellos mismos. La probabilidad de regresar al funcio-

namiento normal y a una vida relativamente libre de ansiedad es mayor cuando se puede identificar la causa del problema a diferencia de cuando éste es un misterio.

A medida que se exploren diferentes tipos de conducta anormal, se tratará de identificar factores relevantes cuya interacción produce problemas que requieren de atención clínica. Debido a que la meta no es sólo describir la conducta anormal, sino entender sus causas, se revisarán los marcos teóricos dentro de los cuales se han conceptualizado los ejemplos de fracaso humano, incompetencia e infelicidad. Al mismo tiempo se expondrá la investigación básica relacionada con las conductas anormales. Esta revisión de la teoría existente y la investigación proporcionará un marco general dentro del cual se podrán interpretar la gran variedad de problemas humanos que encuentran su expresión en las conductas anormales. Este marco hace hincapié en los papeles que juegan el estrés, la vulnerabilidad personal y la resiliencia. La manera en que se enfrentan los problemas depende de la cantidad de tensión que se experimenta de estrés, junto con las limitaciones y la capacidad de retomar las riendas bajo presión.

Los trastornos mentales, como cualquier cosa fuera de lo normal, hacen sentir incómodas, e incluso un poco atemorizadas, a las personas. Cualquier persona que padece un trastorno mental no debe ser vista como malvada, sino simplemente como alguien diferente. La psicología anormal es el área de la psicología que se enfoca en la conducta desadaptada junto con sus causas, consecuencias y tratamiento. Esta disciplina está relacionada con la forma en que se siente ser diferente y el comportamiento de la sociedad hacia las personas que considera diferentes, además de los significados ligados a ello. El espectro de disparidades es tan amplio que abarca desde los engaños que desafían la realidad hasta la debilitación severa frente a las preocupaciones y las excentricidades que sería mejor no tener pero que tampoco interfieren significativamente en la vida diaria. Este espectro incluye problemas relacionados con las capacidades para 1) pensar de forma lógica y racional, 2) enfrentar de manera efectiva el estrés y los desafíos que se presentan en diferentes situaciones y a lo largo de la vida, y 3) demostrar estabilidad emocional y crecimiento. Cuando la salud mental se deteriora, pueden surgir problemas en diferentes áreas, entre ellos, los siguientes:

- Baja autoestima (“No soy bueno”)
- Distorsión de la realidad (“Todos están en mi contra”)
- Menor competencia (por ejemplo, social y laboral)
- Ansiedad (“Me siento tenso todo el tiempo”)
- Depresión (“La vida no vale la pena”)
- Ira (“Me enfurezco veinte veces al día”)
- Reactividad fisiológica intensificada (por ejemplo, taquicardia e hipertensión)

La mayoría de las personas que tienen problemas de salud mental hacen mención de la ansiedad que experimentan. Existe una amplia variedad de fuentes de estrés y de la forma en que se expresan. Algunas veces la angustia es provocada por una situación de vida fácilmente identificable (por ejemplo, la pérdida de un empleo), mientras que en otros casos la fuente parece estar más den-



RELATOS PERSONALES

CUADRO 1-1

Las personas con enfermedades mentales requieren comprensión

Abby: soy director de un programa de rehabilitación para enfermos mentales crónicos. Algunas veces me he dado cuenta de que usted publica cartas que tratan sobre los estereotipos y las actitudes negativas que muchas veces presenta la sociedad hacia ciertos grupos. Me pregunto si podrá usted redactar una carta similar sobre personas que padecen una enfermedad mental. Uno de los principales problemas que enfrenta este grupo se refiere a los prejuicios negativos que la sociedad tiene en su contra.

Le pedí a nuestro grupo de pacientes que nos proporcionara algunas sugerencias sobre la forma en que se debe tratar a una persona que padece una enfermedad mental. A continuación, le presento algunas de sus ideas:

1. No nos tenga miedo. A pesar de lo que ve en la televisión y en las películas, los estudios han demostrado que la población con enfermedades mentales no tiene mayor propensión a la violencia que el resto de las personas.
2. Evite, por favor, las palabras estereotípicas como "tocado del cerebro", "loco", "demente", "chiflado", etc. El dolor emocional que nos infligen estas deshumanizadoras palabras nos daña más que nuestra enfermedad.

3. Denos oportunidad de trabajar. Tanto Abraham Lincoln como Winston Churchill sufrieron enfermedades mentales y tuvieron dos de los trabajos más importantes de la historia. Muchos de nosotros somos inteligentes y deseamos la oportunidad de ser miembros productivos de la sociedad.
4. Por favor, no nos diga que lo único que debemos hacer para "salir adelante" es esforzarnos más. Esto insulta nuestra inteligencia e implica que somos flojos. No hay nada divertido ni positivo en padecer una enfermedad mental y ninguno de nosotros ha decidido tenerla.
5. Tenga paciencia cuando note que estamos pasando por un mal momento. Está bien que nos pregunten si necesitamos ayuda.
6. No nos pregunten si ya tomamos nuestra medicina cuando estamos enojados, tristes o irritables. Estas preguntas nos hacen sentir que no tenemos el derecho de experimentar emociones humanas normales sin ser vistos como si estuviésemos pasando por un "episodio".
7. Trátenos como trataría a cualquier otra persona. Necesitamos aceptación, igual que usted. La mayoría de nosotros lleva una vida perfectamente normal con su familia, hijos, empleo y responsabilidades económicas.

Abby, con la ayuda de los medicamentos recientes y las intervenciones de la psicoterapia, el tratamiento de las enfermedades mentales ha avanzado a pasos agigantados en los últimos diez años. Desafortunadamente, los prejuicios en contra de este grupo continúan siendo uno de los aspectos más dolorosos de la enfermedad.

**Mike Ashworth, Ph.D.,
Arlington, Texas**

Estimado doctor Ashworth: Ha escrito usted una carta muy importante. Existe mucha ignorancia y malentendidos acerca de las enfermedades mentales. Algunas de ellas pueden manejarse eficazmente con terapia y medicamentos. Otras pueden curarse completamente. Las personas que luchan contra una enfermedad mental tienen suficientes y complicados desafíos que superar sin tener que tratar con los miedos irracionales de los supuestamente "normales".

Enfrentémoslo: somos pocos los que no tenemos alguna "manía".

FUENTE: Universal Press Syndicate, 1999.

tro de la persona misma en lugar de provenir del ambiente que lo rodea. Además de la variedad de fuentes, hay también diversidad en cuanto a la forma en que se expresa la angustia. La fuente de angustia de Bob Cates es poco clara. Sin importar cuál sea la fuente, Bob experimenta su angustia internamente, por ejemplo, se deprime y tiene dificultad para concentrarse. La fuente de la angustia de Buford Furrow también resulta poco clara, pero a diferencia de Bob Cates, su expresión explotó al exterior en vez de canalizarse hacia el interior.

Independientemente de su fuerza y naturaleza, los problemas de salud mental demandan mucho de las personas que los experimentan y las comunidades deben tratar con ellos de alguna manera. ¿Cómo se comparan estas demandas con las que imponen las enfermedades físicas? Los problemas de salud mental representan más de la mitad de las enfermedades discapacitantes que afligen a las personas alrededor del mundo (Murray y López, 1996). Las diez principales causas de discapacidad en el mundo incluyen la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo (depresión y manía) y el alcoholismo, junto con la tuberculosis y la anemia por deficiencia de hierro.

Activadores de los problemas de salud mental

Nuestros obstáculos para comprender y tratar los problemas de la enfermedad mental son una dificultad frecuente para poder expli-

car lo que da origen a ello —lo que los desencadena—, así como lo que hace que persistan. En el caso de Nancy Raine, lo que desencadenó su angustia fue claramente el hecho de haber sido violada unos años atrás. Menos clara es la razón de su continua respuesta emocional a esa experiencia.

Sé cómo marcar mi cumpleaños, mi aniversario de bodas, incluso el aniversario de la muerte de mi hermano. Pero, ¿el día que me violaron? ¿Cómo puedo observar el paso de otro año? ... Nunca podré volver a ser esa mujer que cerraba la puerta y se sentía segura. Mi esposo, mi madre, mis amigos, continúan sufriendo su propio sentimiento de impotencia cuando tratan de imaginar el contenido de mi memoria. Mi padre, que pasó su vida dedicado a aplicar la ley, abandona el lugar si surge el tema de la violación en general, o de mi violación en particular. ¿Por qué recordarles? Y atreverse a recordarme, cuando ellos desean secretamente que yo, al fin, "lo supere".

En este aniversario, más o menos segura bajo la protección de la rutina diaria, comencé a recordar. En el primer aniversario, me di cuenta de que debía dejar de hablar acerca de lo que me sucedió porque la gente que me quería no soportaba escucharlo. En el segundo, fingí haberlo "superado". En el tercero, hice de cuenta que no había sucedido. En el cuarto, me sometí a un tratamiento para el síndrome de estrés posttraumático. En el quinto, me convencí de que el tratamiento no funcionaba y deseé secretamente tener las agallas para matarme. En el sexto, durante una comida, le conté a una mujer que apenas conocía que nuestra comida coincidía con el aniversario de mi violación. Hablé de una forma

tan realista que sentí miedo de que tomara su portafolio y recordara de pronto que tenía cita con el dentista. (Raine, 1994, p. 34)

En el caso de Jerry Calabrese parecía, igual que Buford Furrow, ser un externalizador de ira pero que no alcanzaba proporciones catastróficas. Al igual que Bob Cates, Jerry Calabrese buscó ayuda en un centro de consejería estudiantil pero, como indica su historia personal, sus dificultades son muy diferentes de las de Bob Cates.

He asistido al centro de consejería estudiantil una vez a la semana durante los pasados dos meses. La razón por la que fui es que no podía continuar “enfureciéndome” con tanta frecuencia. Justo antes de mi primera visita al centro, me enojé tanto por las estúpidas preguntas del examen de psicología del profesor Harris que tuve ganas de golpearlo. Y no fue la primera vez, pues desde que recuerdo he tenido una mecha muy corta. Me doy cuenta ahora de que no soy nada tolerante ante los errores de los demás y lo que considero una falta de consideración. Mi ira me llevó a peleas y rompimiento de relaciones. Ya había tenido suficiente.

Jerry ve sus fuentes de angustia como externas (el examen del profesor Harris) y dirige su ira hacia fuera (deseando golpear al profesor). Sin embargo, como resultado de la psicoterapia, Jerry ha empezado a darse cuenta de que su ira forma parte de él y no es sólo una reacción a la provocación.

Billy Henderson es diferente de Bob Cates, Buford Furrow, Nancy Raine y Jerry Calabrese debido a que lo que está pasando en su interior es tan confuso que solamente uno puede imaginar las fuentes de su angustia. En la actualidad Billy vive en la comunidad pero ha estado internado en hospitales mentales en tres ocasiones. Respondió a la pregunta “¿Me puede platicar sobre usted?” de tal forma que nos dejó confundidos y preocupados acerca de su capacidad para funcionar:

Mis manos se sienten paralizadas y me siento bajo un estrés incontrolable. Voy a hacer algo. Creo en el libre albedrío de la Protección y Defensa de los Funcionarios de Inteligencia Militar (PDFIM). El secretario del Departamento de Criminales Insubordinados (DCI) está confundido acerca del Comité de Investigación Genética (CIG) y necesita ser reasumido y redirigido. Además, el engaño de la cascarilla de avena tiene que analizarse y publicitarse. Me siento muy preocupado por estas cuestiones y por otras más sencillas, entre los que podemos mencionar:

- Instituciones mentales que funcionan mediante la “negación de la personalidad” de sus víctimas.
- El amor debe retirarse del mal para tomar su devenir.
- Las personas sufren como mártires públicos para la existencia de amores que amenazan el poder (poder es la capacidad de maltratar a las personas con impunidad).
- Se requiere de un nuevo grupo de apoyo para personas que tienen en común cosas que fueron, pero no son (por ejemplo, víctimas de la “terapia” con choques eléctricos).

Ser capaz de identificar los activadores externos (como la violación que sufrió Nancy Raine) ayuda a los médicos a explicar y tratar los problemas de salud mental. Sin embargo, los activadores

externos (como la ira de Jerry Calabrese o la psicosis de Billy Henderson) son barreras para el cambio hasta que son comprendidas.

El estigma de la conducta anormal

La palabra **estigma** se refería originalmente a la marca que se ponía a los esclavos griegos para separarlos de los hombres libres. El uso común que se le da en nuestros días es de deshonra o defecto. La estigmatización puede ser externa (discriminación, prejuicio), interna (autoestigmatización) o, con frecuencia, cierta combinación de ambas. Saber que uno ha sido etiquetado como mentalmente enfermo puede dar como resultado una estigmatización tanto interna como externa. En respuesta a la estigmatización de la sociedad, las personas con trastornos mentales pueden internalizar actitudes públicas y sentirse tan avergonzados o apenados que muchas veces ocultan los síntomas y evitan buscar tratamiento. El estigma disminuye también su acceso a recursos y oportunidades (como vivienda o empleo). Conduce a una menor autoestima e incrementa el aislamiento y la desesperanza, además de que retrasa la recuperación. Joan Houghton se recuperó de una enfermedad mental que requirió de hospitalización y recordó algunas de sus necesidades y experiencias de estigmatización.

Mi recuperación de la enfermedad mental y su periodo posterior implicaron una lucha contra mi propio cuerpo, que parecía haberse quedado sin energía y estima contra una sociedad que parecía renuente a aceptarme. Parecía que mis mayores necesidades —ser querida, deseada, valorada— eran exactamente las necesidades que los demás no podían cubrirme. Algunas veces, se sentía como si tratara de nadar contra la marea... Un domingo fui sola a la iglesia después de haber faltado durante varias semanas. El ministro (que conocía mi historia, fe y fuerte creencia en Dios) comenzó su sermón con referencia al demonio. Él dijo, “Si alguna vez quieres convencerte de la existencia del demonio, debes visitar una institución de salud mental”. Para ilustrar su punto, describió a personas que han perdido el control de sus funciones corporales, que gritaban obscenidades. Dejé la iglesia al terminar el sermón, conduje a casa jurándome nunca regresar a esa iglesia mientras ese ministro predicara en el púlpito. En casa, sin embargo, comencé a reemplazar mi ira con duda. Quizás entendí mal.

El ministro aceptó la invitación que le hice para que visitara mi casa para conversar acerca de su filosofía sobre los enfermos y las enfermedades mentales. Su visita fue nuestro último encuentro. No sólo veía la maldad en la enfermedad mental sino que adoptó una actitud implacable hacia los que tenían la desgracia de residir en hospitales mentales. (Houghton, 1980, pp. 8,10)

El estigma asociado con la enfermedad mental puede expresarse en forma directa, como cuando las personas rechazan rotundamente a las que se comportan de forma anormal, o indirecta, como cuando los que alguna vez fueron pacientes mentales imaginan el rechazo a pesar de que no han sido rechazados por nadie. En el curso de la socialización, todos desarrollamos ideas acerca de la forma en que se trata y se ve a los pacientes mentales. Si nosotros mismos no somos pacientes mentales, estas creencias pueden carecer relativamente de importancia y ser aplicables sólo a las personas que se encuentran en los márgenes de nuestras vidas. Sin embargo, para los que se convierten en pacientes, las creencias se

vuelven personalmente relevantes. Si ellos piensan que las personas devalúan y discriminan a los pacientes mentales, se sentirán amenazados. Pueden mantener en secreto sus preocupaciones o escapar de cualquier situación social donde puedan ser rechazados. El ostracismo social resultante, la incertidumbre y la experimentación afectan su desarrollo laboral, sus relaciones con los demás y la opinión que tienen de sí mismos.

Un desafío para el campo de la psicología anormal es corregir los conceptos públicos erróneos que se tienen acerca de la naturaleza de la conducta anormal. Muchas personas atribuyen erróneamente la conducta anormal a la debilidad emocional o a un mal hereditario (Heatherton, *et al.*, 2000). Aunque estos tipos de atribuciones pueden resultar apropiadas en ciertos casos, no son exactas universalmente por ningún motivo. Como muestra el cuadro 1-1, las personas preocupadas necesitan compasión, no prejuicios o culpas. El estigma que envuelve a los afectados psicológicamente muchas veces les impide buscar ayuda.

Un ejemplo de un programa efectivo que reduce el estigma que muchas veces se asocia con los problemas psicológicos, es el instituido por la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, que ha reducido a la mitad el número de suicidios entre su personal. El programa involucra a funcionarios motivadores, miembros enlistados y sus familias para obtener ayuda en el momento en que se presente la primera señal de un problema y dar a conocer al personal relacionado con la salud cuáles son los factores de riesgo y los recursos de intervención. El efecto total de este esfuerzo ha sido reducir el estigma y desacreditar la idea de que la búsqueda de ayuda afectará el desarrollo de su carrera (Rabasca, 1999).

Conducta adaptada e inadaptada

La gran mayoría de las conductas que estudia la psicología anormal se relaciona con las fallas e inadecuaciones del hombre. Estos errores en la vida se deben sobre todo a fallas en la adaptación. La **adaptación** comprende, por un lado, el equilibrio entre lo que la gente hace y lo que desea hacer y, por otro lado, lo que el ambiente (la comunidad) requiere.

La adaptación es un proceso dinámico. Cada persona responde a su ambiente y a los cambios que ocurren en éste (ver la figura 1-2). Qué tan bien se adaptan depende de dos factores: las características personales (habilidades, actitudes, condición física) y la naturaleza de las situaciones que deben enfrentar (por ejemplo, conflicto familiar o desastre natural). Estos dos factores conjuntamente determinan si la persona sobrevive, si está alegre y prospera o si se derrumba. Debido a que nada permanece igual durante mucho tiempo —ni las personas, ni el ambiente—, la adaptación se debe realizar de manera continua. El índice de cambio extremadamente rápido en el mundo moderno presiona de forma especial la capacidad de adaptación de los individuos. Además, la adaptación exitosa a un conjunto de condiciones no garantiza la adaptación exitosa a otras.

A diferencia de otros seres vivos, los éxitos y fracasos de adaptación de los seres humanos no se pueden medir en términos de la supervivencia y reproducción de las especies. Para la mayoría de las personas en el mundo moderno, las preocupaciones por la calidad de vida y el nivel de felicidad sobrepasan por mucho a la necesidad de satisfacer los requerimientos biológicos. Los seres humanos han desarrollado formas sutiles de lenguaje, un nivel de pensa-



Figura 1-2 La forma en que las personas —y los peces— responden a los cambios en el ambiente y las circunstancias, implica un proceso de adaptación.

FUENTE: © "The New York Collection 2002 Sam Gross de cartoonbank.com. Todos los derechos reservados.

miento refinado, habilidades superiores para resolver los problemas, relaciones sociales intrincadas y complejos procesos de comunicación, los cuales afectan la conducta y su interpretación. La idea de que un fracaso en la adaptación puede afectar la supervivencia de las especies tiene algo de verdad; los sentimientos de fracaso de la persona pueden dañar sus relaciones sociales y la población de seres humanos se puede ver muy afectada por el hecho de que las personas no se casen ni tengan hijos. Por otra parte, muchos individuos con ciertos tipos de inadecuaciones, quienes probablemente sean incapaces de valerse por sí mismos en una economía de subsistencia, pueden sobrevivir y reproducirse en el mundo moderno debido a instituciones sociales como los programas de bienestar, de seguridad social y de seguros para la salud. La forma en que se vive y los sentimientos respecto de cada forma de vivir son factores muy importantes en la adaptación humana. Para los autores de este libro, el término adaptación se refiere a la capacidad o incapacidad que tienen las personas para modificar su conducta en respuesta de los requerimientos del ambiente en constante cambio. Por lo tanto, esta obra se enfoca sobre todo en las adaptaciones personales y sociales de los individuos.

Comparación entre la conducta desadaptada y la desviada

Toda conducta desadaptada es una conducta desviada; sin embargo, la conducta desviada o poco común no necesariamente es inadaptada. Esto se puede observar en el caso de Albert Einstein. A los 12 años, Einstein decidió dedicar su vida a resolver "el enigma del gran mundo". Al principio de su vida profesional, mientras trabajaba como revisor de una oficina de patentes, elaboró cinco documentos que más tarde cambiaron nuestra perspectiva del universo. A pesar de que el reconocimiento público de la importancia de la teoría de Einstein se encontraba a muchos años de distancia, su capacidad para pensar sobre las propiedades de la materia en forma completamente nueva, empezó casi desde ese momento a tener influencia en el pensamiento de los físicos. Por el contrario, otras clases de conductas desviadas, como usar corbatas de colores muy llamativos, rehusarse a viajar en avión, beber 10 tazas de café al día y la necesidad de leer en la cama dos horas antes

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

CUADRO 1-2

Adolph Wölflí

La vida y creaciones artísticas de Adolph Wölflí demuestran los múltiples aspectos de la vida humana y su potencial, y la entremezcla de las conductas adaptadas y desadaptadas durante el transcurso de la vida. Vulnerabilidades, probablemente originadas en parte por desafortunadas experiencias de la niñez, y la resiliencia, reflejada en la capacidad de afrontar con creatividad un largo periodo de institucionalización, que parecen acompañar la vida de este hombre.

Adolph Wölflí nació en 1864 y creció en Berna, Suiza, en un medio de pobreza extrema. Su padre abandonó a la familia cuando Adolph tenía cinco años de edad y él y su madre, Anna, se vieron obligados a regresar a su pueblo natal como protegidos de la comunidad. Los dos fueron enviados a trabajar a diferentes granjas a cambio de comida y alojamiento. Cuando Anna murió en 1873, Adolph continuó con la miserable vida de trabajo para diferentes familias de granjeros, algunos de los cuales se comportaban de forma abusiva y negligente. A pesar de ello, sus resultados escolares eran excelentes y terminó la educación formal cuando tenía 15 años de edad. De 1880 a 1895, Wölflí trabajó como jornalero ambulante y como miluso. En 1882 se enamoró de la hija de un granjero vecino, pero sus padres se opusieron al matrimonio porque querían que se desposara con alguien de mayor prestigio y riqueza. La pérdida lo persiguió por el resto de sus días. Gradualmente su existencia se volvió cada vez más solitaria.

Al cumplir los 26 años, realizó tres intentos fallidos y torpes de molestar a jóvenes. Debido a esto fue encarcelado y, en 1895, fue internado en el Asilo Mental de Waldau, en Berna. Se le diagnosticó esquizofrenia y se le declaró como mentalmente incompetente. Wölflí tenía entonces 31 años de edad y permaneció en la institución hasta su muerte, 35 años después.

Durante su primer año en Waldau, Wölflí fue un paciente violento y nervioso. En

1899 su estado mental comenzó a mejorar. En esta época comenzó a dibujar. Durante el resto de su vida continuó pintando y dibujando y se interesó cada vez más en la música y las matemáticas. Debido a sus diversos intereses y habilidades, creó 25,000 páginas de libros ricamente ilustrados en los que inventó una nueva historia de su infancia y un glorioso futuro con su propia mitología personal. Escribió muchos poemas y composiciones musicales y dibujó muchas ilustraciones. Su mayor logro fue crear su arte dentro del dominio de su pensamiento y vida anormal. A través de la intensión pictórica y literaria de su arte, pudo expresar aspectos de su vida mental y de su experiencia y, al ha-

cerlo, nos permitió tener una visión de su proceso creativo así como de su trastorno psicológico. Las creaciones de Wölflí no sólo fueron ejemplos de lo que podría denominarse como “arte psicótico”. Influyeron en el pensamiento de otros artistas y se incluyeron en museos y colecciones de arte de todo el mundo. En el 2003, se presentó una de las exhibiciones más importantes de su arte en el American Folk Art Museum, de Nueva York, junto con una serie de conciertos y conferencias en las que se ejecutaron sus composiciones y se comentaron sus escritos. Se ha escrito una enorme cantidad de libros y artículos acerca de Wölflí y su obra (Mac Gregor, 1989; Spoerri y Bauman, 2003).



(a)



(b)

Figura 1-3 (a) Adolph Wölflí, a la edad de 62 años. Sostiene una trompeta al mismo tiempo que observa parte de sus obras de arte ya terminadas. (b) Dibujo de Wölflí. “The Herdsman-Rose of Australia” aparece en su primer libro, una serie de secciones encuadernadas por separado denominadas “Desde la cuna hasta la tumba”. Wölflí lo creó usando hojas de periódico dobladas a la mitad. El libro, que contiene 2970 páginas de texto manuscrito y 752 dibujos realizados con lápices de colores, cuenta una versión idealizada de la historia de su vida imaginada de manera documental.

FUENTE: (a) Adolph Wölflí (1864-1930) con trompeta de papel. © Fundación Adolph Wölflí, Museo de Bellas Artes de Berna, Suiza. (b) Adolph Wölflí (1864-1930) “The Herdsman-Rose of Australia” 1911, Bleistift u. Farbstift (lápiz en colores) 49.9 x 37.5 cm. A9243-58 © Fundación Adolph Wölflí, Museo de Bellas Artes de Berna, Suiza.

de dormir no son tan productivas como el comportamiento de Einstein y pueden parecer raras o molestas. Las personas que actúan de esta manera no necesitan de grandes esfuerzos de rehabilitación para llevar una vida feliz y productiva.

Describir la conducta como **inadaptada** implica que existe un problema; también sugiere que ya sea la vulnerabilidad del individuo, su incapacidad para el afrontamiento o el estrés excepcional en el ambiente son lo que han provocado los problemas para vivir (ver el cuadro 1-2). Los estudiosos de la conducta desadaptada se

interesan en especial en la conducta que no sólo es diferente o desviada, sino que además representa un motivo de preocupación para el individuo, su familia y amigos o la sociedad. Esto significa, por ejemplo, que los estudiosos de la conducta desadaptada prestan más atención a las personas que tienen un CI bajo que a las que lo tienen muy alto o a las personas que no son felices que a quienes lo son en demasía.

Existen muchas causas de la inadaptación. En algunos casos —por ejemplo, en ciertas formas de daño cerebral—, se descubre una

causa orgánica. Existen todavía otros casos en que juega un papel decisivo una combinación de estos factores aunada a un evento estresante, como la muerte de un ser querido o el nacimiento de un hijo.

Las inadaptaciones varían desde los temores crónicos que causan problemas pero no representan ningún impedimento hasta la distorsión severa de la realidad y la incapacidad para funcionar en forma independiente. Una persona simplemente puede sentirse infeliz por su conducta desadaptada o quizá la comunidad se preocupe por lo que puede suceder si el individuo no se aleja de la sociedad. A lo largo de este libro, se describirán distintas clases de conductas inadaptadas —algunas relacionadas principalmente con defectos biológicos, otras con problemas de la vida— junto con las reacciones sociales que provocan. Muchas personas que no reciben un diagnóstico formal de padecimiento mental pueden, sin embargo, tener problemas personales que interfieren con entablar o conservar una amistad, encajar en la sociedad y lograr un óptimo desempeño en los ámbitos laboral o escolar. Algunas enfermedades relativamente leves pueden ameritar tratamiento si la atención clínica ayuda a las personas a vivir más felices y evita que, más adelante, surjan problemas más serios.

Panorama histórico de la conducta anormal

En la actualidad, no provoca controversia la idea de que la psicología anormal esté relacionada con causas científicamente establecidas y con el tratamiento de los trastornos del pensamiento, estado de ánimo y problemas de conducta. Algunos pueden observar que las técnicas modernas son, con seguridad, más efectivas, claras y sofisticadas que las utilizadas en otras épocas y preguntarse: ¿por qué no concentrarse en ellas en lugar de quedarse atrapado en el pasado? El problema con este enfoque es que se pierden importantes lazos entre el pasado y el presente. Mucho de lo que parece moderno es consecuencia del pasado, no un rechazo de ello. En la psicología anormal, como en otros campos de estudio, existen algunas ideas completamente nuevas que uno ni se imagina. Una revisión de la historia de la psicología anormal nos proporciona un contexto dentro del cual puede comprenderse lo mejor de la disciplina moderna.

Las personas siempre se han preocupado por su bienestar físico, sus relaciones sociales y el lugar que ocupan en el universo. Han formulado varias preguntas sobre estos aspectos y han desarrollado teorías al respecto. Algunas de estas teorías parecen casi universales; se pueden observar en muchas partes del mundo y en diversos periodos de la historia humana. Muchas de las ideas ofrecidas en el pasado para explicar y tratar la inadaptación, se han mostrado incorrectas cuando han sido expuestas ante la investigación científica. Tal vez el mayor beneficio de estudiar la historia de la psicología anormal es el descubrimiento de que ciertas teorías de la conducta desadaptada se han presentado una y otra vez y, ya sean correctas o incorrectas, reflejan el interés a lo largo del tiempo en lo que constituye las “diferencias”.

Una antigua teoría que todavía se encuentra en la actualidad, sostiene que la conducta anormal se puede explicar mediante la operación de fuerzas sobrenaturales y mágicas, como los espíritus malignos o el demonio. En las sociedades que creen en esta teoría,

la terapia por lo general comprende el **exorcismo**, esto es, expulsar el demonio que vive dentro del individuo por medio de la magia y la oración. A pesar de que este punto de vista prevalece con mayor frecuencia en las culturas iletradas, todavía se le encuentra en sociedades industrializadas y, por lo general, aparecen, al mismo tiempo que planteamientos más modernos. Por ejemplo, muchas personas que utilizan los servicios de los curanderos también buscan la ayuda de los profesionales en el cuidado de la salud. Estos últimos pueden mejorar la efectividad de la ayuda que ofrecen si comprenden lo que hacen los curanderos y por qué sus pacientes los buscan.

En muchas sociedades, el **chamán** o curandero es un mago que se cree que tiene contacto con fuerzas sobrenaturales, y el medio a través del cual los espíritus se comunican con los seres humanos (ver la figura 1-4). Por medio del chamán, una persona afligida puede conocer qué espíritus son los responsables de su problema y lo que debe hacer para aplacarlos. Para lograr esto, el chamán conduce una sesión espiritista en la cual despliega una intensa excitación y con frecuencia imita la conducta anormal que desea curar. Mediante expresiones místicas, movimientos violentos y la representación de sus sueños, el chamán revela los mensajes de los espíritus. Con frecuencia, la liberación de un espíritu maligno del cuerpo del paciente se expresa con un juego de manos por medio de lo que parece ser la expulsión real de un objeto, como una piedra, del oído o la boca del paciente. Estos rituales se basan en teorías específicas acerca de las fuerzas sobrenaturales o los poderes malignos como la causa de la conducta anormal y como base del cambio terapéutico.

Es tentador considerar las creencias en apariencia primitivas sobre las enfermedades mentales como parte de un pasado muerto. Pero el hecho es que, incluso en una sociedad relativamente avanzada e ilustrada, como la de los Estados Unidos, existe una amplia variedad de puntos de vista acerca de las causas de los problemas personales. El siguiente caso relata las vivencias de un hombre de 33 años vecino de una zona rural cercana a Little Rock, Arkansas:

El paciente recientemente había estado presentando ataques y se mostraba cada vez más irritable y aislado de su familia. Fue hospitalizado, y, cuando ya no se le pudo tener a salvo en el servicio de neurología, fue transferido al pabellón psiquiátrico, donde estaba cada vez más agitado, confundido y casi delirante. Sentía un gran temor que se intensificaba cada vez más de que la gente se acercaba a él y empezó a tener alucinaciones. Finalmente se tranquilizó después de que le administraron 1000 mg de cloropromacina (un tranquilizante), pero debía permanecer en cama. Todos los estudios neurológicos, que incluían un mapeo cerebral, presentaban resultados normales. Después de dos semanas de hospitalización el paciente sufrió un paro cardíaco y fracasaron todos los esfuerzos para revivirlo. La autopsia no mostró ninguna razón del fallecimiento. Después de que murió, la esposa del paciente dijo a los miembros del personal que su esposo había visto a una “bicéfala”, una anciana que la comunidad consideraba como bruja que hechizaba y curaba a las personas. La viuda afirmó que su esposo había hecho enojar a la bicéfala y ella había provocado su muerte. (Golden, 1977, p.1425)

Un tema recurrente en la historia de la conducta anormal es la creencia de que los individuos se comportan en forma extraña porque su cuerpo no funciona de manera correcta. Se cree que es-

Figura 1-4 Un chamán unge a un hombre con agua bendita (para protegerlo de los espíritus malignos) mientras inicia una peregrinación.



tas personas tienen un defecto orgánico. La fuente del presente defecto varía de acuerdo con la naturaleza de la anomalía, las creencias culturales de la sociedad y, sobre todo en la época moderna, del conocimiento científico. Uno de los logros de la era moderna es la sólida evidencia de que, no sólo pueden relacionarse los procesos orgánicos con muchos tipos de conducta desadaptada, sino que también, para ciertos tipos de trastornos, la corrección de procesos biológicos defectuosos puede dar como resultado un mejor funcionamiento biológico. A diferencia de lo que sucedía en el pasado donde un componente orgánico de conducta desadaptada era con mucha frecuencia una cuestión de fe, hoy en día la evidencia científica es decisiva.

El hallazgo de cráneos antiguos, con orificios que no fueron hechos por heridas de batallas, ha llevado a que algunos antropólogos conjeturen que, en ocasiones, la conducta anormal se trataba por medio de un procedimiento que se conoce como **trepanación**. En esta técnica se utilizaba una herramienta filosa, como una piedra, para hacer un orificio en el cráneo de dos centímetros de diámetro aproximadamente (ver la figura 1-5). En los países del norte de África y el este del Mediterráneo se han encontrado evidencias de que la trepanación se realizaba desde el año 3000 al 2000 a.C. Los estudios de cráneos trepanados sugieren que, a menudo, la operación no era fatal, logro muy importante dada la dificultad del procedimiento. Es probable que la trepanación se realizara para permitir que escaparan los espíritus malignos. Sin embargo, debido a la ausencia de registros escritos y el hecho de que nuestra única información son los cráneos trepanados, debemos ser precavidos al especular acerca de su significado.

Otro planteamiento general de las causas de la conducta anormal refleja lo que se puede llamar la perspectiva psicológica. De acuerdo con este punto de vista, lo inadecuado de la forma en que un individuo piensa, siente o percibe el mundo es la causa de los trastornos conductuales. De acuerdo con la perspectiva psicológica las personas son potencialmente capaces de analizar su propio pensamiento y modificar su conducta, a la luz de este análisis. Mu-

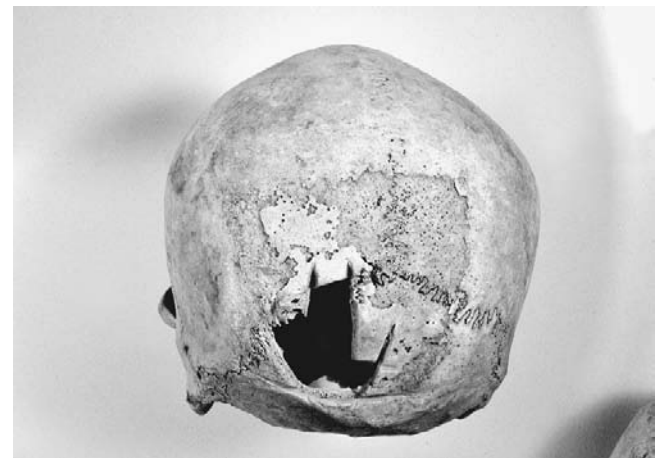


Figura 1-5 La técnica de la trepanación consistía en realizar un orificio en el cráneo de la persona.

chos psicoterapeutas modernos consideran que su labor consiste en ayudar a las personas para que aprendan a pensar de manera más racional sobre sí mismas y sus relaciones sociales.

Estas tres perspectivas —mística, orgánica y psicológica—, se han repetido a lo largo de la historia de la civilización occidental.

El mundo occidental antiguo

Los filósofos de la antigua Grecia fueron los primeros en escribir sobre los enfoques psicológico y orgánico de las desviaciones. En la cúspide de su civilización, los griegos se concentraron en el análisis racional del mundo natural. Los conceptos de motivación e inteligencia se encontraban entre los que inventaron en su esfuerzo por explicar la conducta que observaban en la vida cotidiana. A pesar de que tenemos la tendencia de considerar la era moderna co-

mo el periodo en el cual los seres humanos han buscado extender los límites del entendimiento humano mediante la aplicación de la razón, los escritos de los antiguos filósofos griegos constituyen los cimientos de este periodo. La principal diferencia entre los individuos de hoy y los griegos de la antigüedad es que los primeros tienen acceso a todo el conocimiento que se acumuló durante los últimos 2000 años así como a las herramientas del método científico.

Incluso en la Grecia antigua, el conocimiento evolucionó durante un periodo de varios siglos: en la época en que Homero escribió *La Ilíada* y *La Odisea* (alrededor del siglo IX a.C.), la conducta desequilibrada o psicótica se interpretaba como una forma de castigo para los que ofendían a los dioses. (“Aquellos que los dioses destruirían, primero los volvían locos.”) La terapia se llevaba a cabo en un conjunto de templos dedicados a Esculapio, el dios de la salud. Cada templo era una estructura con forma de laberinto en la cual las personas con padecimientos mentales caminaban y dormían hasta que por fin llegaban al centro. Se creía que durante el proceso, Esculapio se hacía cargo de sus sueños y los curaba.

En los siglos que siguieron, la idea de que la vida de una persona estaba en manos de los dioses desapareció de manera gradual, al menos entre los ciudadanos educados. Los filósofos griegos sintieron cada vez más curiosidad por los aspectos del individuo que podían explicar tanto la conducta normal como la anormal. Las desviaciones y los trastornos mentales extremos se llegaron a considerar como fenómenos naturales para los cuales se podían desarrollar tratamientos razonables.

Los antiguos egipcios, al igual que los mesopotámicos y hebreos, creían que el lugar donde estaba la mente era el corazón. Cuando se embalsamaba a los faraones, el corazón se veneraba, pero el cerebro se sacaba y desechaba. Sin embargo, para los griegos el cerebro era el lugar donde estaba la mente. (Shakespeare se refirió a la larga controversia corazón-mente en el tercer acto de *El Mercader de Venecia* al escribir: “Díganme dónde se crea la imaginación: en el corazón o en la cabeza.”) A pesar de la falta de conocimientos anatómicos, el médico griego Hipócrates (460-377 a. C.) tomaba en cuenta el cerebro en su esfuerzo por explicar por qué la gente se comportaba como lo hacía. Describió el cerebro como el intérprete de la conciencia y el órgano más importante del cuerpo.

Hipócrates describió los ataques epilépticos y llegó a la conclusión de que eran provocados por un cerebro enfermo. También escribió sobre la depresión, los estados de delirio, los temores irracionales (lo que actualmente conocemos como fobias) y la histeria (síntomas orgánicos en ausencia de desequilibrio orgánico). Él y sus seguidores se dieron a conocer por su capacidad para reconocer y dar tratamiento a las enfermedades mentales. Las técnicas terapéuticas consistían en descanso, baño y dieta. Incluso existe un registro en el que Hipócrates aparece como un testigo experto en el juicio de una persona demente. Los médicos actuales siguen pagando tributo a Hipócrates al pronunciar el juramento hipocrático cuando se gradúan en las facultades de medicina.

Otros tres filósofos griegos —Sócrates (470-399 a.C.), Platón (427-347 a. C.) y Aristóteles (384-322 a. C.)— también merecen mención por sus contribuciones a la psicología anormal. Sócrates se interesó por la autoexploración y consideró el razonamiento co-

mo la piedra angular de la buena vida y la felicidad personal. Creyó en el uso de la investigación para aumentar el conocimiento; su objetivo era enseñar haciendo preguntas en lugar de dar respuestas. En la actualidad, este procedimiento, que se conoce como método socrático, es un instrumento de enseñanza muy valioso, así como un componente del método científico.

El alumno más famoso de Sócrates, Platón, desarrolló el **punto de vista orgánico**. Consideró la conducta como un producto de la totalidad de los procesos psicológicos. Como muchos autores modernos, Platón creía que la conducta desequilibrada surgía de los conflictos entre la emoción y la razón. En contraste con quienes consideraban que la conducta anormal tiene una causa física, hizo hincapié en el poder de las ideas, y llegó a decir que la mente es la única realidad de la existencia humana. De acuerdo con Platón, el individuo ideal se guía sobre todo por la razón. En sus leyes, expresó la creencia de que las personas que perdieron la razón deben estar separadas de la sociedad: “A ningún lunático se le debe tener en libertad en una comunidad grande; los parientes de estas personas deben tenerlas bajo custodia segura en su casa y procurarles bienestar con los métodos que puedan idear, so pena de ser sancionados.”

La creencia de Platón es similar a la que tenían muchas sociedades en el pasado. Sin embargo, con el paso del tiempo, la separación de los enfermos mentales del resto de la comunidad se convirtió en responsabilidad del gobierno más que de la familia. Las grandes instituciones que se crearon para los enfermos mentales se describen más adelante en este capítulo. Desde mediados de la década de los años sesenta, el enfoque que se concentró en los derechos civiles de estos enfermos ha dado como resultado el cierre de estas instituciones y el regreso de muchos pacientes a la comunidad y, en el caso de los que tienen una familia, al cuidado de los miembros de ésta.

Aristóteles, alumno de Platón y maestro de Alejandro Magno, escribió en forma muy extensa sobre la naturaleza del razonamiento y la conciencia e intentó analizar las emociones humanas. Describió y especuló acerca de diversos estados emocionales y de motivación, incluyendo la ira, el miedo, la envidia, el valor, el odio y la lástima. Como la mayoría de los filósofos griegos, Aristóteles daba el valor más alto a la razón y su aplicación y pensaba que las diferentes fuerzas del cuerpo debían estar balanceadas para que la razón prevaleciera.

Galeno (130-200 a.C.), el médico griego más notable, consolidó y amplió las teorías griegas de la mente y el cuerpo. Extendió las antiguas teorías sobre el papel de cuatro **humores** en el carácter y temperamento personales. Según estas teorías, el mundo material se componía de cuatro elementos (tierra, aire, fuego y agua) que se combinaban para formar los cuatro humores (fluidos del cuerpo) eran sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Se creía que cada uno de éstos se relacionaba con determinada cualidad del temperamento y se pensaba que los desequilibrios entre los humores provocaban distintos trastornos. Las teorías de Galeno fueron populares durante todo el Medioevo (véase la figura 1-6).

El enfoque racional de los antiguos filósofos estableció los cimientos para la ciencia moderna. Se llevaron a cabo intentos por clasificar la conducta anormal de acuerdo con algún esquema congruente. En forma temporal, reemplazó las explicaciones mágicas



Figura 1-6 Estas pinturas medievales reflejan la teoría de que ciertas cualidades temperamentales son el resultado del exceso de uno de los cuatro humores. En la parte superior izquierda y derecha, respectivamente, se muestra al hombre perezoso que tiene mucha flema y al hombre cambiante que tiene un exceso de sangre. Las pinturas de abajo que se encuentran en las partes derecha e izquierda muestran al hombre de mal genio que tiene un exceso de bilis amarilla y al hombre melancólico afectado por demasiada bilis negra.

y religiosas de la conducta anormal por la búsqueda, basada en la observación y la razón, de las causas naturales. A excepción de una interrupción durante la Edad Media, esa búsqueda continúa hasta nuestros días.

La Edad Media

Una serie de cambios acompañó la caída de la antigua cultura griega y el surgimiento y la caída del Imperio Romano. Quizás las dos causas más obvias de estos cambios fueron las invasiones a Europa occidental por parte de las tribus bárbaras y la extensión de la religión cristiana. Los invasores, cuyas ideas eran primitivas en comparación con las de los griegos y romanos, provocaron gran inquietud social, en tanto que la religión cristiana sirvió para confortar a la gente en una época problemática. La Iglesia católica actuó como fuerza unificadora cuando por fin cayó el gobierno civil de Roma.

Un personaje de los principios de la era cristiana, el teólogo y filósofo san Agustín (años 354-430), sobresale por su ayuda para sentar las bases de las teorías psicodinámicas modernas de la conducta anormal. Al escribir con detalle sobre los sentimientos, la aflicción mental y el conflicto humano fue quizás el precursor de los psicoanalistas actuales. Lo que se parece al método psicoanalítico no son tanto los temas que trató, sino la forma en que los abordó. San Agustín empleó la introspección o análisis de sus propios

pensamientos, sentimientos y motivaciones para estudiar los procesos mentales como el conflicto entre el placer y la disciplina. Trabajó arduamente por lograr un autoanálisis completo, aunque doloroso, y en sus *Confesiones* reveló sus pensamientos, tentaciones y temores más profundos. Al demostrar que la introspección y la exploración de la vida emocional de un individuo pueden ser fuentes valiosas de conocimiento psicológico, san Agustín hizo una importante contribución a la psicología anormal moderna. Durante los primeros años de la Edad Media no puede sobreestimarse la importancia del espíritu cristiano de la caridad, en especial hacia los grupos estigmatizados como los de las personas severamente afectadas en sus facultades mentales.

Por desgracia, estos esfuerzos no encontraron apoyo durante los últimos años de la Edad Media. A medida que aumentó el control y la influencia de la Iglesia, también se incrementó su participación en los asuntos del gobierno y fue el dogma religioso, y no la ley civil, lo que se convirtió en la autoridad suprema. La Iglesia romana llegó a controlar la práctica de la medicina, pues definía sus objetivos y prescribía tratamientos para las distintas condiciones. Hasta cierto punto, este control reflejó un sentimiento de caridad hacia las personas que sufrían penas de diferentes tipos donde la Iglesia tuvo un papel positivo. Sin embargo, su papel fue negativo debido a que era intolerante, autoritario y represivo. El legado de racionalidad que la Edad Media había heredado de los filósofos griegos se abandonó con rapidez durante el último periodo medieval. La demonología y la superstición adquirieron una importancia renovada en la explicación de la conducta anormal. Aunque muchas personas continuaron con un punto de vista benigno y naturalista de las enfermedades mentales, a finales de la Edad Media se incrementó el antiintelectualismo y la creencia en la magia y la brujería. Muchas personas creían fuertemente en el exorcismo, la extracción del diablo del cuerpo de una persona afectada de los malos espíritus (ver la figura 1-7). Los disturbios de la Edad Media se intensificaron por la constante presencia de la guerra, así como por la peste negra y otras epidemias que surgieron sin previo aviso y que mataron a cientos de miles de personas. Durante este periodo, el miedo y el terror se diseminaron como la pólvora y provocaron el surgimiento de histeria grupal. La naturaleza de estos surgimientos fue distinta. Algunos grupos de personas se comportaban como jaurías de lobos; otras bailaban en las calles moviéndose como arañas.

La historia no transcurre de manera sencilla y sin complicaciones. Aun cuando la demonología y el exorcismo gozaron de mucha popularidad, existieron algunos gobiernos relativamente ilustrados y varios esfuerzos serios por cuidar a los individuos con problemas mentales. En Inglaterra, por ejemplo, la Corona tenía el derecho y el deber de proteger a los enfermos mentales, a los que se dividían en dos categorías: *tontos naturales* y *personas non compos mentis*. Un *tonto natural* era una persona con retraso mental cuya capacidad mental nunca progresó más allá de la de un niño. Las *personas non compos mentis* (frase en latín para describir: “no en su sano juicio”) no mostraban una incapacidad mental al nacer. Su conducta desviada no era continua y podían mostrar largos periodos de recuperación. (Por razones que no son claras, en el siglo XV, el término “lunático” reemplazó a la frase “*non compos mentis*” e “idiota” tomó el lugar de “tonto natural”).

También hay evidencias de que, desde el siglo XIII, se realizaban audiencias para juzgar el estado mental y la competen-

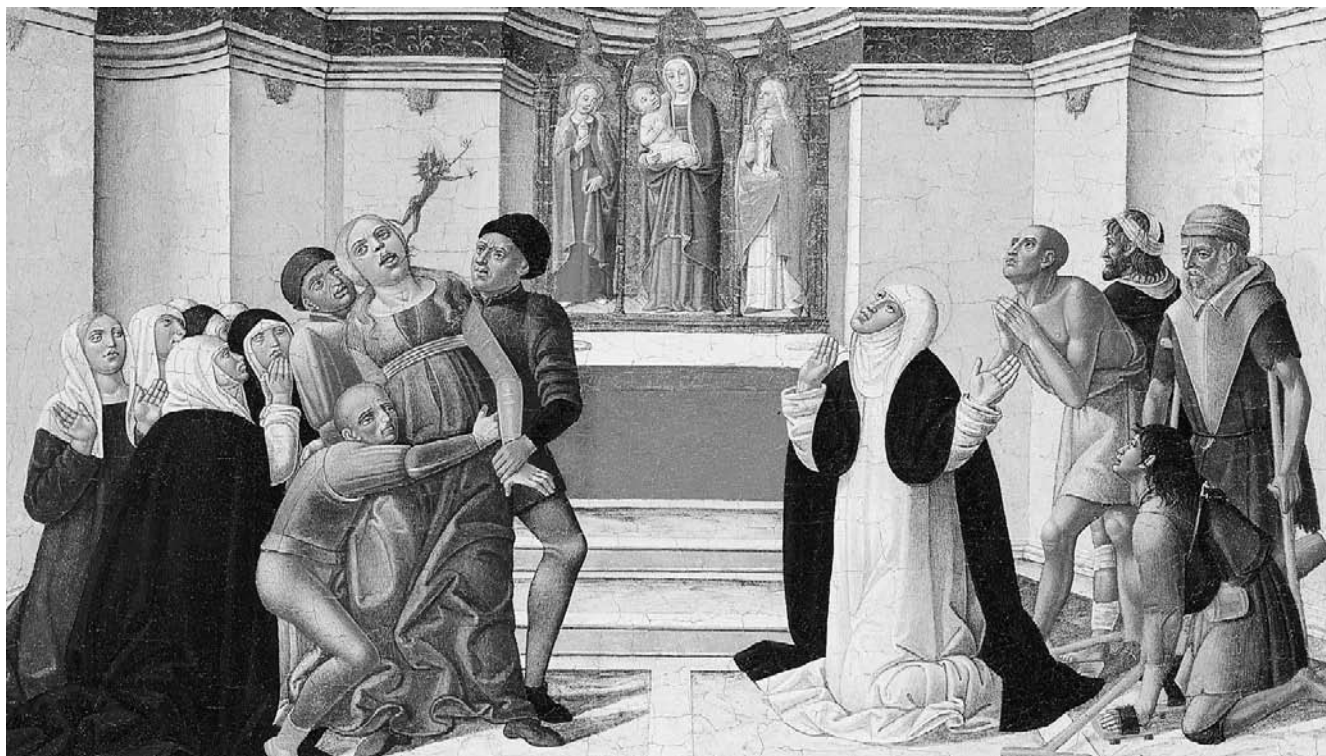


Figura 1-7 Esta pintura de fines del siglo xv realizada por Girolamo Di Benvenuto, *St. Catherine Exorcising a Possessed Woman*, muestra a santa Catarina de Siena expulsando al demonio de una mujer poseída. Se puede ver al demonio que sale volando de la cabeza de la mujer.

FUENTE: Museo de Arte Denver.

cia legal de una persona (Neugebauer, 1979). Esas pruebas estaban diseñadas para evaluar la orientación, memoria e intelecto de una persona. La descripción siguiente de Emma de Beston, que data de 1383, es un reporte típico que se basaba en esas pruebas:

A Emma, a quien se hizo comparecer ante ellos, se le preguntó de dónde venía y dijo que no sabía. Cuando se le preguntó en qué ciudad estaba respondió que en Ely. Al preguntársele cuántos días tiene una semana, dijo que siete pero no pudo nombrarlos. Cuando se le preguntó cuántos esposos había tenido, dijo que tres, dando el nombre de uno solamente y sin saber el nombre de los demás. Al preguntársele si había procreado con ellos dijo que había tenido un hijo con un esposo pero no sabía su nombre. Cuando se le cuestionó cuántos chelines había en 40 peniques, dijo no saber; y al preguntársele si prefería tener 20 cabras o 40 peniques, dijo que tenían el mismo valor. La examinaron de todas las formas que consideraron mejores y encontraron que no estaba en su sano juicio por no tener ni juicio ni memoria, ni inteligencia suficiente para tener un control de sí misma, de sus tierras y sus bienes. Según parecía en la inspección tenía el rostro y la expresión de un idiota. (Citado en O'Donoghue, 1914, pp. 127-128)

El Renacimiento

Aunque las ideas como la demonología y el exorcismo persistieron durante el Renacimiento (que abarcó del siglo XIV al siglo XVI), en este periodo se incrementó el humanismo, la curiosidad por la naturaleza y el interés por el saber. Por ejemplo, Johann Weyer (1515-1576), y médico del siglo XVI, hizo hincapié en el conflicto psicológico y las relaciones interpersonales desequilibradas como causas de los trastornos mentales. Weyer tuvo el valor de insistir en que las brujas eran personas mentalmente perturbadas y no criaturas de Satanás. Defendió con firmeza la necesidad de tratar a esas personas mediante la medicina y no por medio de la teología. Su humanismo destacado sin duda salvó a muchos enfermos mentales de morir en la hoguera.

Con base en el análisis psicológico minucioso de los pacientes mentales, Weyer describió una amplia gama de conductas anormales, entre ellas los trastornos que en la actualidad se conocen como paranoia, epilepsia, psicosis, depresión y pesadillas recurrentes. Estableció que el tratamiento clínico debería orientarse a cubrir las necesidades de las personas perturbadas y no a meramente seguir reglas de instituciones religiosas. Dedicó muchísimo tiempo a hablar con y a observar a sus pacientes debido a que pensaba que no podía dar tratamiento a la psicología anormal sin tener un co-

nocimiento de primera mano. Este descubrimiento lo llevó a la conclusión de que las experiencias internas (como los conflictos psicológicos) y las relaciones desequilibradas con los demás eran causa importante de las enfermedades mentales. Los escritos de Weyer representan un paso significativo hacia la separación entre la psicología anormal y la teología.

La Edad de la Razón y la Ilustración

El siglo XVII, que se conoce como la Edad de la Razón, y el siglo XVIII, como de la Ilustración, se llaman así porque durante éstos la razón y el método científico reemplazaron a la fe y al dogma como formas de comprender el mundo natural. Durante este periodo, se realizaron avances significativos en campos tan diversos como la astronomía, la biología y la química. Los científicos y los filósofos por igual destacaron la necesidad de apoyar las afirmaciones con observaciones de los fenómenos naturales. El físico inglés William Harvey (1578-1657), mejor conocido por sus trabajos acerca del aparato circulatorio humano, escribió también acerca de las relaciones entre los aspectos fisiológicos y psicológicos de la vida.

A pesar de que las emociones y motivaciones humanas son menos accesibles a la observación directa que la Luna, el sistema circulatorio del hombre o las estructuras moleculares, muchos filósofos y científicos centraron su atención en las experiencias subjetivas de los seres humanos. Baruch Spinoza (1632-1677) anticipó los planteamientos modernos de la psicología y la fisiología con el argumento de que la mente y el cuerpo son inseparables. Gran parte de los escritos actuales sobre psicología son reminiscencias de los escritos de Spinoza, en los que habla sobre la causalidad psicológica y el papel de las emociones, las ideas y los deseos en la vida del hombre. Spinoza incluso se refirió a los mecanismos inconscientes que ejercen una influencia sobre la conducta. Su principal contribución a la psicología anormal fue su argumento de que los procesos psicológicos, a pesar de que no se pueden observar de manera directa, tienen una importancia igual a la de los procesos materiales del mundo natural.

Entre los observadores perceptivos de la experiencia humana en cada época existen dramaturgos, novelistas y poetas. Durante la Edad de la Razón, varios autores profundizaron en los problemas de la motivación y las emociones humanas. Los ejemplos más claros se pueden encontrar en muchas obras de William Shakespeare (1564-1616), sobre todo en *Hamlet*. Éste desea vengarse de su tío por el asesinato de su padre, pero duda en hacerlo. Los psicoanalistas han interpretado esta duda como una reflexión de los conflictos neuróticos de Hamlet con respecto de su madre, quien se casó con el tío después de la muerte de su padre. Otra obra literaria que trata de las emociones humanas es *The Anatomy of Melancholy*, de Robert Burton (1577-1640). En este libro, Burton se enfocó en el centro emocional de la depresión y observó que las personas deprimidas tienden a estar muy enojadas no sólo con ellas mismas sino con todos los demás. Burton, profesor de teología en Oxford, basó su descripción y análisis de la depresión en su propia experiencia.

Estos desarrollos literarios reflejan el conflicto prolongado entre las explicaciones psicológicas y físicas de la conducta anormal.

Sin embargo, durante los siglos XVII y XVIII, ambos grupos, los que analizaban la experiencia subjetiva y quienes trataban de identificar los defectos físicos, finalmente rechazaron la idea de que los demonios y las causas sobrenaturales provocaban la conducta anormal. Como consecuencia de ello, a finales del siglo XVIII, la superstición había sido reemplazada casi en su totalidad por un compromiso con la racionalidad, la observación científica y el trato humano de los enfermos mentales.

En Inglaterra, el movimiento hacia el trato humano tomó fuerza como resultado del ataque psicótico que sufrió el rey Jorge III en 1765. Este evento precipitó una crisis constitucional e hizo que muchas personas tomaran conciencia de que ni siquiera los individuos sobresalientes eran inmunes al trastorno mental. Los manicomios existían en Inglaterra desde hacía varios años, pero a principios de 1774 Gran Bretaña aprobó la primera ley que autorizaba esas instituciones y reguló la admisión de pacientes en ellas.

A fines del siglo XVII y principios del XIX, surgió interés por la **fisiognomía**, el arte de juzgar el carácter, la personalidad y los sentimientos a partir de la forma del cuerpo, sobre todo del rostro. Durante los primeros años del siglo XIX, surgió otro nuevo planteamiento con respecto de la psicología anormal. Franz Joseph Gall (1758-1828), médico que estudió el cerebro de diferentes tipos de personas (jóvenes, ancianos y trastornados), recopiló evidencias que sugerían que el tamaño del cerebro y el desarrollo mental estaban relacionados. Con base en estas evidencias, formuló la teoría de la **frenología** de acuerdo con la cual las distintas “facultades” psicológicas se localizaban en áreas específicas del cerebro. Gall creía que las protuberancias y hendiduras en la superficie del cráneo eran reflejos precisos de las partes subyacentes del cerebro. La figura 1-8 muestra un aparato que se utilizaba para medir estas irregularidades. El interés por esta ahora desacreditada teoría, duró mucho tiempo: el diario de la Sociedad de Frenología del Estado de Ohio se publicó hasta 1938 y la Sociedad Británica de Frenología existió hasta 1967.

Un ejemplo del creciente interés en los planteamientos físicos de la enfermedad mental es William Cullen (1710-1790), quien creía que la conducta neurótica era provocada por los defectos físicos del sistema nervioso. Los esfuerzos terapéuticos de Cullen parecían ingenuos, pero eran consecuencia lógica de su orientación orgánica. Trataba a sus pacientes con baños fríos, sangrías, inducción de vómito, dietas especiales, programas de ejercicio y fisioterapia. Como la mayoría de sus contemporáneos, Cullen empleaba severas restricciones y camisas de fuerza para controlar a los individuos violentos.

Un ejemplo aún más famoso de la búsqueda de explicaciones orgánicas de la conducta anormal es la carrera de un médico vienes, Franz Anton Mesmer (1734-1815). En 1774, Mesmer escuchó hablar del trabajo de algunos médicos ingleses que trataban ciertas enfermedades con imanes. Entonces, dio tratamiento a una paciente haciéndola ingerir una preparación que contenía hierro y sujetando tres imanes a su cuerpo, uno en el estómago y dos en las piernas. Después de su espectacular recuperación, Mesmer especuló sobre los mecanismos que provocaron la curación. Todos estaríamos de acuerdo con su primera conclusión: el resultado favorable no se podría explicar de manera razonable por la acción de los imanes por sí mismos. Pero Mesmer, un hombre extravagante y ambicioso, afirmó que los imanes habían reforzado o fortalecido



Figura 1-8 El frenómetro eléctrico de Lavery, inventado en 1907, fue diseñado para medir los bultos de la cabeza. Se creían que tales bultos indicaban el lugar de las diferentes facultades psicológicas.

la causa primaria de la curación: su magnetismo personal o “animal”. Mesmer sostenía que todos los seres humanos tenían un líquido magnético especial, una clase de sexto sentido que, al liberarse, podía curar y prevenir todas las enfermedades (ver la figura 1-9). Además, estaba convencido de que poseía una abundancia del líquido fuera de lo común. Asimismo, pensaba que un ademán de sus manos era suficiente para hacer que sus pacientes sintieran la transmisión de su fuerza magnética.

Los pacientes de Mesmer entraban en una habitación con una alfombra gruesa, luz tenue, música suave y aire perfumado. Se tomaban de la mano y formaban un círculo alrededor de la *baquet*, una tina llena de agua magnetizada. Mesmer entraba, vestido con una elegante capa y una espada en su mano. Este ambiente dramático se creaba en forma deliberada para lograr la crisis emocional necesaria para la curación. Muchos testimonios aseguraron que el tratamiento de Mesmer era beneficioso. Sin embargo, el mecanismo de su terapia estaba más relacionado con el poder de la sugestión que con los líquidos magnéticos humanos. Su magnetismo animal era precursor no de una curación orgánica, sino más bien de un medio psicológico complejo para influir en las actitudes y la conducta. Por lo tanto, Mesmer fue un personaje importante en la historia de la hipnosis, una técnica clínica que, aunque lejos de su *baquet*, todavía se basa en la sugestión como medio de influir en el estado de conciencia del paciente.



Figura 1-9 Mesmer trató a sus pacientes utilizando un *baquet*, tina redonda en la que se colocaba agua magnetizada. Esta imagen grabada del siglo XVIII muestra pacientes utilizando barras y cuerdas conectadas al tubo para tocar las áreas afectadas en sus cuerpos.

El movimiento de la Reforma

El aumento de una actitud científica hacia los trastornos mentales que comenzó en el siglo XVIII contribuyó a incrementar la compasión por las personas que los padecían. Esta nueva compasión se convirtió en la base para el movimiento de la Reforma del siglo XIX. Philippe Pinel (1745-1826), un líder en la reforma de los hospitales mentales franceses, expresó gran simpatía por la condición de los dementes. Creía con firmeza que lo que necesitaban era cuidado humano y tratamiento. A pesar de que, en la actualidad, esta orientación es bien aceptada tanto por los trabajadores profesionales como por el público, en su época, las ideas de Pinel estaban lejos de aceptarse. Tuvo que luchar contra el punto de vista de que las instituciones para los dementes eran más necesarias para proteger a la sociedad que para ayudar a los enfermos.

Un paso importante hacia el trato humano de los enfermos mentales se dio el 25 de mayo de 1815, cuando la Cámara de los Comunes británica ordenó una “Investigación Parlamentaria en los Manicomios de Inglaterra”. En esa época, el tratamiento era brutal. Los pacientes eran azotados, apaleados y encadenados además de los tratamientos de sangrado y vómito que eran tan comunes en la práctica médica. Incluso el rey Jorge III tuvo que pasar por un tratamiento de este tipo durante su colapso nervioso de 1788-1789. Uno de estos manicomios, el Hospital de St. Mary de Bethlehem, en Londres (de donde procede la palabra *bedlam* o casa de locos), se había hecho famosa por el ruido y el caos que siempre había adentro. Las actividades en este “manicomio” interesaron tanto al público, que los visitantes iban con frecuencia a observar las extravagancias de los pacientes. Incluso se vendían boletos para esta atracción turística tan popular (ver la figura 1-10). Los manicomios como Bethlehem carecían de regulación y, en muchas ocasiones, su personal no estaba capacitado (Andrew y Scull, 2002). Después de que un comité de ciudadanos reveló los incidentes de abuso físico en el hospital, se inició una investigación más profun-

da y se pedía el apoyo público para lograr una legislación en beneficio de los enfermos mentales.

A mediados del siglo XIX, la aceptación cada vez mayor de las ideas humanitarias llevó a un mayor reconocimiento de la necesidad de reformar las instituciones sociales. Se iniciaron movimientos enérgicos para establecer asilos protectores y benignos para los enfermos mentales. Los enormes asilos para los dementes que se construyeron en el siglo XIX se crearon porque se pensaba que la única forma de curarlos era a través de su aislamiento de las influencias dañinas de la familia, los amigos y la comunidad. Aunada a este punto de vista, florecía la creencia en el tratamiento moral. Este planteamiento trataba de controlar y rehabilitar al paciente mediante un horario fijo que apoyara sus hábitos regulares; un trato bondadoso con restricciones mínimas; una visita diaria por parte del superintendente del hospital, quien asumía el papel de persuasor y líder de inspiración; ambiente tranquilo y agradable; instalaciones que separasen a los pacientes con distintos grados de trastorno; dieta apropiada; algunos medicamentos; y actividades físicas y mentales organizadas (ver la figura 1-11).

El movimiento de la Reforma en América El siglo XVIII no fue una buena época para los enfermos mentales en las inexpertas colonias británicas; con frecuencia, morían lentamente en la cárcel. En los primeros años de la Colonia, por lo general se ignoraba a los enfermos mentales hasta que requerían de alguna acción porque se consideraban una molestia o una amenaza para la comunidad. De esta forma, los enfermos mentales fueron identificados con criminales y mendigos. En algunas comunidades, un grupo de estas personas se transportaba en una diligencia a mitad de la noche y se deshacía de ella en la plaza principal de alguna localidad distante. El Philadelphia Almshouse, construido en 1732, ilustra el tipo de institución pública en la que se internaba a los enfermos mentales. El Almhouse atendió a los pobres, los dé-

Figura 1-10 Este dibujo de William Hogarth, para su serie *The Rake's Progress*, muestra a dos visitantes que habían adquirido boletos de entrada para ver las payasadas de los pacientes internados en un asilo. Aunque nos parece difícil de creer en nuestros días, los boletos para dichos espectáculos se vendían en el Hospital Bethlehem, en Londres, hasta finales del siglo XVIII, y la gente disfrutaba de la novedad de estas escenas como si se tratara de un circo.





Figura 1-11 Como resultado del movimiento de la Reforma, los hospitales psiquiátricos hacían un esfuerzo especial para proporcionar a los pacientes entornos alegres y entretenimiento divertido. Por ejemplo, el Middlesex County Lunatic Asylum, en Inglaterra, realizaba elaboradas fiestas para sus pacientes en año nuevo.

biles y los mentalmente afectados. En 1750, Benjamín Franklin escribió que Almhouse “no estaba capacitado en forma alguna” para atender a los enfermos mentales y que necesitaban tratamiento en un hospital por separado.

Con frecuencia, se da el crédito de la fundación de la psiquiatría en América a Benjamin Rush (1745-1813), uno de los personajes que firmó la Declaración de Independencia. Creía que la “locura” se debía a un engrosamiento de los vasos sanguíneos del cerebro. A pesar de que los métodos de tratamiento que utilizó (sangrías, purgas y curaciones con agua) en la actualidad nos parecen más un castigo que una terapia, llevó a cabo su labor en un hospital y no en una institución de custodia, sus métodos intentaban reducir la presión sobre los vasos sanguíneos del cerebro y disminuir así la enfermedad mental. El Pennsylvania Hospital, donde Rush introdujo sus nuevos métodos para el tratamiento, fue el primer hospital en América que admitió pacientes que padecían enfermedades mentales. Su obra *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*, que se publicó en 1812, fue el primer libro de texto en América sobre psiquiatría y se utilizó como referencia básica durante más de 50 años. La figura 1-12 muestra una reproducción de una silla “tranquilizadora” diseñada por Rush. Su intención era calmar pacientes restringiéndolos y privándolos del uso de sus sentidos. (Gamwell y Tones, 1995).

La falta de trato humano e instalaciones dignas para los enfermos mentales en América preocupó a Dorothea Dix (1802-1887), una maestra de Boston. Para 1847, había visitado 18 penitenciarías, 300 prisiones estatales y correccionales y 500 hospicios donde estaban internados enfermos mentales. Gracias a sus esfuerzos personales se construyeron 32 hospitales de salud mental.

Otra fuerza importante para mejorar y tratar a los enfermos mentales fue un hombre de negocios estadounidense llamado Clifford Beers. En 1908 registró sus experiencias como paciente mental en su libro *A Mind that Found Itself*.



Figura 1-12 Este grabado muestra la silla tranquilizadora desarrollada por Benjamin Rush. Aunque podría parecer más humana que los métodos anteriores, en la actualidad, tales restricciones se percibirían como “no terapéuticas”.

Ningún incidente de mi vida ha quedado tan grabado en mi memoria como los de mi primera noche en una camisa de fuerza. Antes de una hora de estar en ella empecé a sentir un intenso dolor que no se comparaba con ningún otro que hubiese sentido, y antes de que la noche termina-

ra se había vuelto insoportable. Mi mano derecha estaba sostenida con tanta fuerza que la uña de un dedo estaba a punto de cortar la punta de otro, y de pronto comencé a sentir como cuchillos que se me enterraban en todo mi brazo derecho y hasta el hombro. Después de cuatro o cinco horas, el exceso de dolor me dejó parcialmente insensible a él. Pero, durante quince horas consecutivas permanecí atado con ese instrumento de tortura, y no fue sino hasta la duodécima hora, más o menos la hora del desayuno de la mañana siguiente, cuando el asistente me hizo el favor de aflojar un poco un cordón (Beers, 1908, p.107)

Después de su recuperación, Beers tomó la determinación de realizar cambios en las condiciones de los hospitales mentales y su libro le ayudó a obtener apoyo para un grupo de reforma de ciudadanos, el National Committee for Mental Hygiene (que ahora se llama National Association for Mental Health), fundado en 1909. El grupo promovía programas sociales que se dedicaban a la prevención de las enfermedades mentales, así como al reforzamiento del trato humano para los pacientes.

A pesar del progreso hacia un trato humano para los pacientes en el siglo XIX, en Estados Unidos los enfermos mentales siguieron sufriendo la persecución durante varios años del siglo XX. Un ejemplo de este inhumano tratamiento fue la experiencia sufrida por Perry Baird. Baird se graduó en la Universidad de Texas y en la Escuela de Medicina de Harvard y fue un exitoso dermatólogo. En 1945, a la edad de 34 años, fue hospitalizado debido a su condición maniaco-depresiva que hoy en día podría describirse como trastorno bipolar. Entre 1944 y 1948 escribió un manuscrito titulado "Echoes from a Dungeon Cell". La hija de Baird publicó más tarde extractos de su manuscrito que hizo que su experiencia sonara muy parecida a la de Clifford Beers, muchos años antes (Baird y Baird, 1996). Al igual que Clifford Beers, Baird también estuvo sujeto por una camisa de fuerza. Escribió:

Después de llegar a mi habitación, se inició un tratamiento conocido como "tratamiento de restricción"... El procedimiento consiste en mantener restricciones constantes, alternando entre camisas de fuerza y compresas frías. Después de tres o seis horas bajo cualquiera de estos métodos, uno podía ir al baño y después regresar a la camisa o a la compresa, sin importar lo exhausto que uno estuviera. No recuerdo haber sufrido jamás un dolor físico más grande.

Me pusieron delante una camisa de fuerza y me pidieron que metiera mis brazos en las mangas unidas en un sólido patrón rectangular... después se me pidió que me recostara en la cama que se encontraba en la esquina de una habitación vacía y pegada a una ventana. Seguí las instrucciones sin hacer ningún comentario pero con un enorme sentido de indignación y un profundo pesar. La camisa de fuerza estaba hecha de lona y desde sus esquinas colgaban en pares fuertes lazos de lona. Éstos fueron atados con fuerza a cada uno de los lados y los pies de la cama. Los dieciséis o dieciocho pares que formaban poderosas anclas a la cama apenas me permitían algún movimiento.

Recé a Dios para que en el futuro pudiera recordar que una vez que se ha cruzado la línea de la vida normal para entrar en un hospital psiquiátrico, uno se separa de los amigos y parientes por paredes más gruesas que la piedra, es decir, paredes de prejuicios y supersticiones.

Desafortunadamente, las camisas de fuerza y las compresas frías (envueltas fuertemente en sábanas frías) no fueron los peores

tratamientos a los que se sometió a Baird. En 1949 se le practicó una lobotomía prefrontal, un procedimiento quirúrgico mediante el cual se abre un orificio en el cráneo y se cortan las fibras nerviosas que conectan el lóbulo frontal con el tálamo. Nunca pudo reanudar su práctica médica y en 1959 se le encontró muerto en la tina del baño, donde sufrió uno de los constantes ataques que padeció constantemente después de la lobotomía.

En la actualidad, es poco probable que existan condiciones así y muchas instituciones proporcionan un cuidado de alto nivel. Sin embargo, aunque la calidad del cuidado en muchos hospitales mentales ha mejorado con el tiempo, el movimiento de desinstitutionalización que comenzó hace 25 años ha dado como resultado un menor estándar de cuidado para muchas personas afectadas por enfermedades mentales y un aumento del sufrimiento para algunas. Por ejemplo, la situación de personas enfermas mentales sin hogar, en muchos sentidos, recuerda el trato menos que humano de los enfermos mentales en periodos anteriores de la historia.

La revisión de la historia de la psicología anormal ha hecho hincapié en dos temas: 1) las cambiantes creencias acerca de lo que es la conducta anormal y cómo debe ser su estudio, y 2) la necesidad de enfoques humanos hacia los enfermos mentales. La historia de la psicología anormal no ha sido todo progreso; han existido avances y retrocesos. Sin embargo, han predominado los pasos hacia adelante.

Conceptos recientes sobre la conducta anormal

La forma en que se conceptualiza la conducta desadaptada influye en la manera en que se estudia y el modo en que se trata a los individuos con diversos tipos de problemas de pensamiento, estado de ánimo y conducta. Un importante enfoque del siglo XX fue el reconocimiento de la investigación como un camino para identificar las causas de la desadaptación y desarrollar terapias eficaces. Hasta hace poco tiempo, la mayor parte de la investigación se basaba en dos ideas que, por lo general, se contraponían: uno de los grupos de teóricos e investigadores veía el comportamiento inadecuado como un producto de las dificultades psicológicas y sociales, mientras que el otro grupo consideraba que tenía causas orgánicas. Esta dicotomía entre las causas psicosociales y orgánicas ha llegado a ser cada vez menos sostenible porque, con frecuencia, las variables psicológicas y orgánicas se relacionan íntimamente. Es seguro predecir que la investigación en el siglo XXI combinará variables psicológicas, sociales y orgánicas. Se describirán los dos enfoques conceptuales que dominaron el siglo XX y después se explicará el enfoque integral más reciente.

Enfoque psicológico

Las teorías del siglo XVIII otorgaron fundamental importancia al *pensamiento racional* como la forma para lograr una adaptación personal y social. Sin embargo, durante la primera mitad del siglo XIX, atrajo mucho más la atención el importante papel del *pensamiento irracional* en la conducta normal y anormal. Esta transformación tuvo lugar como una reacción contra el punto de vista de los filósofos

fos y científicos que dieron poca importancia al papel de las emociones, las motivaciones y los conflictos internos en la conducta del hombre. Muchos trabajadores clínicos e investigadores empezaron a considerar los conflictos internos como la causa principal de infelicidad personal y de fracaso para adaptarse en el aspecto social. Este enfoque hacia las emociones y los sentimientos irracionales estableció las bases de los escritos de Sigmund Freud de principios del siglo XX acerca de los procesos mentales y su relación con la conducta perturbada (véase el capítulo 2).

Enfoque orgánico

Durante el siglo XIX, influidos por el progreso en fisiología y anatomía, muchos escritores interesados en la psicología anormal argumentaron que la mayor parte de los trastornos mentales eran provocados por la influencia directa o indirecta de las alteraciones en el funcionamiento cerebral. “Las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales” fue una frase que se convirtió en algo muy común. Detrás de esta perspectiva se encontraba el supuesto de que el material (las neuronas) provoca, casi siempre, la manifestación mental (infelicidad personal). La principal implicación de este punto de vista es que era necesario descubrir más sobre la forma en que funciona el organismo (en particular el sistema nervioso). Una manera de hacerlo era disecar el cerebro de individuos con trastornos mentales después de su muerte. Los investigadores llegaron a la conclusión de que las conductas poco comunes que mostraban esos individuos eran provocadas por anomalías estructurales del cerebro. Por medio de la observación directa del cerebro de esas personas, esperaban descubrir las relaciones entre el cerebro y la conducta. Desde este punto de vista, la introspección era poco atractiva como un camino para comprender los trastornos psicológicos. Tampoco había mucho interés en la manera en que los pensamientos dirigían la conducta observable.

Convergencia de los enfoques

Un **enfoque interaccional** o **biopsicosocial** es el que actualmente dirige el trabajo de la mayor parte de los investigadores y médicos. Desde esta perspectiva, es necesario considerar las instancias de conducta desadaptada en términos de la operación de variables psicológicas, biológicas y sociales. Se supone que la relativa importancia o papel de estos factores en causalidad varíe según el problema de que se trate. Por ejemplo, la esquizofrenia parece estar fuertemente relacionada a los factores genéticos. Sin embargo, esto no significa que los factores genéticos por sí solos determinen la naturaleza de la enfermedad y que los factores psicológicos y sociales carezcan de importancia. Existen razones válidas para creer que los tres factores influyen de manera importante en la expresión y el resultado de muchas enfermedades. Los papeles relativos de los factores biológicos, psicológicos y sociales no varían únicamente entre individuos, sino también a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Por ejemplo, la incidencia de algunos tipos de depresión aumenta con la edad. En algunas personas, la depresión surge principalmente como resultado de su exposición a una vida llena de tensiones mientras que para otros la principal causa de depresión es la predisposición genética. La perspectiva interaccional

sostiene que los factores biológicos, sociales y psicológicos pueden ser causas, correlaciones y/o consecuencias en relación con los diversos tipos de conducta desadaptada. Sus contribuciones, por separado e interactuando unas con otras, deben ser evaluadas y tratadas de manera que se ayude a las personas a manejar los problemas que surgen en sus vidas.

La investigación muestra que hay mucho de “físico” en las enfermedades “mentales” y viceversa. Por ejemplo, la química cerebral de una persona con una depresión mayor es diferente de la que tiene una persona que no está deprimida, por lo cual puede utilizarse un medicamento, muchas veces en combinación con la psicoterapia, para volver a la normalidad la química cerebral. De manera similar, una persona que está sufriendo de endurecimiento de las arterias en el cerebro —lo que reduce el flujo sanguíneo y, por lo tanto, el oxígeno en el cerebro— puede experimentar los mismos síntomas “mentales” como confusión y olvido. Comentaremos el enfoque interaccional con más detalle en el capítulo 2 y veremos que las vidas internas de las personas, su ambiente social y la forma en que funcionan sus cuerpos interactúan e influyen en los demás.

Resiliencia, afrontamiento y vulnerabilidad

El enfoque interaccional conduce a cuestionamientos que juegan cierto papel en el trabajo de los médicos debido a que tratan de comprender qué es lo que provoca un problema en particular y a idear terapias eficaces. Entre los cuestionamientos podemos mencionar: ¿Qué hace que esta persona sea vulnerable a la enfermedad? ¿Qué conjunto de circunstancias la activaron? ¿Qué debe hacerse para ayudarla a enfrentar los problemas de una manera eficaz?

Para entender la forma en que las personas se adaptan, es importante considerar las condiciones en las cuales se realiza la adaptación. La misma persona puede manejar bien una situación atemorizante o difícil en una ocasión y de manera inadaptada en otras. Algunas personas tal vez muestren una conducta adaptativa en la misma situación que otras manejan pobremente. Esta diversidad sugiere que es insuficiente argumentar que la conducta desadaptada se presenta sólo debido a la naturaleza de la situación o a la tensión relacionada con un evento en particular.

El término **estrés** se refiere a nuestra reacción ante una situación que presenta demandas, restricciones u oportunidades y no es normalmente placentero. Las personas están sujetas a experimentar estrés psicológico cuando tienen que enfrentar un cambio inesperado o poco usual, tal como un desastre natural. Es probable que experimenten incluso mayor estrés que el normal cuando el cambio se presenta al mismo tiempo en que se está sufriendo una crisis severa de vida (como la muerte de un ser querido) o el principio de una etapa crítica de desarrollo (como la adolescencia). El número promedio de situaciones estresantes durante la vida (como conflictos familiares, enfermedad grave de uno de los padres, un hermano o una hermana) es más elevado para los casos clínicos que para las personas del grupo de control con quienes se compararon. Aunque no resultan claros la causa y el efecto, este estrés agregado puede llevar a una peor adaptación. Sin embargo, algu-

TABLA 1-1

Ejemplos de factores de protección y de riesgo
Factores de riesgo
Susceptibilidad genética (varía por enfermedad mental)
Negligencia o abuso durante la infancia
Inteligencia por debajo del promedio
Desavenencia marital severa
Desventaja socioeconómica
Hacinamiento o familia de gran tamaño
Criminalidad paterna
Trastorno mental materno
Desorganización comunitaria
Escuelas inadecuadas
Racismo y discriminación
Factores de protección
Temperamento positivo, alegre
Inteligencia por encima del promedio
Competencia social
Estructura familiar de menor tamaño
Relaciones comprensivas con los padres
Buenas relaciones con los hermanos
Disponibilidad de servicios sociales y de salud
Comunidad socialmente cohesiva

nas personas —incluso aquéllas con una enfermedad diagnosticada— no son desviadas por el estrés. Parecen poder lidiar con los golpes y funcionar bien ante la adversidad. Podemos pensar de ciertos riesgos y factores de adversidad como situaciones que caracterizan la vida de cada persona; los factores de riesgo contribuyen a la vulnerabilidad y los factores de protección a la resiliencia (ver la tabla 1-1).

El término **vulnerabilidad** se refiere a cuál es la probabilidad de que respondamos de manera inadaptada en ciertas situaciones. Un individuo puede controlar una situación en forma eficaz, pero no otra. La vulnerabilidad puede aumentar debido a la herencia, como tener un padre esquizofrénico, por ciertas características de personalidad como la tendencia a preocuparse o sentirse ansioso, por la falta de ciertas capacidades como tomar decisiones con tranquilidad o por una acumulación de experiencias negativas inesperadas. Algunas personas son más vulnerables en todas las situaciones debido a que manejan en forma menos eficaz lo que les sucede en la vida cotidiana. Otros son más vulnerables debido a una combinación de sucesos estresantes recientes. Sin duda, son más vulnerables en algunos tipos particulares de situaciones que le recuerdan problemas o dificultades pasados. Por ejemplo, quizás al ver que un niño es arrastrado por un río, una persona que, cuando tenía 5 años, vio a uno de sus hermanos más pequeños morir en un accidente se

quede inmóvil, en tanto que alguien que no ha tenido una experiencia así puede actuar a tiempo para salvarlo.

Ciertas condiciones de la vida incrementan la vulnerabilidad de la gente y el riesgo que corre de presentar una conducta desadaptada. Las personas que comparten estas condiciones se convierten en parte de un grupo de alto riesgo que es más propenso a experimentar los efectos negativos del estrés que el resto de la población. Los grupos de la población que pueden ser de alto riesgo ante ciertas circunstancias incluyen a los niños y adolescentes, los ancianos e inválidos y las minorías en desventaja.

Los factores de protección pueden compensar elementos de alto riesgo en la vida de alguien y contribuir a la **resiliencia**, es decir, la capacidad de funcionar eficazmente de cara a la adversidad y de “reponerse” después de sufrir un estrés importante. Hay personas que, a pesar de su exposición a múltiples factores de riesgo, no muestran las consecuencias que uno pudiera esperar bajo estas circunstancias. Estas personas resilientes pueden comportarse de forma adaptativa a pesar de condiciones de vida indeseables o de experiencias personalmente amenazadoras.

Varios factores de protección han surgido como temas recurrentes en la vida de niños resilientes que supieron afrontar situaciones difíciles a pesar de haber crecido en circunstancias difíciles (Werner, 1993). Estos niños están comprometidos con otras personas (tanto adultos como compañeros); tienen buena comunicación y capacidades para resolver problemas, incluyendo la necesaria para vincularse con cuidadores sustitutos; muchas veces tienen un talento o afición que es valorado por sus mayores o compañeros; y tienen fe en que sus propias acciones puedan marcar una diferencia positiva en sus vidas. En general, la resiliencia mejora cuando los niños tienen lazos cálidos con otros que alientan la confianza, la autonomía personal y la iniciativa. El siguiente relato describe a dos individuos con capacidad de resiliencia: una madre y su hija, estudiante de preparatoria. Cada una de ellas debe enfrentarse diariamente con desafíos económicos y dificultades familiares.

Son las 10 de la mañana, hora de despertar a mamá. La frustración me inunda porque estoy sentada en mi cama, cubierta con libros. Uno a uno los voy echando a un lado.

Abro la puerta de mi habitación hacia una pared de oscuridad. Volteo con pena hacia mi habitación iluminada y me dirijo hacia la sala. Todas las luces están apagadas y las sombras han caído. En el sillón está mamá acostada. Su pelo está por todos lados y su rostro es una máscara de paz. Muevo su hombro diciéndole que son las 10. Instantáneamente abre los ojos y comienza a levantarse.

Me doy vuelta para regresar a mi iluminada recámara, cuando ella me pide que le prepare un café. Doy vuelta y un brillo de ira cruza por mis ojos. La culpa rápidamente la reemplaza. ¿Cómo puedo enojarme? Todos los días se levanta y va a trabajar con cuatro o cinco, a veces dos, horas de sueño. Incluso trabaja tiempo extra cada vez que puede. Le digo que no se presione tanto, pero me contesta que necesitamos el dinero. Y todo lo que me está pidiendo es una taza de café.

Así que voy a la cocina, dejo las luces apagadas, como si la luz fuera un intruso en el mundo oscuro de mi madre. Sirvo una taza de café y le agrego leche y azúcar tal como le gusta. Se lo llevo. Ya está vestida y sentada en el sofá.

Le paso la taza de café y ella me da las gracias. Le comento que papá llamó y dijo que no vendría el sábado a hacer el trabajo del porche. Simplemente asiente con la cabeza y bebe su café.

Todo muy rápido, tiene que irse. Me da mis \$3.60 para la escuela y me besa en la mejilla. Como siempre, me dice que me quiere. Después sale por la puerta y se va hacia su trabajo.

La veo desde la puerta maravillada. ¿Cómo lo hace? ¿Por qué nunca olvida dejarme los \$3.60 para la escuela? ¿Cómo es que siempre recuerda decirme que me quiere? ¿Cómo puede trabajar toda la noche y hacer el quehacer durante todo el día? ¿Cómo pudo criarnos a mis hermanas y a mí sin ninguna ayuda? Nunca se rinde o dice, “No puedo ir hoy”. Nunca, nunca deja de levantarse, sin importar lo poco que haya dormido.

Cerré la puerta. Caminé lentamente por el oscuro mundo de mamá y regresé a mi iluminada habitación. Volví a colocar los libros en mi regazo. Antes de comenzar de nuevo, giro mis ojos hacia Dios y silenciosamente le doy gracias por tenerla. (New York Times, 25 de marzo de 1995, p. 15)

Las personas resilientes se describen como buenos afrontadores. La capacidad de **afrontamiento** se refiere a las técnicas disponibles para que un individuo dé la cara a las situaciones difíciles y trate de superarlas. Varias capacidades generales son útiles para manejar las situaciones difíciles, entre ellas el pensamiento constructivo, el manejo de los problemas conforme se presentan, el comportamiento flexible y la retroalimentación para sí mismo acerca de qué tácticas funcionan en una situación determinada y cuáles no. El grado de utilidad de cualquier capacidad en particular depende de la naturaleza de la situación y de las vulnerabilidades y cualidades del individuo. Tener una variedad eficaz de habilidades de adaptación fortalece la sensación de autocontrol e independencia que tiene una persona. Si se tiene más control sobre el comportamiento, tal vez se pueda cambiar las condiciones del ambiente que ejercen una influencia sobre las personas.

Las intervenciones clínicas son formas de ayudar a las personas a manejar su vulnerabilidad e incrementar su resiliencia. La intervención que se elige para alguien que experimenta una crisis a corto plazo, como la enfermedad grave de un ser querido, puede ser un medicamento tranquilizante. En este caso, el tranquilizante reduce la vulnerabilidad a la intensa angustia que se experimenta durante un periodo específico. En otros casos, es necesario tomar en cuenta los deseos, motivaciones y conflictos de la persona con el objeto de ayudarla a manejar el estrés con más eficacia y a reducir su nivel de vulnerabilidad ante las crisis que son los ingredientes inevitables de toda vida humana. En ocasiones, la persona necesita aprender nuevas habilidades o nuevas conductas eficaces en el manejo de las situaciones difíciles. Para algunas personas, es necesario cambiar la forma en que piensan sobre una situación. Si un examen con un bajo desempeño académico hace que piense: “Soy un tonto; no tiene caso que trate de terminar este curso”, su desempeño académico futuro puede ser muy diferente que si pensara: “No estudié muy bien; es mejor que organice más mi trabajo y pregunte al profesor los puntos que no están muy claros antes del siguiente examen”. Dependiendo de la evaluación de los factores en un caso dado y de la perspectiva psicológica o el punto de vista por el que se inclinan, los clínicos variarán sus planteamientos.

Además, las personas difieren en cuanto al grado de apoyo que pueden recibir de su ambiente para ayudarlas a enfrentar la adversidad. El pequeño Denton, de siete años, se puede adaptar en forma correcta cuando tiene una maestra agradable, sus padres se llevan bien y él está sano. Sin embargo, si tiene una maestra a quien odia, si sus padres discuten la mitad de la noche y están a punto de divorciarse y él está constipado, es probable que se sienta mucho más molesto por no ser uno de los jugadores principales del equipo de fútbol soccer que como se sentiría en situaciones normales. Si la señora Block acaba de perder un importante cliente de su empresa y llega a su casa y se da cuenta de que alguien se estrelló contra su auto que estaba estacionado en la calle y después su hijo de 12 años le dice que dejó su violín en el autobús del colegio, es probable que no responda en forma tan constructiva como lo haría en otras circunstancias.

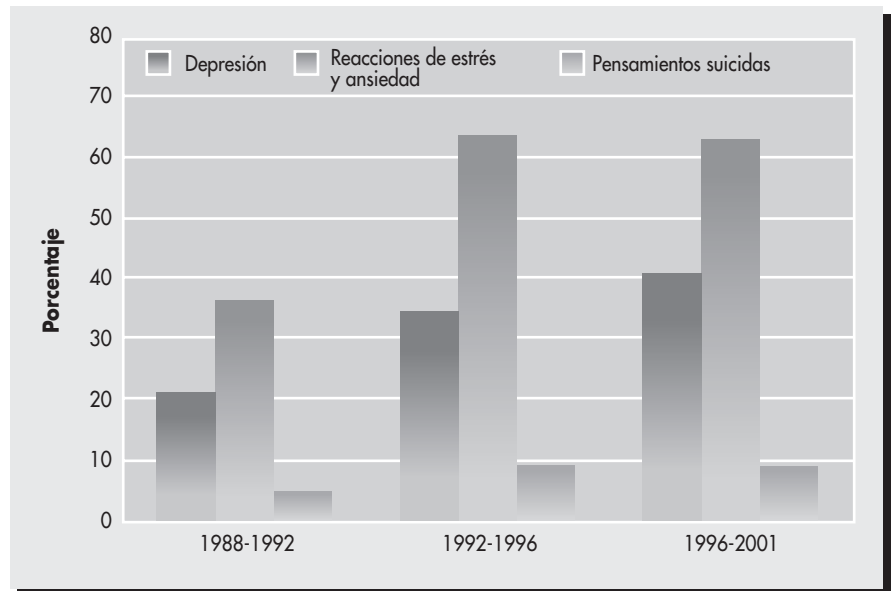
En este libro se presentarán varias perspectivas diferentes acerca de la razón por la que ocurre la conducta desadaptada y cómo se puede sustituir con una conducta adaptativa. A lo largo de este análisis de la psicología anormal, se considerarán los efectos de la vulnerabilidad y la resiliencia de la persona sobre cualquier situación en particular. Mientras más entendamos qué hace que un individuo se sienta estresado y mientras más fáciles sean de identificar los factores que producen vulnerabilidad, las causas de la conducta desadaptada serán más claras y será más probable que apliquemos los procedimientos eficaces de tratamiento. Esta búsqueda de la comprensión es el objetivo de la psicología anormal. **Uno de los principios rectores de este libro es que cada persona tiene un conjunto de factores de vulnerabilidad y resiliencia que influyen en su forma de adaptarse a las circunstancias de la vida.**

Epidemiología de la conducta desadaptada

La ocurrencia de problemas psicológicos varía a lo largo del tiempo, de un lugar a otro y en diferentes segmentos de la población. Durante los años pasados, ciertas dificultades emocionales, como la depresión y la ansiedad, se han incrementado de forma significativa entre los estudiantes universitarios que acuden a las oficinas de consultoría escolar. En un estudio realizado en el Centro de Consultoría de la Universidad Estatal de Kansas, el porcentaje de estudiantes atendidos por depresión se duplicó entre los periodos escolares de 1988-1989 y 2000-2001, al igual que el porcentaje de alumnos que reportaron preocupación por pensamientos suicidas (Benton, y cols., 2003). Las reacciones de estrés y ansiedad se incrementaron también significativamente (ver la figura 1-13). El porcentaje de estudiantes que llegan al centro en busca de medicamentos por dificultades emocionales también se duplicó, a pesar de que el número total de estudiantes que concurrieron al centro permaneció estable. No queda claro qué hay detrás de estos aumentos por lo que es necesario realizar mayores investigaciones. Existen dos factores clave en el surgimiento de estos incrementos: las presiones cada vez mayores sobre los estudiantes para obtener el éxito académico y las rupturas en los sistemas de apoyo familiar. Mientras que la tarea principal del médico es diagnosticar y tratar la enfermedad en pacientes individuales, el epidemiólogo investi-

Figura 1-13 Porcentajes de estudiantes que acudieron a las oficinas de consultoría de su universidad con depresiones y pensamientos suicidas en tres diferentes periodos.

FUENTE: Adaptado de Benton, S.A., J.M. Robertson, W.C. Tseng, F.B. Newton y S.L. Benton (2003). Cambios en la asesoría a pacientes del Centro a lo largo de 13 años. *Psicología Profesional: Investigación y Prácticas*, 34, 66-72.



ga la presencia de la enfermedad en poblaciones e identifica factores (por ejemplo, el historial familiar y hereditario) que influye en su presencia. Los psicólogos utilizan los descubrimientos de la **investigación epidemiológica** como un auxilio para comprender los patrones y las posibles relaciones entre las conductas inadaptadas de ciertas poblaciones o grupos y una variedad de factores ambientales y conductuales. La información para la investigación epidemiológica puede provenir del análisis de distintos tipos de datos, como los registros de hospitales y clínicas, la distribución geográfica de los trastornos mentales y las clases de instalaciones disponibles en la comunidad para el tratamiento de los enfermos mentales. La tabla 1-2 presenta algunos hallazgos recientes a partir de los estudios epidemiológicos.

Prevalencia, incidencia y factores de riesgo

La tabla 1-3 ofrece las definiciones de varios conceptos que se emplean en la investigación epidemiológica. Los datos de **incidencia** se relacionan con la cantidad de casos nuevos de una condición específica que surgen durante un periodo en particular. Por ejemplo, si 10 entre 1000 personas estudiadas se vieron afectadas por depresión, la tasa de incidencia sería entonces de 1%. Los datos de **prevalencia** describen la frecuencia con la que se presenta una condición determinada entre cierta población en un momento en particular. Por ejemplo, si en una fecha determinada se contaron 100 casos de depresión en una comunidad de 1000 personas, la tasa de prevalencia sería de 10%.

Además de la prevalencia y la incidencia, otro concepto epidemiológico importante es el **factor de riesgo**, éste se basa en el descubrimiento de una relación estadísticamente significativa entre un trastorno y un factor (por ejemplo, el cáncer pulmonar y el tabaquismo; las enfermedades cardiovasculares y niveles elevados de colesterol). Los factores de riesgo son aquellas características, variables o peligros que, en caso de estar presentes en una persona en particular, la hacen más propenso con respecto al resto de la pobla-

TABLA 1-2

Algunos hechos acerca de enfermedades mentales serias en 2001

1. Aproximadamente 7.3% de los adultos padece de una enfermedad mental seria. (Una enfermedad mental seria es un desorden emocional, conductual o mental diagnosticable psiquiátricamente que limita una o más actividades de la vida).
2. Entre los adultos con enfermedades mentales serias, 20.3% eran dependientes o abusaban del alcohol o de drogas ilícitas.
3. Los porcentajes de enfermedades mentales serias disminuyen con la edad: 11.7% de las personas tenía entre 18 y 25 años; 7.9% de ellas estaban entre los 26 y los 49 y 4.9% tenían 50 años o más.
4. El porcentaje de enfermedad mental seria en todos los grupos de edad fue más elevado en mujeres que en hombres.
5. El porcentaje de enfermedades mentales serias más alto se registró entre indios estadounidenses y nativos de Alaska (14.4%) y el más bajo entre asiático-estadounidenses (4.4%).
6. De los aquejados por enfermedades mentales serias en el grupo de 12-17 años, 18.4% recibió tratamiento o asesoría para problemas emocionales o conductuales.

FUENTE: Oficina de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Departamento de Servicios Humanos y Sanitarios de Estados Unidos.

ción en general a desarrollar un padecimiento. Los factores de riesgo pueden variar en relación con una fase de desarrollo o un nuevo factor estresante en la vida y pueden residir dentro de instituciones sociales, comunitarias, familiares o individuales. Gran parte de la investigación actual se enfoca en la interacción entre los factores de riesgo biológicos y los factores de riesgo psicológicos, y la forma en que dicha interacción puede modificarse (Tsuang y Tohen, 2002). Aunque un trastorno en particular puede tener algunos fac-

TABLA 1-3
Conceptos epidemiológicos
Incidencia. Índice de casos nuevos durante un periodo definido (por ejemplo, un año).
Prevalencia. Índice de casos nuevos y antiguos (ya existentes) durante un periodo definido (por ejemplo, prevalencia en seis meses).
Prevalencia de por vida. Proporción de personas en la población en general que alguna vez han tenido un trastorno en particular.
Factor de riesgo. Característica o condición específica cuya presencia se relaciona con una probabilidad cada vez mayor de que se presente un trastorno específico o que se desarrolle más adelante.

TABLA 1-4
Factores que se relacionan con los índices de trastornos mentales diagnosticados
1. Edad. Las personas más jóvenes tienen índices de trastornos mentales más elevados que las personas mayores.
2. Estado civil. Las personas separadas y divorciadas, así como los solteros, tienen índices de trastornos mentales más elevados que los casados y los viudos.
3. Educación. Las personas con menos educación tienen índices más altos de trastornos mentales que las que tienen más educación.
4. Ingreso personal. Mientras más bajo sea el ingreso, más altos son los índices de trastornos mentales.
5. Condición laboral. Las personas desempleadas tienen índices de trastornos mentales más elevados que los que tienen trabajo.
6. Contacto con amigos. La falta de contactos sociales se relaciona con índices relativamente altos en trastornos mentales.
7. Satisfacción por las relaciones con amigos y parientes. Mientras exista más satisfacción, los índices de trastornos mentales son menores.
8. Felicidad conyugal. Mientras mayor sea el grado de felicidad conyugal, los índices de trastornos mentales son más bajos.

tores de riesgo únicos (por ejemplo, un defecto genético en particular), muchos factores de riesgo son comunes a muchos de ellos, por ejemplo, inteligencia por debajo de lo normal, desventaja social, trastorno mental materno, criminalidad paterna y vivir en áreas con un alto porcentaje de desorganización comunitaria o escuelas inadecuadas.

Los factores de riesgo pueden servir como advertencias tempranas de la necesidad de intervención respecto de condiciones particulares. Cuando se identifican los factores de riesgo, pueden resultar útiles también para sugerir esfuerzos de prevención. Por ejemplo, los niños que han sufrido abuso o abandono pueden tener la oportunidad de experimentar experiencias positivas con adultos afectuosos como un paso hacia la prevención de la ira y la frustración a largo plazo.

Los factores interpersonales, económicos y educativos juegan importantes papeles en la frecuencia de las conductas anormales. La tabla 1-4 enumera varios factores que están muy relacionados

con la presencia de enfermedades mentales, aunque no es posible determinar eficazmente la causa y el efecto. Las personas que tienen buenas habilidades para enfrentar situaciones difíciles y que cuentan con parientes y amigos que se preocupan por ellas tienen menos probabilidades de sufrir ansiedad psicológica que las que carecen de ellos.

La enfermedad mental tiene efecto no sólo en los individuos diagnosticados, sino en los miembros de sus familias. Se estima que de 30 a 40 millones de personas experimentan ciertas consecuencias directas debido a lazos personales cercanos a alguien que sufre de una enfermedad mental. Este libro se enfocará no sólo en el efecto de la conducta desadaptada en las personas cuyos problemas se describen, sino también en el efecto de la conducta en los miembros de la familia, esto es, padres, cónyuges e hijos.

Búsqueda de ayuda para la conducta anormal

El tratamiento de los problemas relacionados con la conducta anormal requiere que las personas que necesitan ayuda la busquen o que otros la busquen por ellos. Sin embargo, se necesita alguna idea de las razones por las cuales las personas buscan ayuda. Muchos individuos que la necesitan no la reciben por razones económicas o por la falta de instituciones clínicas en el lugar donde viven (*Mental Health: A Report of the Surgeon General*, 1999).

Razones para la asistencia clínica

Algunas personas buscan ayuda profesional porque se sienten insatisfechas consigo mismas y con ciertos aspectos de su vida. Sin



Figura 1-14 Las razones de la insatisfacción personal varían enormemente. Los psicoterapeutas ayudan a los pacientes a especificar sus razones y examinar su validez.

FUENTE: ©The New Yorker Collection 2002 David Sipress from cartoonbank.com. Todos los derechos reservados.

embargo, las razones de su insatisfacción varían enormemente (ver la figura 1-14). Otras lo hacen debido a la preocupación que expresan sus familiares, amigos o compañeros de trabajo; otras más se ven forzadas a consultar a los médicos porque tienen problemas con la comunidad.

Infelicidad personal En el caso siguiente, la infelicidad personal parece ser el factor que llevó a esta persona a buscar ayuda.

Jack Farmer era un ejecutivo de 40 años que trabajaba para una importante empresa transnacional. En apariencia, cualquier diferencia que pudiera tener con respecto del resto de la gente era positiva. Cualquier debilidad que presentara no tenía importancia. Por ejemplo, sus capacidades atléticas quizás estaban por debajo del promedio. En opinión de su empresa y su comunidad, Jack Farmer era un individuo que funcionaba muy bien. Aunque su esposa, sus dos hijos y él se llevaban bien, Jack sentía algunas preocupaciones sobre su papel en la familia, sobre todo cuando llegó el momento en que sus hijos cursaran el bachillerato. Estas preocupaciones se relacionaban con la carga de la responsabilidad familiar, en especial la necesidad que tenía de asegurar la felicidad de su familia en caso de que algo le sucediera. En ocasiones, le comentaba a su esposa que esos comerciales de televisión sobre la necesidad de contar con un seguro de vida parecían estar hechos pensando en él. Sin embargo, a Jack le preocupaba algo más que el dinero: creía que debería ser un amigo más íntimo de sus hijos y estar menos distante de su esposa. También se sentía muy preocupado por el asunto de los desechos nucleares y la contaminación del medio ambiente. Con frecuencia, estas preocupaciones hacían que se sintiera triste y sin esperanzas en el futuro.

Un domingo, Jack leyó un artículo en el periódico acerca de un centro local de salud mental que se había inaugurado hacía poco tiempo. El artículo señalaba que los servicios del centro no se limitaban a los individuos con alteraciones severas, sino que las personas perfectamente normales que tuvieran algún punto oscuro en su vida podían encontrar de gran valor platicar sobre sus problemas personales con un experto. Después de varias semanas de lucha interna (¿Quizás esté un poco loco? Me daría vergüenza que mis amigos se enteraran de que consulté a un “loquero”), Jack decidió acudir al centro de salud mental.

De acuerdo con los estándares convencionales, el caso de Jack Farmer no es grave. Buscó ayuda debido a sus insatisfacciones y preocupaciones personales. Seguir luchando contra sus tensiones personales parecía peor para él que su temor a que lo estigmatizaran si buscaba ayuda profesional.

Las preocupaciones de los demás A veces, aun para los profesionales es difícil decidir cuál es la línea divisoria entre la conducta desadaptada y la que sólo es poco común. En el caso siguiente, no se llegó a un acuerdo sobre si la mujer era psicótica (no estaba en contacto con la realidad) y necesitaba la ayuda de una institución o si su comportamiento era simplemente poco común y no representaba ningún peligro para ella misma ni para su familia.

Mary Waverly tenía casi 30 años. Se había graduado en la universidad y había administrado con éxito una tienda de ropa en una ciudad importante del oeste de Estados Unidos hasta poco antes de que naciera su hija, Alice, que ahora tiene dos años. Durante el año anterior al nacimiento de Alice, la madre de Mary había recibido tratamiento contra el cáncer y falleció cuando Alice tenía 14 meses. Durante el primer año y medio de vida de Alice, la sometieron a cirugía varias veces para corregir un defecto de nacimiento.

Hace poco tiempo, el esposo de Mary intentó internarla en un hospital psiquiátrico, afirmando que le preocupaba el bienestar de su hija. Mary tenía ideas religiosas más bien extrañas. A pesar que venía de una familia muy religiosa, sólo recientemente, cuando se unió a un grupo de culto, su comportamiento había sido de lo más común. Desde que entró al grupo se rehusó a tener relaciones sexuales con su esposo porque él no era “creyente”. A pesar que parecía cuidar de su hija, tomaba cualquier decisión sólo después de escuchar la “voz del Señor”.

Cuando examinaron a Mary Waverly, su juicio no parecía afectado, se encontró que su inteligencia estaba por encima del promedio y sus creencias religiosas, a pesar de que ocupaban gran parte de su tiempo, no parecían ser muy diferentes de las que tienen las personas que se convierten a otros cultos. Un pediatra examinó a su hija e informó que estaba bien cuidada. Surgía la duda sobre lo que haría Mary Waverly si creía que Dios le pedía que hiciera daño a su hija o a alguien más. Ninguno de los médicos que la examinaron quiso dar una respuesta definitiva a esta pregunta.

Mary Waverly no creía padecer un trastorno mental ni tampoco necesitar tratamiento alguno. Uno de los médicos estuvo de acuerdo con ella: creía que su comportamiento era extraño pero que no estaba enferma. Otro médico creía que era una esquizofrénica paranoide y que debía ser hospitalizada para recibir una terapia con fármacos. ¿Qué se debe hacer cuando los profesionales no están de acuerdo? En este caso, después de escuchar los puntos de vista opuestos, el señor Waverly decidió no hospitalizar a su esposa.

Problemas legales y con la comunidad Las inadaptaciones personales leves como la de Jack Farmer afectan la vida del individuo y quizás a unas cuantas personas más. La conducta de Mary Waverly era una cuestión de preocupación para su esposo porque temía que pudiera dañar a su hija. En el caso de Charles Clay, un problema legal surgió por algo que hizo.

Charles Clay, de 45 años de edad, era propietario de lo que había sido una exitosa tienda de abarrotes que permanecía abierta las 24 horas del día. Sin embargo, ahora tenía cada vez más dificultades para contener su enojo contra los clientes. Hasta hace cinco años era un vendedor alegre y amigable. Después, cuando murió su esposa, su personalidad pareció cambiar. Se preocupaba cada vez más porque suponía que la gente robaba su mercancía. (Tuvo un problema con algunos estudiantes de secundaria que iban a la tienda al salir de la escuela.) Con el tiempo, empezó a tener problemas con los clientes por sus sospechas e incluso obligó a algunos de ellos a someterse a inspecciones.

No resultó una sorpresa que el negocio de Charles empezara a ir para abajo. Cuando esto sucedió, se sintió más enojado y se volvió aún más suspicaz. El suceso culminante fue cuando una mujer entró a la tien-

da, la recorrió durante unos minutos y después compró un periódico. Cuando trató de registrarla (gritando al mismo tiempo, “¡No me diga que sólo estaba mirando!”), ella salió corriendo de la tienda y llamó a la policía. La investigación policiaca, le obligó a pedir el consejo de su abogado, que era amigo suyo desde la secundaria. A pesar de que Charles insistía en que “no hay nada de qué preocuparse”, su ira y suspicacia molestaron a su abogado. Con tacto y persuasión, éste lo hizo que consultara a un psiquiatra. Desafortunadamente, la visita no funcionó. Se mostró renuente a hablar sobre sus preocupaciones y se enojó por lo que consideraba curiosidad por parte del médico. Se negó a realizar una segunda visita. Sin embargo, el abogado pudo hacer que Charles ya no tuviera problemas con la policía. Desafortunadamente, Charles fue arrestado varios meses después y se le acusó de atacar físicamente a otro cliente.

Muchas personas consideraron que Charles Clay tenía problemas que se negaba a reconocer. A pesar del consenso social acerca de la calidad inadaptada de su conducta, él sostenía que estaba sano. Más adelante tuvo problemas legales, en parte por no percibir con precisión su propio comportamiento. Su primer contacto con la policía no dio como resultado cargos formales; los agentes de la comunidad reconocieron sus problemas psicológicos y su atención se centró en ayudar a un ciudadano con sus conflictos personales. Sin embargo, el segundo contacto provocó el castigo por un delito. La sociedad había decidido que él no se ayudaría a sí mismo y actuó para protegerse.

Como lo ilustra el caso de Charles Clay, el hecho de no verse a uno mismo con objetividad es una característica de varias de las formas más graves de conducta desadaptada. En esos casos, es un descubrimiento muy positivo el hecho de que una persona empiece a sospechar que su comportamiento contribuye a que sea difícil convivir con los demás.

Fuentes de ayuda

Las personas cuya conducta es inadaptada pueden recibir ayuda de varios tipos de instituciones con varios médicos especializados en salud mental.

Tipos de instalaciones para el tratamiento A pesar que en años recientes se ha reducido la cantidad de camas en los hospitales mentales públicos, estas instituciones todavía tienen un papel importante en el cuidado de los pacientes más desequilibrados y problemáticos en el sistema de salud mental de Estados Unidos. Los hospitales estatales sirven como respaldo para las emergencias durante las 24 horas, como instituciones de descanso y de responsabilidad. No obstante, la mayoría de los expertos están de acuerdo en la conveniencia de tratar a los enfermos tan pronto como sea posible para evitar que sean internados en una de estas instituciones.

Desde la década de los años sesenta, ha existido un movimiento para *desinstitucionalizar*, esto es, regresar a la comunidad a los pacientes mentales cuyos problemas se espera continúen por periodos prolongados. Bajo el título de cuidados basados en la comunidad, en la actualidad muchos de estos pacientes viven en asilos, pensiones, hoteles residenciales (con frecuencia en vecindarios

desagradables) y departamentos subsidiados. Este cambio, basado en parte en la preocupación por los derechos civiles del individuo, también es el resultado de los avances científicos como el uso de fármacos antipsicóticos. Éstos hacen posible que muchas personas funcionen de manera lo suficientemente adaptada como para no necesitar que se les interne en instituciones, aunque muchas de ellas se comportan de manera marginal y poco eficaz.

El desarrollo de programas de apoyo en la comunidad, en conjunto con los programas terapéuticos establecidos para los individuos con alguna enfermedad mental crónica, promete una vida mejor para mucha gente. Sin embargo, en la actualidad, en muchas comunidades todavía no está disponible un número elevado de servicios residenciales, terapéuticos y sociales. Como resultado de ello, muchas personas que podrían funcionar en un ambiente de protección o con alguna clase de apoyo psicológico o de supervisión sobre los medicamentos antipsicóticos, terminan formando parte de la población sin hogar, con frecuencia en las grandes zonas urbanas. En el capítulo 17 se analizará este problema con mayor detalle.

Tipos de especialistas en salud mental La mayor parte de los patrones de comportamiento de los que trata este libro son de especial interés para cuatro grupos de especialistas en salud mental: los psicólogos clínicos, los psiquiatras, los trabajadores sociales psiquiátricos y las enfermeras psiquiátricas. Por lo general un psicólogo clínico tiene estudios de doctorado, y se especializa en la conducta anormal. Los **psicólogos clínicos** están capacitados para diagnosticar y dar tratamiento a los problemas de personalidad que no tienen una naturaleza médica ni orgánica. También planean y conducen investigaciones. Un **psicólogo terapeuta** puede tener un doctorado, y por lo general trabaja, con clientes que tienen estrés en un momento determinado más que problemas constantes. Un **psiquiatra** es un médico (con grado de maestría) con entrenamiento de posgrado y experiencia en el tratamiento de trastornos emocionales. Los psiquiatras tienen responsabilidades legales en los procedimientos de reclusión y en la supervisión de hospitales mentales. Los psiquiatras administran fármacos y las terapias somáticas, como las terapias electroconvulsivas.

Un **trabajador social psiquiátrico**, que tiene un grado profesional en trabajo social, con frecuencia se encarga del lazo que existe entre una persona que muestra una conducta problemática y el ambiente de su hogar. Los trabajadores sociales psiquiátricos están capacitados para trabajar con las familias y ayudarles a utilizar los organismos sociales y otros recursos de la comunidad para obtener ayuda práctica en aspectos como las finanzas, así como atención para la salud mental. Una **enfermera psiquiátrica** tiene una capacitación especial en el cuidado de los pacientes con enfermedades mentales. Las enfermeras psiquiátricas tienen varias funciones. Están entrenadas para trabajar muy de cerca con los pacientes y comprender sus necesidades de manera que todos los contactos que el paciente tenga con otras personas durante su hospitalización se centren lo más posible en la terapia. Con frecuencia, dentro de las instalaciones de los hospitales supervisan al personal de los pabellones y lo entrenan en la forma en que deben tratar a cada paciente.

A menudo, las actividades de estos trabajadores de la salud mental, en especial los psiquiatras, los psicólogos clínicos y los tra-

bajadores sociales, se traslapan. Por ejemplo, los tres están capacitados para conducir la psicoterapia y asesoría. Una encuesta realizada por la American Psychological Association (1996) reveló que los profesionales clínicos pasan en promedio 44% de su tiempo dando psicoterapia. Otras actividades incluyen evaluación intelectual y de la personalidad (14%), enseñanza y supervisión (11%) y administración (9%).

El siguiente relato de un psicólogo clínico refleja con precisión la diversidad de actividades a las que se dedican la mayoría de los clínicos:

Desearía que el tiempo pasara más despacio porque hay tanto por hacer. Por las pláticas con mis amigos médicos sé que no soy el único que se siente así. Parte del problema es que la mayoría de nosotros no realizamos sólo una actividad. Es seguro que algunos hacemos sobre todo terapias y otros nos dedicamos más que nada al diagnóstico. Pero la mayoría realizamos muchas cosas.

Tomemos mi ejemplo: trabajo en el hospital general de una ciudad grande, que tiene dos pabellones para los casos psiquiátricos y una clínica grande para los pacientes externos. Muchos de estos pacientes no mantienen un buen contacto con la realidad. En algunos casos, los oficiales de policía los traen porque vagan por la ciudad sin rumbo fijo en pleno invierno y por la noche. En otros casos, son personas que sufrieron alguna situación de estrés reciente y no pueden manejarla.

Existen todavía otros casos en los que los médicos que tienen pacientes en otros pabellones del hospital nos piden ayuda. Ayer, por ejemplo, un cirujano me refirió un caso porque la paciente, que deberá someterse a una cirugía abdominal mañana, ha sufrido pánico psicológico, que el médico pensó que debía hacer algo y no sabía qué era lo correcto. Hasta ahora, he platicado dos veces con la paciente. En realidad, todo lo que hice fue escuchar y permitir que expresara sus sentimientos. Les sorprendería saber cómo ayuda a una persona que pasa por una situación estresante que se le escuche y se le brinde simpatía y apoyo. Cuando dije al cirujano que esta paciente estaba muy preocupada porque le administraran una dosis demasiado alta de anestésico que le causara la muerte, éste se sorprendió. Me dijo que la paciente nunca le había mencionado esa preocupación.

Alrededor de 20% del tiempo lo paso tratando con problemas de médicos no psiquiátricos que necesitan mi ayuda. Tal vez 30% lo ocupo en las terapias, ya sea en los pabellones o para los pacientes externos. Otro 20% comprende la aplicación de pruebas psicológicas a pacientes con problemas particulares. El resto del tiempo realizo investigaciones. Ése es el tiempo que casi siempre se suprime cuando surgen diversos problemas clínicos. Es cuando necesito alargar las horas. Pero toda la presión no es nada si se compara con lo mucho que me gusta lo que hago. No me cambiaría por nadie.

Tipos de tratamiento Aunque algunos estereotipos de psicólogos clínicos y psiquiatras los definen como consejeros que saben de todo, el trabajo de los profesionales en el campo de la salud está lleno de desafíos porque requiere de capacidad para pensar de manera correcta y examinar rápidamente un problema (¿Está la persona lo suficientemente deprimida para pensar en el suicidio?) e idear un tratamiento apropiado y muchas veces poco usual para sus pacientes. Esto significa que aunque los profesionales clínicos luchan por lograr una completa objetividad en su trabajo y tratan

de usar técnicas probadas, muchas veces deben desarrollar tácticas inmediatas para tratar un problema en particular al que se enfrentan. Diversos grupos profesionales preocupados por el diagnóstico y tratamiento de la conducta desadaptada tienen muchas veces distintas perspectivas. Por ejemplo, los psicólogos tienden a hacer hincapié en el vínculo entre los estados psicológicos de los pacientes y sus lazos sociales (como su relación con la familia y los amigos), mientras que los psiquiatras muchas veces prefieren un enfoque mucho más biológico como tratamiento (por ejemplo, recetando medicamentos).

Existen muchos enfoques terapéuticos aplicables a los problemas de salud mental. Algunos son específicos para trastornos particulares; otros parecen tener una amplia aplicabilidad. A medida que se revisen los diferentes tipos de conducta desadaptada, se describirán los enfoques terapéuticos que parecen ser especialmente relevantes. En el capítulo 3 se comparan diferentes formas de terapia y se formulan varias preguntas de carácter general acerca de la forma en que se pueden evaluar diferentes enfoques. Una pregunta de particular importancia es: ¿Cuáles son los ingredientes terapéuticos activos de un determinado enfoque? Otra: ¿Cómo puede determinarse objetivamente el valor de un enfoque terapéutico? La investigación ha proporcionado claves para responder estas preguntas.

Obstáculos para el tratamiento Existe una evidencia cada vez mayor de que un número de factores sociales juegan papeles esenciales en la salud, la enfermedad mental y los servicios de salud mental. (*Mental Health: Culture, Race and Ethnicity*, 2001). Un mejor entendimiento de los amplios papeles de la cultura y la sociedad permitirán al campo de la salud mental diseñar y proporcionar servicios que respondan de mejor manera a las necesidades de grupos como las minorías étnicas y raciales, principalmente los indios estadounidenses, los nativos de Alaska, los asiáticos-estadounidenses y los grupos isleños del Pacífico. Desenredar los problemas y necesidades más pertinentes de estos grupos se ha dificultado debido a que factores como la raza y el origen étnico están normalmente mezclados o confundidos con otros factores. Por ejemplo, las minorías raciales y étnicas enfrentan un ambiente de inequidad económica y social que incluye una mayor exposición al racismo, la discriminación, la violencia y la pobreza. Vivir en la pobreza tiene el efecto más medible en los porcentajes de enfermedad mental. Las personas de los estratos más bajos de ingreso, educación y ocupación son de dos a tres veces más propensas a sufrir trastornos mentales que las personas que ocupan estratos más altos. El racismo y la discriminación son experiencias estresantes que afectan adversamente la salud mental y física. La falta de confianza en los servicios de salud mental es causa de que las personas de los grupos minoritarios eviten buscar tratamiento. Sus preocupaciones pueden verse reforzadas por contactos con profesionales clínicos que pueden tender a estereotiparlos y a pasar por alto o malinterpretar aspectos culturales relacionados de sus síntomas y preocupaciones. La tabla 1-5 resume algunas de las diferencias que afectan el cuidado de la salud mental de minorías raciales y étnicas en comparación con las personas de raza blanca.

Algunos obstáculos para buscar ayuda son externos y fáciles de especificar, por ejemplo, la carencia de una clínica de salud men-

TABLA 1-5

Disparidades que afectan los servicios de atención de salud mental de minorías raciales y étnicas

- 1. Las minorías tienen menos acceso a, y disponibilidad de, servicios de atención de salud mental.
- 2. Es menos probable que las minorías reciban servicios de atención de salud mental necesarios.
- 3. A menudo, las minorías en tratamiento reciben servicios de atención de salud mental de mala calidad.
- 4. Los individuos de minorías están poco representados en los estudios de investigación de salud mental.

FUENTE: *Mental Health: Culture, Race and Ethnicity*.

tal en la comunidad. Pero otros son internos y más difíciles de identificar y de eliminar. Cauce y cols. (2002) observaron tres pasos cognitivos internos importantes para buscar ayuda: 1) reconocer que existe un problema, 2) tomar la decisión de buscar ayuda, y 3) seleccionar el servicio disponible para tratar el problema. Varios grupos étnicos no encaran estos tres pasos en una forma estándar. Por ejemplo, una vez que se reconoce un problema y se toma la decisión de buscar ayuda, es más probable que algunos grupos étnicos (por ejemplo, los estadounidenses de origen mexicano y los afroestadounidenses) hablen con miembros de la familia antes que pedir una cita en una clínica comunitaria. Tal vez por la eficacia de los programas de información pública muchos segmentos de la población, lo cual incluye a las personas con desventajas socioeconómicas, parecen estar más dispuestos que en el pasado para buscar ayuda profesional para los problemas personales (Olfson y cols., 2002).

Investigación en la psicología anormal

La investigación científica, o el uso del método científico, ha aumentado en gran medida nuestra comprensión de la conducta anormal, cómo tratarla y cómo prevenirla. Como consecuencia, la observación y los hechos han reemplazado a las creencias y la esperanza en el esfuerzo de ayudar a las personas que padecen trastornos de la conducta. La mayor parte de la información científica en la cual se basa la psicología anormal contemporánea proviene de los estudios detallados que se realizan a las personas con alguna desviación. A pesar de que tal vez los investigadores difieran en la interpretación de los datos, están de acuerdo en que la observación cuidadosa es esencial para el progreso científico.

Observación de la conducta

La observación y la descripción son importantes primeros pasos del proceso científico; al final llevan a la formulación de las hipótesis que pueden probar de forma experimental y aplicarse en situaciones clínicas. La observación juega un papel importante en el tratamiento psicológico, como se puede ver en la siguiente descripción:

Me di cuenta de que el Sr. R. nunca me miraba de frente. Respondía mis preguntas, pero siempre miraba hacia otro lado. Parecía muy tímido y temeroso. Sentí la tentación de preguntarle a qué le temía, pero decidí no hacerlo porque podía tomar mi comentario como una crítica.

Algunos clínicos tal vez optarían por preguntar al señor R. la razón de su evidente temor. Sin embargo, todos estarían de acuerdo con la importancia de la observación minuciosa y la advertencia de su conducta ansiosa.

El proceso científico siempre empieza con algún tipo de observación valiosa. Con frecuencia, los investigadores tropiezan por accidente con algunos descubrimientos importantes. Un problema de la investigación psicológica es que los individuos no pueden ser observadores imparciales de sí mismos. Los valores, objetivos e intereses personales, junto con las normas culturales, ejercen influencia en nuestros juicios acerca del éxito o el fracaso de la adaptación humana. La inadaptación no es un concepto universal ni tampoco intemporal. La conducta que puede ser adaptada en una sociedad puede constituir un fracaso en otra.

Con esto en mente, ¿cómo estudian los científicos de manera objetiva la conducta del ser humano? Registran las respuestas, describen los eventos y las condiciones que las rodean y, después, sacan conclusiones acerca de las causas. Con el objeto de evitar los efectos de sus propias tendencias, varios observadores realizan informes sobre cada uno de los individuos y sucesos estudiados. La confiabilidad aumenta cuando estos observadores tienen un marco de referencia común, están de acuerdo sobre qué aspectos particulares de la conducta hacer hincapié (y cuáles no) y cuándo no deben sacar demasiadas conclusiones de sus observaciones. Los métodos de observación se utilizan en condiciones de laboratorio que se crean en forma especial y en situaciones que ocurren de manera natural.

La observación no es simplemente utilizar los ojos en forma directa. Primero se deben formular ciertas preguntas: ¿Qué tipos de respuestas se deben seleccionar para la observación? ¿Qué tan capaz es el observador para realizar observaciones confiables y objetivas? ¿La presencia del observador ejercerá alguna influencia en la conducta que desea estudiar? ¿Es preferible observar la conducta en escenarios donde ocurre de manera natural o en condiciones de laboratorio controladas? ¿La observación se debe limitar a las respuestas motrices (caminar, correr), verbales (conversaciones por teléfono, peticiones de ayuda) o a la conducta expresiva (sonreír, llorar)? ¿Qué tan extensa necesita ser una sesión para que la observación sea confiable? ¿Es necesario un muestreo de tiempo; es decir, las observaciones se deben recopilar durante varios periodos? Incluso los pacientes con alguna enfermedad mental que sufren alucinaciones frecuentes no presentan este tipo de conducta cog-

nitiva todo el tiempo; el muestreo de tiempo puede proporcionar datos sobre las condiciones en las que es más probable que ocurran ciertos tipos de respuestas. Las observaciones confiables pueden proporcionar registros útiles tanto de la incidencia de cierto tipo de conducta en un ambiente determinado como de los sucesos que los provocan y mantienen.

Tipos de métodos de observación En la mayoría de las investigaciones que se ocupan de la conducta anormal se reúnen datos de observación de varios tipos. Los tipos y los métodos de observación utilizados dependen de una multiplicidad de factores, que incluyen la hipótesis que se investiga y las situaciones en las que deben realizarse observaciones. Se podrían realizar observaciones por medio de equipo de videograbación oculto, por observadores visibles que no interactúan con las personas a las que se estudian, o por observadores participantes que se involucran en forma activa en la conducta que observan. Cada uno de estos métodos tiene ventajas y desventajas. Por ejemplo, la videograbación secreta nos permite observar la conducta sin que el individuo al que se está observando se percate, pero esta técnica con frecuencia es cuestionable por razones éticas. Los antropólogos y sociólogos, y también los psicólogos, han utilizado observaciones participantes y no participantes. Sin embargo, cualquier observador puede afectar la conducta de las personas con su sola presencia. Los observadores participantes pueden dañar su objetividad al involucrarse demasiado con las personas a las cuales estudian. Los observadores no participantes pueden llegar a conclusiones demasiado superficiales porque no están suficientemente involucrados. Cada una de estas técnicas puede ser valiosa, y cada una tiene tanto partidarios como críticos.

Tipos de datos de observación El valor de las observaciones es mayor cuando lo que se debe observar se define en forma

explícita. Cuatro tipos de datos son de especial interés en la investigación observacional:

1. **Los estímulos que dan lugar a tipos de respuesta particulares:** por ejemplo, la influencia de la conducta de los miembros de la familia (como la crítica o la hostilidad) sobre una persona que es propensa a la depresión.
2. **La respuesta subjetiva a los estímulos:** por ejemplo, los sentimientos de la persona cuando la critican.
3. **La respuesta conductual a los estímulos:** por ejemplo, el nivel de actividad social de la persona después de recibir la crítica.
4. **Las consecuencias de la conducta:** por ejemplo, la forma en que el ambiente del hospital responde cuando la persona se comporta de forma depresiva.

A pesar de que son subjetivas y, por lo tanto, susceptibles a sesgos, las **autoobservaciones** pueden ser útiles en la investigación clínica. Por ejemplo, a una paciente, admitida en un hospital mental debido a depresión, se le pidió que observara su estado de ánimo (nivel de tristeza) y actividad (cantidad de intercambios sociales con el personal del hospital u otros pacientes). La figura 1-15 ilustra un estado de ánimo cada vez menos deprimido y un aumento de la actividad social durante los primeros 15 días de hospitalización. En este caso existió concordancia entre las autoobservaciones del paciente y las observaciones que realizó el personal del hospital, lo cual no siempre es el caso. Como todos sabemos, las personas con las que se tiene contacto en la vida diaria quizá no vean a los otros de la misma manera en que se ven ellos mismos (ver la figura 1-16).

Las auto observaciones son útiles para llevar los registros de las respuestas al tratamiento clínico. En el caso del paciente cuyas autoobservaciones se registraron en la figura 1-15, el tratamiento era complejo, pues consistía en un ambiente benigno de hospital, psicoterapia individual y de grupo todos los días, y medicamentos.

Figura 1-15 Cambios de estado de ánimo y de actividad en una paciente que recibe tratamiento contra la depresión. Las calificaciones del estado de ánimo de la paciente se basan en sus autoobservaciones.

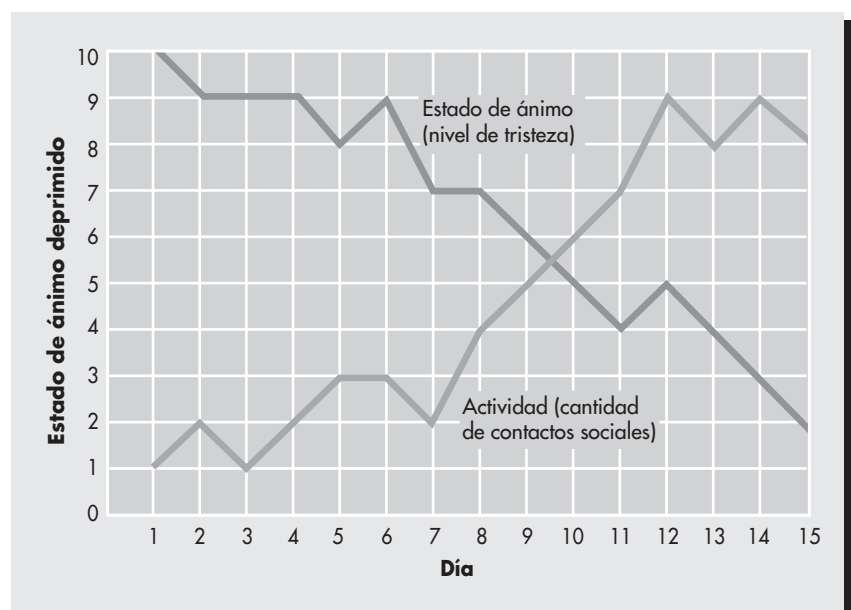




Figura 1-16

FUENTE: © The New Yorker Collection 1985 Robert Mankoff from the cartoonbank.com. Todos los derechos reservados.

Sería interesante comparar los registros de autoobservaciones de grupos de pacientes comparables cuyo tratamiento consistió en sólo uno de estos elementos —el ambiente del hospital, la psicoterapia y los medicamentos— así como todas las combinaciones posibles de esos tratamientos.

El papel de la teoría

En tanto que las personas que observan a las aves, aquellas que asisten a los museos y los niños que viajan en el asiento trasero del auto pueden observar —con frecuencia de manera muy precisa— lo que sucede a su alrededor, los científicos tratan de realizar observaciones que no sólo describan lo que sucede, sino que además lo expliquen. El estudio científico comprende una interacción continua entre las observaciones y los intentos por explicar y comprender lo que se observó. Por lo regular, el curso del entendimiento científico comprende estos pasos:

1. Observaciones iniciales, con frecuencia informales
2. Hipótesis tentativas para explicar el significado de las observaciones
3. Observaciones adicionales (de ser posible, en condiciones controladas) para probar las hipótesis
4. Elaboración de la teoría

A los científicos les agrada pasar de la observación a la teoría porque desean entender por qué o cómo ocurre un fenómeno en

particular. Debido a que se comportan igual que los legos, emplean la razón, la lógica y algunas veces la conjetura para llegar a una explicación inicial o tentativa. Sin embargo, aunque los observadores casuales se pueden sentir satisfechos con una respuesta tentativa, los científicos la reconocen sólo como tal y continúan probando su entendimiento mediante hipótesis “si *a* entonces *b*” que se pueden evaluar (por ejemplo, “si los pacientes se preocupan por el rechazo del terapeuta, entonces se sentirán incómodos en la terapia”, o “si los niños se sienten frustrados, entonces es probable que se comporten de manera agresiva”). Después proceden a recopilar las observaciones necesarias ya sea para apoyar o para refutar la hipótesis. Si las observaciones apoyan la hipótesis, regresan a la pregunta original de “¿Por qué?” y tratan de formular conceptos y principios cada vez más amplios y que van más allá de las observaciones iniciales. Ésta es la forma en que se desarrollan las teorías.

Las buenas teorías tienen varias funciones. Primero, son capaces de incorporar los distintos hechos existentes, las observaciones y las relaciones dentro de un solo y amplio marco de explicación. En segundo lugar, las hipótesis adicionales se pueden derivar de la teoría y comprobarse, y, asimismo, pueden llevar a nuevas observaciones. De esta forma las teorías proporcionan una base sobre la cual construir el conocimiento. Si las observaciones nuevas no apoyan la teoría, ésta se puede modificar o descartar. Sin embargo, incluso así cumple con una función valiosa al llevar al descubrimiento de nuevos conocimientos y al desarrollo de una teoría mejor y más inclusiva.

Para que una teoría sea útil, debe poder ser probada y refutada. Debe poder especificar los tipos de relaciones que no son posibles al igual que los que sí lo son. Si parece capaz de explicarlo todo, incluso los hechos en apariencia contradictorios, no es una buena teoría científica. La esencia del método científico es la observación sistemática y el uso de procedimientos objetivos para identificar las relaciones de causa-efecto. El capítulo 2 se dedica a repasar las perspectivas teóricas que tienen influencia en la actualidad, debido a que la teoría juega papeles importantes en cómo se define y conceptualiza la conducta desadaptada, cómo se la trata, y qué tan pertinentes son los estudios de investigación que se planean y llevan a cabo.

El trabajo de investigación

La trayectoria que sigue la investigación, desde la observación hasta la teoría, se parece un poco a un viaje en automóvil. El viaje es mucho mejor si se sabe dónde se está y dónde se quiere ir. ¿Qué ruta se debe seguir? ¿Habrá desviaciones? ¿El mal tiempo cambiará algo? ¿Cómo se debe preparar para el viaje? A continuación se presentan algunos de los pasos importantes en la travesía de la investigación científica:

1. **Especifique el tema de la manera más clara posible.** Usted está intrigado por la psicoterapia. ¿Por qué se inclina por ese tema? ¿Es porque cree que los intercambios verbales son cruciales para un cambio terapéutico? ¿O se interesa más en la relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta?

2. **Revise la literatura relevante.** Un poco de trabajo en la biblioteca ahorra al investigador mucho tiempo y frustración. El estudio de los libros y publicaciones adecuados puede responder muchas preguntas: ¿Cómo manejaron esta idea otras personas? ¿Cuáles son los resultados de su investigación?
3. **Defina las variables.** Una variable es cualquier aspecto de una persona, grupo o ambiente que se mide para propósitos del estudio en cuestión. El investigador manipula las **variables independientes** con el objeto de investigar sus efectos sobre los resultados particulares (por ejemplo, cambios conductuales) que se llaman **variables dependientes**.
4. **Desarrolle una hipótesis específica.** Una hipótesis es una afirmación que se debe probar, una idea que se formuló de modo que se pueda evaluar al utilizar métodos científicos. Una hipótesis es una clase de adivinanza educada que afirma una relación que se predice entre los eventos o variables. Por lo regular, se expresa en la forma “si A existe, entonces B ocurrirá”.
5. **Seleccione una estrategia de investigación.** ¿Qué plan de acción permitirá que se compruebe la hipótesis? ¿El investigador planea ver a cada sujeto en una ocasión (por ejemplo, al principio o al final de la psicoterapia) o serán necesarias varias observaciones para comprobar la hipótesis? ¿Se debe llevar a cabo un experimento? Conducir un experimento significa la variación sistemática de una o más condiciones para algunos grupos pero no para otros. ¿Es posible la investigación experimental en un escenario clínico en particular?
6. **Lleve a cabo el estudio.** La investigación se debe llevar a cabo de manera suficientemente objetiva para permitir que los demás la repitan. Por lo tanto, se deben especificar todos los pasos del proceso de investigación. Por ejemplo, ¿cómo se seleccionó la muestra de sujetos? ¿Los sujetos se eligieron con base en la edad, el sexo o la inteligencia? Si es así, se deben especificar las variables de la selección.
7. **Analice los resultados.** ¿Cómo se desempeñaron el o los grupos? ¿Cuál es la probabilidad de que los resultados se deban sólo a la casualidad? Por lo general, un análisis de los resultados de la investigación incluye la distribución de las calificaciones que los sujetos obtuvieron; el cálculo de la **estadística descriptiva** relevante, las medidas numéricas (calificaciones) que permiten que un investigador describa ciertos aspectos del desempeño de los sujetos (por ejemplo, la media o promedio); y el cálculo de la **estadística inferencial**, la estadística que se utiliza para elaborar juicios sobre la probabilidad de que los resultados se deban a la casualidad.
8. **Informe sobre los descubrimientos de la investigación.** La redacción de un reporte de investigación no sólo permite la comunicación de las ideas y descubrimientos a los demás, sino que obliga a los investigadores a pensar en todo lo que han hecho y el significado que puede tener. Hacer pública la investigación sirve como una importante función de comunicación. La trayectoria científica sería mucho menos valiosa si la investigación no se escribiera ni publicara.

Tipos de investigación

Los investigadores utilizan una variedad de métodos para entender mejor la conducta desadaptada. Aquí se centrará la atención en las observaciones clínicas debido al valioso panorama que proporcionan los casos individuales. Los estudios clínicos también sugieren orientaciones benéficas para los proyectos que comprenden distintas muestras de sujetos y métodos. En las siguientes secciones se hablará sobre los tipos más comunes de observaciones clínicas.

Estudios de caso Los estudios de caso comprenden observaciones detalladas de la conducta de un solo paciente. El clínico trata de organizar muchas observaciones de manera conceptual. En la mayoría de los estudios de caso, las explicaciones de los sucesos se presentan después del hecho, por lo cual existe poca o ninguna oportunidad, de eliminar otras explicaciones posibles mediante el control. Incluso el estudio más profundo del caso de un individuo no puede asegurarnos que aislemos las verdaderas causas de su conducta. No obstante, estos estudios pueden proporcionar guías importantes para la investigación más controlada. Los clínicos reconocen que cada caso es diferente debido a las circunstancias particulares que lo rodean y que los casos se pueden complicar debido a los informes verbales de los pacientes. Con mucha frecuencia, las personas con problemas no proporcionan alguna información importante al contar su historia a los clínicos. Casi siempre olvidan experiencias significativas y los pensamientos y sentimientos que se relacionan con ellas. Por lo tanto, cada estudio de caso es único, aunque los clínicos con experiencia se vuelven más sensibles a las situaciones comunes que les ayudan a comprender y ayudar a la gente.

Estudios de correlación Es necesario distinguir dos términos clave: *correlación* y *causalidad* al hablar de las causas de la conducta anormal y las razones por las cuales las terapias funcionan o no. Una correlación es una asociación o una conexión de dos (o más) eventos. Una correlación simplemente significa que los eventos están conectados de alguna forma. Con frecuencia, establecer causalidad es difícil porque la gente es más compleja y a menudo no es posible estar seguro cuáles factores biológicos, psicológicos o sociales causaron un tipo de conducta particular. Los estudios experimentales son mejores que los estudios de correlación porque permiten realizar inferencias sobre causalidad. Sin embargo, la investigación experimental con seres humanos puede ser logística, ética o financieramente imposible.

En los estudios de correlación, los investigadores estudian las relaciones entre los eventos. Estos estudios nos demuestran que dos cosas están relacionadas (ver la figura 1-17), pero no explican qué factores causan cada una. Por ejemplo, un estudio de correlación puede identificar una relación significativa entre el estado civil o el nivel socioeconómico y la gravedad de la psicopatología. A pesar de que no sabemos cuál es el factor clave, se señala una relación importante en potencia.

Tanto los estudios de caso como los de correlación proporcionan las bases para las hipótesis. Cuando se evalúa una hipótesis es importante decidir sobre las observaciones que son importantes para ésta y las condiciones en las cuales se deben realizar esas ob-



Figure 1-17 Es peligroso inferir causalidad de datos de correlación. Estas brujas tratan de inferir causalidad con base en una asociación que han observado.

FUENTE: © 1995 Sidney Harris

servaciones. Las condiciones pueden ser las mismas para todos los sujetos o diferentes para los grupos que se designan. En los estudios de evaluación (que se tratarán a continuación), las condiciones son las mismas y el objetivo es recopilar información en condiciones estándar con propósitos de descripción y predicción. En los estudios experimentales (de los que hablaremos más tarde), las condiciones varían para comprobar las hipótesis sobre los efectos de éstas.

Estudios de evaluación El propósito de los **estudios de evaluación** es proporcionar una explicación objetiva de la conducta en cualquier momento determinado. Los métodos de evaluación varían desde el registro de la frecuencia con que ocurren ciertas respuestas en las situaciones naturales, hasta la indicación de los tipos de conducta que se muestran en escenarios creados de manera especial, como las entrevistas. La evaluación no sólo es un dispositivo de medición; es un enfoque general para observar e interpretar la conducta. Como tal, se extiende más allá de los procedimientos tradicionales como las entrevistas y pruebas psicológicas, del mismo modo a la forma en que el concepto de inteligencia y los juicios que se basan en ésta se extienden más allá de las pruebas que se utilizan para medirla.

Los datos de la evaluación pueden emplear de varias formas. Pueden servir para predecir un comportamiento futuro, para identificar las correlaciones con la conducta actual o para medir la probabilidad de una reacción positiva a los procedimientos terapéuticos. Por ejemplo, un estudio de los estudiantes de los primeros años de secundaria puede indicar el tipo de persona que es más probable que presente una conducta antisocial en el futuro; una comparación de las características que se evalúan de las personas deprimidas puede señalar las aquellas que es más probable que lleguen al suicidio; y una comparación de los rasgos de la personalidad de los individuos que responden en forma positiva a la psicoterapia con los de aquellos que responden de manera negativa, puede ayudar a seleccionar a los candidatos para la terapia. La investigación evaluativa varía desde los estudios profundos de una o varias personas hasta los estudios de grandes poblaciones.

Al evaluar a las personas, por lo general se recopilan varias clases de datos, que incluyen edad, sexo, antecedentes personales y cantidad de hospitalizaciones previas. Esta información puede correlacionarse entre sí y se determina el grado de relación entre los distintos reactivos. Los estudios de evaluación, que con frecuencia comprenden grandes muestras de sujetos y complejas técnicas de evaluación, están limitados por su naturaleza de correlación; a pesar de esta restricción, tienen mucho que contribuir al estudio de la conducta anormal. Esto es particularmente cierto cuando, por razones prácticas o éticas, no es posible manipular las condiciones de manera experimental. Por ejemplo, supongamos que deseamos estudiar la posibilidad de que haber sufrido abuso durante la niñez, aumenta el riesgo de que una persona abuse de sus hijos. Sería muy poco ético e impráctico someter al abuso a un grupo experimental de niños y después esperar 20 años para ver si golpean o no a sus hijos. Sin embargo, la información que se obtiene mediante la evaluación acerca de esa correlación puede ser de gran valor para comprender las causas del abuso y quizá se pueda utilizar al detectar padres de alto riesgo para los programas que están diseñados para prevenir el abuso.

Como una alternativa, tal vez se puedan encontrar formas para medir el abuso a que fueron sometidos los padres cuando eran niños, así como el grado en el que ahora abusan de sus hijos. Para cada padre de un grupo grande, se podría obtener una calificación de las dos variables del abuso: los informes de cada padre sobre el abuso que se cometió con ellos cuando eran niños y alguna medida de su abuso como padre. Después se determina qué clase de relación existe, en caso de que la haya, entre los dos conjuntos de medidas. Si abusar y haber sufrido el abuso se correlaciona, obtendríamos una clave potencialmente útil sobre la manera en que podemos prevenir el abuso de los niños. Por ejemplo, tal vez la asesoría y la orientación para las personas que sufrieron abuso durante la niñez podría ser de valor preventivo.

Si encontramos una correlación positiva, podríamos vernos tentados a llegar a la conclusión, con base en los datos, de que el abuso de los padres durante su niñez es una causa del abuso contra los niños. En realidad, ésta es una posibilidad, pero es importante recordar que correlación no es lo mismo que causa. Existen otras posibles explicaciones para la correlación positiva. Por ejemplo, puede ser que la culpabilidad por abusar de sus hijos haga que los padres exageren hasta cierto punto el grado en el cual abusaron de ellos cuando eran niños. Otra posibilidad es que alguna otra va-

riable que no se midió en el estudio (como alguna forma de alteración psicológica) haya hecho que se abusara del padre cuando era niño y que él o ella abuse de sus hijos. Simplemente, no podemos estar seguros sobre cuáles de éstas y otras relaciones causales expliquen la correlación positiva entre el recuerdo de experiencias durante la niñez y la conducta actual del adulto.

Estudios longitudinales Una forma de manejar las limitaciones inherentes en los estudios de evaluación es el **estudio longitudinal**, cuyo objetivo es observar y registrar la conducta de la gente durante periodos prolongados, quizá 20 o 30 años. Este tipo de estudio es costoso, lleva mucho tiempo y con frecuencia resulta frustrante para el investigador, que quizá no viva lo suficiente para verlo terminado. Además, existen otros problemas. La naturaleza del grupo que se estudia puede cambiar en gran medida a debido a que las personas se mudan o fallecen. Los métodos que se eligen al principio del estudio pueden llegar a ser obsoletos. La comunidad científica puede reconocer posteriormente la importancia de variables nuevas que se ignoraron en el estudio. Por estas razones, se realizan pocos estudios longitudinales. Sin embargo, el valor de éstos se reconoce ampliamente porque se relacionan de manera muy directa con los procesos del desarrollo.

Estudios de seguimiento Un tipo de investigación que evita algunos de los problemas logísticos de los estudios longitudinales, pero que conservan características longitudinales, es el **estudio de seguimiento**. En estos estudios, a las personas se les somete a una evaluación inicial y después se les contacta meses o años más tarde para ver si ha habido algún cambio en su conducta durante ese tiempo. Los estudios de seguimiento se utilizan para evaluar los efectos de los diferentes planteamientos terapéuticos, así como para observar el desarrollo de las condiciones particulares. Por ejemplo, grupos de individuos con ansiedad pueden recibir diferentes tipos de terapia y ser comparados después de finalizar la terapia (por ejemplo, primero al término de un mes y luego después de un año). La comparación se puede lograr al evaluar sus niveles de ansiedad, satisfacción con la vida y su capacidad para lidiar con el estrés. Debido a preocupaciones éticas, no se puede utilizar un grupo de control que no reciba tratamiento, aunque en algunas ocasiones se puede poner a algunos individuos en una lista de espera, siempre que el retraso en su tratamiento sea por un periodo relativamente breve.

Estudios transversales El estudio **transversal** es una forma útil de evaluar los puntos de vista o la condición de uno o más grupos de personas en un momento determinado. Los estudios transversales constituyen el método de evaluación más común que utilizan los científicos sociales. Como no se requiere de ningún seguimiento, estos estudios llevan menos tiempo y son menos costosos que los estudios longitudinales. Una encuesta sobre opinión pública es un ejemplo de estudio transversal que se realiza en el campo. La mayoría de las encuestas epidemiológicas son estudios transversales.

Estudios experimentales La investigación experimental comprende la observación y evaluación de la conducta, pero con un ingrediente adicional importante. En los estudios experimentales, o experimentos, las variables se pueden manipular. Con frecuencia, es imposible un alto grado de control en situaciones de la vida real. Debido a que los experimentadores pueden controlar las variables en el laboratorio, pueden aislar y registrar con mayor facilidad las causas de la conducta que observan.

Las variables que manipulan los investigadores en los experimentos son *variables independientes*; las *variables dependientes* son cualesquiera cambios observados en la conducta como resultado de la manipulación. Los experimentos psicológicos están diseñados para descubrir las relaciones entre las condiciones del ambiente y la conducta. La figura 1-18 ilustra el diseño de un experimento convencional. Por ejemplo, se puede realizar un experimento para descubrir la relación entre la temperatura en una habitación y el desempeño de las personas en una prueba. En este experimento, la variable independiente sería la temperatura. El experimentador utilizaría una temperatura diferente para cada habitación de experimentación. La variable dependiente serían las calificaciones de la prueba. Si las calificaciones promedio de los individuos en las habitaciones fueran diferentes en forma significativa, el experimentador llegaría a la conclusión de que este resultado se relaciona con las distintas temperaturas de las habitaciones en las que trabajaron los grupos. Sería más fácil preguntar a las personas cómo se sintieron en ambas condiciones, pero los resultados no serían tan precisos ni objetivos.

Tipos de experimentos Existen dos tipos generales de experimentos. El primero de éstos es el **experimento de comprobación de la hipótesis**, en el cual el investigador realiza una predicción con base en una teoría y después lleva a cabo un experimento para ver si la predicción es correcta. En el siguiente relato, una psicóloga explica su plan para un estudio de este tipo.

Me interesa determinar si cuando los niños tienen una relación cercana y estable a una edad temprana con un adulto —lo que los psicólogos llamamos apego— tendrán menos problemas para convivir con otros niños al entrar en la escuela. Mi hipótesis es que si los niños tienen un vínculo seguro cuando son pequeños, sus habilidades sociales serán mejores y es menos probable que los describan como personas que tienen problemas de conducta.

Tengo algunos registros de la conducta de los niños de una escuela de educación preescolar en una situación que se creó para medir el apego. En ese escenario de investigación, un niño pequeño y su madre se sientan juntos en una habitación atractiva con algunos juguetes. Más adelante, un “extraño” (un investigador) entra en la habitación y se sienta. Después de un rato, la madre sale del cuarto y regresa un poco más tarde. La forma en que el niño se comporta, tanto cuando la madre se va como cuando regresa, es una medida del apego. Si el niño no se cuelga de la madre cuando entra el extraño y sigue jugando con los juguetes, si no se altera cuando se va y la saluda con afecto pero no se cuelga de ella cuando regresa, se dice que el niño tiene un apego seguro.

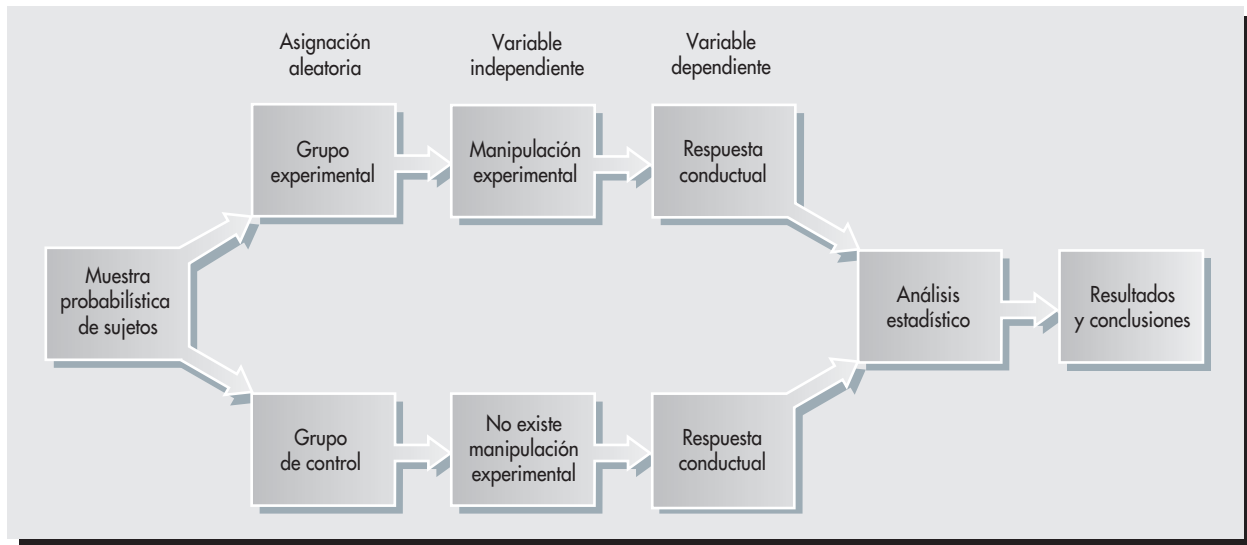


Figura 1-18 En un diseño experimental convencional, los sujetos se asignan de manera aleatoria a un grupo experimental o de control para manipular la variable independiente. Después se miden sus conductas, variables dependientes; las diferencias entre los dos grupos de sujetos se evalúan por medio del análisis estadístico para determinar los efectos de la variable independiente.

Ahora esos niños están en primer año y quise determinar si los que tenían un apego seguro en el jardín de niños se comportaban en forma diferente de los otros niños, ya sea en situaciones estresantes o no. En el caso de la mitad de cada uno de los grupos, observo a los niños en una situación frustrante en la que se les asigna una tarea imposible de resolver. A la otra mitad de cada grupo les asignaré a los niños una tarea que no es difícil, pero toma mucho tiempo hacerla. Mi hipótesis es que los niños que tienen un apego seguro trabajarán durante más tiempo en la tarea imposible que el otro grupo. Para la otra tarea, no espero ninguna diferencia entre los dos grupos. Baso estas predicciones en la idea de que los niños que tienen un apego seguro en sus primeros años desarrollan sentimientos de competencia y tolerancia a la frustración superiores a los de los niños que no tuvieron una experiencia de apego positiva.

El segundo tipo de experimento, el **experimento de cambio de conducta** se ocupa sobre todo del desarrollo de técnicas terapéuticas. También está diseñado para probar las hipótesis, pero en este caso el objetivo es hacer una contribución inmediata al desarrollo de técnicas prácticas de rehabilitación. Por ejemplo, un experimento de cambio de conducta puede comprobar la hipótesis de que las experiencias de trabajo supervisadas son bastante más eficaces que la psicoterapia de grupo para cambiar las actitudes y la conducta de los criminales convictos. El investigador que escribió el siguiente relato estudia la esquizofrenia. Sin embargo, su objetivo es muy práctico: mejorar las habilidades sociales de los esquizofrénicos.

Trato de desarrollar procedimientos que ayudarán a los esquizofrénicos a regresar más rápido a la comunidad, y a que sean más eficaces cuan-

do retornen. Mi estrategia comienza con una deficiencia obvia de los pacientes: las habilidades sociales inadecuadas. Simplemente no hacen un buen trabajo cuando se relacionan con otras personas. Lo que he estado haciendo es descubrir, haciéndoles preguntas y observándolos, cuáles son las habilidades sociales de las que carecen; por ejemplo, tienen muchos problemas para presentarse con extraños y entablar una conversación sobre temas triviales. Estoy modelando, es decir, demostrándoles distintas formas de ser eficaces en las situaciones sociales. También tengo un grupo de control que no recibe la capacitación en habilidades sociales, así como un grupo que participa en las discusiones acerca de la manera de manejar las situaciones sociales pero no sigue ningún modelo. Si voy por el camino correcto, los seguimientos deben demostrar que el grupo con modelamiento es más capaz de adaptarse de regreso a la comunidad, que el grupo de control y quizá también mejor que el grupo que participa en las discusiones.

Un tipo de experimento de cambio de conducta, cada vez más importante, es el ensayo clínico. Un **ensayo clínico** es un experimento planeado, diseñado para determinar la eficacia de un tratamiento al comparar los resultados en un grupo de pacientes a los cuales se les aplicó el tratamiento de prueba con los de un grupo comparable de pacientes que reciben un tratamiento de control. Por consiguiente, a los dos grupos se les trata y da seguimiento durante el mismo periodo. También puede haber un grupo de control al que no se está tratando. Los ensayos clínicos son costosos porque por lo regular requieren de una gran cantidad de sujetos, a los que se estudia en varios centros clínicos durante un periodo considerable. El cuadro 1-3 proporciona una imagen profunda del ensayo clínico.

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

CUADRO 1-3

El ensayo clínico

El estudio de la conducta anormal fue esencialmente descriptivo durante mucho tiempo debido a la carencia de tratamientos eficaces. Ahora la situación es diferente. Actualmente un objetivo importante de los investigadores clínicos es evaluar la eficacia de formas específicas de terapia para tipos específicos de pacientes. Además, están disponibles tratamientos prácticos potenciales que requieren evaluación cuidadosa para estudiar una gran cantidad de condiciones. Este tipo de evaluación requiere de rigor metodológico y capacidad de los investigadores para llegar a conclusiones acerca de la intervención meta que sean aplicables, no sólo a un clínico, clínica u hospital en particular, sino a una región entera y poblaciones.

Los ensayos clínicos son estudios de pacientes que comprueban en forma sistemática la seguridad y eficacia de nuevas terapias y comparan los resultados con el tratamiento estándar. Ya sea que la condición en cuestión sea cáncer, ataque al corazón o depresión, los ensayos clínicos son la única forma segura de determinar si un enfoque es mejor —o peor— que otro. Los ensayos clínicos ofrecen los beneficios potenciales de promover nuevos tratamientos a los participantes en el ensayo y a todos los pacientes que venían posteriormente.

El método científicamente más sólido para determinar cuáles terapias son eficaces y cuáles no lo son, es el ensayo clínico controlado en forma aleatoria. A los participantes que reúnen los requisitos necesarios se les da, ya sea solo el tratamiento experimental o en combinación con la terapia estándar, o si están en el grupo de control, reciben la terapia estándar o la atención clínica habitual. Los participantes no pueden elegir en qué grupo o condición del estudio estarán, y en los ensayos que probarán nuevos medicamentos, ni los pacientes ni los médicos que realizan la evaluación saben qué medicamento se le da a quién, hasta que finaliza el estudio.

El ensayo clínico se ilustra por medio de un estudio que compara psicoterapia breve y medicamentos en el tratamiento de personas deprimidas no hospitalizadas (Elkin, 1994). Este ensayo clínico implica cuatro enfoques de tratamiento que incluyen combinaciones de psicoterapia y medicamentos antidepressivos, y un control. El proyecto se diseñó para determinar la eficacia, por separado o en combinación, de la psicoterapia y medicamentos. El proyecto se llevó a cabo en tres centros clínicos de Estados Unidos, para aumentar la posibilidad de generalizar los resultados. Terapeutas experimentados, seleccionados cuidadosamente para participar en el programa y que recibieron capacitación adicional en sus enfoques respectivos

de tratamiento, proporcionaron los tratamientos en estos centros. Se realizó seguimiento a los pacientes durante 18 meses después de finalizado el tratamiento. Este experimento demostró que tanto los grupos de psicoterapia como los de medicamento mejoraron, en comparación con la condición de control. Sin embargo, el grupo de control también mostró cierta mejoría, lo cual indicó, por consiguiente, la necesidad de evaluar grupos apropiados con los cuales se puedan comparar las intervenciones de tratamiento. La evidencia adicional sugiere que las combinaciones de psicoterapia y medicamentos antidepressivos pueden ser especialmente eficaces.

Los ensayos clínicos son costosos porque requieren de siete pasos importantes, los cuales se resumen en la tabla 1-6. El diseño de investigación de cada ensayo clínico se debe planear, deben especificarse los procedimientos del o los tratamientos, se debe reclutar a los pacientes en el estudio, proporcionar el o los tratamientos, uno o más seguimientos posteriores al ensayo deben llevarse a cabo para evaluar los efectos a largo plazo, se deben analizar los datos, por último, elaborar un reporte de resultados por escrito (por lo general en forma de artículos para publicaciones o un libro). La complejidad de un ensayo clínico se demuestra por la necesidad de los sujetos de investigación de completar todas las fases del tratamiento y participar en el seguimiento (por ejemplo, llenando cuestionarios a intervalos especificados). Cada ensayo debe constituir un esfuerzo coordinado para mantener el interés y la participación del paciente, que asegure que cada centro clínico, en el cual se lleve a cabo el ensayo, sea fácilmente accesible (el transporte público y estacionamiento deben estar disponibles), que tenga entornos físicos agradables, y que trate a los pacientes con cortesía y dignidad.

En cierta forma, los ensayos clínicos complejos en psicología anormal son indicios del éxito en el campo. No se necesitarían ensayos clínicos si no hubiera intervenciones que hicieran que parezca probable ayudar a las personas a vencer sus dificultades. Los ensayos clínicos tienen limitaciones porque lo que funciona bien en un estudio especial empleando personal altamente capacitado puede no funcionar bien en escenarios cotidianos de práctica clínica. El nivel de eficacia de tratamiento en escenarios del mundo real, disminuido con frecuencia, tiene un nombre, la *brecha de eficacia-eficiencia*. *Eficacia* es el término para lo que funciona en el escenario de ensayo clínico, y *eficiencia* es el término para lo que funciona en escenarios típicos de práctica clínica. Los estudios de eficacia prueban si un tratamiento

TABLA 1-6

Pasos en un ensayo clínico

1. *Diseñar la de investigación con un plan detallado para todo el estudio.*
2. *Especificar todos los procedimientos de intervención y control.*
3. *Reclutamiento de pacientes a través de la selección de una población bien definida de una muestra representativa de tamaño suficiente para detectar clínicamente diferencias significativas entre tratamientos.*
4. *Asignar aleatoriamente a los participantes para el tratamiento y control o condiciones de comparación.*
5. *Recopilar intervenciones y datos.*
6. *Seguimiento (a corto o largo plazo) de los efectos de tratamiento utilizando medidas de resultado seleccionadas antes del ensayo.*
7. *Analizar los datos para determinar la relevancia estadística de los resultados.*
8. *Redactar reportes.*

funciona en circunstancias ideales. Por lo regular excluyen a los pacientes con otros trastornos mentales o somáticos. La brecha de eficacia-eficiencia se aplica tanto a las terapias de medicamento como a la psicoterapia. Esta brecha no es exclusiva de salud mental; también se presenta en los trastornos somáticos.

Además de determinar qué tratamientos funcionan y cuáles son ineficaces, los ensayos clínicos también son valiosos cuando descubren a moderadores y a mediadores del cambio terapéutico (Kraemer, *et al.*, 2002). Los *moderadores* son las circunstancias en las cuales ocurren los efectos del tratamiento. Por ejemplo, un tratamiento puede ser mejor sólo para ciertos tipos de pacientes (por ejemplo, pacientes dentro de cierto rango de edad), mientras que otro es especialmente eficaz para otro tipo (por ejemplo, pacientes de cierto origen étnico). Los *mediadores* son los factores o condiciones que explican por qué ocurre un efecto terapéutico en particular. Si un tratamiento es más eficaz para ciertos grupos que para otros, ¿por qué es éste el caso? ¿Cuál es el proceso por el que se ayuda a un paciente con terapia?

Experimentos con animales Por razones obvias, en ciertos tipos de experimentos no se pueden utilizar seres humanos. Por ejemplo, sería imposible —y si lo fuera, sería una falta de ética— tratar de observar y controlar el curso de la vida de una persona. Los estudios con animales permiten niveles de control y formas de realizar las manipulaciones experimentales que son imposibles con los humanos. La vida más corta de la mayoría de los animales comparada con la de los seres humanos también hace posible estudiar las consecuencias a largo plazo de experiencias tempranas. Como consecuencia de ello, la experimentación con animales tiene un papel importante en el estudio de la conducta anormal.

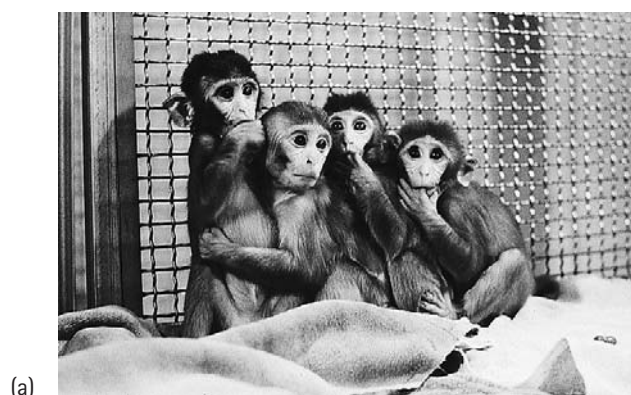
Los estudios con animales se pueden utilizar para investigar tanto los factores biológicos como sociales en la conducta. Un ejemplo de la investigación con un enfoque biológico es el estudio de los efectos de los medicamentos. Un grupo de medicamentos que se conocen como anfetaminas, que tienen una función estimulante, pueden producir síntomas psicóticos en las personas. Una vez que se demuestra que los efectos de las anfetaminas en los animales son similares, a los que se les inyectaron estas sustancias se les administran medicamentos antipsicóticos para determinar si puede contrarrestar la acción de las anfetaminas que producen las psicosis. Este procedimiento proporciona una forma de identificar medicamentos antipsicóticos prometedores para uso posterior en personas con trastornos psicóticos.

Otro ejemplo de estudios con animales que tienen un enfoque biológico se puede encontrar en los efectos de las experiencias tempranas en el desarrollo posterior. Por ejemplo, los primates pequeños muestran numerosas conductas innatas, como colgarse y mamar. Cuando los separan de su madre y se crían con otros monos jóvenes, su comportamiento de colgarse dura mucho más tiempo que en los monos que se criaron con su madre (ver la figura 1-19). Cuando los monos pequeños no sólo son separados de su madre sino que crecen aislados durante seis meses, muestran varias conductas trastornadas. Se chupan los dedos de sus manos o pies, se mecen de atrás hacia adelante en forma constante y son muy tímidos. Cuando termina su aislamiento, se comportan en forma muy agresiva con los demás monos. Por su parte, los monos que se crían en aislamiento durante seis meses se pueden desarrollar posteriormente de forma normal si reciben “tratamiento” por parte de “mo-

nos terapeutas” que sean cariñosos con ellos (Suomi, 2000). Los monos jóvenes que crecen separados de su madre con frecuencia muestran síntomas similares a la depresión en seres humanos. En ellos la depresión puede estar precedida por una fase de protesta que se caracteriza por una actividad frenética inmediata que parece reflejar los intentos por localizar a la madre perdida y comunicarse con ella. Casi siempre, la depresión es seguida por una fase de desapego en la cual el mono joven muestra desapego o indiferencia emocional hacia su madre en el momento de reunirse con ella. Esta fase se ha observado en los niños cuando se encuentran en presencia de la madre de la que estuvieron separados.

Experimentos con seres humanos Los objetivos fundamentales de este libro 1) los problemas que experimentan las personas cuando van por la vida y 2) qué se puede hacer para ayudarlas a resolver estos problemas. En consecuencia, muchos de los experimentos que se tratan en él implican esfuerzos para llevar a cabo cambios de conducta en humanos. Los ensayos clínicos, descritos en el cuadro 1-3, son experimentos humanos a gran escala. Por supuesto hay muchos experimentos realizados a menor escala dirigidos a desarrollar enfoques útiles para tratar tipos particulares de trastornos. Esta investigación de cambio en conducta se ilustra con estudios realizados sobre las dificultades (que van desde irritantes hasta severas) que muchas personas presentan cuando quieren dormir bien.

El insomnio es una de las quejas más frecuentes que manejan los clínicos. Las encuestas epidemiológicas han demostrado que entre 9 y 15% de la población adulta se queja de insomnio crónico, cuyos síntomas incluyen dificultad para dormirse, problemas para permanecer dormido y despertar muy temprano en la mañana. Dos enfoques que se utilizan en el tratamiento de insomnio son la terapia psicológica y los medicamentos. Los investigadores desean saber si los resultados de tratar a un paciente con insomnio mediante psicoterapia o medicamentos son diferentes. Los experimentos de cambio de conducta con pacientes que padecen insomnio han demostrado que tanto el tratamiento psicológico como los medicamentos son eficaces en el corto plazo (por ejemplo, durante los primeros tres meses de tratamiento) (Morris y Wooten, 1996). Sin embargo, mientras los medicamentos para problemas de sueño



(a)



(b)

Figura 1-19 (a) Todos los monos pasan por una etapa en la que se cuelgan, pero los que se crían sin su madre muestran un periodo de colgarse bastante más prolongado. (b) Un mono joven, todavía en la etapa de colgarse, puede ser un terapeuta eficaz para un mono más viejo que se crió en aislamiento.

pueden producir resultados más rápidos, los tratamientos psicológicos con frecuencia producen mejorías más duraderas. Cuando se discontinúan los medicamentos, los problemas de insomnio tienden a regresar, mientras que los efectos positivos de la terapia con frecuencia continúan después de finalizado el tratamiento. Combinar terapia psicológica con medicamentos produce resultados ligeramente mejores que con cualquiera de los enfoques clínicos por sí solos. Los experimentos dedicados al tratamiento del insomnio son por ello especialmente útiles porque, mientras muchos pacientes y médicos enfocan su atención en las pastillas para dormir como el mejor tratamiento, los resultados de estos experimentos han demostrado que el tratamiento psicológico puede llevar a resultados positivos de larga duración.

Los estudios que incluyen grupos que reciben medicamentos pueden incluir una condición de placebo. Un **placebo** es una sustancia no activa cuyo efecto en la conducta de la persona depende de sus propias expectativas. Se ha reconocido el efecto placebo desde la antigüedad (la palabra *placebo* se deriva de una palabra en latín que significa “debo por favor”). En estudios de tratamientos médicos se han encontrado efectos placebo en muchos pacientes (con frecuencia 50%). No se conoce por completo la base de la respuesta placebo, pero los atributos del trastorno, el escenario del tratamiento, las características de la personalidad, las expectativas y las actitudes parecen ser factores relevantes.

Por razones éticas, para no privar a un paciente de los beneficios del medicamento que se utiliza con frecuencia, dichos estudios incluyen un grupo de control en el que, se emplean medicamentos tradicionales para tratar dicha condición. De esa forma los nuevos medicamentos que se están probando pueden compararse con el estándar del tratamiento actual. La Dirección de Alimentos y Drogas de Estados Unidos requiere un placebo u otro grupo de control en las pruebas clínicas de un nuevo medicamento para establecer su eficacia antes de lanzarlo al mercado. Cuando se utilizan placebos o medicamentos para el grupo control, por lo regular se incluye en el estudio una manipulación doble-ciego. Con el **método doble-ciego**, ni los pacientes ni los clínicos saben si un paciente en particular está recibiendo el nuevo medicamento que se está probando o el medicamento utilizado con frecuencia para el tratamiento.

Diseño de investigación, análisis estadístico e inferencia

La planeación es una característica clave de la investigación científica. Los investigadores deben identificar sus objetivos y resolver cómo alcanzarlos. El objetivo, ¿es describir algún fenómeno (como la conducta social de individuos deprimidos), establecer una correlación entre eventos (como la asociación entre ver programas de televisión violentos y cometer crímenes), o demostrar una relación de causa y efecto entre variables independientes y dependientes (como los efectos de la psicoterapia y los medicamentos en el estado de ánimo deprimido)? Algunos tipos de conducta pueden estudiarse sólo en sus escenarios naturales, donde poco o ningún control es posible; otros se pueden estudiar en condiciones de laboratorio controladas; donde los experimentos apropiados y controlados tienen la ventaja de exponer a los sujetos a condiciones

que permitan una buena comprobación de la hipótesis del investigador. Un experimento bien controlado tiene alta **validez interna** porque los resultados se pueden atribuir a la manipulación de la variable independiente más que a alguna variable extrínseca o confusa. La variable independiente podría ser una condición que está muy lejos de la vida del sujeto. Sin embargo, si la condición refleja lo que pasa en el “mundo real”, el experimento también tiene **validez externa**.

La observación científica da como resultado datos que por lo general son de naturaleza numérica. Los procedimientos estadísticos permiten al investigador resumir y organizar los datos, así como medir las relaciones entre las variables.

Estadística descriptiva La estadística descriptiva se utiliza para resumir las observaciones. Los resúmenes pueden ser de las respuestas de los pacientes a las pruebas psicológicas, las edades en las cuales los distintos tipos de pacientes desarrollan sus condiciones y los registros por parte de los clínicos del progreso de los pacientes. Las *medidas de tendencia central* proporcionan resúmenes numéricos descriptivos de la conducta de un grupo. Las tres medidas de tendencia central que más se utilizan son la **media** o promedio aritmético; la **mediana**, el punto que corta a la mitad la distribución de las calificaciones, de modo que la mitad de las calificaciones en orden caen sobre ésta y la otra mitad debajo de la misma; y la **moda**, la calificación que obtiene la mayor cantidad de sujetos. Debido a sus convenientes propiedades matemáticas, la media se utiliza con más frecuencia en los análisis estadísticos.

Las medidas de tendencia central, como la media, proporcionan información acerca de la calificación promedio de una distribución. Sin embargo, conocer la calificación promedio de una distribución no proporciona toda la información que se requiere para describir un grupo de calificaciones. Además, se requieren *medidas de variabilidad*. La idea más sencilla de variabilidad es el **rango**, que es simplemente la diferencia entre las calificaciones más altas y las más bajas. La medida de variabilidad que se utiliza con mayor frecuencia es la **desviación estándar**, que toma en cuenta todas las calificaciones de la distribución en lugar de la más alta y la más baja. La desviación estándar refleja el tamaño de la desviación de las calificaciones en la distribución de la media del grupo.

Estadística inferencial En tanto que la estadística descriptiva nos ayuda a caracterizar a un grupo de sujetos, con frecuencia es importante hacer comparaciones entre dos o más grupos (por ejemplo, la media del CI de los estudiantes de dos escuelas secundarias). La **estadística inferencial** nos ayuda a determinar si cualquier diferencia que se observe entre los grupos se debe atribuir a la casualidad o a alguna diferencia sistemática entre los grupos (por ejemplo, el nivel socioeconómico de los estudiantes en las dos escuelas). Las pruebas estadísticas, como la *prueba t*, evalúan las **hipótesis nulas**, la teoría de que los grupos en realidad no difieren. Si la hipótesis nula se rechaza, es poco probable que las diferencias que se observaron surgieran por casualidad. Las pruebas estadísticas producen lo que se conoce como nivel de significancia, que se determina al comparar los resultados de las pruebas estadísticas con un conjunto de tablas de probabilidad.

Coefficientes de correlación Con mucha frecuencia, los clínicos o investigadores se interesan no tanto por la forma en que difieren los grupos, sino por la manera en que se relacionan entre sí las variables que representan las características de alguna muestra o población en particular. El **coeficiente de correlación** proporciona esta información. Los coeficientes de correlación pueden variar de -1.00 a $+1.00$. Este último significa que existe una asociación positiva perfecta entre dos variables. Una correlación de -1.00 implica una relación negativa o inversamente perfecta, mientras que una correlación de $.00$ quiere decir que no hay ninguna relación entre las variables.

Interpretación de los resultados de la investigación

Existen varios tipos de pruebas estadísticas, algunas de las cuales son complejas. Por ejemplo, algunos procedimientos comprenden la evaluación de las relaciones entre las combinaciones de tres o más variables. No obstante, sin que importen los procedimientos que se emplean, se requiere de la interpretación de los resultados que se obtuvieron. El experimento es un instrumento científico poderoso, pero no es infalible. Ciertos factores pueden deteriorar en gran medida la validez de los resultados de la investigación. Cuatro de los aspectos más serios que los investigadores deben considerar al conducir los estudios e interpretar los resultados son la *confusión de variables*, la *reactividad*, las *características de la demanda* y los *efectos de expectativa*. La forma en que se interpretan los resultados de la investigación depende no sólo de los resultados de las pruebas estadísticas que se emplearon sino además de la forma en que se condujo la investigación; es decir, qué nivel de éxito tuvo el investigador en su intento de eliminar estos factores de influencia.

La **confusión** ocurre cuando las variables que no se controlan afectan la variable dependiente de modo que se atribuye por error a la variable independiente. Por ejemplo, a algunos individuos deprimidos se les puede dar psicoterapia en tanto que otros sirven como grupos de control. La comparación de los dos grupos puede mostrar una diferencia estadísticamente significativa en el estado de ánimo deprimido, pero el grupo que recibió la psicoterapia muestra menos depresión después de ésta que el grupo de control. Este resultado sugeriría que la psicoterapia es un tratamiento útil contra la depresión. Pero, ¿qué sucede si los grupos experimentales y de control difieren en edad, sexo o nivel inicial de depresión? Las posibles variables de confusión deben llevar a ser muy precavidos acerca de cualquier resultado estadísticamente significativo que se pueda obtener.

La **reactividad** se refiere a los cambios en la conducta que se presentan cuando los sujetos saben que se les observa o estudia. Si los sujetos sometidos a un experimento de laboratorio reaccionan al ser observados y se comportan de manera diferente de como lo hacían fuera del laboratorio, es posible que saquemos falsas conclusiones de los resultados del experimento.

Las **características de la demanda** son indicios de las situaciones investigativas que ofrecen información a los sujetos acerca de la forma en que se espera que se comporten. En este caso, pue-

den asumir estas claves sobre la naturaleza de un estudio y cómo se “supone” que se deben comportar. Es probable que, en el psicoanálisis, algunos pacientes reporten más sueños que los pacientes que se someten a otras formas de psicoterapia, porque sus analistas pueden comunicar que reportar y analizar los sueños es lo que desean que ellos hagan. Debido a que las características de la demanda pueden representar una amenaza para los resultados válidos, con frecuencia los investigadores sienten la necesidad de ocultar la verdadera intención de sus experimentos.

Los **efectos de las expectativas** pueden constituir una fuente de sesgo en los experimentos si llevan a errores sistemáticos en las observaciones. Las expectativas de los investigadores sobre lo que sucederá en una situación determinada pueden influir en las observaciones que se realizan. En un estudio que involucra tranquilizantes es probable que algunos experimentadores califiquen a los pacientes que han tomado tranquilizantes como menos ansiosos, porque en investigaciones pasadas se encontró que estos fármacos reducen la ansiedad. En estos casos, los científicos que realizan las evaluaciones no deben tener información acerca de cuáles pacientes reciben el fármaco y cuáles el placebo.

Un factor adicional que ejerce influencia sobre los resultados de la investigación es el **muestreo**. Un investigador prácticamente nunca puede estudiar a cada miembro del grupo más grande al cual se esperan aplicar los resultados de la experimentación. Casi siempre está limitado a un segmento, o muestra, de ese grupo mayor (que se conoce como *población*). Si el objetivo es llegar a conclusiones válidas, la muestra debe reflejar las características más importantes de esa población mayor. De modo que los entrevistadores que recopilan la opinión pública utilizan muestras que poseen las características importantes (edad, género, inclinación política, ubicación geográfica, etc.) en la misma proporción que las que contiene la población en general. Por lo tanto, es probable que las respuestas de esa muestra representativa reflejen las que daría la población en general. Está claro que la interpretación de las investigaciones depende de la naturaleza de las muestras que se estudiaron; si la muestra no refleja de manera adecuada al público en general, los resultados tendrán una aplicación limitada.

Cuando se confronta con todos los factores que se necesitan considerar en un proyecto de investigación en particular, es comprensible sentirse un poco abrumado por la complejidad del todo. Los estudiantes pueden preguntar: ¿Es necesaria toda esta complejidad? ¿Por qué no obtenemos respuestas simples y directas? Éstas son preguntas razonables. Los investigadores no desean crear complejidad a menos que realmente sea necesaria. Con frecuencia es necesario un cierto nivel de complejidad para asegurar que se saquen las conclusiones correctas del estudio de investigación. Afortunadamente, con frecuencia, la identificación de los factores que pueden influir en un fenómeno llevan a descubrir una forma práctica de tomarlos en cuenta, ya sea controlándolos o manipulándolos. La identificación de factores relevantes y la búsqueda de la mejor manera de manejarlos es una de las características más emocionantes de la investigación.

Aspectos éticos de la investigación

Sin importar los méritos académicos de una investigación, las personas encargadas de ella nunca deben poner a los participantes en peligro ya sea físico o psicológico. Se debe informar a los sujetos acerca de lo que trata el experimento y cualquier peligro asociado con su participación en éste. Se les debe informar, de manera clara, que tienen la libertad de retirarse del experimento cuando ellos así lo decidan. Si fuera necesario recurrir al engaño para examinar las preguntas relacionadas con la investigación, debe advertirse de ello a los sujetos una vez concluido el experimento y explicarles el proceso realizado. Es necesario tomar medidas especiales que garanticen confidencialidad en relación con la conducta y respuestas del sujeto.

Como resultado del énfasis cada vez mayor de otorgar protección y bienestar tanto a los seres humanos como a los animales que se utilizan en investigaciones psicológicas, en la actualidad los investigadores deben limitar los experimentos que realizan con ciertos grupos de personas que no están en posición de dar su consentimiento. Estos grupos incluyen a niños, individuos que padecen retraso mental y pacientes seriamente perturbados. Cuando están involucrados este tipo de personas u otras que no pueden otorgar su consentimiento, los padres o tutores son quienes deben hacerlo. En las prisiones se han elaborado lineamientos muy estrictos para la investigación. Ningún prisionero debe ser forzado a participar en la investigación o ser penalizado por rehusarse a hacerlo; por su parte, en el caso de programas de rehabilitación, se debe permitir a los prisioneros participar en las decisiones relacionadas con los objetivos del programa. Los investigadores se deben apegar a la ética de la investigación o correr el riesgo de sufrir serias consecuencias legales y profesionales. En el capítulo 17 se explicarán varios temas éticos.

El mensaje con el que nos quedamos

En retrospectiva es impresionante ver el adelanto que se ha realizado en la comprensión y las respuestas dadas a las necesidades de los enfermos mentales. Ya no se les considera como si tuvieran algo demoníaco ni se les trata con repulsión y desdén. Hoy en día, los puntos de vista humanitarios y el tratamiento de individuos con problemas continúan en aumento, junto con esfuerzos cada vez mayores para usar el método científico para desarrollar tratamientos que puedan llevar a las personas del campo de la anormalidad al de la normalidad.

Cuando miramos hacia el futuro, es impresionante ver los desafíos que debemos enfrentar tanto en la forma en que se trata a los enfermos mentales como en los esfuerzos de investigación que se requieren. En lo que respecta al reto clínico, persiste la estigmatización y discriminación en contra de los enfermos mentales, aunque cada año que pasa parece haber una mejoría en las actitudes del público. En términos generales, resulta cada vez más claro que el reto de la investigación debe adquirir día con día una mayor complejidad. La conducta desadaptada ocurre en un contexto particular que incluye variables como nivel socioeconómico, origen étnico, género, vulnerabilidades genéticas, redes sociales y una gran variedad de fortalezas y limitaciones personales. Las mismas variables también juegan un papel en cuanto a la forma en que los individuos con problemas personales responden al tratamiento. El costo y complejidad de los ensayos clínicos reflejan la necesidad de tomar en cuenta las muchas variables que influyen sobre la conducta humana. Uno de los desarrollos más positivos en la investigación de la conducta desadaptada es el creciente reconocimiento de que el estudio de la conducta humana debe reflejar su complejidad en el mundo real.

R esumen del capítulo

El espectro de la conducta anormal

La conducta anormal cubre un amplio espectro de conductas que causan infelicidad a la persona que está relacionada con los que provocan daño a sus semejantes. A menudo resulta difícil decidir cuándo se ha cruzado la línea entre lo anormal y lo normal. Aun cuando la conducta sea claramente anormal no siempre puede decidirse con facilidad si se debe a una enfermedad mental o a actitudes y creencias antisociales.

¿Qué es psicología anormal?

La psicología anormal trata sobre cómo se siente ser diferente, cómo los demás interpretan esas diferencias y la forma en que la sociedad trata a los que considera diferentes. Para interpretar la conducta anormal es necesario entender el papel que juegan el estrés, la vulnerabilidad personal y la resiliencia.

Activadores de los problemas de salud mental Resulta sencillo identificar la causa de algunos problemas de salud mental, pero en el caso de muchos de ellos el origen de las dificultades no es evidente (por lo menos al principio) y en algunas ocasiones no puede determinarse.

El estigma de la conducta anormal Las creencias y supuestos sobre las enfermedades mentales afectan la manera en que las personas responden a alguien que muestra conductas anormales. Quienes se comportan de manera inusual o que han sido diagnosticados con alguna enfermedad mental pueden ser rechazados por otros, ya sea de manera directa o indirecta. Existen muchas creencias falsas sobre las causas y consecuencias de las enfermedades mentales.

Conducta adaptada e inadaptada Adaptación, de la manera en que se utiliza el término en este libro, se refiere a la capacidad

o incapacidad de las personas para modificar su conducta en respuesta a los cambios en su entorno. La conducta desviada o inusual, por lo general, no es inadaptada. La conducta desadaptada se refiere a la conducta que causa problemas en la vida. Además, abarca desde miedos relativamente menores pero perturbadores, hasta una alteración severa de la realidad y la incapacidad para funcionar de manera independiente.

Antecedentes históricos de la psicología anormal moderna

Es importante conocer la historia de la psicología anormal porque a lo largo de los tiempos se han repetido ciertas perspectivas respecto de las causas de desviaciones de tipo sobrenatural, orgánico o psicológico. En muchas culturas perduran algunas creencias antiguas místicas relacionadas con el papel de las fuerzas sobrenaturales o mágicas en el origen de la conducta anormal. Desde este punto de vista, la terapia comprende generalmente el **exorcismo** o la expulsión del demonio por medio de la magia y la oración. Esta práctica la realiza, por lo general, un **chamán** o curandero. Otra perspectiva vincula la conducta anormal con un defecto orgánico. La primera evidencia de este punto de vista se encontró en los cráneos de épocas prehistóricas que muestran evidencia de **trepanación**, es decir, agujeros astillados en el cráneo. La perspectiva psicológica sugiere que la conducta anormal se refiere a las perturbaciones en la forma en que una persona piensa, siente o percibe el mundo y que estas perturbaciones son potencialmente modificables.

El mundo occidental antiguo En la antigua Grecia, la conducta perturbada se interpretó originalmente como un castigo como consecuencia de las ofensas infringidas a los dioses. Más tarde, varios filósofos griegos, comenzando por Sócrates, sostuvieron un punto de vista más psicológico, pues consideraban que el razonamiento constituía un aspecto básico de la conducta adaptada. Platón desarrolló el punto de vista orgánico, el cual explica la conducta como una expresión general del proceso psicológico de una persona. Consideró que la conducta perturbada era producto de los conflictos internos entre la razón y la emoción. Galeno, médico griego, enseñaba que las características psicológicas eran expresiones de procesos orgánicos influidos por un balance de cuatro humores.

La Edad Media Durante la Edad Media existían puntos de vista contrastantes sobre las enfermedades mentales. San Agustín ayudó a establecer las bases de la teoría psicodinámica moderna a través del uso de la introspección para explicar los procesos mentales. A finales de la Edad Media, la Iglesia católica jugó un papel importante tanto positivo como negativo en el tratamiento de los enfermos mentales. Algunos gobiernos, como el de Inglaterra, se responsabilizaron de la protección de los enfermos mentales. Las leyes distinguen entre los retrasados mentales, llamados *tontos naturales*, de las *personas non compos mentis*, esto es, los que estaban mentalmente perturbados.

El Renacimiento A finales del siglo XV y en el siglo XVI, a pesar del aumento en el aprendizaje, persistían la demonología y el exorcismo. Sin embargo, Johann Weyer abogaba por el tratamiento clínico de los enfermos mentales más que por la persecución religiosa. Weyer hacía hincapié en las relaciones interpersonales que se encontraban perturbadas y en el conflicto psicológico como causas de las enfermedades mentales.

La Edad de la Razón y la Ilustración En los siglos XVII y XVIII, el conocimiento científico aumentó en forma considerable. Cien-

tíficos como William Harvey escribieron sobre la relación entre los aspectos fisiológicos y psicológicos de la vida. Filósofos como Baruch Spinoza especularon sobre los papeles que jugaban las emociones, ideas y deseos en la vida e hicieron referencia a los mecanismos inconscientes que influyen sobre la conducta. La literatura también se ocupó de la emoción y la motivación. Muchas de las obras de Shakespeare estaban enfocadas en las consecuencias de la emoción sobre la conducta. Por su parte, Robert Burton, en su *Anatomy of Melancholy*, describe y analiza la depresión desde un punto de vista psicológico. Surgieron nuevas ideas como la **fisiognomía**, el arte de juzgar la personalidad por la apariencia física, y la **frenología**, la perspectiva de que las facultades mentales podrían “leerse” al palpar las protuberancias en la cabeza de una persona. Franz Anton Mesmer desarrolló la idea del magnetismo animal, el cual utiliza la hipnosis como tratamiento contra trastornos mentales.

El movimiento de la Reforma El movimiento hacia un trato más humano de los enfermos mentales comenzó con el desarrollo del tratamiento moral de Philippe Pinel, en Francia. En el siglo XIX se desarrollaron instituciones especiales para el cuidado y tratamiento de niños con retraso mental o que sufrían alguna enfermedad de este tipo. El movimiento de la Reforma en Estados Unidos fue dirigido primero por Benjamin Rush, después por Dorotea Dix y finalmente por Clifford Beers, quien utilizó su experiencia como paciente para mejorar las condiciones de las instituciones para enfermos mentales y para establecer clínicas comunitarias.

Conceptos recientes de conducta anormal

El papel que juegan los factores psicológicos y las funciones del cuerpo es tema de constante debate, debido a lo mucho que falta por aprender acerca de las causas que provocan la conducta anormal.

El enfoque psicológico El hincapié en el *pensamiento irracional* surgió a principios del siglo XIX como una reacción al enfoque del *pensamiento racional* que caracterizaba la Edad de la Razón y la Ilustración. Sigmund Freud otorgó máxima importancia a la función que desempeñan la emoción y los sentimientos de irracionalidad en la conducta desadaptada.

El enfoque orgánico Otro grupo de investigadores consideró que los desórdenes mentales eran resultado de las alteraciones de la función cerebral e hizo hincapié en la necesidad de revelar evidencia sobre el funcionamiento del cuerpo (particularmente del sistema nervioso).

La convergencia de enfoques El punto de vista contemporáneo sobre la conducta desadaptada es **interactivo** y **biopsicosocial**. Estos términos se refieren a quienes creen que los factores biológicos, psicológicos y sociales se combinan para influir en la conducta desadaptada. Los papeles relativos de esos factores varían de una persona a otra y a lo largo de la vida, y es necesario evaluar sus contribuciones, juntos y por separado, para ayudar a las personas a hacerles frente.

Vulnerabilidad, resiliencia y estrés Por **estrés** se entienden las reacciones de las personas ante situaciones que plantean exigencias, limitaciones u oportunidades. La **vulnerabilidad** implica las posibilidades que tiene un individuo de presentar una respuesta inadaptada. Algunos aspectos que afectan la vulnerabilidad son los factores hereditarios y de personalidad, la falta de ciertas capacidades, un his-

torial de experiencias negativas y ciertas condiciones ambientales. Por **resiliencia** se entiende la capacidad de las personas para funcionar eficazmente de cara a la adversidad y su capacidad de recuperación ante el estrés. Frecuentemente, las personas resilientes saben cómo enfrentar las distintas situaciones que se les presentan. Las **capacidades de afrontamiento**, son las técnicas —como el pensamiento constructivo y la flexibilidad— de que se valen las personas para enfrentar el estrés. El nivel de manejo de las situaciones de una persona varía de vez en cuando debido a las diferencias en vulnerabilidad y resiliencia en diversos tipos de situaciones.

La epidemiología de la conducta desadaptada

Investigación epidemiológica es la disciplina que busca indicios sobre las causas de los trastornos mediante la investigación de las características ambientales, personales y de conducta que se asocian con los diferentes niveles de los distintos desórdenes.

Incidencia, prevalencia y factores de riesgo Los datos de **incidencia** son el número de casos nuevos de una condición específica que se presentan durante un periodo en particular. Los datos de **prevalencia** describen la frecuencia con la que se presenta una condición en un determinado tiempo. Los **factores de riesgo** son características personales o situacionales que se ha encontrado tienen una significativa relación con un trastorno.

Búsqueda de ayuda para la conducta anormal

Muchas personas que sufren de alguna enfermedad mental no reciben ningún tratamiento profesional debido al costo que éste representa, a la falta de instalaciones clínicas cercanas o debido a que por diversas razones no buscan ayuda.

Razones para buscar un contacto clínico Las personas, aun las que no creen tener conducta desadaptada, pueden buscar ayuda para sí mismas por infelicidad personal. Otros pueden hacerlo para alguien más debido a su preocupación por el bienestar de esa persona o por la seguridad de las personas a su alrededor. Algunas veces los problemas causados por la conducta de un sujeto provocan que las instancias legales o comunitarias le proporcionen la ayuda.

Recursos de ayuda Las instalaciones para tratar trastornos mentales van desde el tratamiento a pacientes internados en un hospital psiquiátrico o en pabellones psiquiátricos de hospitales generales hasta los recursos en la comunidad para pacientes externos. Las instalaciones para pacientes externos incluyen salas de emergencia de los hospitales, clínicas de salud mental y los servicios que prestan profesionales de la salud mental. Debido al movimiento hacia la **desinstitutionalización** de pacientes mentales, muchas personas han sido dadas de alta de hospitales psiquiátricos y han regresado a la comunidad. En muchos de los casos no existen instalaciones comunitarias adecuadas para su tratamiento y apoyo. En la actualidad, son relativamente pocas las personas, incluyendo las que presentan conductas con un alto grado de inadaptación, que reciben tratamiento por largo plazo, si llegan a tenerlo, en instalaciones de internamiento. Diversos especialistas de salud mental, entre los que se pueden mencionar a los **psicólogos clínicos, terapeutas, psiquiatras, trabajadores sociales psiquiá-**

tricos y enfermeras psiquiátricas pueden participar en el tratamiento de los trastornos mentales. Aunque las responsabilidades de estos grupos con frecuencia son diferentes, muchas de las actividades terapéuticas que realizan son similares.

Investigación sobre la psicología anormal

Conducta de observación La observación es la primera etapa del proceso científico. Es importante reconocer que las observaciones son susceptibles de incluir sesgos debido a prejuicios culturales y personales. Para que la observación sea útil es necesario determinar cuestiones como los tipos de respuesta que deberán observarse, la forma en que se verá afectada la conducta ante la presencia del observador y el periodo necesario para lograr una observación confiable. Además de la observación por parte de otras personas, la autoobservación del paciente puede proporcionar datos útiles para la investigación. Los datos que se obtienen a partir de la observación pueden incluir los estímulos que producen una respuesta en particular, las respuestas subjetivas y de conducta a determinado estímulo y las consecuencias ambientales de ciertas conductas.

El papel de la teoría Por lo general, las teorías en psicología anormal comienzan con observaciones informales en entornos clínicos. De esta forma, los investigadores elaboran hipótesis basadas en sus observaciones y las comprueban por medio de observaciones adicionales, de preferencia bajo condiciones controladas. Debido a que estos estudios muestran si cada hipótesis está o no sustentada por los resultados de la investigación, se puede edificar una teoría con base en ellas. Las teorías se utilizan para asociar muchos datos en un solo esquema y también para proporcionar nuevas preguntas para que los investigadores las comprueben de manera sistemática. Por esta razón es importante estructurar las teorías, que deben ser comprobables y refutables.

El curso de la investigación Los pasos imprescindibles de una investigación científica son: especificar el tema, revisar la literatura, definir las variables a medirse, desarrollar la **hipótesis**, seleccionar una estrategia de investigación, realizar el estudio, analizar los datos e informar acerca de los resultados de la investigación. Es necesario especificar tanto las **variables independientes**, esto es, las que son manejadas por el investigador, como las **variables dependientes**, o resultados.

Tipos de investigación Los **casos de estudio** son los que proporcionan descripciones de individuos estudiados a través de varias observaciones. Los **estudios de correlación** proporcionan información acerca de cuán importante es la relación o asociación entre variables, pero al igual que en los casos de estudio no muestran causa y efecto. Los **estudios de valoración** describen la conducta en un momento determinado. También pueden utilizarse para predecir la conducta futura o para identificar las correlaciones de la conducta actual, del mismo modo que los casos de estudio y de correlación no pueden utilizarse para mostrar causalidad. Es posible utilizar los **estudios experimentales** para inferir causalidad. Dos tipos importantes de estudios experimentales son el **experimento de prueba de hipótesis** y el **experimento de cambio de conducta**.

Diseño de investigación, análisis estadístico e inferencia Los investigadores deben identificar sus metas y planear sus estudios para lograrlos. Los procedimientos estadísticos permiten al investigador resumir los datos y medir la relación entre las variables. Los resultados se calculan tanto con **estadísticas descriptivas**, o medidas

numéricas, como con **estadísticas inferenciales**, que se emplean para proporcionar información acerca de si los resultados se deben a la causalidad. Dentro de la estadística descriptiva se encuentran las *medidas de tendencia central*, entre las que se pueden mencionar la **media**, la **mediana** y la **moda**. El **rango** de resultados es una medida sencilla de variabilidad. La **desviación estándar** es la que se utiliza con mayor frecuencia. La estadística inferencial se usa para evaluar la hipótesis nula (para determinar si hay diferencias en los grupos de un estudio experimental). Se pueden utilizar las estadísticas para determinar el nivel de significado o la probabilidad de que los resultados sucedan por casualidad. Cuando se interpretan los resultados, deben tomarse en cuenta diversos factores que pueden afectar negativamente la validez de los resultados. Estos factores incluyen la confusión de variables, la reactividad de la conducta del sujeto, las características de la demanda del experimento y los efectos de las expectativas.

Aspectos éticos de la investigación La investigación en el campo de la psicología anormal está regida por varias consideraciones éticas y por regulaciones que tratan de proteger a los participantes en dicha investigación. Los investigadores no deben tratar a las personas sin su consentimiento informado, y jamás deben tratarlos de alguna manera que pueda causarles daño físico o psicológico. Se debe informar a los sujetos potenciales sobre la naturaleza del experimento y cualquier riesgo que pudiera existir y obtener su consentimiento por escrito. Se les debe dar la oportunidad de retirarse, y si llegara a emplearse cualquier tipo de engaño, deberá proporcionárseles una explicación sobre los procedimientos una vez concluido el experimento. Toda la información que se obtenga de la investigación debe mantenerse bajo estricta confidencialidad, de modo que ninguna persona fuera de los investigadores conozca las respuestas de los sujetos.



Conceptos clave

Adaptación, p. 8	Estudios de correlación, p. 31	Método doble-ciego, p. 37
Afrontamiento, p. 22	Estudios de evaluación, p. 32	Moda, p. 37
Autoobservación, p. 29	Exorcismo, p. 10	Muestreo, p. 38
Características de la demanda, p. 38	Experimento de cambio de conducta, p. 34	Placebo, p. 37
Chamán, p. 10	Experimento de comprobación de la hipótesis, p. 33	Prevalencia, p. 23
Coefficiente de correlación, p. 38	Factor de riesgo, p. 23	Psicólogo clínico, p. 26
Conducta inadaptada, p. 9	Fisiognomía, p. 15	Psiquiatra, p. 26
Confusión, p. 38	Frenología, p. 15	Punto de vista orgánico, p. 12
Desinstitucionalización, p. 26	Hipótesis, p. 31	Rango, p. 37
Desviación estándar, p. 37	Hipótesis nulas, p. 37	Reactividad, p. 38
Efectos de las expectativas, p. 38	Humores, p. 12	Resiliencia, p. 21
Enfermera psiquiátrica, p. 26	Incidencia, p. 23	Terapeuta, p. 26
Ensayo clínico, p. 34	Interaccional enfoque (biopsicosocial), p. 20	Trabajador social psiquiátrico, p. 26
Estadística descriptiva, p. 31	Investigación epidemiológica, p. 23	Trepanación, p. 11
Estadística inferencial, p. 31	Media, p. 37	Validez externa, p. 37
Estrés, p. 20	Mediana, p. 37	Validez interna, p. 37
Estudio de seguimiento, p. 33	Medidas de variabilidad, p. 37	Variables dependientes, p. 31
Estudio longitudinal, p. 33		Variables independientes, p. 31
Estudio transversal, p. 33		Vulnerabilidad, p. 21
Estudios de caso, p. 31		

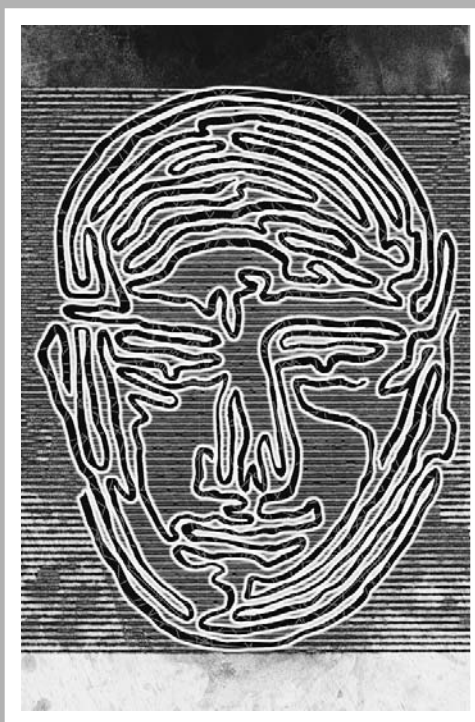
Un buen libro

La novela de Ken Kesey, *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (*Atrapado sin salida*), es tanto fascinante de leer como una fuente de diferentes percepciones del mundo de las enfermedades mentales graves. Además, describe los hospitales mentales de manera intensa, tal como eran a mediados del siglo XX. Transmite la tristeza y la cultura de la confinación en una institución y el poder de los controladores (el personal del hos-

pital). Su trabajo de medio tiempo como enfermero en el hospital de Palo Alto, mientras estudiaba en la Universidad de Stanford, le proporcionó a Kesey la inspiración para escribir este libro. *One Flew Over the Cuckoo's Nest* ha vendido más de ocho millones de copias desde su publicación en 1962, y también se produjo una exitosa película basada en él (*Atrapado sin salida*).

2

Perspectivas teóricas sobre la conducta desadaptada



Getty Images Inc. —Image Bank

El papel de la teoría en la psicología anormal

La orientación de este libro

Perspectiva biológica

Factores genéticos

El sistema nervioso y el cerebro

Las glándulas endocrinas

La revolución de las neurociencias

Integración de los sistemas biológicos y psicológicos

Perspectiva psicodinámica

Freud y el psicoanálisis

Los enfoques contemporáneos del psicoanálisis

Evaluación de la teoría psicoanalítica

Perspectiva conductista

Condicionamiento clásico

Condicionamiento operante

Teorías sociocognitivas

Perspectiva cognitiva

Conducta desadaptada y cognición

Terapias cognitivas

Perspectiva humanista existencial

El punto de vista humanista

El punto de vista existencial

Perspectiva cultural comunitaria

Roles sociales y etiquetamiento

Contribuciones de la perspectiva cultural comunitaria

El enfoque interaccional

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

La forma en la que se entiende la conducta desadaptada y su manejo clínico dependen de las teorías existentes sobre sus causas y tratamiento. Este capítulo examina seis teorías básicas sobre los elementos de la conducta desadaptada que están relacionadas con las formas de interpretar y mejorar la calidad de vida humana. Mientras que cada una de ellas proporciona una perspectiva particular de la anormalidad conductual y lo que se puede hacer al respecto, hacemos hincapié en la importancia de la integración de las perspectivas teóricas.

Fred Price, de 38 años, experimenta un dolor ocasional en el pecho desde hace dos meses. Es subdirector de una escuela de bachillerato en una ciudad importante, ocupa un puesto que ejerce mucha presión que requiere distintos contactos diarios con maestros y estudiantes. Con frecuencia, los maestros presentan quejas y los estudiantes casi siempre tienen problemas o los provocan. La labor de Fred consiste en manejar todas estas cuestiones de manera eficaz y rápida. No consultó a un médico pues atribuía el dolor de pecho a una indigestión asociada con el estrés en el trabajo. En realidad, unos Alka-Seltzer parecían ayudar un poco. Últimamente él y su esposa han discutido mucho, con frecuencia por el dinero para pagar la ortodoncia para uno de sus hijos, la colegiatura y los gastos de sustento para el hijo mayor que quiere ir a la universidad lejos de casa y gastos del asilo de ancianos para la madre de su esposa. Anoche, durante una fuerte discusión con ella, tuvo otro ataque de dolor en el pecho que tardó en disminuir, incluso después de tomar el Alka-Seltzer. Después de ello Fred empezó a acordarse de que su padre sufrió su primer ataque cardíaco a los 47 años. Al igual que Fred, su padre ocupaba un puesto que le exigía demasiado, lo cual lo dejaba exhausto por las noches. En la mañana, Fred llamó a su médico para hacer una cita.

Sería difícil resumir los problemas de Fred Price en forma sencilla y ordenada. ¿Se trata de un hombre que está a punto de sufrir un ataque cardíaco? Si es así, ¿es porque tiene genes "malos" que lo hacen susceptible a éste? ¿O sus problemas somáticos pueden ser sólo expresiones del alto nivel de ansiedad que provoca el trabajo estresante? ¿Sus recursos físicos o sus habilidades para el control del estrés son inadecuados para manejar las demandas de ser un subdirector de una escuela de bachillerato de un barrio pobre del centro? ¿Qué papel juegan las presio-

nes familiares y las discusiones maritales en sus síntomas? Como la mayoría de nosotros, Fred Price es una persona compleja. Sus pensamientos, conducta y condición física quizá tengan múltiples factores determinantes. Por la información que se proporciona, no es posible determinar la causa o causas probables de sus síntomas y su aparente infelicidad.

Los clínicos e investigadores han desarrollado teorías que esperan sean de ayuda para identificar las causas de la conducta desadaptada y la enfermedad física. Estas teorías guían a los clínicos en la búsqueda de los factores determinantes de la inadaptación.

El papel de la teoría en la psicología anormal

Todos queremos saber por qué suceden las cosas. Los intelectuales que estudian la conducta anormal tienen especial curiosidad respecto de los pensamientos, sentimientos, percepciones y habilidades (o falta de ellas) que suponen los problemas de vida. Los *pensamientos* son ideas, conceptos y el diálogo interno con uno mismo. Los *sentimientos* son estados emocionales subjetivos, tales como la felicidad o la tristeza. Las *percepciones* son el producto del proceso del individuo, la organización e interpretación de señales sensoriales. Las *habilidades* son capacidades básicas como la inteligencia, memoria, atención y lenguaje. Los pensamientos, sentimientos, percepciones y habilidades se combinan para influir en los estados mentales y la conducta que caen dentro de la secuencia adaptación-inadaptación. Se han ofrecido teorías para explicar el proceso de influencia.

Las teorías científicas se crean para organizar lo que sabemos y explicar lo que significan. Las teorías jamás están completas, ya que, hay diferentes formas de ver lo que sabemos y porque siempre hay piezas que faltan en nuestro conocimiento. Sin embargo, hasta una teoría incompleta es útil si proporciona una perspectiva para analizar la información que tenemos. Una buena teoría nos puede ayudar no sólo para explicar por qué los trastornos clínicos ocurren sino también para decidir cómo se pueden tratar de manera eficaz.

Los clínicos e investigadores operan con base en las teorías formales, pero también utilizan teorías informales o corazonadas que se basan en experiencias pasadas. Un psiquiatra, un psicólogo clínico o un trabajador social a quien se asigna un caso, a menudo empleará una determinada perspectiva teórica para analizar la información disponible. Todos utilizamos perspectivas teóricas informales en nuestras vidas, aunque no nos percatemos de ello. Estas perspectivas nos sirven como lentes que reflejan y dan forma a las concepciones que tenemos de la naturaleza humana. De mane-

ra que, de acuerdo con una perspectiva teórica, un fuerte resfriado se puede considerar una infección viral; de acuerdo con otra, puede ser simplemente “la voluntad de Dios”; y de acuerdo con su mamá puede ser “su culpa por mojarse los pies”.

Revisaremos seis perspectivas teóricas que actualmente tienen una influencia particular: 1) la *perspectiva biológica*, que hace hincapié en el papel de los procesos corporales; 2) la *perspectiva psicodinámica*, que destaca el papel de la ansiedad y el conflicto interno; 3) la *perspectiva conductista*, que analiza la influencia que el medio ambiente ejerce sobre la conducta; 4) la *perspectiva cognitiva*, que considera el pensamiento distorsionado y la distorsión en la resolución de problemas como causas de la conducta anormal; 5) la *perspectiva humanista-existencial*, que hace hincapié en nuestra condición única como individuos y nuestra libertad para tomar decisiones propias; y 6) la *perspectiva comunitaria*, que se preocupa por los papeles de las relaciones sociales y el impacto de las condiciones socioeconómicas sobre la conducta desadaptada.

¿Cuál de estas perspectivas teóricas es correcta? En el saber popular judío se cuenta una historia sobre una pareja que acudió a su rabino para obtener asesoría conyugal. El rabino entrevistó a cada uno por separado sobre los problemas que percibían en su relación y después se reunió con los dos. Le preguntaron quién tenía la razón y quién estaba equivocado. El rabino dijo a la confundida pareja: “Ambos tienen razón”. La observación del rabino también se aplica a estas perspectivas teóricas. Cada una trata con partes de la realidad, pero con frecuencia las partes son muy diferentes. Algunas teorías son más adecuadas para comprender las causas del estrés, otras para entender las formas como lo afrontamos, y otras más para conocer la naturaleza de las vulnerabilidades humanas. En consecuencia, no existe ninguna razón por la que debamos inclinarnos por una posición teórica en particular ni para sentir que debemos explicar todas las conductas anormales en términos de sus conceptos. Con un tema tan complejo como la conducta anormal, es buena idea recordar que incluso una teoría respetada puede ser una explicación demasiado sencilla.

Es importante hacer notar que estas teorías no son estáticas. En el capítulo 1 vimos que a través de los siglos, las explicaciones de la desviación han sufrido grandes variaciones. Los hechos nuevos ejercen influencia sobre las teorías existentes, pero también lo hacen las creencias de la gente, que pueden tener o no validez científica. Además de ajustarse a los hechos nuevos o a los cambios en la actitud del público, una teoría nueva se puede desarrollar como una reacción ante la debilidad de una teoría popular presente o un enfoque convencional de un problema. Por ejemplo, Sigmund Freud fue un exitoso neurólogo que se consagró, cada vez más, a sus pacientes con “trastornos nerviosos” para quienes la neurología tenía poco que ofrecer. Como resultado, su interés se dirigió hacia las posibles causas psicológicas de los problemas de esos pacientes. El psicoanálisis como teoría de y tratamiento para trastornos psicológicos surgió a partir de esta nueva dirección en el pensamiento de Freud.

Si bien todos los puntos de vista teóricos que se exponen en este capítulo son importantes y se emplean e investigan de manera activa en la actualidad, vale la pena tener en mente que cada uno fue una reacción a la situación que prevalecía en el momento en

que se propuso por primera vez. Podríamos pensar que el contenido de las teorías es como tener elementos que probablemente necesiten ser combinados para poder lograr su máximo valor explicativo. Cuándo combinarlas y cómo hacerlo son retos mayores en el estudio de la psicología anormal.

La orientación de este libro

Creemos que las seis perspectivas teóricas descritas en este capítulo son dignas de atención porque cada una de ellas estudia una pieza crítica del misterio de la conducta anormal. ¿Qué deberían decirnos las diferentes teorías? A pesar de que en la actualidad hay brechas enormes en nuestro conocimiento, esperamos que en última instancia las teorías sobre la psicología anormal nos dirán cómo se combinan las variables biológicas, psicológicas y sociales para darle forma a la conducta desadaptada y a los estados mentales que a menudo nos conducen a ella (ver la figura 2-1).

Como mencionamos en el capítulo 1, pensamos en la conducta desadaptada en términos de vulnerabilidades personales y resiliencia. ¿Qué es lo que aportamos a estas situaciones que nos empuja hacia la dirección del funcionamiento eficaz o ineficaz? Aunque las palabras *vulnerabilidad* y *resiliencia* pueden no ocupar lugares prominentes en todas estas teorías que vamos a ver, todas ellas se concentran en temas relacionados con estas características. Por ejemplo, cada uno de nosotros tiene recursos biológicos y obligaciones, así como recursos y obligaciones en la forma en la que pensamos, en la que nos percibimos a nosotros mismos y a los demás y en la que afrontamos los diferentes tipos de estrés.

Debido a que cada uno de nosotros es probablemente vulnerable y resiliente de maneras específicas, es necesario que cada persona cuente con un perfil de recursos y responsabilidades. Además de este perfil se requieren métodos para reducir vulnerabilidades y aumentar la capacidad de resiliencia. Las seis perspectivas teóricas que revisaremos enfocan estas necesidades de diferentes maneras. Por ejemplo, las teorías biológicas se enfocan en intervenciones somáticas, como medicamentos tranquilizantes o antipsicóticos; el psicoanálisis busca ayudar a las personas a afrontar los pensamientos y emociones perturbadoras de manera más eficaz; las teorías conductistas se preocupan por modificar tipos específicos de comportamientos indeseables; por su parte, las teorías cognitivas han elaborado técnicas terapéuticas para cambiar ideas poco realistas.

En razón de que cada individuo es un producto complejo de la biología y la experiencia, en última instancia necesitaremos formas para integrar las variables, los mecanismos y los tratamientos, esto es, los elementos inherentes a cada posición teórica. El campo de la psicología anormal no ha alcanzado este punto todavía. Si se entienden las seis perspectivas teóricas y sus elementos descritos en este capítulo se pueden combinar o integrar algunos de sus aspectos de manera que se pueda proveer un mejor panorama del individuo. Este capítulo trata, en cierta forma, sobre los elementos fundamentales de las teorías integradoras que se espera surgirán en los próximos años, más que sobre cada perspectiva por sí sola.

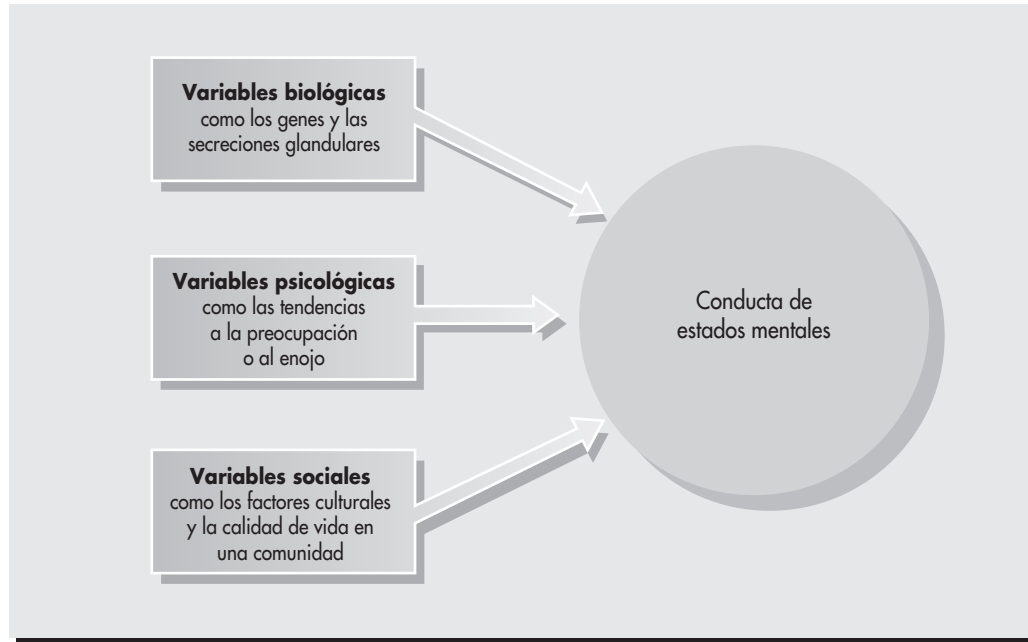


Figura 2-1 Mientras que las variables biológicas, psicológicas y sociales pueden influir directamente en los estados mentales y la conducta, también esos factores pueden influir el uno en el otro, es decir, pueden interactuar en formas complejas. Por ejemplo, los efectos del retraso mental en los estados mentales y la conducta son diferentes si el individuo vive en un ambiente que lo estimula o en un ambiente que carece de experiencias desafiantes e interesantes.

La perspectiva biológica

En la revisión de la historia de la psicología anormal en el capítulo 1, se vio que la idea de que los trastornos corporales provocan una conducta trastornada ha estado presente durante mucho tiempo. No es sorprendente que la perspectiva biológica ganara una popularidad renovada durante los siglos XVIII y XIX, cuando los grandes avances en anatomía, fisiología y genética hicieron que pareciera razonable que finalmente se pudiera hallar una causa biológica para cada trastorno, fuese éste, físico o conductual.

La información reciente sobre el papel de los factores biológicos apoya el argumento de que tales factores son importantes para generar algunas pero, ciertamente, no todas las condiciones mentales. Los avances modernos en varias áreas de la biología y la medicina continúan motivando a los investigadores. Por ejemplo, el equipo y las técnicas como el rastreo por tomografía por emisión de positrones (TEP) y el rastreo por tomografía computarizada (TC), que hacen posible observar cómo funciona el cerebro sin el uso de la cirugía ni otros procedimientos invasores, empiezan a permitir estudios antes inconcebibles de las relaciones entre la conducta y el cerebro. La investigación sobre la herencia y la genética han demostrado que ciertos defectos en los cromosomas son responsables de los trastornos metabólicos, como la *fenilcetonuria*, que a su vez puede llevar a formas específicas de retraso mental. La lista de los problemas conductuales en los cuales los procesos biológicos representan por lo menos algún papel se hace cada vez más larga, al igual que la lista de terapias con bases biológicas.

La mayoría de las personas distinguen entre el cuerpo y la mente, a pesar de que los significados que se dan a estos términos varían en gran medida. *Cuerpo* se refiere a órganos, músculos, huesos y cerebro; por lo general, *mente* se refiere a actitudes, sentimientos y pensamientos. Aunque por lo regular hablamos como si los mundos del cuerpo y la mente estuvieran separados por completo, esta división entre el cuerpo y la mente es en realidad una invención intelectual más que una realidad. Los procesos cognitivos y corporales están unidos de manera estrecha, pero la importancia que cada quien dé a cada proceso para explicar la conducta desadaptada, depende del punto de vista individual. Además, la nueva evidencia puede alterar los puntos de vista existentes con el transcurso del tiempo.

En el caso más extremo, el punto de vista biológico supone que toda la conducta desadaptada se debe a una estructura o función corporal trastornada (Pinker, 2002). Ese trastorno se puede explicar con base en un defecto heredado que puede provocar un daño permanente, un defecto adquirido debido a un daño o una infección antes o después del nacimiento, o un mal funcionamiento fisiológico temporal provocado por una condición que se presenta en un momento en particular, como una fiebre elevada o la causada por una infección temporal. Un punto de vista menos extremo, que todavía hace hincapié en la importancia del funcionamiento biológico, reconoce que la conducta desadaptada es un conjunto de tres tipos de procesos desequilibrados: en el cuerpo (por ejemplo, una deficiencia hormonal), en el funcionamiento psicológico (por ejemplo, una tendencia hacia la timidez), y en el ambiente social (por ejemplo, una tasa de desempleo elevada en la comunidad). Este punto de vista interaccional se analiza más adelante en este capítulo.

Son varios los factores biológicos que ejercen influencia sobre la conducta de los organismos. La forma en que nos comportamos y pensamos depende no sólo de la acción de cada uno por sí mismo, sino también de las interrelaciones entre ellos. Los factores genéticos, el cerebro y el sistema nervioso, así como las glándulas endocrinas tienen papeles importantes en los procesos psicológicos y la conducta anormal.

Factores genéticos

En nuestros cuerpos, los genes gobiernan rigurosamente la vida de las células. Sin embargo, ésta no es de ningún modo la historia completa. No sólo los genes sino también el medio ambiente afectan al sistema nervioso, que juega un papel importante en la conducta y el pensamiento anormales. Las células nerviosas se alteran por el contacto con el medio ambiente en formas que solamente se entienden en términos generales, pero que influyen en cómo respondemos al estímulo. Un tópico controversial para biólogos y psicólogos sigue siendo precisamente qué papel juegan los genes en el gobierno de la conducta. Sin embargo, no existe controversia sobre el hecho de que los genes juegan un poderoso papel en la vida de todos los individuos.

El campo de la genética se ha ampliado de manera asombrosa durante los últimos años. La evidencia de que las anomalías genéticas explican un número significativo de problemas médicos ha llevado a que los investigadores busquen las raíces hereditarias de la conducta desadaptada. La evidencia disponible sugiere que los factores genéticos pueden contribuir a generar trastornos tan diversos como la esquizofrenia, la depresión, la criminalidad y el retraso mental. La idea de que las personas pueden heredar ciertas tendencias conductuales crea escepticismo entre algunas personas que piensan que se contraponen con los ideales de igualdad, pues evoca un espectro de “determinismo biológico”. La investigación, sobre todo en las últimas dos décadas, ha demostrado que pocas dimensiones de conducta parecen ser inmunes a los efectos de los factores genéticos. Sin embargo, una tendencia genética particular no garantiza que la persona desarrollará una afección clínica que refleje o exprese la tendencia. La tendencia heredada de tener una afección clínica puede o no expresarse, pues esto depende de la presencia o la ausencia de circunstancias ambientales pertinentes, como la dieta y la estimulación intelectual (Dick, *et al.*, 2001).

Un factor muy importante en algunas anomalías genéticas son las irregularidades en la estructura o número de cromosomas de un individuo. Los **cromosomas** son cuerpos filiformes que están presentes por pares en todas las células del cuerpo. Los humanos tienen 46 cromosomas en cada célula. Las **anomalías cromosómicas** es probable que produzcan anomalías en el cerebro. Por ejemplo, las personas con síndrome de Down, un tipo de retraso mental, por lo regular tienen tres cromosomas número 21 en lugar de dos.

Acomodados de manera lineal a lo largo de los cromosomas encontramos los **genes**, cada uno de los cuales ocupa su propia posición característica o **locus**. En contraste con los 46 cromosomas que contiene una célula, miles de genes funcionan como los elementos de la herencia humana. Aproximadamente 60% de estos

genes están relacionados con funciones cerebrales específicas. Se sabe que más de 4000 enfermedades son el resultado de la falla o anomalía de un gen, pero en la mayoría de los casos, los genes reales no se han identificado o asignado a ningún cromosoma en particular. En tanto que los esquemas de cromosomas, que se conocen como **cariotipos**, han ayudado a los especialistas en genética a identificar las anomalías cromosómicas durante algún tiempo, probablemente el trabajo reciente para mapear el **genoma** humano —el conjunto completo de genes de una persona— va a revolucionar la biología. No es una exageración decir que los esquemas actuales de los cromosomas humanos y las ubicaciones específicas de los genes que contienen se comparan en exactitud con las cartas de navegación que guiaron a los exploradores hasta el Nuevo Mundo. En última instancia, trazar el genoma humano podría producir mapas comparables con los estudios geográficos más detallados.

Las siguientes son algunas de las consecuencias y preguntas que se derivan de la capacidad de ubicar cada uno de los miles de genes en el genoma humano:

1. Las pruebas genéticas permitirán identificar a los individuos con genes que representan un riesgo para el desarrollo en un momento en particular en su vida de enfermedades o trastornos.
2. La posibilidad de obtener información acerca de la vulnerabilidad genética dará lugar a varias preguntas psicológicas. Por ejemplo, ¿cómo afectará al desarrollo psicológico, a las interacciones familiares y al sentido de ser, recibir información? ¿Qué pueden hacer los psicólogos para ayudar a los individuos y a las familias a quienes se confronta con información, la cual les provocará estrés, acerca de su vulnerabilidad genética o quienes están considerando pruebas genéticas?
3. Las pruebas genéticas también plantean varias preguntas prácticas y sociales importantes. ¿Cómo pueden lograr los individuos con factores de riesgo conocidos cambios conductuales para reducir esos riesgos? ¿Deberían tener la posibilidad los padres de obtener información de pruebas genéticas acerca de sus hijos con o sin el consentimiento del niño? ¿Debería esta información sobre un posible riesgo genético afectar la capacidad de una persona para conseguir un trabajo o para obtener un seguro médico o de vida?

Los científicos saben que los genes que tienen alguna falla o los genes que de alguna manera están defectuosos pueden existir en ausencia de desviaciones cromosómicas obvias y pueden provocar anomalías metabólicas o bioquímicas. Algunos genes en particular ejercen una influencia sobre la conducta mediante una larga serie de pasos. Su influencia puede ser modificada por los eventos que se presentan antes o después del nacimiento, así como por las acciones de otros genes. Los genes no son, por lo tanto, islas; un anfitrión de otros genes así como factores del mundo externo puede afectar sus actividades. Un estudio demostró que una alteración específica de genes de ratones dio como resultado un aumento de la inteligencia y la habilidad para resolver problemas que surgieron en el medio ambiente (Tang y cols., 1999). La secuencia de ADN que se manipuló en este experimento es 98% idéntica a la de los humanos, lo que sugiere que alterarla por medio de medicamentos o terapia genética podría hacer a las personas más inteligentes. Miles de pa-

cientes en casi tres docenas de países se someten actualmente a terapia genética para diversas enfermedades (por ejemplo, cáncer y SIDA). Sin embargo, la terapia genética también se puede utilizar para propósitos no terapéuticos, incluyendo intentos de “mejora” genética para aumentar las capacidades físicas o mentales por encima de lo que actualmente se considera normal.

La base para la acción de los genes es una sustancia compleja, el **ácido desoxirribonucleico (ADN)**, que se encuentra en los cromosomas. El descubrimiento del ADN como un medio por el cual se transmite la información genética llevó al descubrimiento de la forma en que funcionan los genes. La estructura del ADN consta de dos filamentos en forma de doble hélice. Estos filamentos codifican información genética específica y permiten la reproducción de cualquier ser viviente, ya sea una bacteria o un astronauta.

A veces un gen específico ha sido identificado como el causante de ciertas características o enfermedades, pero la persona puede no presentar signos del problema, o tal vez solamente síntomas leves. El término **penetración** se utiliza para referirse al porcentaje de casos en los cuales, si un gen específico está presente, se manifiesta un rasgo, una característica o una enfermedad en particular en el organismo desarrollado por completo. Por ejemplo, las moléculas de ADN que se reciben de los padres pueden transmitir la información para generar un cuerpo fuerte y vigoroso. Pero este hijo no se transforma en atleta de manera automática. Su nutrición, la cantidad de ejercicio y el entrenamiento que reciba, su motivación, así como cualquier enfermedad o herida que experimente antes o después del nacimiento tendrán influencia en su predisposición genética hacia la forma en que expresará la fuerza física.

La **heredabilidad** se refiere al grado hasta el que las influencias genéticas afectan a una característica específica. Sin embargo, la heredabilidad también depende de las influencias del medio ambiente. Por ejemplo, los gemelos idénticos tienen los mismos genes pero pueden ser un poco diferentes en lo que se refiere a ciertas características conductuales debido a diferencias en sus entornos (por ejemplo, sus padres pueden haberlos tratado en forma diferente). Tanto los genes como los factores del entorno se combinan para darle forma al desarrollo (Johnston & Edwards, 2002). La tabla 2-1 define algunos términos comunes que utilizan los especialistas en genética. El reconocimiento de la corta historia del estudio de la genética hace que los avances recientes en el campo sean aún más impresionantes; la tabla 2-2 enumera algunos hitos en su historia.

Un área joven que se desarrolla con rapidez es la **genética poblacional**, que es el estudio de la distribución de los genes en grupos de personas que se unen entre sí. Esa información se utiliza para predecir la incidencia de ciertos trastornos que se transmiten de manera genética. Por ejemplo, la enfermedad Tay Sachs es una forma de retraso provocado por los genes que transmiten algunos judíos cuyos ancestros provenían de un área de Europa en particular.

Genética de la conducta La genética de la conducta estudia los efectos de la herencia genética sobre la conducta (Dick & Rose, 2002). La investigación de la genética de la conducta en los seres humanos por lo general adopta una de dos formas: el análisis de los antecedentes familiares, o genealógicos, y estudios de ge-

TABLA 2-1

Algunos términos comunes en la investigación genética	
Gen.	Parte del ADN que contiene información para crear proteínas que llevan a cabo tareas específicas. Las proteínas son los químicos básicos que constituyen la estructura de las células y dirigen sus actividades.
Alelos.	Pequeña variante del mismo gen de una especie en particular. La mitad de los genes, o más, existe en formas múltiples. La combinación particular de genes y alelos presentes en el genoma de un individuo en particular es su genotipo.
Genoma.	Todo el ADN que posee un individuo.
Genotipo.	Constitución genética de un organismo, composición genética real que se determina en el momento de la concepción.
Fenotipo.	Característica observable como resultado de las influencias tanto genéticas como del entorno.
Heredabilidad.	Cálculo estadístico sobre cuánto afectan las influencias genéticas a una característica en particular.

melos. Los *estudios genealógicos* empiezan con un individuo que manifiesta un rasgo en particular. Él o sus parientes son evaluados para ver si presentan el mismo rasgo. Cuando este análisis se realiza durante al menos dos generaciones, se puede llegar a algunas conclusiones sobre la genética familiar. Los estudios de gemelos constituyen una manera más directa de estudiar los efectos de la herencia en la conducta. Los gemelos **monocigóticos** (idénticos) se han comparado con los gemelos **dicigóticos** (fraternos) con respecto de una variedad de conductas. Ya que los gemelos monocigóticos se desarrollan del mismo huevo fertilizado tienen genes idénticos y por lo tanto herencias idénticas. Por otra parte, los gemelos dicigóticos son productos de dos huevos totalmente distintos. Si los gemelos monocigóticos presentan un trastorno de conducta en particular con más frecuencia que los gemelos dicigóticos, el factor importante puede ser la herencia idéntica del par monocigótico (Kendler, 2001).

TABLA 2-2

Hitos en la historia de la investigación genética	
1866	Gregor Mendel, un monje, reporta estudios del papel de la herencia en chícharos verdes.
1962	Se otorga un premio Nobel a James Watson, Francis Crick y Maurice Wilkins por sus investigaciones sobre la estructura del ADN.
1980	Investigadores de la University of Minnesota se embarcan en un extenso estudio, que todavía continúa, sobre gemelos idénticos criados por separado.
1990	Se realiza el proyecto internacional del genoma humano para mapear la secuencia básica de los genes del ADN humano.

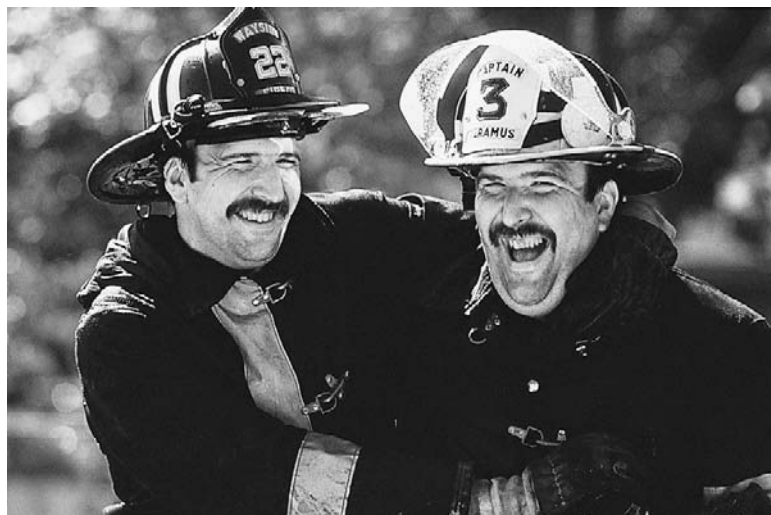


Figura 2-2 Estos gemelos idénticos se reunieron a la edad de 31 años por primera vez desde que los adoptaron dos familias distintas poco después de nacer. Se dieron cuenta de que, a pesar de la crianza diferente, eran muy similares en muchos de sus hábitos, intereses, e incluso en la elección de su ocupación, bomberos.

El grado de **concordancia** en los estudios de gemelos se refiere a la relación entre los gemelos u otros miembros de la familia con respecto de una determinada característica o rasgo. Si ambos gemelos muestran el rasgo, el par se describe como concordante (ver la figura 2-2). De lo contrario, el par se describe como discordante. Por ejemplo, los estudios han demostrado que el índice de concordancia entre los esquizofrénicos es alto en el caso de los gemelos monocigóticos y se reduce bastante en el de los gemelos dicigóticos del mismo sexo. La reducción es aún mayor para los gemelos dicigóticos de distinto sexo. Sin embargo, el hecho de que el índice de concordancia no sea total en el caso de los gemelos monocigóticos sugiere que las influencias del ambiente desempeñan algún papel. La figura 2-3 presenta índices de concordancia de gemelos mono-

cigóticos y dicigóticos en el caso de varios tipos de conducta desadaptada. A pesar que existe una fuerte indicación de un componente genético en esos trastornos, no debemos olvidar que la experiencia puede disminuir o destacar los efectos de cualquier tendencia hereditaria.

Este último punto se ilustra mediante el estudio de un grupo de trillizos idénticos, quienes padecían trastornos crónicos graves (McGuffin y cols., 1982). Dos de los hermanos tenían periodos de alucinaciones auditivas y otros síntomas de esquizofrenia claros. Entre esos periodos funcionaban en un nivel bajo y no podían trabajar. El tercer hermano tenía también periodos psicóticos (aunque no tan claros como los esquizofrénicos), pero podía funcionar en un grado relativamente alto y podía realizar un trabajo entre

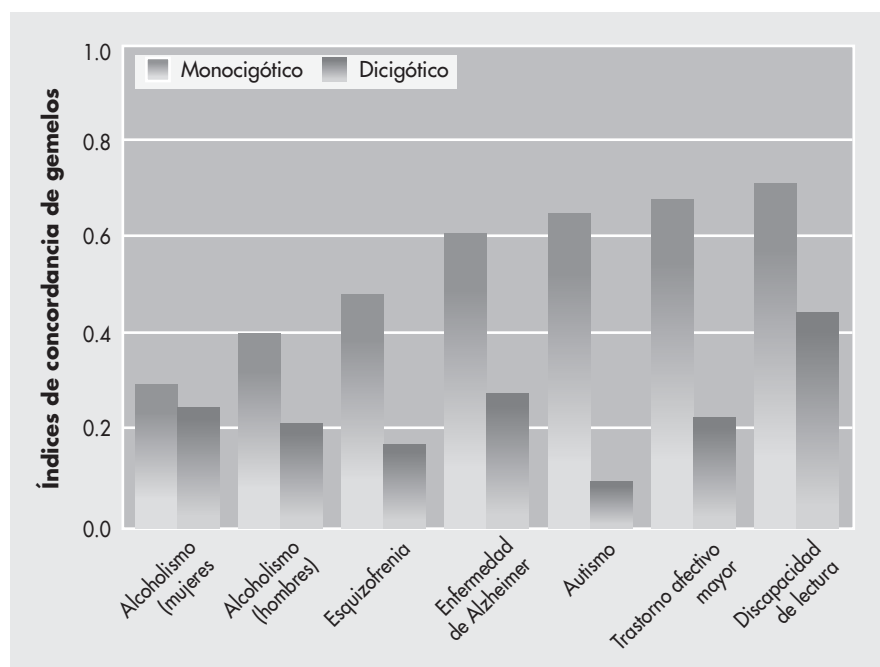


Figura 2-3 Concordancias de gemelos idénticos (monocigóticos, MZ) y gemelos fraternos (dicigóticos, DZ) en el caso de trastornos conductuales. La influencia genética es considerable en la esquizofrenia, la enfermedad de Alzheimer, el autismo, el trastorno afectivo mayor y la discapacidad de lectura. En el caso del alcoholismo diagnosticado, la concordancia es bastante más modesta, particularmente entre mujeres.

los episodios psicóticos. Su CI era más alto que el de sus hermanos y su relación con el padre era menos difícil que la de ellos. Este caso demuestra que, incluso cuando las personas tienen una herencia idéntica, sus niveles de funcionamiento pueden variar de manera significativa.

El grado hasta donde los genes afectan la conducta ha sido objeto de investigación durante los últimos dos siglos. En el siglo XIX se sostuvieron fuertes discusiones sobre lo que se conoce como la controversia *naturaleza-educación*. La herencia (naturaleza) y el ambiente (educación) se consideraban fuerzas separadas y distintas que, de alguna manera, afectaban a las personas. Ya sea que la naturaleza determinara una conducta dada o que lo hiciera la educación, se aceptaba que no podían ser ambas. Sin embargo, en la actualidad la mayoría sostiene el punto de vista de que la interacción de varias fuerzas —sobre todo la interacción entre la información que transmiten los genes y la experiencia que proporciona el ambiente— determina los patrones de conducta (Clark y Grunstein, 2000).

La investigación ha cambiado su posición de simplemente demostrar la existencia de la influencia genética para explorar sus detalles e interacciones con otros factores. Ahora, el foco de atención es en la “naturaleza y la educación” más que en la “naturaleza contra la educación”. Por ejemplo, los estudios de los sistemas visuales de los mamíferos han demostrado que el córtex visual está, en gran medida, listo para utilizarse en el nacimiento. Aun si se priva a los animales de la experiencia visual temprana, ocurrirán cambios importantes en la estructura del córtex visual. Existe un periodo crítico al comienzo del desarrollo visual en el cual tanto el cableado neural innato como la experiencia visual deben interactuar para garantizar el desarrollo adecuado del sistema visual. En forma similar actúan los genes que predisponen a la esquizofrenia, los que no se pueden expresar excepto en circunstancias especiales del medio ambiente, por ejemplo, condiciones de mucho estrés. La *expresión del gen* significa que el gen se activa y afecta la conducta. A lo largo de la vida, la experiencia continúa modulando los patrones finos de conexiones de la corteza, lo cual permite adquirir nuevas habilidades y conocimiento. Las operaciones del cerebro son el resultado del balance entre las aportaciones/entradas de la herencia y el medio ambiente —naturaleza y educación— balance que debe reflejarse también en la investigación sobre las bases biológicas de la conducta (Rossi, 2002).

Como lo sugiere el caso de los trillizos y otros, incluso el ambiente familiar cercano y constante como puede parecer, afecta a los niños en forma diferente. Los niños que crecen en el mismo hogar tienen experiencias familiares distintas. Tal vez tienen edades diferentes cuando el ingreso y la condición social de la familia sube o baja. Sus padres, hermanos y hermanas los tratan en forma diferente. El lugar que ocupan en la familia, la diferencia de edades y de sexo, así como las diferencias temperamentales, son importantes. Además, los niños tienen experiencias distintas fuera de la familia, con compañeros de escuela, los maestros y los amigos. Los eventos aleatorios de todo tipo pueden también tener algún efecto que aumenta con el tiempo y hace que los hijos de una misma familia sean de diferentes maneras que no se pueden predecir. El

trabajo actual que realizan los genetistas conductuales sugiere que las diferencias de personalidad entre los miembros de una familia se explican por una combinación de diferencias genéticas entre los hijos y los efectos del **ambiente que no se comparte** (las relaciones y experiencias de la vida únicas de cada hijo).

El sistema nervioso y el cerebro

El sistema nervioso es el centro de control maestro del cuerpo. Este se conforma por **neuronas** (células nerviosas) que tienen funciones especializadas. Cuando se sube en la escala de evolución, el sistema nervioso constituye estructuras cada vez más complejas. El cerebro, que tiene el tamaño de una toronja de 3 libras, y lo cargamos dentro del cráneo, es la estructura más compleja que conocemos en el universo. Hasta puede asombrarse de sí mismo.

El sistema nervioso Este sistema tiene dos divisiones principales: el **sistema nervioso central (SNC)**, que incluye todas las células nerviosas (neuronas) del cerebro y la médula espinal, y el **sistema nervioso periférico (SNP)**, que incluye todas las neuronas que conectan el sistema nervioso central con las glándulas, músculos y receptores sensoriales (ver la figura 2-4). El sistema nervioso periférico también tiene dos divisiones: el **sistema somá-**

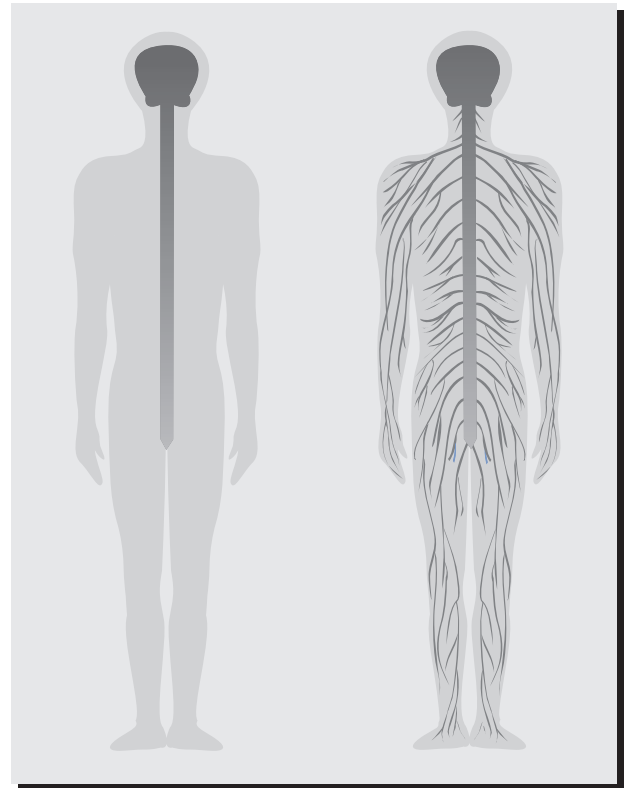


Figura 2-4 Sistema nervioso central y sistema nervioso periférico. El sistema nervioso central (SNC; izquierda) consiste en el cerebro, el tallo cerebral y la médula espinal; el sistema nervioso periférico (SNP; derecha) incluye todas las fibras nerviosas que se extienden hacia y desde el resto del cuerpo. El SNC interactúa con el mundo por medio del SNP (un cerebro sin una boca no puede hablar); y también aprende sobre el mundo por medio del SNP (un cerebro sin ojos no puede ver).

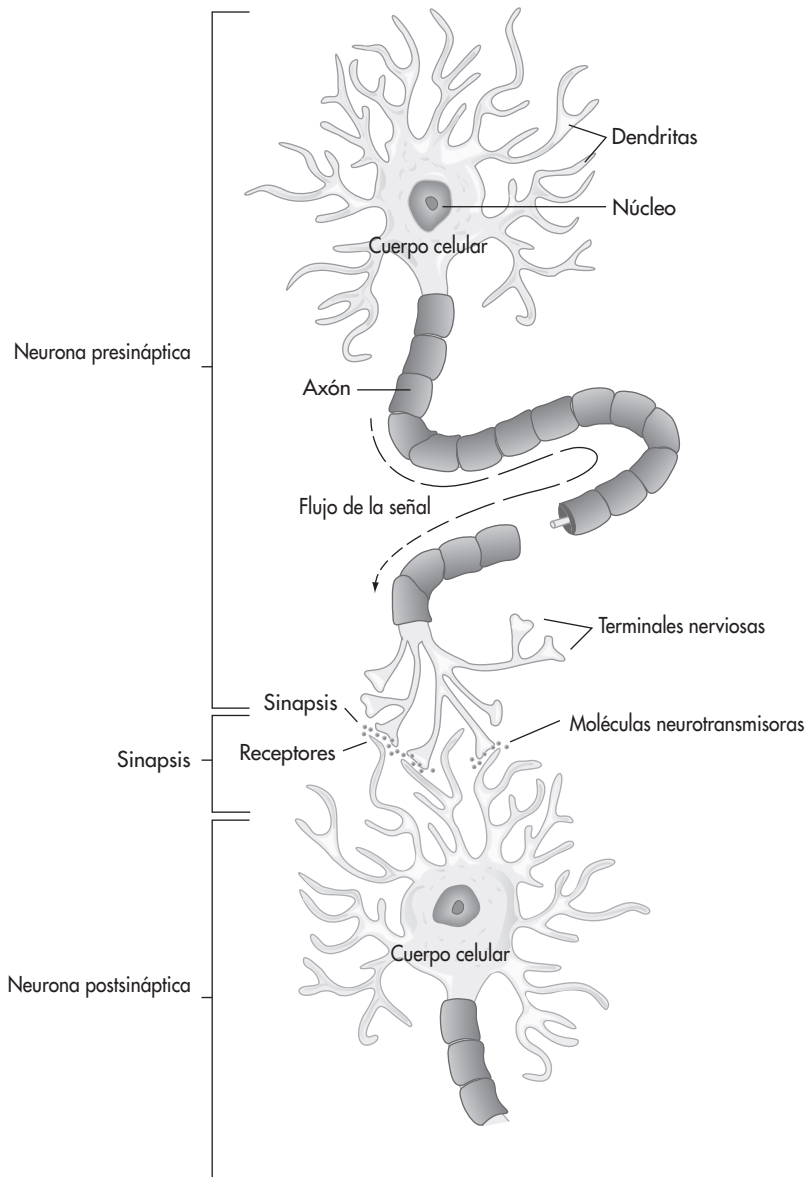


Figura 2-5 Relación típica entre un par de neuronas. Una neurona consta de un cuerpo celular y dos tipos de extensiones: las dendritas y un axón. Los receptores específicos o dendritas reciben las moléculas neurotransmisoras de los axones de las neuronas adyacentes. Esta transferencia establece un impulso eléctrico en la neurona receptora mediante la terminal nerviosa en la punta de su axón. La llegada del impulso a la terminal nerviosa da lugar a la liberación de moléculas neurotransmisoras (que se indican por medio de puntos), que se difunden a través de una pequeña brecha (la sinapsis) hacia los receptores ubicados en las dendritas de la siguiente neurona. El proceso se puede repetir varias veces para enviar señales a través del cerebro y el resto del sistema nervioso.

tico, que transmite la información desde los órganos de los sentidos hasta los músculos responsables del movimiento voluntario, y el **sistema autónomo**, que dirige la actividad de las glándulas y los órganos internos.

La unidad fundamental de todo el sistema nervioso es la neurona, que tiene una extensión larga llamada **axón** y varias extensiones más cortas que se conocen como **dendritas**. La función de las células nerviosas es transmitir los impulsos eléctricos a otras células nerviosas y a las estructuras externas del sistema nervioso (como los músculos y las glándulas). Una célula nerviosa básica recibe un mensajero químico, o **neurotransmisor**, de otras células nerviosas a través de receptores específicos localizados en sus dendritas. Éstas cambian la señal química por una eléctrica y la envían a través del axón. Cuando la señal eléctrica llega a la punta del axón, la célula nerviosa libera moléculas de neurotransmisores que pasan a

través de una región diminuta conocida como **sinapsis** y las recogen receptores específicos en las dendritas de células nerviosas adyacentes. Este proceso se puede repetir muchas veces para transmitir señales por todo el sistema nervioso (ver la figura 2-5). Cuando el cerebro interactúa con el medio ambiente, la experiencia, ejerce influencia en sinapsis que se conservan (se mantienen activas) y las que se eliminan (Berninger y Richards, 2002). La tabla 2-3 incluye algunos hitos en la corta historia del estudio de la neurotransmisión.

Los neurotransmisores cruzan el diminuto espacio (sinapsis) entre la célula transmisora y la célula receptora. Su funcionamiento se vuelve cada vez más claro. Los axones reabsorben algunos neurotransmisores, y las enzimas de la sinapsis neutralizan a otras. Los neuroreceptores de las proteínas del cerebro, que se localizan dentro y en las células cerebrales y que reciben los mensajes químicos que dictan lo que hace una célula cerebral, controlan fun-

TABLA 2-3

Hitos en la investigación sobre la neurotransmisión

1897	Sir Charles Sherrington presenta el concepto de la sinapsis como una característica importante de la comunicación neuronal.
1921	Otto Loewi demuestra que las neuronas se comunican por medio de la liberación de neurotransmisores químicos. Recibe un premio Nóbel por este descubrimiento.
1952	Se presenta la clorpromazina, un medicamento que bloquea ciertos receptores involucrados en la esquizofrenia. Su uso ha llevado a un gran número de altas de los hospitales psiquiátricos.
1990	Se comercializan numerosos medicamentos que influyen sobre la neurotransmisión en una amplia variedad de condiciones, entre ellas la ansiedad y la depresión.

ciones tan diversas como el estado de ánimo, la coordinación de movimientos, el interés sexual y la digestión. Hasta hace poco se pensaba que sólo había una o dos variaciones de cada tipo de receptor. Hoy en día los investigadores se han dado cuenta de que podría haber hasta cien o más variaciones de una proteína receptora en particular. En el caso de la serotonina, un neurotransmisor implicado en la depresión, se han encontrado quince diferentes recep-

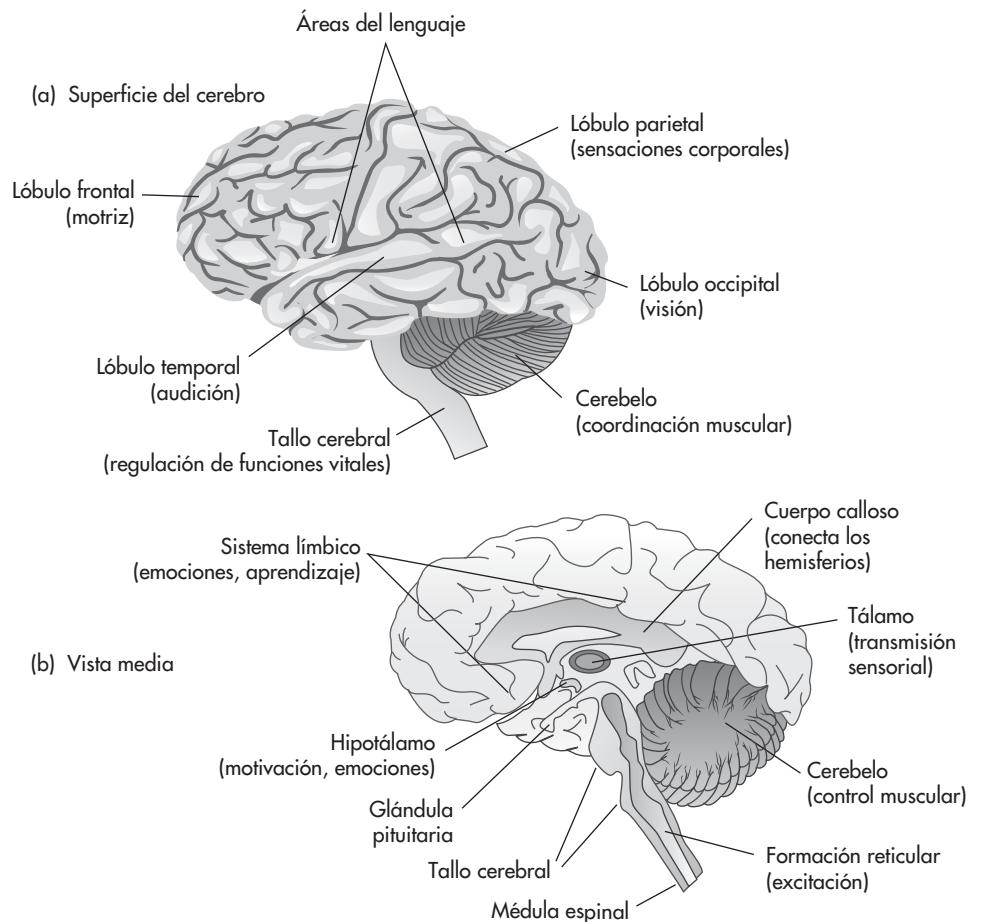
tores; cinco para la dopamina, que tiene un papel en la esquizofrenia; y seis para la norepinefrina, que es importante tanto para los trastornos de ansiedad como para la depresión. Se están desarrollando varios tipos de medicamentos dirigidos a un receptor específico que controla un tipo de síntoma en particular. Nuevos métodos automatizados permiten identificar una serie de moléculas del cerebro que influyen sobre la neurotransmisión.

El cerebro El cerebro es con mucho la parte más compleja del sistema nervioso (ver la figura 2-6).

En 1848 Phineas Gage, un capataz de Rutland and Burlington Railroad Company, sufrió un horrible accidente. Él y sus trabajadores retiraban rocas para el nuevo ferrocarril haciendo estallar cargas explosivas. El trabajo de Gage era “apretar”, o comprimir, el compuesto explosivo en un boquete perforado con una barra de hierro. Mientras estaba “apretando” una carga explotó prematuramente e impulsó la barra, como un arpón, a través de la órbita izquierda del ojo de Gage hacia su lóbulo frontal, la cual luego salió por la parte superior de su cráneo. La barra cayó a 30 metros detrás de él. Testigos oculares indicaron que Gage no perdió la conciencia, se levantó después de un par de minutos y les dijo a quienes estaban allí que no necesitaban cargarlo.

El hecho de que una persona pueda sufrir un trauma cerebral tan horrible y al parecer experimentar repercusiones mínimas, intrigó a la gente, como lo indicó la cantidad de cobertura periodística dada al inci-

Figura 2-6 El cerebro humano. (a) La superficie del hemisferio izquierdo, con áreas importantes y sus funciones etiquetadas. (b) Vista media del hemisferio derecho, con áreas importantes y estructuras y sus funciones etiquetadas.



dente. Phineas Gage sobrevivió al accidente y vivió 13 años más. La herida que recibió en su lóbulo frontal le produjo una discapacidad psicológica bien definida que se reflejó principalmente en inestabilidad emocional. Antes del accidente, era una persona calmada y respetable. Después de él, se convirtió en una persona maleducada, irrespetuosa e irreverente. Aunque el accidente parece no haber afectado severamente su capacidad intelectual, de lenguaje o de memoria, no pudo mantener su puesto de capataz ya que le era imposible reprimir o controlar sus arranques emocionales.

El sorprendente caso de Phineas Gage ofrece perspectivas importantes sobre el funcionamiento del cerebro. El hecho de que el control de las respuestas emocionales pueda ser afectado sin afectar otras capacidades mentales sugiere que las funciones mentales están, hasta cierto punto, encapsuladas en regiones o senderos cerebrales específicos.

Los dos hemisferios cerebrales son centros muy desarrollados para procesar información sensorial. La **corteza cerebral**, la capa de materia gris con circunvoluciones que cubre cada hemisferio, controla la conducta que nos distingue como seres humanos. La corteza tiene áreas que controlan el oído, la visión, las sensaciones corporales y otros procesos. Los trastornos en partes específicas del cerebro (por ejemplo, a causa de tumores) dan como resultado deficiencias conductuales específicas (por ejemplo, la pérdida del habla). También la estimulación eléctrica de determinadas áreas de la corteza cerebral produce respuestas motrices o efectos sensoriales específicos.

El cerebro y sus neuronas están activos de manera continua. Esta actividad se presenta en forma espontánea, así como en respuesta a la estimulación externa. La actividad de las células nerviosas genera energía eléctrica y las diferencias de voltaje entre las células o regiones se pueden amplificar y medir como potenciales del cerebro. Un registro de estos potenciales del cerebro, que se conoce como **electroencefalograma (EEG)**, muestra un patrón de ondas cerebrales. Los investigadores han descubierto que la mayor parte de los estados conductuales tienen distintos patrones de onda cerebrales. Por ejemplo, los patrones que se designan como ondas beta dominan durante la vigilia, en tanto que las ondas theta y delta son características del sueño profundo. Los investigadores también han podido correlacionar los patrones de ondas cerebrales con las funciones psicológicas como el sueño y la atención, y con anomalías provocadas por tumores o por la actividad eléctrica inusual que se encuentra en la epilepsia (ver la figura 2-7).

El cerebro y la conducta Existe abundante evidencia de que las distintas deficiencias conductuales son el resultado de defectos en el sistema nervioso central, pero quedan muchas preguntas sin responder. Con frecuencia, ni el tipo particular de déficit ni la información disponible sobre el posible daño orgánico, son lo suficientemente claros para permitir un alto grado de certeza sobre las causas de la conducta. Una persona que experimenta pérdida de la memoria y trastornos del pensamiento quizá se golpeó en la cabeza, pero los verdaderos efectos del golpe en el tejido cerebral pueden no ser obvios.

Hoy en día los investigadores están bastante seguros de que los recuerdos se hacen al forjar nuevas conexiones entre las neuronas del

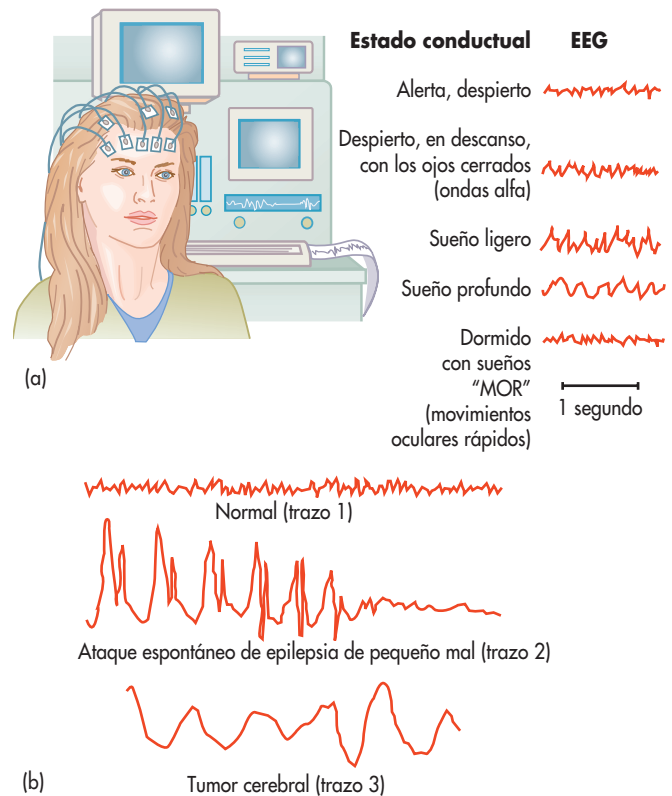


Figura 2-7 Un EEG y tres trazos de EEG. a) Un electroencefalograma (EEG) emplea electrodos en el cuero cabelludo, para medir la actividad de los tipos específicos de neuronas. Los patrones particulares del EEG se relacionan con ciertos estados conductuales, como se ilustra aquí. b) Los trazos de EEG de pacientes que tienen distintos trastornos, con frecuencia se distinguen a simple vista unos de otros y de los de los sujetos normales. El trazo 1 muestra un EEG normal. El trazo 2 muestra el inicio de descargas de ondas y espigas que son características de la epilepsia de pequeño mal, un trastorno en el cual los desequilibrios repentinos y transitorios de la función cerebral pueden dar lugar a periodos breves de pérdida de la conciencia. El trazo 3 demuestra la lenta actividad de ondas que con frecuencia se relaciona con un tumor cerebral.

cerebro. Un cerebro sano responde a nuevas experiencias creando más de estas conexiones (sinapsis) o reforzando las que ya existen. La rosa que acabamos de poner en el florero en la mesa de la sala se refleja en el cerebro en un grupo de neuronas recién forjado. El daño a las células cerebrales puede interferir con este proceso de forjado.

Una parte importante de la investigación actual sobre el cerebro se enfoca en sistemas ya identificados recientemente dentro de éste. Por ejemplo, el trabajo en psicología básica y biología de la motivación ha dado como resultado del descubrimiento del sistema de recompensa del cerebro en los animales más avanzados. Este sistema comprende el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. El **sistema límbico** es una parte primitiva de la porción inferior de la corteza que se relaciona con las funciones emocionales y motivacionales. El **hipotálamo**, que se localiza sobre el paladar, juega un papel importante en la motivación y las emociones pero también tiene conexiones con muchas otras áreas del cerebro. La activación del sistema de gratificación del cerebro mediante estimulación eléctrica produce un sentimiento intenso de placer

que es mucho más poderoso que los reforzadores ordinarios, como la comida y el sexo. En trabajos experimentales con ratas se ha descubierto que si un electrodo se implanta de manera que un animal pueda provocar un pequeño choque en el sistema de gratificación del cerebro al presionar una palanca, lo hará en un mayor porcentaje de las veces. Si el animal está hambriento y se le da a elegir entre el alimento y la autoestimulación eléctrica, se va a autoestimular hasta morir de hambre.

Los primeros investigadores que estudiaron el sistema de gratificación del cerebro no tenían idea de que su trabajo se pudiera relacionar con la adicción a sustancias como el opio, pero la evidencia reciente ha modificado con rapidez este enfoque. Los investigadores han descubierto que hay receptores químicos en las neuronas de ciertas regiones del cerebro que responden a los opiáceos. De hecho, la mayor concentración de estos receptores se encuentra en el sistema de gratificación del cerebro. Además, éste produce **endorfinas** que activan estos receptores, las cuales son analgésicas (sustancias que alivian el dolor) aun más poderosas que el opio y, cuando se administran en forma directa, son adictivas.

Las endorfinas funcionan como las llaves en una cerradura. Se insertan sólo en los lugares, o receptores, que están diseñados de manera específica para aceptarlas. Debido a que estas sustancias son similares al opio y a los químicos relacionados, el conocimiento de la forma en que funcionan puede llevar a una mejor comprensión de la adicción a las drogas y a su tratamiento. Si los científicos pueden crear químicos no adictivos que funcionen como los opiáceos, también pueden ser capaces de aliviar el dolor de todo tipo, incluyendo el que se relaciona con el abandono del hábito de la heroína. Sin embargo, antes de que esto pueda suceder, es necesario contar con mucha más información sobre el sistema de gratificación del cerebro y las endorfinas. Por supuesto que hay factores igualmente importantes que tienen influencia en las verdaderas conductas adictivas.

Plasticidad del cerebro Nuevos descubrimientos están cambiando los viejos conceptos sobre la forma en que se desarrolla y funciona el cerebro. Los investigadores de hoy en día creen que los genes, los guías químicos de la vida, establecen el marco del cerebro, pero que el ambiente externo proporciona los últimos toques personalizados. Los nuevos descubrimientos están invalidando el antiguo concepto de cerebro estático, una unidad independiente que lentamente comienza el proceso de aprendizaje desde un conjunto de reglas preprogramado e inalterable, como una grabadora que almacena cualquier palabra que escucha. Ahora, gracias a los avances en biología molecular y genética, nuevas técnicas de imagenología y un mejor entendimiento del papel de las influencias ambientales, es claro que el cerebro se adapta a muchos tipos de experiencias.

En el pasado se pensaba que el cerebro se desarrollaba de acuerdo con un proceso biológico fijo y que los eventos ambientales sólo determinaban el contenido de los recuerdos, actitudes y hábitos particulares. Recientes sucesos relacionados con el desarrollo de la plasticidad demuestran las influencias mutuas por parte de la biología y el ambiente para dar forma al desarrollo del ce-

rebro y la conducta. La **plasticidad neural** se define como la habilidad del sistema nervioso de cambiar en respuesta a la estimulación, y el grado al que puede hacerlo (Hann y cols., 1998). La investigación sobre la plasticidad muestra que el desarrollo del cerebro es maleable y a veces depende de la estimulación disponible en el ambiente. Los ambientes enriquecidos o con carencias influyen en el desarrollo intelectual y social y los procesos cerebrales asociados con ellos (Bauer, 1998).

Hasta hace poco, se pensaba que el cerebro adulto no podía formar nuevas neuronas. Se suponía que las personas nacían con una asignación fija de estas células, que morían una por una con el paso del tiempo. La investigación reciente ha demostrado que cada día se forman miles de neuronas nuevas día en el cerebro de los monos (Gould y cols., 1999). (A la producción de nuevas células cerebrales se le conoce como *neurogénesis*). Estas neuronas emigran hacia varias áreas, incluyendo la corteza prefrontal, que es la sede de la inteligencia y la toma de decisiones. También existe evidencia, hasta cierto grado, de que el cerebro se puede recobrar de heridas, en especial si ocurren a temprana edad. Ciertas funciones, como el lenguaje, se pueden transferir a otras regiones no dañadas. Por lo tanto, es posible que el cerebro pueda cambiar su propia arquitectura.

Las glándulas endocrinas

El cuerpo contiene un maravilloso sistema de glándulas y nervios que organiza el trabajo del corazón, pulmones, hígado, riñones, vasos sanguíneos e intestinos, y los hace trabajar con su máxima eficiencia en una emergencia. Y cuando la amenaza termina, el mismo sistema glandular tranquiliza todo.

El **sistema endocrino** (ver la figura 2-8) está compuesto por varias glándulas que incluyen la pituitaria, la tiroides, las glándulas adrenales y las gónadas (sexuales), así como la parte del páncreas que produce la insulina. Estas glándulas son de secreción interna: las endocrinas, a diferencia de las glándulas salivales o las lagrimales, no tienen conductos para transportar las sustancias que producen. En lugar de ello, descargan esas sustancias directamente en la corriente sanguínea, que las transporta a todas las partes del cuerpo. Las hormonas que secretan las glándulas endocrinas actúan como mensajeros químicos (la palabra *hormona* se deriva de una palabra griega que significa “mensajero”). Correlacionan nuestras reacciones con los sucesos externos y coordinan el crecimiento y desarrollo corporales.

Las hormonas son muy potentes, de modo que se necesitan muy pocas para ejercer influencia sobre las células específicas a las que se dirigen. En su superficie, las células que responden a las hormonas están dotadas genéticamente con moléculas especiales, o receptores, que detectan incluso las concentraciones de hormonas muy bajas. Una vez que estas células reciben una hormona, inician una serie de ajustes dentro de la célula dictados por la hormona. Por lo general, las hormonas aumentan la actividad de la célula en forma temporal.

En el estudio de la psicología anormal, existe particular interés por el papel que juegan las glándulas endocrinas en el control

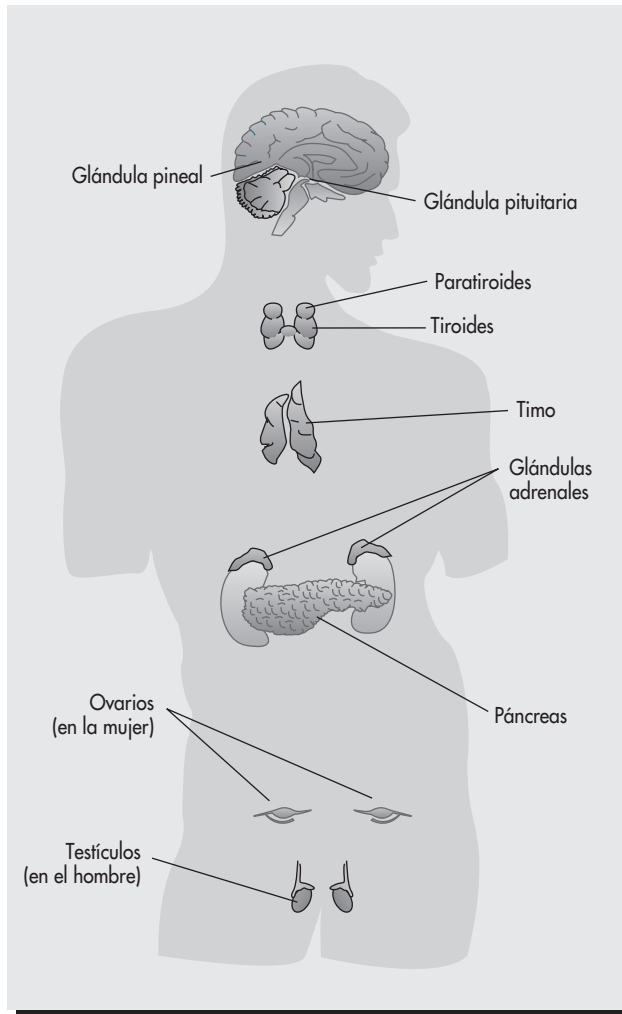


Figura 2-8 Las glándulas endocrinas y su ubicación en el cuerpo.

del estrés. Con frecuencia, el término **estresor** se utiliza para referirse a la condición que dificulta lograr o mantener una adaptación biológica y psicológica. Algunos ejemplos de estresores a los cuales responden las glándulas endocrinas son ciertos factores biológicos, tales como los gérmenes de las enfermedades y las experiencias psicológicas que implican recibir un insulto o participar en un combate. Las hormonas que secretan las glándulas nos ayudan a movilizar nuestros recursos físicos para manejar los estresores ya sea luchando o en fuga.

La respuesta al estrés involucra a la glándula pituitaria y parte de la glándula adrenal que se conoce como **corteza adrenal**. En momentos de estrés, el cerebro se activa y envía mensajes a una de sus estructuras, el hipotálamo, que se encuentra cerca de la glándula pituitaria. El hipotálamo libera una sustancia que se llama **factor de liberación de corticotrofina (FLC)**, que va a la pituitaria para formar y liberar otro químico, la **hormona adrenocorticotrófica (HALT)**. La HALT se libera en el torrente sanguíneo y puede ir directamente a la corteza adrenal, donde provoca que és-

ta forme y libere **corticosteroides adrenales**, que afectan la respuesta del cerebro y del cuerpo al estrés físico y mental. Algunos investigadores han utilizado el nivel de estos esteroides como un indicador del grado de estrés que experimenta el individuo.

La revolución de las neurociencias

Al igual que los desarrollos en los campos de la genética, en la neurología y la endocrinología también han sido impresionantes los avances recientes en nuestra comprensión de sus interrelaciones. Ha surgido un nuevo campo interdisciplinario que se conoce como **neurociencia** (Bear y cols., 2001). Los investigadores en neurociencias tratan de entender la relación entre la estructura y el funcionamiento del cerebro y los pensamientos, sentimientos y conductas humanas.

Los neurocientíficos intentan aclarar el funcionamiento del cerebro como una máquina molecular-celular. Este enfoque podría allanar el camino para describir la base de una cantidad de problemas; por ejemplo, qué pasa dentro del cerebro a medida que envejece. El cerebro también es un sistema de información sumamente complejo y flexible que se compone de miles de millones de células, que tienen capacidades que sobrepasan por mucho a las de las computadoras modernas. Por último, es el centro de complejos procesos ligados al pensamiento, a la emoción y a la conducta.

Las neurociencias tratan de proteger al cerebro cuando está sano y curarlo cuando está enfermo. A medida que se realizan más investigaciones en las neurociencias, se hace más claro que una multitud de factores pueden provocar las enfermedades mentales. En la actualidad, sólo podemos comprender estas causas en forma parcial. Sabemos, sin embargo, que varias formas de enfermedad mental se deben a distintos tipos de anomalías cerebrales, que incluyen la pérdida de células nerviosas y las deficiencias o excesos que ocurren durante las transmisiones químicas entre las neuronas. También podemos atribuir algunas conductas inadaptadas a los defectos en el patrón de conexión o circuitos dentro del sistema nervioso, a deficiencias en los centros de control del cerebro, o a la forma en que los mensajes se mueven a lo largo del sistema nervioso. La tendencia a desarrollar tales anomalías se puede presentar en familias y por lo tanto, ser en parte hereditaria. Una amplia variedad de factores ambientales (por ejemplo, infecciones, nutrición, heridas en la cabeza, o incluso las impresiones y el estrés de la vida diaria) pueden representar también un papel importante en la causa de algunas enfermedades mentales.

El valor del enfoque multidisciplinario de las neurociencias se puede ilustrar con el trastorno del *mal de Parkinson*. James Parkinson describió el mal que lleva su nombre en 1817. Se le conocía como “parálisis temblorosa” porque sus víctimas sufren de una tendencia a temblar, que se nota sobre todo en las manos, así como una propensión a endurecerse y ponerse rígidas, en ocasiones hasta el grado de que casi se paralizan. Un porcentaje significativo de personas que padecen el mal de Parkinson, sobre todo los ancianos, desarrollan amnesia, desorientación y juicio pobre. A medida que se desarrollaron las técnicas para estudiar las estructu-

ras cerebrales, se descubrió que las víctimas de esta enfermedad sufrían una pérdida de células nerviosas en una parte específica y pequeña del cerebro llamada *substantia nigra*. Los investigadores han demostrado que ciertas anomalías neuroquímicas contribuyen a esta pérdida. Motivados por este descubrimiento, los neurofarmacólogos han descubierto que si se administra a los pacientes con mal de Parkinson la sustancia L-dopa se puede corregir esta deficiencia neuroquímica. El uso de L-dopa revolucionó el tratamiento del mal de Parkinson. Los pacientes que la reciben, con frecuencia presentan una reducción muy marcada de los síntomas, sobre todo de la rigidez. Muchos pacientes que estaban casi incapacitados ahora pueden llevar una vida normal.

El caso del mal de Parkinson ilustra la forma en que los descubrimientos que se obtienen en una rama de la ciencia pueden, con frecuencia, ayudar a los investigadores y clínicos de otras áreas. Los neurocientíficos han demostrado que la conducta, la percepción y la cognición son resultado de acciones integradas de redes de células nerviosas. En la actualidad, las técnicas sensibles permiten el estudio de sucesos moleculares separados que tienen lugar en la sinapsis, las uniones entre las células nerviosas en donde se sabe que tratamientos químicos útiles ejecutan las acciones. Se han realizado grandes progresos en la identificación de las sustancias transmisoras y el proceso de la transmisión neural que son propios de varios tipos de conducta desadaptada.

Imagenología del cerebro En la década de 1970, los avances de la física aplicada y las ciencias de la computación establecieron las bases para el ulterior desarrollo de los instrumentos que permiten el estudio tanto de la anatomía como de la función del cerebro en los individuos vivos. Previo a este desarrollo, las conclusiones de los investigadores se basaban principalmente en autopsias de cerebros de cadáveres, o en observaciones conductuales de cómo afectaban las heridas y lesiones del cerebro a los pacientes vivos. La primera técnica de neuroimagenología aplicada al estudio de la conducta anormal fue la **tomografía computarizada** o TC (que también se conoce como tomografía axial computarizada, o TAC) en la que se reúnen imágenes en una película de rayos X. La tecnología más reciente en imagenología ha dado como resultado varios tipos más complejos de equipo. Las **imágenes por resonancia magnética (IRM)** proporcionan la capacidad para examinar visualmente la anatomía del cerebro, y medir de manera cuantitativa (con una resolución de 1 milímetro aproximadamente) en forma rutinaria, rápida y eficiente.

Una máquina de IRM tiene un magneto de una y media toneladas que ayuda a detectar cambios imperceptibles en la circulación de la sangre dentro del cerebro. La figura 2-9 muestra a una persona a la cual le están realizando una evaluación IRM. La imagen IRM se deriva de las señales generadas por los cambios en los niveles de la radiación electromagnética de los tejidos bajo observación. Un IRM puede mostrar detalles de una décima del tamaño de lo que detecta un TC, y discrimina mucho mejor entre los diferentes tipos de tejido cerebral. Una **espectroscopia de resonancia magnética (ERM)** extiende la capacidad de la resonancia magnética para permitir el estudio de la química del tejido y la fun-



Figura 2-9 Persona a la que se le realiza una evaluación IRM.

ción metabólica. La **tomografía computarizada de emisión de fotón (TCEF)** es una técnica de imagenología que proporciona una medición directa de la circulación de la sangre del cerebro y varias características específicas fisiológicas y neuroquímicas del cerebro. Se está utilizando la TCEF para estudiar las funciones del cerebro mientras que los sujetos realizan varios tipos de tareas cognitivas. Por lo tanto, ahora es posible comparar los TCEF de individuos ansiosos, deprimidos o esquizofrénicos. La **tomografía por emisión de positrones (TEP)** es más precisa y flexible que la TCEF, sin embargo es más costosa y compleja que la TEP (ver la figura 2-10).

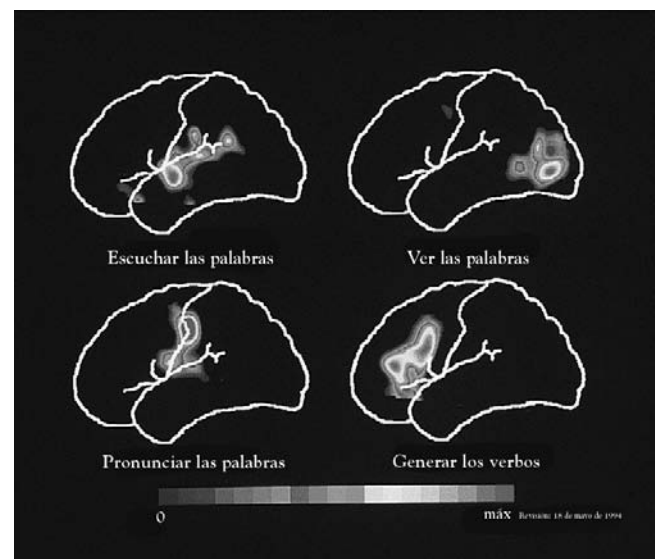


Figura 2-10 Los rastreos TEP de los sujetos normales proporcionan a los investigadores claves sobre qué áreas del cerebro participan en las actividades cotidianas y, cómo se ve afectado el metabolismo del cerebro.

Por consiguiente, la TCEF puede tener mayor disponibilidad y ser más adecuada para uso general que la TEP. Las técnicas de rastreo han proporcionado un mayor entendimiento del papel de los neurotransmisores en la función cerebral y los trastornos mentales. Antes de su desarrollo, los investigadores estaban limitados por la falta de técnicas para evaluar de manera directa la forma en que estas sustancias funcionan en el cerebro humano vivo.

Estas diversas técnicas de imagenología se utilizan en la actualidad en la búsqueda de claves para evaluar y medir las funciones y disfunciones del cerebro. Sin embargo, la investigación tendrá que lidiar con una cantidad de cuestiones metodológicas antes de que estas técnicas puedan ser útiles al máximo. Aunque muchas técnicas de imagenología diferentes pueden ser útiles para el estudio de los procesos de una enfermedad, y evaluar y entender la función cerebral en pacientes individuales, hasta ahora ninguna de las técnicas de imagenología ha dado como resultado un claro y definitivo diagnóstico de laboratorio que diferencie los diversos tipos de trastornos.

Neurofarmacología La neurofarmacología es un campo que se preocupa por el desarrollo de los medicamentos para enfrentar trastornos que incluyen defectos o deficiencias en la química del cerebro y la transmisión neural (Healy, 2002). Muchos fármacos para trastornos que comprenden la conducta, pensamiento y emoción están diseñados ya sea para aumentar o disminuir la cantidad de un neurotransmisor. Por lo regular, los neurotransmisores se concentran en diferentes regiones del cerebro y circuitos. Dentro de las células que forman un circuito, cada neurotransmisor tiene su propio camino bioquímico así como sus propias moléculas especializadas (que se conocen como receptores). Se piensa, por ejemplo, que la depresión se refleja en una baja transmisión de una sustancia llamada serotonina, por lo cual los medicamentos antidepresivos tienden a elevar el nivel de serotonina.

Una razón por la que se han creado diferentes fármacos para influir en trastornos de la conducta es la existencia de una diversidad de receptores neurales. Un medicamento, por lo general, interactúa con un receptor en una de dos formas: como agonista o como antagonista. Cuando una droga actúa como **agonista**, inhibe o bloquea la acción de un neurotransmisor, con frecuencia uniéndose al receptor o impidiendo que el transmisor natural se una allí. Un **antagonista** trastoca la acción del mismo neurotransmisor. Entre más selectiva sea la acción de un fármaco, más se dirige a un tipo de receptor que a otro, más estrecho es el espectro de su acción y menores los efectos secundarios. Mientras más amplia sea su acción, menos se dirige a un tipo de receptor o sitio, más amplios son sus efectos, y más numerosos sus efectos secundarios.

Psiconeuroinmunología La psiconeuroinmunología estudia tres sistemas corporales de manera simultánea —los sistemas nervioso, endocrino e inmune—, que se pueden comunicar uno con otro por medio de señales químicas complejas. Es posible que algunas personas que presenten graves anomalías emocionales y conductuales también muestren anomalías psiconeuroinmunológicas (Kiecolt-Glaser y cols., 2002).

El sistema inmune tiene dos tareas principales: reconocer los materiales extraños (que se llaman **antígenos**) e inactivar y/o eliminar estos materiales. El sistema inmune, que ejerce influencia en la susceptibilidad de una persona al curso de una enfermedad, consiste en varios grupos de células que se llaman **linfocitos**. La investigación reciente ofrece una comprensión preliminar de la manera en que el estrés y los factores emocionales generan cambios hormonales que, en ocasiones, pueden reducir la eficiencia del sistema inmune y aumentar así la susceptibilidad a las enfermedades. Los estudios de los cambios en el sistema inmune en personas a las que se les están aplicando exámenes académicos han ilustrado estos cambios (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1992).

El estrés por pérdidas y separaciones importantes afecta al sistema inmune. Muchos médicos han observado relaciones entre pérdidas significativas, como la muerte, y la enfermedad subsecuente. Con frecuencia, la relación parece mayor cuando la persona que experimenta la pérdida no puede expresar las emociones fuertes, por ejemplo, la aflicción que por lo regular acompaña a las tragedias personales. Casos como el de Larry Jackson ilustran la conexión estrés-enfermedad.

Larry Jackson, un maestro de bachillerato de 50 años de edad, se divorció hace cinco años. Desde hace cuatro años que murió, de forma imprevista, su hija en edad de asistir al bachillerato, ha padecido una serie de infecciones y fiebres, hinchazón en los nudos linfáticos y una tos persistente. Hace poco empezó a experimentar serias dificultades respiratorias, por las que fue hospitalizado. Los tres meses anteriores a la hospitalización habían sido muy estresantes debido a algunos desacuerdos con el director de la escuela, que parecía estar siempre enojado con él. Mientras estaba en el hospital, el tratamiento con antibióticos redujo los síntomas, pero seguía sintiéndose débil y la hinchazón de los nudos linfáticos continuaba. Una biopsia de éstos mostró la existencia de algunas células cancerosas. Su médico no estaba seguro de la forma en que los síntomas físicos de Jackson se relacionaban ni cuál era su causa; sin embargo, después de varias conversaciones con su paciente, llegó a la conclusión de que Jackson todavía no se sobreponía a la muerte de su hija. Parecía esforzarse por negar la aflicción que le causaba el fallecimiento. Nunca expresaba los sentimientos que el médico consideraba normales en esas circunstancias.

Algunos estados psicológicos, como la soledad, la depresión y sentimientos de desamparo, tienen un efecto negativo sobre el sistema inmune. Expuesta esta conexión, vale la pena hacer notar que el divorcio de Jackson ocurrió un año antes de la muerte de su hija. El divorcio había restringido en gran medida su red social. Tenía menos contactos con otras personas y le hacían falta las relaciones sociales que le habrían facilitado la expresión de su aflicción, soledad y enojo por los acontecimientos tan terribles que le sucedieron.

Integración de los sistemas biológicos y psicológicos

Durante años, se ha sabido que ciertas sustancias químicas ejercen influencia en la conducta, por ejemplo, para reducir el dolor e inducir el sueño. Las sustancias químicas se utilizan mucho en el tratamiento de la conducta desadaptada. Varias clases de drogas psi-

coactivas (antipsicóticos, ansiolíticos y antidepresivos) son con frecuencia muy eficaces para reducir tipos particulares de conducta desadaptada. La introducción de los antipsicóticos dio como resultado una marcada reducción de la cantidad de pacientes internados en hospitales especializados. Antes de la introducción de los antipsicóticos, existía un incremento continuo de la cantidad de pacientes mentales hospitalizados. El uso de estos medicamentos redujo en gran medida, e incluso eliminó, las estancias en el hospital de muchos individuos.

La **perspectiva biológica** prueba ser fructífera por las terapias (como los fármacos) que produce y, además, por las preguntas a las que da lugar. Si la conducta anormal de los esquizofrénicos se puede cambiar o eliminar mediante ciertos compuestos químicos, ¿la esquizofrenia se puede considerar simplemente como una señal de un trastorno químico específico del sistema nervioso? Desafortunadamente, esta clase de pregunta casi nunca se puede responder en forma de falso o verdadero. Por ejemplo, hay también casos en los que el tratamiento sólo psicológico de los esquizofrénicos ha logrado grandes reducciones de la conducta bizarra. Es probable que la mayor parte de las enfermedades sean provocadas por determinantes múltiples, que incluyen factores físicos, ambientales, psicológicos y hereditarios. Existe creciente evidencia que aun enfermedades como el cáncer y la alta presión sanguínea no son sólo ejemplos de condiciones provocadas por factores físicos. Esclarecer cada uno de los diferentes tipos de causas puede ser un problema científico difícil.

Está claro que la multiplicidad de causas de las enfermedades mentales, como las del cáncer y la alta presión sanguínea, se comprenden sólo en forma parcial. La perspectiva biológica señala que muchos tipos de conducta anormal se deben en gran parte a los factores que están más allá del control de las personas, sobre todo al tipo de cerebro y cuerpo con el que nacieron las personas y el ambiente en el que viven. Mientras que este punto de vista puede parecer demasiado determinista, no lo es del todo. La mayor parte de los teóricos reconocen que, en distintos grados, los sistemas biológicos tienen plasticidad. Por ejemplo, el cerebro tiene una habilidad inherente para adaptarse y cambiar como respuesta a las heridas o los cambios en el ambiente. Los límites que los procesos biológicos dan a la conducta y el grado en que esos procesos se pueden influenciar entre sí constituyen los temas de la investigación y las teorías actuales.

Perspectiva psicodinámica

Las antiguas ideas de la dicotomía entre la mente y el cerebro y entre la naturaleza y la educación han sido sustituidas por el concepto de una creciente y abundante red de influencias mutuas entre la mente y el cerebro, la naturaleza y la educación. Mientras que la mayoría de los clínicos e investigadores orientados hacia la biología conceptualizan los fenómenos mentales como productos de la actividad de los circuitos neuronales del cerebro, existe un creciente reconocimiento de que el ambiente y las experiencias per-

sonales también juegan papeles en el funcionamiento del cerebro. Tradicionalmente, la perspectiva psicodinámica ha buscado en la mente los elementos más importantes, las causas, de qué tan bien o mal funcionan las personas. Sin embargo, existe un creciente reconocimiento por parte de los teóricos psicodinámicos de la conveniencia de conceptualizar lo biológico y lo mental como una mutua influencia en la vida humana (Pally, 1997).

La **perspectiva psicodinámica** se basa en la idea de que los pensamientos y las emociones son causas importantes de la conducta. Los enfoques psicodinámicos de la conducta suponen que, en distintos grados, la conducta que se observa (las respuestas manifiestas) es una función de procesos intrapsíquicos (sucesos encubiertos). No todos los teóricos psicodinámicos hacen hincapié en los mismos eventos internos ni las mismas fuentes de estimulación ambiental, pero están de acuerdo en que la personalidad se forma a través de una combinación de sucesos internos y externos, pero le dan mayor importancia a los primeros. Sigmund Freud, el creador de la perspectiva psicodinámica, creía que finalmente todas las conductas se podían explicar mediante los cambios corporales; sin embargo, ya que en su época se sabía muy poco sobre las relaciones entre el cuerpo y la personalidad, dio poca importancia a los factores biológicos. No obstante, impresionado por la teoría de Charles Darwin sobre la importancia de las emociones, dirigió su atención a la influencia que éstas ejercen en el pensamiento. Freud creía que para entender la conducta era necesario analizar los pensamientos que la preceden y que se asocian con ésta y, para comprender esos pensamientos, se deben explorar las emociones y sentimientos más profundos de una persona.

Debido a que los pensamientos y sentimientos no se pueden observar en forma directa, los teóricos psicodinámicos deben inferirlos. Relacionan sus inferencias sobre los procesos internos a importantes características de la conducta manifiesta. El relato siguiente de un psicoterapeuta ilustra la manera en que se lleva a cabo este proceso:

En la cuarta sesión me di cuenta de que nunca había mencionado a su padre. Parecería que no existía ni había existido. Me pregunté: ¿Cómo puede ser que este hombre que se siente tan infeliz y tiene tantos problemas ni siquiera mencione a su padre? Supuse que quizás estaba tan avergonzado de él que no podía ni mencionarlo o que guardaba tanto enojo en su contra que no podía manejarlo en forma consciente ni inconsciente. Decidí esperar y ver lo que sucedía, en lugar de presionar a mi paciente haciéndolo hablar sobre algo que para él era muy sensible.

Durante la novena sesión, me platicó de un sueño que había tenido la noche anterior. Un hombre corpulento y sombrío estaba sentado ante una mesa y un niño pequeño observaba desde un rincón mientras el hombre consumía grandes cantidades de comida y le ordenaba a una pequeña y asustada mujer que le trajera más y más. Después de comer cada trozo levantaba un arma y mataba a algunas personas que estaban en fila contra la pared.

El paciente me informó del temor que había experimentado durante el sueño. Al analizar sus asociaciones con el sueño, quedó claro para mí que el hombre representaba a su padre. Después de varias sesiones

más, me dijo que estaba muy enojado conmigo porque constantemente le decía qué hacer y lo interrumpía al hablar. Después de indicarle que en realidad casi no había dicho nada, le pregunté si me parecía al hombre de su sueño. Finalmente, el vaso se derramó. Durante el resto de esa sesión y la siguiente salió todo el odio que sentía por su padre. Explicó que cuando era un niño había visto que su padre golpeaba a su madre varias veces. Cuando veía esto, sentía deseos de matar a su padre.

El ejemplo muestra la compleja tarea de información-procesamiento que enfrentan los terapeutas. Este terapeuta no sólo prestó detenida atención a lo que dijo el paciente y a cómo se comportó sino que también obtuvo inferencias pertinentes (por ejemplo, el hecho de que el paciente no mencionara a su padre podría ser significativo) y tomó importantes decisiones (por ejemplo, esperar y ver que sucedía, en lugar de hacer preguntas acerca del padre del paciente).

Además de la contribución de las teorías psicodinámicas a nuestra comprensión de la conducta humana, éstas parecen tener una influencia especial porque son los sistemas a partir de los cuales se desarrollaron todos los tipos de psicoterapias. Aunque el psicoanálisis clínico como lo creó Freud casi no se utiliza en la actualidad, sus elementos básicos y la teoría de los procesos mentales subyacentes han ejercido gran influencia en el desarrollo de todo el campo de la psicoterapia.

Las terapias psicodinámicas, aun cuando con frecuencia difieren en sus teorías y enfoques, hacen hincapié en ciertos elementos clave. Una es la idea de que los eventos anteriores significativos juegan un papel en el funcionamiento actual, esto es, que el pasado forja el presente. Otro elemento común es la creencia en el inconsciente: hay muchas cosas, de las que no estamos conscientes, que influyen en nuestra conducta. Una parte importante de la psicoterapia psicodinámica es hacer consciente lo inconsciente, para ayudarle al paciente a entender el origen de las acciones que lo están perturbando de manera que las pueda corregir. Para algunos enfoques psicodinámicos, como el psicoanálisis freudiano clásico, se debe otorgar mayor importancia a las experiencias de los primeros años de vida que dan forma a la conducta actual, más allá aun de lo que el paciente pueda advertir. Otros enfoques se concentran principalmente en la relación entre el paciente y otras personas.

Freud y el psicoanálisis

Sigmund Freud, un neurólogo vienés (1856-1939), es claramente uno de los escritores que más influencia ha tenido durante el siglo XX, admirado por su ingenio, inteligencia y voluntad de revisar y mejorar sus teorías a medida que aumentaba su experiencia clínica. Freud empezó su trabajo en una época en la que había pocas formas eficaces de tratamiento en la mayor parte de los campos de la medicina. En general, el tratamiento eficaz depende de la comprensión de las causas de un trastorno y, en esa época, a pesar de que en ocasiones se podían realizar diagnósticos certeros, se sabía muy poco de las causas de las enfermedades, ya fueran físicas o mentales. Un trastorno muy común durante los últimos años del siglo XIX fue la histeria, la presencia de problemas físicos en ausen-

cia de cualquier causa física. Al igual que otros neurólogos bien capacitados de su época, Freud en un principio empleó la hipnosis para ayudar a que desaparecieran los síntomas que caracterizaban a sus pacientes histéricos. Después, un amigo, Joseph Breuer, le dijo que mientras estaba bajo el efecto de la hipnosis, una de sus pacientes había recordado y entendido la experiencia emocional que le llevó al desarrollo de sus síntomas y que éstos desaparecieron. Durante un tiempo, Freud y Breuer utilizaron con éxito este método de recobrar los recuerdos. Sin embargo, ya que algunos pacientes no eran fáciles de hipnotizar y en ocasiones los efectos positivos no duraban mucho tiempo, Freud empezó a desarrollar su método del psicoanálisis, en el cual el paciente recupera recuerdos olvidados sin el uso de la hipnosis. El método psicoanalítico de Freud le permitió lograr una gran influencia entre los clínicos europeos. Cuando visitó Estados Unidos en 1909, su reputación ya se había extendido más allá del océano Atlántico (ver la figura 2-11).

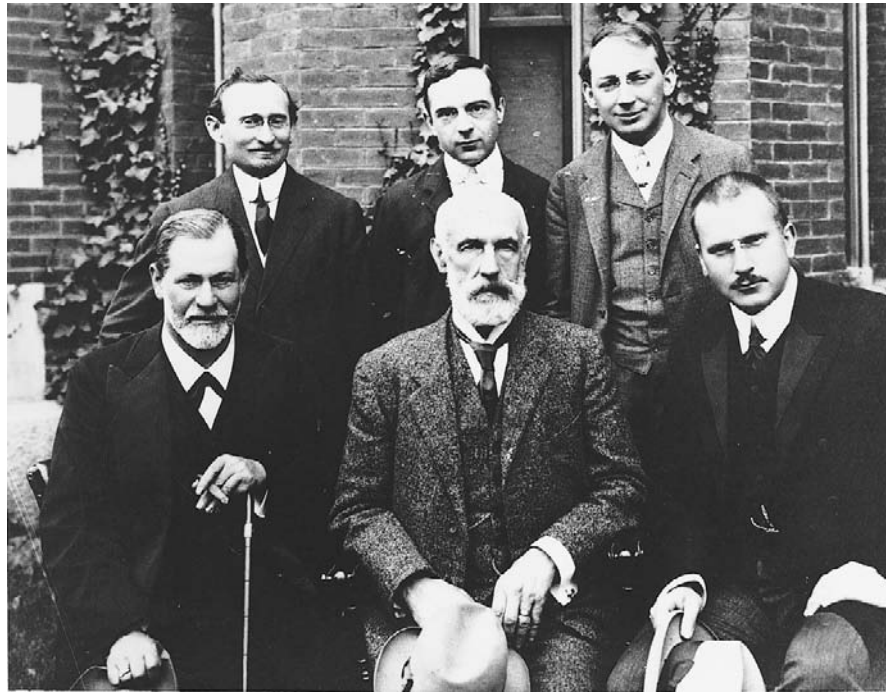
Las teorías de Freud sobre la personalidad Las teorías de Freud sobre la personalidad pueden parecer complicadas porque incorporan muchos factores relacionados, pero todas se basan en dos suposiciones básicas: el *determinismo físico* y la *dimensión consciente-inconsciente*.

El principio del **determinismo físico** establece que toda conducta, ya sea manifiesta (un movimiento muscular) o encubierta (un pensamiento), está causada o determinada por eventos mentales anteriores. El mundo exterior y la vida psíquica privada del individuo se combinan para determinar todos los aspectos de la conducta. Como practicante de la clínica, Freud trataba de modificar la conducta indeseable al identificar y eliminar sus determinantes psíquicos.

Freud supuso que los eventos mentales, como los pensamientos y fantasías, variaban con la facilidad con que llegan a la conciencia del individuo. Por ejemplo, los aspectos de la vida mental que en la actualidad se encuentran en la conciencia son **conscientes**. Los eventos mentales que no se encuentran a nivel de la conciencia pero que pueden alcanzarla con facilidad son **preconscientes**. Aquellos sucesos mentales que se pueden traer a la conciencia sólo con grandes dificultades son **inconscientes**. Sobre todo, Freud se interesaba por la forma en que estos sucesos inconscientes pueden influir sobre la conducta manifiesta (ver la figura 2-12).

A Freud le intrigaban principalmente los pensamientos y las fantasías que parecen olvidarse, pero que vuelven a aparecer a nivel consciente. Afirmaba que el nivel del conflicto intrapsíquico es un factor importante para determinar nuestra conciencia de los eventos mentales particulares. De acuerdo con Freud, el ejemplo clásico de conflicto intrapsíquico se presenta cuando un niño decide tomar el lugar de su padre en relación con su madre, pero al mismo tiempo siente amor y cariño por su padre. Freud creía que mientras más elevado fuera el grado del conflicto intrapsíquico, más aumentaba la probabilidad de que los eventos mentales relacionados con éste permanecieran inconscientes. Mientras más extendido fuera el conflicto inconsciente, era mayor la vulnerabilidad de la persona al estrés. Freud creía que los trastornos conduc-

Figura 2-11 La visita de Freud a Estados Unidos en 1909 fue importante para extender su influencia en ese país. Aquí se muestra en la Clark University en Worcester, Massachusetts, con algunos de los pioneros del psicoanálisis y la psicología. De izquierda a derecha, en la fila de enfrente se encuentran Freud, G. Stanley Hall y Carl Jung. De pie, atrás de ellos, están A. A. Brill, Ernest Jones y Sandor Ferenczi. Hall, quien había sido uno de los presidentes de la Asociación Americana de Psicología, fue presidente de la Clark University. Jung fue el principal seguidor de Freud durante la visita de la Clark University. Poco después de la visita, Jung se separó de Freud y desarrolló su propia teoría psicodinámica. Brill, Jones y Ferenczi continuaron como leales partidarios de la teoría de Freud.



tuales que ocurren después de la niñez, son provocados por una combinación de experiencias traumáticas tempranas y experiencias posteriores que desencadenan las emociones y los conflictos no resueltos que se relacionan con los eventos tempranos.

Freud afirmaba que las emociones ocultas o impulsos están involucrados en el conflicto humano. Se refirió a estos impulsos co-

mo la **libido**, a la cual consideraba como una forma de energía psíquica análoga al abastecimiento de energía física del individuo. Al igual que algunas personas son más atléticas, algunas tienen libidos más fuertes. Freud también creía que la energía psíquica o el nivel de impulso del individuo crea un estado interno de tensión que de alguna manera se tiene que reducir. En general, la libido se puede considerar como un deseo por el placer, particularmente de gratificación sexual.

Una característica novedosa de la teoría de Freud era la importancia que otorgaba a la sexualidad. Sin duda, este enfoque se relacionaba con la atmósfera represiva y con frecuencia mojigata de la Viena de esa época. El concepto de sexualidad en la teoría psicoanalítica es muy amplio y, en lugar de referirse sólo a la intimidad sexual, se puede considerar como la búsqueda total de placer y gratificación por parte del individuo. Freud también consideró el proceso del desarrollo expresado en términos sexuales.

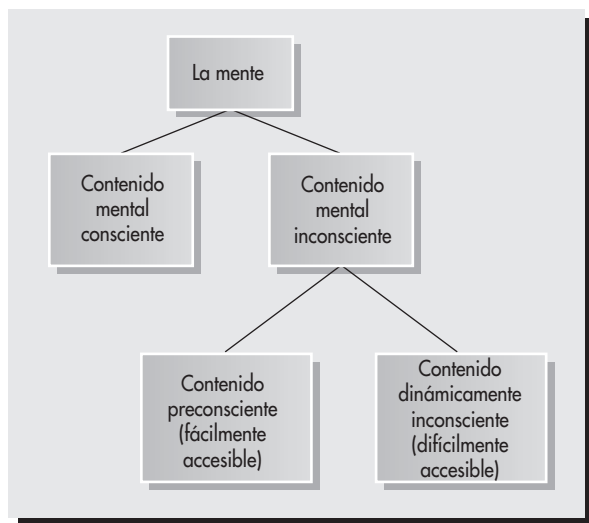


Figura 2-12 Modelo de Freud de la mente. Freud consideró que la mente tenía partes conscientes e inconscientes. El material de la parte inconsciente varía en la facilidad con que se puede llevar al consciente. Mientras más intensas sean las emociones que están ligadas a los pensamientos inconscientes, será mayor la dificultad para llevarlas al nivel de la conciencia.

Etapas del desarrollo psicosexual La teoría de Freud sobre el desarrollo de la personalidad concedía gran relevancia a los efectos de las experiencias que ocurren durante los primeros cinco años de vida. Durante este periodo, los niños pasan por varias etapas durante las cuales su libido se centra en una serie de zonas erógenas (que ofrecen placer) en el cuerpo. Estas zonas son la boca, el ano y los genitales, las que daban como resultado las **etapas psicosexuales oral, anal y fálica**. Durante el periodo fálico, que se presenta alrededor de los tres años de edad, el placer que experimenta el niño al tocar sus genitales está acompañado por fantasías relacionadas los impulsos sexuales y agresivos que el pequeño siente

hacia sus padres. Después el niño ingresa en un periodo de latencia sexual más o menos inactivo, que dura hasta la adolescencia, cuando se activan una vez más los impulsos sexuales. Si todo va bien hasta ese punto, el individuo llega a la **etapa genital**, en la cual el placer proviene de una relación heterosexual madura. En los adultos que están bien adaptados a la sociedad, la sexualidad egocéntrica de las primeras etapas psicosexuales se transforma en un amor maduro y el individuo es capaz de sentir un cariño genuino y de obtener satisfacción sexual como adulto.

Freud creía que lo que le sucede a los niños durante estas etapas psicosexuales ayuda a moldear su personalidad como adultos. Si no tienen éxito al resolver los conflictos psicosexuales que acompañan a una etapa determinada o se ven demasiado restringidos o consentidos en exceso, pueden tener una fijación en una u otra etapa. Una **fijación** es un estancamiento en el desarrollo de la personalidad a causa de dificultades no resueltas que se experimentan en una etapa determinada. Además, incluso si las personas resuelven sus conflictos con éxito, dificultades graves posteriores en la vida, pueden provocar una **regresión** o que adopten algunos de los sentimientos o conductas de etapas anteriores que le producían mayor satisfacción.

Las ideas de Freud sobre el desarrollo psicosexual son sin duda el aspecto de su teoría que provoca más controversia. A pesar de que muchos teóricos están de acuerdo con que las experiencias de la niñez son muy importantes en el desarrollo de la personalidad, muchos de ellos rechazan las afirmaciones de Freud sobre la sexualidad a esa edad.

El aparato psíquico Para Freud, el mundo mental del individuo se divide en tres estructuras; el ello, el yo y el superyo. Hace una distinción básica entre el yo y el ello. El **ello** es una reserva por completo desorganizada de energía psíquica. Por otra parte, el **yo** es un agente que resuelve problemas. En tanto que el ello se ocupa sólo de aumentar el placer al máximo, los esfuerzos del yo se dirigen hacia el máximo aumento del placer dentro de las restricciones de la realidad. El ello dice, “Lo quiero ahora”. El yo dice, “Muy bien, pero primero tenemos que hacer nuestra tarea” o “No, eso es ilegal”. El yo desempeña las valiosas funciones de evitar el peligro o manejarlo cuando no es posible evitarlo. Existen tres fuentes principales de peligro para el individuo: el ambiente, los impulsos del ello y la culpa. La culpa proviene de la tercera estructura del aparato psíquico, el **superyo**, que representa el código moral de la persona y refleja los valores sociales como los imponen los padres, la escuela, etc. El superyo emplea la culpa para mantener en línea al ello. El superyo puede decir, “El trabajo es más importante que el placer” o “Sabes que eso está mal” (ver la figura 2-13).

En la primera infancia el ello tiene el control de todas las fases de la conducta. Freud describió los procesos del pensamiento del infante como **pensamiento de proceso primario**, o pensamiento que se caracteriza por la incapacidad para discriminar entre lo real y lo irreal, entre el “yo” y el “no yo”, así como por la incapacidad para inhibir los impulsos. El pensamiento de proceso primario refleja el apego sin inhibiciones al **principio del placer**: la satisfacción

inmediata de las necesidades y los deseos sin importar los requerimientos de la realidad. Durante la niñez es dominante el deseo de gratificación inmediata que caracteriza al pensamiento de proceso primario. Por lo tanto, la mayoría de los niños, cuando se les da un caramelo, lo come de inmediato, en tanto que un adulto quizá espere hasta después del almuerzo. Un niño que no puede obtener la gratificación inmediata con frecuencia cambia su objetivo a fin de lograrla de otra forma. De manera que un bebé que llora porque quiere su biberón, puede obtener gratificación por sí mismo, al menos en forma temporal, chupando con energía su pulgar.

El **pensamiento de proceso secundario**, que está orientado hacia la realidad, es característico de los niños más grandes y adultos, lo cual depende del desarrollo del yo. El adulto ha aprendido a esperar la gratificación. Un ejemplo podría ser ahorrar dinero para lograr un objetivo (un estéreo nuevo, una seguridad económica para la vejez) en lugar de salir a cenar a algún lugar costoso el día de pago. El adulto también es menos probable que recurra otro objeto para obtener gratificación. Por lo general, seguirá luchando por el objeto deseado desde un principio aun cuando se le presenten obstáculos.

El pensamiento de proceso primario también se encuentra en los adultos. Puede estar presente en el estado de ánimo, en los sueños, en el padre que se siente mejor después de llegar a casa y gritar a los niños porque su jefe lo criticó en el trabajo, y en la persona que se come el helado del recipiente parado frente al refrigerador. Sin embargo, se considera que la inadaptación existe sólo cuando el proceso primario representa un papel dominante en la conducta del adulto.

Ansiedad Freud definió la **ansiedad** como una respuesta al peligro percibido o al estrés. Distinguió entre dos clases de situaciones que provocan ansiedad. En una de éstas, de la cual el mejor ejemplo podría ser el nacimiento, la ansiedad es causada por una estimulación que excede la capacidad del organismo para manejarla. En la otra, Freud supuso que la energía psíquica (libido) se acumula si las inhibiciones y tabúes evitan que se exprese. Esta energía acumulada puede aumentar hasta el punto en que pueda abatir los controles del yo. Cuando esto sucede, se produce un estado traumático o de pánico. Los psicoanalistas creen que estos estados traumáticos es probable que ocurran en los infantes y niños que no saben cómo controlar gran parte de su ambiente.

Con frecuencia, la ansiedad surge como anticipación del peligro, en lugar de ser posterior a una situación peligrosa. La ansiedad, al igual que el dolor físico, cumple así con una función protectora al indicar la cercanía del peligro y al advertirnos que preparemos nuestras defensas. La ansiedad también puede indicar la incapacidad para manejar el peligro. El significado de la ansiedad es un problema central en el psicoanálisis.

Mecanismos de defensa Freud creía que el yo no estaba desamparado frente a las demandas del ello, el mundo exterior y el superyo. La ansiedad alerta al individuo contra el peligro, así como de la presencia de un conflicto inconsciente intenso o un de-



Figura 2-13 El ello, el yo y el superyo pueden enviar diferentes mensajes. Véase si puede identificar cuál es la fuente de cada mensaje en esta caricatura.

FUENTE: © The New Yorker Collection 1983 Roz Chast de cartoonbank.com. Derechos reservados.

seo inaceptable. Si esta ansiedad no se puede manejar por medio de la acción directa, de manera que el deseo se pueda cumplir, el yo moviliza defensas inconscientes con el objeto de detener la emergencia consciente del conflicto. Son posibles varias respuestas defensivas ante el peligro que se percibe. Ya que todos experimentamos el peligro, está claro que el uso de estas respuestas, que se conocen como **mecanismos de defensa**, no es una característica especial de la conducta desadaptada. Las personas utilizan los mecanismos de defensa, ya sea solo o combinado, en un momento u otro. El nivel de conducta adaptada depende de la variedad de defensas disponibles que tenga el individuo.

El más importante y básico de los mecanismos de defensa es la **represión**. Freud la llamó la piedra angular sobre la cual descansa el psicoanálisis. La represión, como las otras defensas, se dirige tanto a los peligros externos, como son los eventos atemorizantes, y a los peligros internos, como los deseos, los impulsos y las emociones que piden gratificación pero hacen que surja la culpa. La represión reduce la ansiedad pues mantiene los pensamientos e impulsos que la provocan fuera del consciente del individuo.

Con frecuencia, la represión se describe como un olvido motivado. Es necesario diferenciar entre dos clases de olvido: el olvido del contenido mental neutro, como un número telefónico sin importancia, no es lo mismo que el olvido de una experiencia traumática de la niñez. Los psicoanalistas no se interesan tanto por el material neutro como por los sucesos personales significativos. Por ejemplo, una persona que recién se graduó de la universidad puede olvidar asistir a una entrevista de trabajo si teme fracasar y que no la vayan a contratar, o un hombre puede olvidar asistir a la boda de su hermano con una mujer por la que él también se sintió

atraído. En cada uno de los casos, el olvido es real. La persona no inventa una excusa sino que en realidad no se toma en cuenta el compromiso en ese momento. En ocasiones, el esfuerzo que se requiere para lograr esa represión hace que la otra conducta sea menos eficaz. En cierto sentido, la persona se preocupa por el esfuerzo de mantener la represión. A veces los pensamientos y deseos reprimidos se filtran y se expresan de manera indirecta. La tabla 2-4 presenta algunos otros mecanismos de defensa.

Psicoanálisis clínico El psicoanálisis es tanto una perspectiva teórica como una técnica clínica. Como técnica clínica, toma tiempo. Un psicoanalista comentó que toda una vida de dificultades no se puede corregir en unos cuantos meses. En la actualidad, la mayoría de los psicoanalistas son médicos que reciben capacitación especial en el campo de la psiquiatría y una capacitación analítica aún más especializada. Algunas personas sin formación médica, incluyendo a los psicólogos, también están calificadas para realizar el psicoanálisis. Todos los psicoanalistas creen que las raíces de la conducta desadaptada se pueden encontrar en las experiencias de la primera infancia y en los pensamientos y sentimientos infantiles que perduran durante toda la vida. Creen que ahondar en lo que sucedió en la niñez permite que el individuo adopte formas más maduras y eficaces para llevar una vida más feliz y productiva.

Freud desarrolló la técnica de **asociación libre**, que pide a los pacientes expresen sus pensamientos y sentimientos de la forma más libre posible durante el análisis. Con la censura (defensa) reducida de esta forma, Freud esperaba obtener una imagen más clara de los conflictos que se encontraban detrás de la conducta desadaptada. Conforme avanzó su trabajo, se le ocurrió que era

TABLA 2-4

Algunos mecanismos de defensa que se emplean además de la represión

Freud mencionó varios mecanismos de defensa, pero dedicó la mayor parte de su atención a la represión como una defensa inclusiva global. Anna Freud, su hija, definió la mayor parte de los conceptos a los que, en la actualidad, nos referimos como mecanismos de defensa.

Desplazamiento: Transferencia de sentimientos y actitudes de un objeto a otro, esto es, hacia un sustituto más aceptable. Ejemplo: un hombre recibe críticas de su jefe y por lo tanto se enoja. Llega a casa y le grita a su esposa (gritarle al jefe podría ser demasiado peligroso).

Intelectualización: Forma de manejar los problemas como sucesos interesantes que se pueden explicar de manera razonable y que no tienen un contenido emocional ni de ansiedad. Ejemplo: una mujer cuyo esposo acaba de morir analiza lo inadecuado de los servicios funerarios en Estados Unidos, en lugar de hablar sobre el enojo que siente con su esposo por haberla dejado.

Formación reactiva: Expresar un impulso inaceptable al transformarlo en lo opuesto. Ejemplo: una madre que siente enojo y rechazo por su hijo revisa varias veces para ver si éste se encuentra bien durante la noche y se preocupa demasiado por su seguridad en el camino hacia la escuela y de regreso.

Negación: Rehusarse a reconocer los aspectos del ambiente que provocan ansiedad. La negación puede ser sólo con respecto de las emociones que se relacionan con una idea o evento, o puede comprender el fracaso de reconocer el evento en sí. Con frecuencia, la negación se observa en los adultos que están bajo estrés severo, casi siempre relacionado con la pérdida o el fracaso. Ejemplo: una estudiante que tiene que presentar un examen final sobre un material que no comprende se dice a sí misma que en realidad el examen no es importante y se va al cine en lugar de estudiar el material con el que tiene problemas.

Identificación con el agresor: Adopción de los rasgos o gestos de la persona a quien se teme. Ejemplo: un niño que tiene miedo de su padre adopta ciertas características de éste.

Proyección: Las características o impulsos que provocan ansiedad se exteriorizan al atribuirlos a otros. Los psicóticos son muy propensos a utilizar la proyección. Ejemplo: un hombre que siente un fuerte deseo por tener aventuras fuera del matrimonio, pero se siente culpable por ello, acusa a su esposa en forma constante de serle infiel aunque no tenga ninguna evidencia.

Regresión: Retornar a antiguas formas de conducta características de un nivel de desarrollo anterior. Es típico de las personas que se desmoralizan por el estrés. Ejemplo: siempre que las cosas van mal, un estudiante se consuela con varios helados con jarabe de chocolate, al repetir la conducta que le enseñó su madre cuando le daba helado para hacerlo sentir mejor después de un raspón en el codo o una desilusión.

Sublimación: Curso de acción socialmente útil que se desarrolla cuando se bloquean las formas más directas de gratificación. Ejemplo: un adolescente con fuertes sentimientos de agresión los expresa sin peligro al convertirse en un jugador de fútbol americano.

Reparación: Poner en práctica una conducta diseñada para desagraviar de manera simbólica o para negar pensamientos, sentimientos o acciones anteriores; expresar un deseo y después negarlo. Ejemplo: Tocar madera después de decir "Jamás han robado en nuestra casa". (Tocar madera sirve como un ritual para reparar o desagraviar lo que parece ser una declaración demasiado confiada o asertiva).

Racionalización: Explicación y justificación interesada de una conducta, que sirve como una excusa para hacer algo que la persona considera socialmente inaceptable. Ejemplo: un estudiante al que pescan copiando en un examen justifica la acción bajo el argumento de que el examen es injusto y que otros estudiantes también lo hicieron.

probable que los sueños proporcionaran alguna evidencia sobre el funcionamiento de los impulsos inconscientes. El psicoanálisis clínico da gran importancia a la interpretación de los sueños y otros tipos de fantasías en relación con el pensamiento y la conducta (ver la figura 2-14).

Los psicoterapeutas están de acuerdo en que no todos los casos de conducta desadaptada son compatibles con el psicoanálisis. Existen varias razones por las cuales quizás éste no sea recomendable. Por ejemplo, una persona puede no tener los medios financieros adecuados para pagar las múltiples sesiones que se necesitan o puede carecer de los recursos intelectuales necesarios, en especial de las habilidades verbales para participar en el nivel de comunicación que se requiere. Freud creía que los trastornos mentales más

severos, como las psicosis, no se podían tratar con éxito mediante el psicoanálisis.

Mientras que la mayoría de los psicoanalistas, en la actualidad, creen en los fundamentos de la "cura por el habla" de Freud, el poder de las imágenes y fantasías inconscientes de influir en la conducta, la importancia de las experiencias de la niñez en la formación del desarrollo y el papel central de la relación paciente-terapeuta en las sesiones de terapia en las que se exhiben los primeros patrones para relacionarse con otros, parece haber una creciente flexibilidad en la doctrina y la práctica. Por ejemplo, algunas barreras entre la práctica psicoanalítica tradicional y los enfoques de otros puntos de vista psicodinámicos parecen reducirse, y se están tomando en cuenta las intersecciones entre los enfoques psicoanalíticos y terapéuticos.

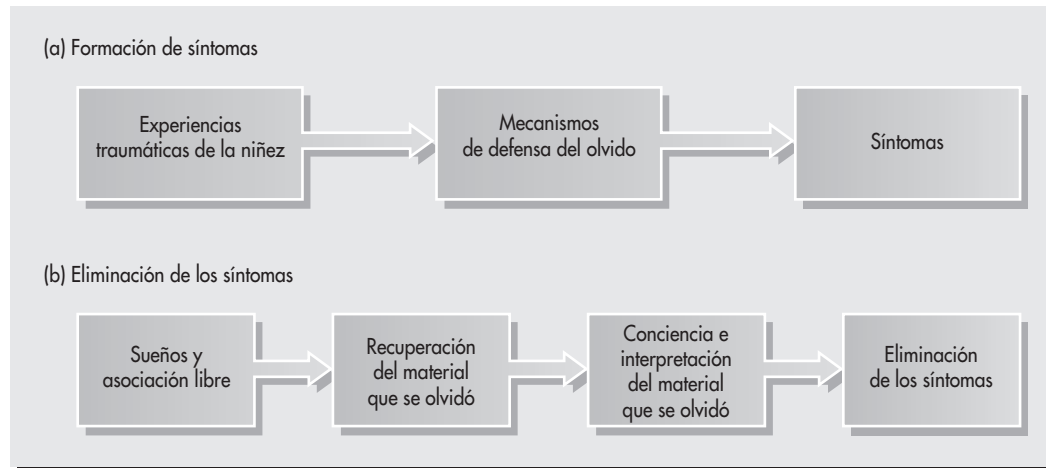


Figura 2-14 Procesos que Freud creía que participaban en la formación y eliminación de los síntomas. Los síntomas (conducta anormal, preocupaciones, infelicidad) son el resultado de experiencias emocionales traumáticas que se presentan en la niñez y que, mientras una persona se defiende de éstas o las olvida, siguen ejerciendo una influencia inconsciente que distorsiona la conducta, el pensamiento y las emociones. En la atmósfera de benigna aceptación de la sesión psicoanalítica, se destacan e interpretan las claves del material que se olvidó. La conciencia de la cualidad infantil del material que se olvidó permite que el individuo elimine los síntomas.

Enfoques contemporáneos del psicoanálisis

Varios psicoanalistas no están de acuerdo con diversos aspectos de la teoría psicoanalítica tal como la creó Freud. Entre los primeros que la revisaron, Carl Jung (1875-1961) y Alfred Adler (1870-1937), fueron miembros originales del círculo interior de seguidores de Freud. Ambos tenían concepciones mucho más optimistas de la naturaleza humana que Freud. Jung no pensaba que todo el comportamiento estuviera determinado por los eventos tempranos del desarrollo. Una característica controvertida de su teoría es la creencia de que cada uno de nosotros reconoce una herencia genética, un **inconsciente colectivo**, que contribuye a nuestra vida inconsciente. Su enfoque, que hacía hincapié en la necesidad de dar importancia a las cualidades espirituales y a las ideas racionales, así como su interés por el pensamiento religioso oriental, lo hacen ser muy popular en la actualidad (Bilsker, 2002).

Adler creía que las personas podían cambiar para bien, mediante la creación de condiciones sociales diseñadas para desarrollar estilos de vida realistas y adaptados. Por ejemplo, los niños deben recibir ayuda para sobrellevar la inferioridad que sienten de manera natural en comparación con los adultos. Como consecuencia, Adler dio gran importancia a la capacitación a padres en técnicas eficaces para la crianza de los hijos, así como a la educación temprana de estos últimos. Creía firmemente en la necesidad de prevenir los trastornos psicológicos, en lugar de limitarse a tratarlos después de que ocurren.

Erik Erikson (1902-1994) desarrolló una teoría psicosocial que hace hincapié en la “adaptación mutua entre el individuo y el ambiente” (Erikson, 1975, p. 102). Erikson subraya el papel que Freud asignó al yo, pero le proporciona otras cualidades, tales como la necesidad de confianza y esperanza, destreza, intimidad y

amor e integridad. Consideraba al yo como una fuerza creativa que permite manejar los problemas en forma eficaz.

La idea de Erikson sobre las etapas del desarrollo es de especial interés para los psicólogos. A diferencia de Freud, quien creía que el desarrollo se completaba esencialmente al principio de la vida, Erikson considera que el desarrollo es un proceso que dura toda la vida. Su punto de vista refleja su interés por las necesidades interpersonales y culturales del individuo en desarrollo. Describió un ciclo vital de etapas, cada una de las cuales presenta al individuo las tareas que debe llevar a cabo. Mientras que Freud centraba el desarrollo en torno de las etapas psicosexuales del infante y del niño, Erikson dirigió su atención hacia las **etapas psicosociales** durante el ciclo de la vida. El fracaso para resolver los conflictos de una etapa en particular hace que sea más difícil el afrontamiento en las etapas posteriores. Las etapas de Erikson van desde la adquisición de una sensación de confianza en los demás (que se desarrolla en particular en relación con la madre durante el primer año de vida), hasta la satisfacción consigo mismo y los logros propios, además de una sensación de orden y significado de la vida que se desarrollan en los últimos años. Entre estas etapas, y en periodos particulares de la vida, los individuos que enfrentan con éxito los desafíos del ciclo vital desarrollan un sentimiento de autonomía y control de sí mismos, iniciativa y propósito, productividad, un concepto de sí mismo satisfactorio y un sentido de identidad, capacidad para establecer lazos íntimos satisfactorios con los demás y para entregarse en el trabajo y en las relaciones interpersonales significativas.

Aunque reconoció la lucha, con frecuencia intensa, entre el ello y el superyo, Erikson era más optimista que Freud en su creencia de que el ego podría dominar tanto los impulsos instintivos y los desafíos ambientales, lo que daría como resultado una vida de relativa satisfacción. Mientras que Freud enfocaba su atención en los compromisos que tiene que hacer una persona para ajustarse a

las tensiones de la vida, Erikson se interesaba particularmente en la capacidad de una persona para lograr tanto el dominio como la creatividad (Friedman, 1999). Su noción expandida del yo representa un desarrollo más a fondo de un enfoque psicoanalítico que se conoce como **psicología del yo**. La psicología del yo destaca más de lo que Freud lo hizo, los procesos de percepción, memoria, aprendizaje y pensamiento, y el desarrollo de la racionalidad y la capacidad de un individuo para hacer planes para el futuro.

Los teóricos de las **relaciones objetales** ofrecen otro enfoque de la teoría psicoanalítica. Mientras trabajan dentro de un marco psicoanalítico, estos profesionales hacen hincapié en el punto de vista de que la mente está conformada por representaciones internas de otras personas importantes, a quienes se refieren como objetos. Quienes proponen las relaciones objetales centran su atención en los lazos emocionales entre una persona y otra. Melanie Klein (1882-1960), pionera británica controvertida del psicoanálisis en los niños, otorga gran importancia a las fantasías de objeto complejas y posiblemente “preestablecidas” que cree que se presentan en los infantes muy pequeños. Otros teóricos de las relaciones objetales, entre ellos algunos que no están de acuerdo con Klein, dan una importancia central al concepto de **escisión**, esto es, la capacidad de un infante para dividir un solo objeto (por ejemplo, la madre) en madres buenas y malas dependiendo de su experiencia sobre la gratificación o la frustración. Creen que la escisión es común en varios tipos de conducta desadaptada, en la cual un individuo desarrolla poca capacidad para amar y reaccionar de manera apropiada frente a los demás.

La **psicología del yo** es una teoría que expuso Heinz Kohut (1913-1981), un psicoanalista austriaco que pasó gran parte de su vida profesional en Estados Unidos. Kohut sostenía que el concepto que tiene una persona de sí misma es un organizador central del desarrollo psicológico. Su enfoque del desarrollo personal se centra en la madurez del sentido del yo a partir de su estado infantil de fragilidad y fragmentación hasta la estructura cohesiva y estable de la edad adulta. Los impulsos sexuales y agresivos en los que Freud hace hincapié no son las fuerzas del desarrollo psicológico según Kohut. En vez de ello, el papel principal lo representa el yo. Kohut creía que los trastornos psicológicos se presentan cuando hay deficiencias importantes en la estructura del yo. Las experiencias tempranas indeseables (por ejemplo, maternidad y atención inadecuadas) pueden interferir en el desarrollo del yo. Los terapeutas que se adhieren a la psicología del yo consideran que su labor es ayudar a reparar el daño que provocaron las relaciones y ambientes previos en los que no había amor. Buscan facilitar al paciente una sensación sana del yo, un nivel estable satisfactorio y razonable de autoestima y la capacidad de sentir orgullo por los logros. Estos profesionales también buscan crear una conciencia y sensibilidad por las necesidades de los demás mientras los pacientes aprenden a responder a sus propias necesidades.

Los teóricos contemporáneos, así como otros, han ayudado a ampliar las perspectivas del psicoanálisis, sobre todo mediante la relevancia que conceden al papel que desempeñan las relaciones interpersonales distorsionadas en la conducta desadaptada. Insisten en que la conducta y el pensamiento alterados se deben considerar co-

mo consecuencias de los esfuerzos del individuo por manejar las crisis personales en un mundo que habitan otras personas. Al presentar estos puntos de vista, estos teóricos restan importancia al papel de la biología en la personalidad y, en su lugar, tratan de encontrar en el ambiente social las explicaciones de la conducta desadaptada.

Evaluación de la teoría psicoanalítica

La teoría psicoanalítica contiene muchas ideas sobre el desarrollo humano, la **psicopatología** y el tratamiento. Sin embargo, sus postulados son difíciles de estudiar en forma científica porque los acontecimientos o sucesos que plantea como hipótesis no se pueden observar de manera directa y son difíciles de evaluar en forma objetiva. Parece ser mejor para explicar lo que ya sucedió que para predecir los sucesos futuros.

Debido a que los conceptos psicoanalíticos son difíciles de comprobar en forma experimental, algunos investigadores tienden, de plano, a rechazarlos. Otros reconocen que ciertos conceptos psicoanalíticos se presentan de manera vaga y no se pueden comprobar, pero piensan que las investigaciones científicas se deben realizar siempre que sea posible. Aunque varios de los conceptos básicos de Freud (como el ello y sus poderosos impulsos) parecen problemáticos, algunos aspectos de su ambiciosa teoría han motivado varias líneas productivas de investigación (Westen, 1998). Éstas incluyen la naturaleza del pensamiento inconsciente y la memoria; los efectos de fuertes emociones y motivaciones no expresadas; evaluación de las defensas psicológicas; aspectos de la personalidad disociados o compartimentados; naturaleza de las experiencias de la niñez y sus consecuencias a largo plazo; y la relación de los conceptos de uno mismo y otros con varios tipos de **psicopatología**. Mientras algunos aspectos de la teoría psicoanalítica parecen científicamente inestables, los conceptos del pensamiento inconsciente y motivación, la importancia de la experiencia temprana y lo complejo de los procesos psicodinámicos han dado frutos.

¿El psicoanálisis es un marco teórico dentro del cual la conducta humana se puede estudiar en forma científica, o se trata de un método terapéutico? Estas dos posibilidades no son incongruentes, como lo señaló Freud en varias ocasiones. Una evaluación completa del psicoanálisis será posible sólo cuando se valore de manera objetiva su eficacia como terapia para la conducta desadaptada y cuando se hayan reforzado sus lazos con el método científico.

Perspectiva conductista

Denme una docena de infantes sanos y bien formados y mi mundo específico para criarlos y les garantizo que tomaré uno al azar y lo capacitaré para convertirlo en cualquier tipo de especialista que elija, ya sea médico, abogado, artista, jefe de mercadotecnia, y sí, incluso mendigo y ladrón, sin importar sus talentos, inclinaciones, tendencias, habilidades, vocaciones ni la raza de sus antepasados. (Watson, 1925, p. 82)

Para John B. Watson (1878-1958), un psicólogo estadounidense que fundó el conductismo, el desarrollo era un asunto mecánico. Toda la personalidad, con la cual Watson quiere decir todo el sistema de conducta manifiesta, se formaba a partir del proceso de condiciona-

miento. A pesar de que muchos teóricos del aprendizaje contemporáneos no confían tanto como Watson en la sencillez de los procesos de la adquisición de la conducta y el cambio de ésta, el enfoque conductista sigue ejerciendo una influencia muy poderosa.

Al igual que la insatisfacción con una orientación biológica estrecha fue un factor para el desarrollo de la perspectiva psicodinámica, la **perspectiva conductista** se desarrolló en parte porque los psicólogos consideraron que muchas de las ideas de Freud sobre la mente eran vagas, complicadas e inestables. Estos teóricos creían que las mismas conductas que Freud analizó se podían explicar de modo más sencillo en una forma que hiciera posible su estudio experimental. El conductismo afirma que los seres humanos se comportan de acuerdo con lo que dicta su ambiente.

Tanto el enfoque psicoanalítico como el conductista son deterministas, pero cada uno encuentra la fuente de la conducta en un lugar diferente. (**Determinismo** significa que todos los sucesos o actos son el resultado de lo que sucedió antes, no de las decisiones manifiestas del individuo). Los psicólogos que emplean la perspectiva conductista centran la atención en el aprendizaje. Consideran la conducta como un producto de las relaciones estímulo-respuesta (E-R), no de los eventos intrapsíquicos. No ahondan en el pasado ni tratan de hacer que las personas piensen por qué son como son. Para modificar la conducta, se concentran en la alteración de los aspectos relevantes del ambiente, sobre todo en las fuentes de **refuerzo** (recompensa).

Mientras que los primeros enfoques conductistas utilizaron relativamente pocos elementos (como los principios del condicionamiento y refuerzo en el aprendizaje), en la actualidad esta perspectiva abarca procesos tan complejos como las interrelaciones entre los procesos de aprendizaje y cognitivos. Comenzaremos nuestro estudio de las perspectivas conductistas con dos de sus más importantes y estudiados pilares, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

Condicionamiento clásico

En el **condicionamiento clásico**, la respuesta que un organismo da en forma automática ante cierto estímulo, se transfiere a un estímulo nuevo por medio de una asociación entre los dos. El experimento de condicionamiento clásico más famoso fue la investigación por parte del fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1849-1936) sobre la salivación de los perros. Pavlov colocó un perro hambriento en un arnés y encendía una luz a ciertos intervalos. El perro no salivó como respuesta a la luz, que era el **estímulo condicionado (EC)**. Después de algunos ensayos, se introducía carne en polvo inmediatamente después de encender el EC. Puesto que el perro tenía hambre, producía saliva, una **respuesta incondicionada (RI)**, a la presentación del **estímulo incondicionado (EI)**, la carne en polvo. Después de varios ensayos en los que luego de encender la luz se introducía la carne en polvo, Pavlov se dio cuenta de que el perro salivaba cuando se encendía la luz, aun cuando no se introdujera el alimento. Se había establecido una **respuesta condicionada (RC)** a la luz. Pavlov también realizó experimentos con sonidos, como los de un timbre, como estímulo condicionado.

En algunas situaciones de condicionamiento clásico, el EI es doloroso. Los EI desagradables se utilizan cuando el objetivo es reforzar las **respuestas de evitación o escape**. Por ejemplo, una reja eléctrica da a las mascotas o al ganado un choque leve pero molesto cuando la tocan. De esta forma, la sola visión de la reja es suficiente para hacer que permanezcan dentro de un área limitada. Las respuestas condicionadas que no se refuerzan en forma periódica por medio de la presencia del EI se hacen más débiles y por último desaparecen del repertorio de respuestas del organismo. La desaparición de una respuesta previamente aprendida se conoce como **extinción**.

Los estudiosos de la conducta desadaptada se han sentido intrigados por el proceso del condicionamiento clásico porque parece explicar el miedo, la ansiedad y otros tipos de reacciones emocionales. Algunas de estas reacciones se pueden presentar debido al condicionamiento clásico accidental. Un niño a quien mordió un perro quizá sienta temor a todos los perros y, por generalización, a todas las clases de animales. El condicionamiento clásico es también la base de algunas terapias. Un ejemplo es la **desensibilización sistemática**, un procedimiento terapéutico cuyo objetivo es extinguir una respuesta condicionada. Este procedimiento, por ejemplo, se puede utilizar para ayudar a una mujer que ha sentido temor por los autos desde que resultó herida en un accidente automovilístico grave. Primero sólo se sentía incómoda en un auto, pero después le atemorizaban tanto que ni siquiera podía ver una fotografía. Un diagrama de la situación del condicionamiento clásico se vería así:

Estímulo incondicionado	→	Respuesta incondicionada
<i>Accidente de auto y lesión</i>	→	<i>Miedo</i>
Estímulo condicionado	→	Respuesta condicionada
<i>Auto</i>	→	<i>Miedo</i>

El miedo de la mujer se podría eliminar por medio de una serie de pasos que rompan el lazo entre el estímulo condicionado y la respuesta condicionada y la sustituyan por otra respuesta condicionada. Primero, se le debe enseñar a relajarse y después a imaginar que ve un anuncio de autos en una revista. Su estado de relajación contrarrestaría la respuesta de ansiedad. Una vez que pueda hacer esto con éxito, se le puede pedir que mirase un anuncio real, y después un auto de verdad, que lo tocara, que se imaginara en un auto y así sucesivamente. En cada paso, primero se relajaría y después experimentaría el estímulo condicionado. De esta manera se establecería un nuevo lazo de condicionamiento entre un auto y un estado de relajación.

Condicionamiento operante

En el **condicionamiento operante**, que también se conoce como condicionamiento instrumental, el organismo debe dar una respuesta particular antes de que ocurra el refuerzo. El organismo “opera” sobre su ambiente y produce un efecto. El psicólogo estadounidense B. F. Skinner (ver la figura 2-15) es famoso por demostrar la

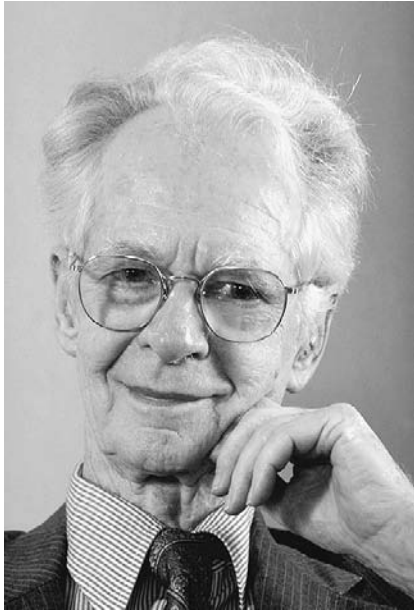


Figura 2-15 Skinner fue uno de los psicólogos que tuvieron mayor influencia durante el siglo xx. Debido a que tendemos a ver a los individuos famosos, como Skinner, en forma exageradamente arquetípica, el siguiente relato de su hija sobre uno de los últimos días de su vida es tanto conmovedora como instructiva: *Puse una cama con barandales en su estudio y llevé mi guitarra. Durante una hora toqué todas las piezas clásicas que podía tocar más o menos bien. Le agradó... Después...hablamos. Me senté en la orilla (de su cama), tomando su mano, como tantas veces, con ojos húmedos, el había tomado la mía cuando como niña me llevaba a mi cama. Sólo que en esta ocasión los dos teníamos lágrimas en nuestros ojos.* (Vargas, 1990, p. 410).

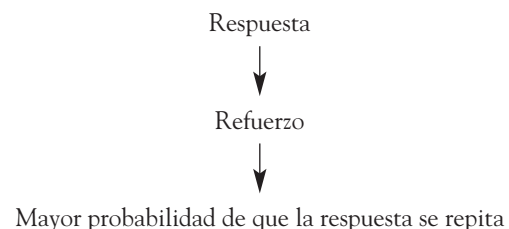
eficacia del condicionamiento operante. Skinner (1904-1990) diseñó la “caja de Skinner” experimental, dentro de la cual una rata presionaría una barra repetidamente si esta actividad se refuerza con bolitas de alimento que caen en un plato. En tanto que el condicionamiento clásico emplea las respuestas naturales y las artificiales, el condicionamiento operante maneja respuestas que ocurren con relativamente poca frecuencia antes de que se refuercen.

Los conceptos de *refuerzo*, *castigo* y *extinción* juegan papeles importantes en el condicionamiento operante. Un **refuerzo** es un evento cuya ocurrencia aumenta la probabilidad de que cierto estímulo evoque una respuesta determinada. Los reforzadores recompensan al individuo por hacer lo correcto o por no hacer lo incorrecto. Si la recompensa es lo suficientemente agradable, es probable que el individuo siga comportándose de manera adecuada mientras se refuerce la respuesta. Ésta puede ser una respuesta de acercamiento (pedir otro vaso con leche) o una respuesta de escape o de evitación (huir de alguien que lo persigue o rehusarse a salir de noche). Un **refuerzo positivo** aumenta la probabilidad de que la respuesta apropiada se presente al ofrecer algo agradable al individuo. Un **refuerzo negativo**, por otra parte, aumenta la probabilidad de que la respuesta apropiada se presente al desaparecer algo desagradable tan pronto como ocurre la respuesta deseada.

El **castigo**, otra forma de cambiar la conducta, es una consecuencia desagradable de una respuesta equivocada. Por ejemplo, es probable que una esposa dé un refuerzo positivo a su esposo por no beber, al tener relaciones sexuales con él sólo cuando está sobrio; ella puede dar un reforzador negativo al dejar de sermonearlo cuando él deje de beber; y puede castigarlo por su embriaguez al no dejarlo entrar a la casa. La tabla 2-5 ilustra las diferencias entre el reforzador y el castigo, y las compara con la extinción, otra forma de modificar la conducta.

Los reforzadores positivos y negativos y el castigo se aplican en una variedad de situaciones. Con frecuencia, las sonrisas, las estrellas doradas y los abrazos son muy eficaces para estimular la conducta productiva de los niños en edad escolar, en tanto que los gestos de desagrado o los regaños se pueden utilizar para desalentar la conducta indeseable. Sin embargo, el castigo, una consecuencia negativa de la conducta que trata de evitar que se repita, no es muy eficaz cuando se emplea solo. Tal vez evite un comportamiento indeseable, pero no necesariamente estimula una actividad productiva, ya que la persona no aprende una conducta sustituta aceptable.

Un diagrama del condicionamiento operante se ve así:



Por ejemplo, al enseñar a hablar a un niño, los padres lo premian con sonrisas y abrazos cada vez que dice una palabra deseada. Estas conductas por parte de los padres son refuerzos positivos; aumentan la probabilidad de que el niño repita la palabra.

Una y otra vez escuchamos lo compleja que es la conducta humana. Señalamos nuestros pensamientos elevados, nuestros buenos sentimientos y nuestros motivos oscuros. Sin embargo, quienes emplean la perspectiva conductista consideran que la conducta humana es compleja por otras razones. Incluso el acto más sencillo se puede ver como una cadena de respuestas, cada una de las cuales necesita ser aprendida. Pocos de nosotros hacemos bien las cosas la primera vez. Los niños son más susceptibles a sentirse desalentados y a darse por vencidos si el refuerzo se detiene hasta el momento en que hagan algo a la perfección. De ahí que el **modelamiento** (la obtención de la respuesta deseada al reforzar con éxito las mejores aproximaciones de ésta) sea uno de los procesos básicos del condicionamiento operante.

Se necesita de un razonamiento y una planeación considerables para decidir qué clase de reforzadores son los mejores para lograr los objetivos particulares del modelamiento de conducta. En algunas situaciones, un refuerzo eficaz se puede rechazar por razones meramente prácticas. Una maestra que desea controlar la conducta desordenada en el salón de clases, es probable que no pueda utilizar los caramelos como refuerzos, porque pueden tener un efecto indeseable en el apetito de sus alumnos.

TABLA 2-5

Algunos mecanismos de modificación de conducta		
Mecanismo	Definición	Ejemplos
Refuerzo positivo	Alentar cualquier conducta con el uso de un reforzador deseado como recompensa.	Dar caramelos a un niño cuando cumple con una tarea. Decir "niña buena" cuando el bebé come una cucharada de cereal.
Refuerzo negativo	Alentar cualquier conducta al hacer desaparecer un estímulo aversivo cuando ocurre la conducta.	Dejar de regañar a un niño cuando cuelga su abrigo después de que lo arrojó al suelo. Ceder ante un compañero de cuarto o un cónyuge para terminar una discusión.
Castigo	Estímulo agresivo que se da como resultado de una conducta indeseada en un intento por suprimir esa conducta en el futuro.	Dar una nalgada a un niño por contestar mal. Mandar a una niña a su recámara porque rompió el juguete de su hermano.
Extinción	Eliminar la conducta al hacer desaparecer los refuerzos.	Ignorar a un niño cuando hace un berrinche. Quitar todos los discos de rock de la colección de discos de su compañero de cuarto, a quien sólo le gusta el rock y los pone con tanta frecuencia que no lo deja estar a gusto.

Además de decidir qué refuerzos serán los más eficaces y prácticos, es necesario decidir sobre un programa para reforzar los tipos particulares de respuestas. Un **programa de refuerzo** se refiere al patrón en el que se administran los refuerzos. A veces recibimos un refuerzo después de cada respuesta de un tipo particular, pero por lo general se refuerza sólo un porcentaje de nuestras respuestas. Éstos son algunos programas de refuerzo que se utilizan en investigación del aprendizaje:

- **Programa de refuerzo continuo:** se refuerza cada respuesta de un tipo en particular.
- **Programa de refuerzo parcial o intermitente:** sólo se refuerzan algunas de las respuestas.
- **Programa de proporción fija:** el refuerzo se otorga después de un número fijo de respuestas.
- **Programa de proporción variable:** el refuerzo varía alrededor de un número promedio de respuestas (por ejemplo, 10 respuestas en promedio antes de que se dé el refuerzo).
- **Programa de intervalos fijos:** el refuerzo se otorga después de que ocurre la primera respuesta después de un cierto intervalo.
- **Programa de intervalos variables:** el refuerzo ocurre después de un intervalo variable.

Uso clínico del refuerzo El caso siguiente, que comprende el moldeamiento de la conducta verbal de un niño de 13 años con un aparente problema auditivo, ilustra el uso clínico del refuerzo:

Nunca se había visto que Benjie, que empleaba un aparato para oír, diera respuestas verbales (excepto gruñidos ocasionales). No sonreía, tampoco lloraba ni interactuaba de manera significativa con los demás en ninguna forma. Se instituyó un programa de refuerzo en el cual se empleaba un caramelo como reforzador tanto positivo como negativo. Además del refuerzo negativo (retirarle un trozo de caramelo que se ganó con anterioridad), se utilizaba un castigo leve (una palmadita en la mano). Así es como empezó el condicionamiento operante de Benjie:

- a. El experimentador se sentó frente a Benjie y dijo, "¿Me oyes, Benjie? Si lo haces, asiente con la cabeza." El experimentador asintió con la cabeza con la esperanza de que Benjie lo imitara y le dio un caramelo. Al principio, Benjie no dio ninguna respuesta con su cabeza.
- b. A continuación, el procedimiento básico siguió igual; sin embargo, el caramelo se hizo contingente dependiendo de la respuesta con la cabeza. Pronto, Benjie daba todas las respuestas imitadas.
- c. En el procedimiento siguiente, el experimentador se puso de pie detrás de Benjie al dar la orden verbal. Benjie respondió asintiendo con la cabeza. Ésta fue la primera señal para los experimentadores

de que Benjie, en realidad, tenía capacidad para oír las verbalizaciones dadas en una conversación en volumen normal. Desde ese momento, Benjie ya no utilizó el aparato auditivo en el laboratorio ni en casa.

El procedimiento de refuerzo no fue eficaz para hacer que Benjie produjera sonidos. Ya que parecía no responder a las recompensas, los experimentadores decidieron hacer la prueba con un programa de privación de alimento como medio para modificar la conducta de Benjie. Durante el desayuno recibía un bocado de comida tan pronto como emitía un sonido. Este procedimiento probó ser eficaz. Cuando tenía hambre, emitía sonidos cuando se le ordenaba "Benjie, dime algo". Poco a poco empezó a responder a la orden incluso cuando no tenía hambre. Después de varios meses, Benjie respondía con un sonido vocal cada vez que se le daba una orden verbal. (Knowles y Prutsman, 1968, p. 2)

A pesar de que los lineamientos éticos para trabajar con sujetos por lo general prohibirían el uso de la privación de alimento como una forma para motivar la conducta, esta clase de estrategia se puede emplear en situaciones especiales como ésta. Aquí la adquisición de una conducta nueva es importante para el tratamiento y no son eficaces formas menos intrusivas de promover el cambio necesario. Otro ejemplo de este planteamiento tan controvertido para el cambio de conducta es el uso de choques eléctricos leves u otros estímulos dolorosos para tratar a niños con trastornos o con retraso mental que se mutilan a sí mismos; es decir, se hacen daño en forma constante al golpear la cabeza contra la pared, jalarse el cabello, etc. El empleo de esta técnica ha sido objeto de polémica tanto entre los profesionales como en los juzgados, pero debido a la falta de otra alternativa eficaz con frecuencia se considera que causa menos daños al paciente que la conducta que lo lastima.

Teorías sociocognitivas

Un desarrollo importante en el análisis del papel que juega el aprendizaje en la conducta desadaptada es la creciente importancia otorgada a los factores sociales y cognitivos. Aunque de ninguna manera niegan la importancia del condicionamiento y del refuerzo, muchos investigadores y clínicos, en la actualidad, consideran que los procesos sociales y cognitivos también son pertinentes para estudiar todos los aspectos de la conducta humana. De acuerdo con la **teoría sociocognitiva**, las creencias interiorizadas, las percepciones y los objetivos tienen influencia en el efecto que las experiencias asociadas con el condicionamiento y refuerzo tienen en la conducta y en los pensamientos. En forma similar, nuestras relaciones interpersonales juegan papeles significativos. Al parecer hay una calle de doble circulación entre las variables de aprendizaje por una parte, y los lazos cognitivos y sociales, por la otra.

La investigación sobre el modelamiento ilustra el trabajo que surge de la perspectiva sociocognitiva. El refuerzo no siempre es necesario para que ocurra el aprendizaje. El modelamiento se puede usar para cambiar la conducta, porque las personas pueden aprender al ver cómo hacen las cosas otras personas. Las oportunidades para el aprendizaje por medio de la observación surgen cuando otra persona (el modelo) ofrece una respuesta, o grupo de res-



Figura 2-16 Aunque de modelamiento puede ocurrir a todas las edades, es más evidente en los niños. La percepción de esta niña de que su padre es una persona cariñosa y que prodiga afecto, probablemente desempeña un papel importante en su conducta de imitación.

puestas. Uno de los primeros teóricos del aprendizaje que se percató de este fenómeno fue Albert Bandura (nacido en 1925). Hizo hincapié en el hecho de que el observador no necesita tener práctica en la respuesta que observa ni recibir un refuerzo para aprenderla. La presentación de modelos cuyas conductas y habilidades admiramos, representa un papel importante en nuestro desarrollo personal y contribuye a nuestra autoestima (ver la figura 2-16). Los modelos pueden tener efectos deseables o indeseables en las personas que observan su conducta.

Los estudios clínicos apoyan la conclusión de que el aprendizaje por medio de la observación influye, en parte, en la adquisición de la conducta desadaptada. Con frecuencia, la ansiedad de los pacientes se puede deber a las experiencias del modelamiento. Por ejemplo, una fobia severa puede representar una exageración de un miedo mayor o menor que se observó en uno de los padres. Ver televisión es básicamente una experiencia del modelamiento simbólico, sobre todo en los niños. De las experiencias del modelamiento pueden resultar cambios notorios y con frecuencia dramáticos en la conducta.

El modelamiento expone al observador a las respuestas específicas que presenta el modelo. Lo que es aún más importante, da al observador un alimento para el pensamiento. Un niño que observa discusiones continuas entre sus padres se forma un concepto del matrimonio. La gente pobre que observa el desfile de comerciales en la televisión llega a creer que la mayoría de las personas están libres de preocupaciones financieras. De modo que el modelamiento no sólo ilustra la conducta manifiesta posible, sino que además contribuye a la formación de conceptos, actitudes y necesidades. La **representación de roles**, o la práctica de la conducta que muestra un modelo, es otra técnica de aprendizaje importante.

Uso clínico del modelamiento La forma en que el modelamiento y la representación de roles puede fortalecer la conducta adaptada se demuestra con el caso de John R., un joven de

18 años desempleado que fue recluso en un correccional por robar un auto. Los terapeutas observaron que su problema no era simplemente una falla para apegarse a las normas sociales, sino un repertorio conductual débil.

Una deficiencia en especial grave era su miedo a un mal desempeño en las situaciones de entrevistas de trabajo. Nunca había tenido la oportunidad de observar la conducta eficaz de otras personas en situaciones que requieren ir un paso más adelante. En la institución, se le dio la oportunidad de observar entrevistas de trabajo modeladas por personas (que no eran internos) con conductas eficaces en esta área. En varias ocasiones, John observó entrevistas de trabajo simuladas y después las practicó él mismo. Después de salir de la institución, se dio cuenta de que la experiencia de modelamiento le había servido. Informó que mientras esperaba para sostener una entrevista de trabajo real recordó y pensó en la conducta que había observado. De esta forma, ensayó mentalmente la forma en que podía comportarse al estar frente al director de personal. Ahora cree que lo contrataron por su capacidad y seguridad adquiridas que no tenía en las traumáticas situaciones de entrevistas de trabajo previas. Su aumento de la capacidad y seguridad parece ser el resultado del hecho de que tiene una idea sobre lo que debe esperar en una entrevista de trabajo.

Una fortaleza de la teoría del aprendizaje social es el reconocimiento de dos aspectos del desarrollo de la conducta. Uno son las experiencias anteriores del individuo, que incluyen distintos tipos de eventos y el condicionamiento y modelamiento asociados. El otro aspecto, que se entiende poco pero no es menos importante, es la forma en que el individuo analiza e interpreta las experiencias pasadas. Mucho de lo que se aprende, sobre todo después de los primeros años de la niñez, ocurre de manera implícita, es decir, sin ser una consecuencia directa de los efectos externos del ambiente. El **aprendizaje implícito** tiene lugar cuando un individuo ordena los recuerdos de las experiencias (como la necesidad que tenía su padre de leer el periódico al terminar de cenar) en nuevos patrones de pensamiento (como el papel de la lectura como un obstáculo para la interacción). A medida que el niño desarrolla un repertorio simbólico extenso de palabras e imágenes se independiza de la experiencia directa del ambiente para aprender. En vez de ello, los niños pueden manipular un repertorio cada vez más extenso de imágenes y símbolos, imaginar nuevos logros y, así, desarrollar nuevas estrategias para manejar el ambiente.

Mientras el conductismo centra la atención en el papel del ambiente exterior para formar y gobernar nuestras acciones, los teóricos sociocognitivos creen que, en ocasiones, el ambiente ejerce influencia en la conducta de manera indirecta a través del proceso de pensamiento de la persona. Nuestra conducta es afectada por nuestros recuerdos del pasado y las anticipaciones del futuro así como por el efecto de la configuración de estímulos.

Además de su apego a la teoría sociocognitiva, Albert Bandura (ver la figura 2-17) otorga mayor importancia al simbolismo y a los aspectos cognitivos del aprendizaje en oposición a los aspectos de respuesta a un estímulo. Bandura (1978) se interesó en estudiar la autorregulación, o aprendizaje de refuerzo interno, que significa lo contrario a modificar la conducta sólo con refuerzos externos. De



Figura 2-17 El trabajo de Albert Bandura sobre el modelamiento, así como su labor más reciente sobre la autorregulación ha sido importante de forma teórica y en el desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos. Su teoría ha sido influyente pues reconoce tanto los orígenes sociales del pensamiento y la conducta como la función que desempeña los procesos de pensamiento en la motivación, las emociones y acciones.

acuerdo con Bandura (1981, 1986), podemos resolver los problemas de manera simbólica sin tener que recurrir a la conducta de ensayo y error porque podemos prever las consecuencias de nuestra conducta y actuar de esa manera. Por ejemplo, compramos un seguro contra incendios porque consideramos lo que podría pasar si nuestra casa se incendiara. De manera similar, al prepararnos para nuestro primer campamento invernal, reunimos equipo protector porque anticipamos los efectos de una tormenta de nieve. La capacidad para anticipar las consecuencias opera mediante una rutina de conductas y en especial en situaciones como éstas.

El aprendizaje es un cambio en la conducta o en un potencial que ocurre como resultado de una experiencia. Los tres ejemplos más importantes del aprendizaje que hemos explicado son el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelamiento o aprendizaje observacional. Como muestran los casos de Benjie y John R., las oportunidades de experimentar ciertos tipos de aprendizaje pueden ser valiosas para modificar la conducta desadaptada.

Perspectiva cognitiva

Las personas se sienten perturbadas no por las cosas, sino por los puntos de vista que adoptan sobre éstas. (Epicteto, siglo I a.C.)

Si el filósofo griego Epicteto viviera, es probable que fuera un psicólogo cognitivo. La palabra “cognitivo” proviene de la palabra en latín *cognitare*, que significa “tener conocimiento”. La psicología cognitiva se refiere a los seres humanos como procesadores de información y solucionadores de problemas. El punto de vista cognitivo trata de explicar la conducta, por medio del estudio de las formas en que la persona presta atención, interpreta y utiliza la información disponible.

Al igual que la perspectiva psicodinámica, la **perspectiva cognitiva** se ocupa de los procesos internos. Sin embargo, en lugar de dar importancia a los impulsos, las necesidades y las motivaciones, hace hincapié en la forma en que las personas adquieren e interpretan la información y cómo la utilizan para resolver los problemas. A diferencia de los psicoanalistas, otorga gran importancia a los procesos mentales de los que estamos conscientes o que pueden llevar al consciente con facilidad, en contraposición con las motivaciones, los sentimientos y los conflictos ocultos. Su enfoque se ha comparado con la importancia que asigna la perspectiva del aprendizaje al ambiente externo como la causa principal de la conducta. Por lo regular, la perspectiva cognitiva presta mayor atención a nuestros pensamientos y estrategias actuales para resolver los problemas que a nuestros antecedentes personales. Se hacen más evidentes las relaciones entre las emociones, las motivaciones y los procesos cognitivos y, por lo tanto, la superposición entre la perspectiva cognitiva y otros enfoques.

Debido a que considera al individuo como un procesador de información, la perspectiva cognitiva sostiene que las personas recolectan, almacenan, modifican, interpretan y comprenden en forma continua tanto la información que se genera en su interior como los estímulos del ambiente. Los seres humanos se consideran buscadores selectivos y activos, creadores y usuarios de la información y la conducta se torna tanto como un producto e iniciador de los actos mentales como de los cambios en el ambiente. Se piensa que la vida mental del individuo consiste en **esquemas** que contienen información sobre áreas particulares como los padres, el trabajo, las mascotas. Mediante su influencia en los procesos cognitivos, los esquemas permiten a las personas identificar los estímulos con rapidez, reunirlos en unidades que se pueden manejar, cubrir la información que falta y seleccionar una estrategia para obtener más información, resolver un problema o lograr un objetivo.

Desde un punto de vista clínico, los **esquemas de sí mismos** son en especial importantes. Organizan y guían no sólo nuestras experiencias sociales, sino cualquier experiencia que tenga una importancia personal. Con frecuencia, estas experiencias están llenas de emociones y es probable que reflejen la historia previa del aprendizaje de un individuo. Los esquemas, de sí mismos, pueden distorsionar la percepción que tiene una persona de la realidad. Además, con respecto a nuestras autoevaluaciones, ejercen una influencia no sólo en la forma en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos, sino también en la manera en que nos relacionamos con los demás. Por ejemplo, la **autoeficacia** se refiere a la fuerza de nuestras convicciones sobre nuestra eficacia personal (Bandura, 1997). Tal vez las personas consideren las dificultades potenciales más grandes de lo que son en realidad, si piensan que

son ineficaces en diversas situaciones importantes. En esas situaciones, la conducta inadaptada o inapropiada puede confirmar la autopercepción del individuo como inadecuado, desvalido o cobarde. Esta confirmación puede hacer que la persona evite las situaciones problemáticas o reduzca sus esfuerzos relevantes en las tareas. De tal modo, se crea un círculo vicioso que se hace permanente.

Conducta desadaptada y cognición

Muchos trastornos psicológicos incluyen diversas alteraciones cognitivas graves. Estas alteraciones pueden no sólo ser síntomas, sino la causa real de los trastornos. Aaron Beck (1921, ver la figura 2-18) dirigió su atención al concepto de esquema como una estructura cognitiva duradera que representa el conocimiento organizado del individuo en un área específica. Los esquemas ejercen influencias importantes sobre 1) el afecto y los sentimientos y 2) las respuestas conductuales. Para Beck, la conducta desadaptada es el resultado de las disfunciones del sistema cognitivo, por ejemplo, esquemas muy idiosincrásicos que no son coherentes con la realidad. Los esquemas disfuncionales acerca de uno mismo (por ejemplo, “yo soy una persona egoísta”) a menudo se desarrollan al principio de la vida en respuesta a ciertas situaciones y más adelante se reactivan. Esta actitud puede generar distorsiones como hacer una catástrofe de las consecuencias de no ser perfecto (Beck, 1979).

El contenido de estos esquemas idiosincrásicos influye en el tipo de conducta desadaptada que una persona presenta. Por ejemplo, una persona deprimida puede reaccionar de manera exagera-

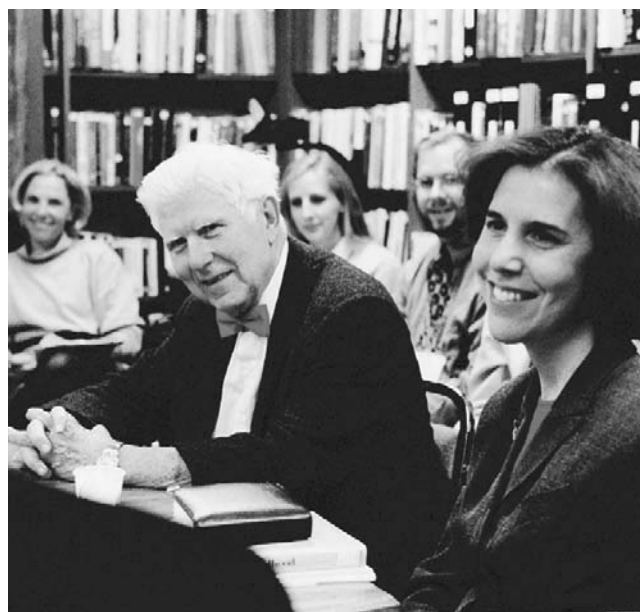


Figura 2-18 Aaron Beck aplicó la teoría cognitiva para entender y tratar varios tipos de conducta desadaptada, entre ellos, la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad.

da ante el fracaso, rechazo y sus consecuencias. La terapia cognitiva de Beck se creó para ayudar a los pacientes a reestructurar su pensamiento y reunir evidencia para refutar la validez de las creencias ilógicas que mantienen sus conductas anormales. A menudo, esta reestructuración implica revisar las interpretaciones negativas de un suceso, ver el futuro de manera menos pesimista y pensar positivamente sobre uno mismo. Para Beck, las dificultades psicológicas son la causa de pensamientos automáticos, supuestos incorrectos sobre las motivaciones y reacciones de otros y las auto-declaraciones negativas. Éstos son ejemplos de un tipo de distorsión cognitiva con las que la teoría y terapia de Beck tratan:

- “Mi vida no sirve a menos de que yo sea exitoso.”
- “Es horrible que las personas que son importantes para uno te rechacen.”
- “Una persona debería tener éxito en todo lo que emprende.”

Terapias cognitivas

Muchos terapeutas han utilizado como un enfoque básico la idea de que los pensamientos inadaptados son la causa de la conducta desadaptada y que se debe enseñar a las personas formas nuevas de pensar. Varias formas de **terapia cognitiva** se basan en la perspectiva cognitiva. Todas comparten tres supuestos básicos:

1. La actividad cognitiva afecta la conducta.
2. La actividad cognitiva puede monitorearse, analizarse y alterarse.
3. El cambio de conducta puede obtenerse por medio del cambio cognitivo.

Aaron Beck (1976) sostiene que el trabajo del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a reestructurar su pensamiento y reemplazar los pensamientos inadaptados con otros que le ayuden más en el control de las situaciones estresantes. En un principio, el trabajo de Beck se enfocó en las cogniciones de los individuos deprimidos; sin embargo, su planteamiento se ha extendido a otros ti-

pos de problemas y trastornos como el ser propenso al enojo (Beck 1999, Beck y Emery, 1985; Beck y cols., 1990). Beck piensa que las emociones y el comportamiento de las personas se basan en gran parte en la forma en que perciben el mundo. A su modo de ver, muchas personas exageran sus dificultades y reducen al mínimo la posibilidad de poder hacer algo al respecto. Al aplicar esta idea en la terapia, adquiere importancia la identificación de aquellas creencias (por ejemplo, “no le agrado a la gente”) que moldean las interpretaciones personales de los eventos y facilitan o inhiben la acción. Beck cree que, por lo general, las personas tienen objetivos elevados que son muy importantes para ellas, pero que quizá no estén por completo a nivel consciente. La labor del terapeuta es ayudar a convertir las aspiraciones e inhibiciones que manifieste el paciente en estos objetivos subyacentes.

En las terapias cognitivas se alienta a los pacientes a probar las percepciones de ellos mismos y de los demás como si probaran una hipótesis. Reciben tareas de sus terapeutas y aprenden a expresar y ver de manera más objetiva sus supuestos y esquemas sobre la forma en que funcionan ellos y el mundo. Por ejemplo, en el caso de pacientes que están convencidos de que siempre deben ser perfectos, Beck sugiere que sus terapeutas les pregunten con cuidado: “¿Está de acuerdo que va en contra de sus intereses tener este tipo de creencias?” “¿Cuáles son las desventajas de pensar de esta manera?” “¿Cree que sería posible ignorar estos pensamientos?” Los terapeutas cognitivos consideran estas preguntas al trabajar con pacientes:

1. ¿Qué situaciones desencadenan cogniciones inadaptadas?
2. ¿Cuáles son estas cogniciones y cómo interfieren en la vida del paciente?
3. ¿Cómo se interpreta o se da sentido a esas cogniciones?
4. ¿Cuáles son las consecuencias de las cogniciones en relación con la conducta y el hecho de experimentar emociones fuertes?

Estas preguntas reflejan el flujo de eventos que los terapeutas cognitivos asumen como resultado en la tristeza que los pacientes reportan (ver la figura 2-19).

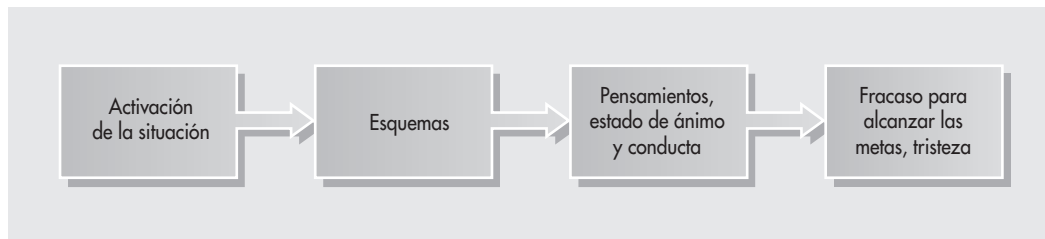


Figura 2-19 Los procesos cognitivos pueden provocar fracasos en el logro de metas y la experiencia de tristeza. Una situación activada estimula esquemas inadaptados (“Soy incapaz”, “no me merezco ser feliz”). La situación activante puede ser un evento que causa estrés o una oportunidad. Los esquemas activados suscitan más pensamientos que siguen el esquema (“Si tomo acción, fallaré”), estados de ánimo (por ejemplo, depresión), y conducta (por ejemplo, dejar de perseguir una meta).

Además de Beck, Albert Ellis (1913) promovió el desarrollo de los enfoques cognitivos para el tratamiento de problemas psicológicos. Su **terapia racional-emotiva** se basa en la creencia de que la conducta depende más de los sistemas de creencia del individuo y la manera de interpretar las situaciones que de las condiciones objetivas. Ellis da a todos los psicoterapeutas eficaces, ya sea que se den cuenta de ello o no, la función de maestros de sus pacientes. Ayudan a sus pacientes a revisar, volver a percibir y volver a pensar en su vida; a cuestionar sus creencias irracionales; y a modificar sus pensamientos, emociones y comportamientos irracionales e ilógicos. Ellis considera que tanto las emociones intensas como la conducta desadaptada son consecuencia del pensamiento y que se pueden modificar. Admite que es probable que las creencias equivocadas se formen durante la niñez. Sin embargo, cree que saber cómo las personas llegaron a ser lo que son es menos importante que ayudarles a responder de manera más constructiva a su situación actual.

En la terapia racional-emotiva el clínico explica y demuestra el pensamiento productivo, convence al paciente para que piense y se comporte de manera más eficaz y analiza las tareas para realizar en casa. Por medio de esas tareas, el paciente puede practicar formas de conducta más asertivas con los compañeros de trabajo o con los miembros de su familia sin alejarlos de él (Ellis, 1970).

La perspectiva cognitiva trata de entender la forma en que los pensamientos irracionales y disfuncionales crean problemas emocionales (Dobson, 2001). La tabla 2-6 enumera algunos errores cognitivos que los terapeutas intentan corregir. Los clínicos que asumen la perspectiva cognitiva analizan la angustia y la conducta desadaptada en términos de qué es lo que nos decimos a nosotros mismos sobre las situaciones más que lo que las situaciones externas nos dicen.

Aunque el enfoque sociocognitivo se presenta en este capítulo como parte de la perspectiva conductista por derecho propio, hay una superposición entre estos dos enfoques. Su colocación en el capítulo refleja las diferencias entre sus raíces históricas y ciertas diferencias en el enfoque a los problemas de vida. En un principio, el enfoque sociocognitivo se desarrolló como parte de la psicología de aprendizaje y surgió debido a que numerosos psicólogos interesados en el proceso de aprendizaje sentían que el campo necesitaba ampliarse más allá de las influencias del condicionamiento y refuerzo para incluir influencias sociales importantes. Como resultado, desarrollaron el enfoque del **aprendizaje social** dentro de la psicología del aprendizaje, que sostenía que la mayoría del aprendizaje ocurría a través de la observación de la conducta de otros. Sin embargo, al pasar el tiempo se hizo cada vez más evidente, que las relaciones entre las personas no son cuestión de la conducta que ellos observan. Por ejemplo, cuando un niño imita la conducta de sus padres, la naturaleza de la relación social entre el niño y el padre juega un papel importante en lo que se aprende y cuánto se aprende. Las personas con relaciones especialmente estrechas tienen pensamientos y sentimientos sobre cada uno y son el producto de las circunstancias que rodean las relaciones. Estas cogniciones influyen en la forma en que los individuos responden en determinadas situaciones y las iniciativas sociales en las que parti-

TABLA 2-6

Errores cognitivos comunes que se manejan en la terapia cognitiva

1. **Algún o ningún pensamiento.** Pensar en uno mismo, eventos y situaciones o en términos de ("O soy excelente o soy bueno").
2. **Generalización exagerada.** Llegar a arrolladoras conclusiones con base en una o más experiencias ("No puedo manejar entrevistas de trabajo").
3. **Lectura de pensamientos.** Creencia de saber lo que la otra persona piensa se basa en poca evidencia.
4. **Obtener conclusiones precipitadas.** Obtener una conclusión sólo con base en información limitada.
5. **Prejuicio negativo.** Tomar un punto de vista pesimista de los eventos y suponer que cuando suceden cosas buenas es porque no son importantes o porque son eventos ocasionales.
6. **Adivinar el futuro.** Con poca información, suponer que uno sabe lo que le depara el futuro.
7. **Realizar declaraciones con "debería".** Asumir responsabilidad excesiva sobre lo que se hace o no ("Si hubiera sido más amable con ella, no se hubiera enfermado").
8. **Culpabilizar de manera inapropiada.** Facilidad excesiva para culparse a sí mismo o a los demás.

cipan. El hecho de aumentar cogniciones a esta receta condujo a la perspectiva cognitiva que hemos descrito en esta sección.

Los partidarios de la perspectiva cognitiva están de acuerdo en que las personas forman representaciones de ellas mismas y del mundo, y que estas representaciones (lo que Beck llama esquemas) ejerce influencias importantes sobre sus conductas y sentimientos y de cómo viven sus vidas. Otra dimensión de esta perspectiva puede ser vista como una reacción sobre la idea psicoanalítica que superar un pensamiento y conducta desadaptada requiere una intensa y prolongada exploración de la historia de la vida mental inconsciente de la persona. Los terapeutas como Beck y Ellis argumentaban que lo que está en la mente de una persona en ese momento, es ahora un tema crítico, no lo que hubieran pensado en preescolar. Ellos piensan que con la ayuda de un terapeuta, las personas pueden reflexionar sobre ellos mismos, su conducta y el cambio de conducta de manera positiva.

A pesar de los diferentes caminos que llevaron a los puntos de vista cognitivo y sociocognitivo, estos enfoques parecen ser convergentes. En la actualidad se están desarrollando terapias cognitivo-conductuales que utilizan conceptos relacionados tanto con las experiencias de aprendizaje como con la persona como un procesador de información.

Perspectiva humanista-existencial

La **perspectiva humanista-existencial** presenta un contraste muy marcado con los planteamientos teóricos que describimos hasta este punto. Sus raíces se encuentran en diversos sistemas filosóficos y religiosos que dan importancia a la dignidad, la bondad inherente y la libertad de la naturaleza humana. El desarrollo de esta perspectiva dentro de la psicología fue en parte un producto de esta tradición y en parte una reacción ante las concepciones menos halagüeñas de la naturaleza humana, características del psicoanálisis y del conductismo radical. A pesar de que la cantidad de investigación que trata con eficacia es menor que la que se refiere a las otras terapias, existe evidencia que sugiere que es eficaz con muchos pacientes (Elliott, 2002).

Los clínicos con orientaciones humanista-existencial tienen sus diferencias. Tal vez la principal de ellas es que los humanistas tienden a ser más optimistas sobre la condición humana que los existencialistas. Los clínicos humanistas consideran que las influencias ambientales indeseables son desestabilizadores de la autorrealización, en tanto que los existencialistas hacen hincapié en la responsabilidad de un individuo de manejar, de manera realista, lo que el ambiente le depara. Sin embargo, ambas corrientes creen que la psicología científica pierde la marca cuando se concentran sólo en la conducta observable y descuidan la vida interna de una persona. Ellos creen que las experiencias internas y la búsqueda del significado de la existencia son el núcleo de un individuo y por lo tanto ése debe ser el enfoque de la psicología. Por consiguiente, consideran la introspección como una fuente indispensable y válida de la información psicológica. Desde el punto de vista terapéutico, estas orientaciones otorgan suma importancia al papel que un terapeuta juega al expandir la conciencia del paciente de que es valioso, que tiene potencial y que debe asumir la responsabilidad de dirigir el curso de su propia vida.

El punto de vista humanista

Uno de los supuestos del punto de vista humanista es que en cada persona existe una fuerza activa que se esfuerza hacia la **autorrealización**, un deseo de ser “todo lo que tú puedes ser”. Cuando la personalidad humana se abre a un ambiente benigno da a estas fuerzas creativas un reinado libre y surge la naturaleza interna positiva del ser humano. La miseria humana y la patología, por el otro lado, son fomentadas por los ambientes que frustran las tendencias naturales del individuo hacia su propia realización.

Carl Rogers (1902-1987, figura 2-20), uno de los líderes de la psicología humanista, utilizó la imagen que la persona tiene sobre sí misma como la pieza central de su perspectiva sobre la personalidad (Rogers 1951, 1959, 1980). Rogers relacionó la capacidad de la persona para lograr el entendimiento de sí mismo y la autorrealización con respecto a su autoestima y la percepción que tiene de la aceptación por parte de los demás. Un adulto que cuando era niño se sintió querido y valorado es probable que tenga una imagen positiva de sí mismo, que los demás piensen bien de él y que tenga capacidad para su autorrealización. El ajuste óptimo da como



Figura 2-20 Carl Rogers. “Mi experiencia en la terapia y en grupos hace imposible que niegue la realidad y significado de las elecciones humanas. Para mí no es una ilusión que el humano es hasta cierto punto es arquitecto de su propia vida.” (Rogers, 1980, p. 57)

resultado lo que Rogers llama *la personalidad que funciona en su totalidad* y que se caracteriza por un bajo nivel de ansiedad. La ansiedad se debe a la incomodidad o tensión que resulta de las incoherencias entre la percepción que tienen las personas de sí mismas y sus ideas con respecto de lo que les gustaría ser.

A pesar de que las formas en que conceptualizan la conducta contrastan de manera muy marcada, tanto Rogers como Freud desarrollaron sus posiciones teóricas con base en datos de observación similares: la conducta de los pacientes y de los terapeutas en la psicoterapia. Sin embargo, Rogers rechazó la noción psicoanalítica de que las personas son irracionales y antisociales por naturaleza. Por el contrario, afirmó que cada persona es básicamente racional, social y constructiva.

Para Rogers, la psicoterapia es una situación en la cual buscan ayuda las personas ansiosas o con problemas, que tienen poco respeto por sí mismas y una percepción distorsionada de ellos y del mundo. Afirma que las personas sanas son aquellas que se alejan de los papeles creados por las expectativas de los demás, es decir, que no pretenden ser lo que no son. En vez de ello, aprenden a confiar en sí mismas y rechazan los falsos yo que los demás han creado para ellas. Por otra parte, las personas neuróticas y psicóticas tienen un concepto de sí mismas que no concuerda con sus experiencias. Temen aceptar sus propias experiencias como válidas, de manera que las distorsionan, ya sea para protegerse o para obtener la aprobación por parte de los demás. Un terapeuta puede ayudar a que abandonen estos falsos yo.

La labor de los terapeutas rogerianos no es proporcionar interpretaciones ni dar consejos: el terapeuta debe aceptar que los pacientes tienen el derecho al valor y la dignidad a pesar de sus problemas. Esta aceptación significa que el terapeuta debe comprender los sentimientos del paciente, sin importar lo positivo o negativo que sean o la forma en que se contrapongan a las propias actitudes del terapeuta.

Rogers creía que “no existe el conocimiento científico; sólo existen percepciones individuales de lo que parece ser ese conocimiento para cada quien” (1959). Esta afirmación expresa el punto de vista humanista-existencialista de que la experiencia interna y una búsqueda del significado de la vida deben ser el centro de atención de la psicología.

Punto de vista existencial

La perspectiva existencial se tornó popular en Europa después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los psicólogos y filósofos trataron de entender cómo pudieron ocurrir los horrores de la guerra, y cuán seguras estaban las personas de sobreponerse y encontrar el significado de la vida. Mientras que las teorías humanistas se enfocan en los procesos de autorrealización, los teóricos existencialistas hacen hincapié en la autodeterminación, elección y la responsabilidad del individuo para sobreponerse a las fuerzas ambientales. “Nosotros somos el resultado de nuestras propias elecciones”, identifica a los existencialistas. “Nuestra existencia y su significado están en nuestras manos y sólo nosotros podemos decidir cuáles serán nuestras actitudes y conductas.”

La pregunta del significado de la vida es muy relevante desde el punto de vista del existencialismo. El libro *Man's Search for Meaning*, escrito en 1959 por Viktor Frankl (1905-1997), describe sus experiencias como prisionero de un campo de concentración alemán durante la Segunda Guerra Mundial y cómo esas experiencias estimularon su enfoque existencial de la psicoterapia (ver el recuadro 2-1). En su libro, Frankl argumenta que la conducta es guiada por los significados, valores y propósitos que caracterizan la vida de una persona. Él creía que la vida, a fin de cuentas, significa asumir responsabilidades para encontrar las respuestas correctas a sus problemas y completar las actividades que constantemente se establecen para cada individuo. Frankl utilizó el término *logoterapia* (del término griego *logos*, que quiere decir “significado”) para describir su enfoque humanístico-existencial del tratamiento.

La perspectiva humanista-existencial es más una posición filosófica que una teoría científica formal. Sin embargo, considera aspectos cruciales de la existencia humana. Los autores humanístico-existenciales creen que la psicología científica pierde la marca, si hace hincapié en la conducta observable e ignora la vida interior de individuo, en especial las motivaciones y los tipos de personalidad (Cain & Seeman, 2002; Schneider, 2001). La citan como estudios de evidencia de soporte al mostrar un enlace entre ver el significado de su propia vida (por ejemplo, por medio de creencias religiosas) y la buena salud (Koenig & Cohen, 2002).

Perspectiva cultural-comunitaria

La mayoría de las personas considera que las enfermedades mentales son un problema de salud personal o un defecto de carácter. Por el contrario, desde la **perspectiva comunitaria**, la conducta desadaptada es resultado de la incapacidad para manejar el estrés en forma eficaz. No se considera una enfermedad o problema que existe sólo dentro del individuo; en vez de ello, se considera, al menos

en parte, una falla del sistema de apoyo social del individuo. Este sistema incluye la pareja, los padres, los hermanos, los parientes, los amigos, los maestros, el jefe, el consejero religioso y otras relaciones de la persona, así como las organizaciones de la comunidad y las oficinas del gobierno. Los factores culturales juegan un papel en el fracaso de la red de apoyo de una persona para ser útil, no porque los miembros deseen jugar un papel negativo sino porque sus valores, creencias y hábitos prevalecientes en una cultura en particular pueden aplicarse a ciertas situaciones. Las variaciones culturales juegan un papel ya sea en la conducta desadaptada por la que se busca ayuda clínica o en la situación de terapia, por ejemplo, cuando un terapeuta no está familiarizado con las realidades culturales de la vida del cliente.

Los defensores de la **psicología comunitaria** no niegan el papel de la historia de la vida o la composición genética como la causa de la conducta desadaptada, pero consideran estos factores como insuficientes para producir tal conducta. Por ejemplo, una persona vulnerable a la esquizofrenia puede desarrollar alucinaciones por muchas razones; factores bioquímicos, experiencias traumáticas tempranas o relaciones sociales inusuales, todas son una posibilidad. Sin embargo, la presencia de un estresante especialmente fuerte o un colapso del sistema de soporte social de una persona pueden ser importantes por igual en el que se produzca una conducta esquizofrénica.

El enfoque comunitario intenta reducir la conducta desadaptada con medidas preventivas, al intervenir en la vida de las personas antes de que ocurran las catástrofes. Esas medidas incluyen una variedad de programas especiales: sistema de pláticas o apoyo mutuo para las personas que recién se separaron, divorciaron o quedaron viudas; proyectos escolares de enriquecimiento para niños de hogares con pocos ingresos o padres solteros; planes escolares combinados con instalaciones de guardería para los padres solteros adolescentes; centros de cuidado de día para los ancianos que no pueden ser autosuficientes. En la psicología comunitaria está implícita la creencia de que los efectos de la desorganización social (como los barrios pobres, las malas escuelas y las tasas de desempleo elevadas) son causas importantes de muchos problemas personales. Por esta razón, los profesionales en salud mental con una orientación hacia la comunidad tienden a involucrarse en los esfuerzos por cambiar la sociedad al buscar la aprobación de las legislaciones y al participar de manera activa en los asuntos de la comunidad (Rapaport & Seidman, 2000; Revenson y cols., 2002).

Los psicólogos comunitarios estudian el ambiente social y los factores que se relacionan con éste, tal como el nivel socioeconómico. Cuando se trazan en un mapa los lugares donde viven las personas con incapacidades sociales y psicológicas, se puede demostrar que la frecuencia de esos problemas es mucho más elevada en ciertas áreas que en otras. Las **teorías de la causación social** argumentan que las escuelas pobres, el crimen, la vivienda inadecuada y el prejuicio que con frecuencia se encuentra entre los vecinos con bajos ingresos pueden aumentar el estrés que experimentan las personas que ya son vulnerables. La **teoría de la selección social**, por otra parte, afirma que los grupos con nivel socioeconómico más bajo muestran mayor incidencia de conductas inadaptadas, porque las personas que no funcionan bien tienden a experimentar un movimiento descendente en la sociedad.

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

CUADRO 2-1

Sobrevivir a un campo de concentración

Viktor Frankl, psiquiatra vienés, sufrió los horrores de dos campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Era conocido por sus captosres como el prisionero 119 104. Pasó la mayor parte de su vida trabajando de manera ardua durante muchas horas al día con el grupo de construcción de vías de ferrocarril y muchas veces lo maltrataban de diferentes maneras, lo cual incluía palizas y abuso verbal. Otros miembros de su familia también fueron enviados a los campos de concentración, pero durante su encarcelamiento no supo dónde los tenían y qué había pasado con ellos.

Frankl sobrevivió a pesar del maltrato, terribles condiciones de vida y falta de alimentación adecuada, aunque la mayoría de los prisioneros en los campos Auschwitz y Dachau, donde lo encerraron, murieron durante su encarcelamiento debido al maltrato, desnutrición o enfermedad. ¿Cuáles fueron las resiliencias que hicieron que sobreviviera a esta dura experiencia que causó la muerte de muchos más?

Después de su liberación de los campos al terminar la guerra, Frankl se enteró que su esposa, así como la mayoría de los miembros de su familia, había muerto en los campos de exterminio. De esta manera tuvo que lidiar con el duelo y los efectos de su propia experiencia. Por su entrenamiento como psiquiatra, su método de afrontar sus propias experiencias y la pérdida de su esposa se enfocó no en lo que experimentó sino en las posibles razones del hecho que había sobrevivido a las circunstancias que enfrentó en las prisiones de los campos en vez de perder la esperanza. Concluyó que un factor importante para estimular su deseo de vivir era el pensamiento de que tenía que estar vivo al final de la guerra para ayudar a su es-



Figura 2-21 Viktor Frankl

FUENTE: ©Katharina Vesely/Viktor Frankl Institute. Viena, 1994.

posa a recuperarse de su experiencia. A pesar de que las noticias de la posguerra sobre su muerte debieron haber sido un golpe apabullante, Frankl se concentró en entender su experiencia y escribirla en espera de poder ayudar a otros.

El libro *Man's Search for Meaning*, escrito en 1959, describe cómo era la vida en Dachau y en Auschwitz, y presenta con un lenguaje entendible su teoría clínica basada en el significado crítico de la búsqueda por el significado de la vida de cada persona. En el libro proporciona tanto la descripción de su experiencia personal como un ejemplo del papel que juega el significado personal de la vida. Frankl lidió con su situación en la prisión al mantener en su mente en primer plano que él todavía tenía libertad, aunque dentro de límites drásticos, de escoger cómo viviría su vida. Él observó cómo cada día en los

campos de concentración, los prisioneros tenían elecciones morales que realizar sobre si someterse internamente a aquellos en el poder que amenazaban con robarles su vida interna y su libertad. Concluyó que los prisioneros que se enfocaban en los significados y actividades positivas sobrevivían. Esto ocurría con frecuencia dentro del contexto de ayudar a los demás y descubrir que ellos tenían el libre albedrío y fortaleza para soportarlo. Los aspectos de la vida (libertad de por lo menos hacer ciertas elecciones, la importancia de una relación cercana y el deseo de ayudar a los demás) eran parte de su teoría de por qué la vida continuaba siendo significativa aun ante esos inimaginables horrores. Esto enfatiza el significado de un asunto muy importante en la perspectiva existencial que él ayudó a desarrollar.

Las personas que creen en la perspectiva comunitaria es más probable que apoyen la teoría de las causas sociales. Señalan que, en tanto que la selección social puede ser un factor, la teoría no explica las situaciones que producen estrés y que enfrentan las personas con bajos ingresos, las cuales pueden agravar los trastornos existentes. Es probable que esas personas tengan menos poder para controlar su entorno, así como menos recursos para manejar el estrés. Por varias razones, que incluyen la dificultad para realizar una investigación controlada en los escenarios de la comunidad, no se puede tomar en cuenta sólo la teoría de la selección social ni la teoría de las causas sociales. Una u otra se puede aplicar a ciertos tipos de trastornos. En cualquier caso, los psicólogos con una pers-

pectiva comunitaria ven la necesidad de desarrollar programas especiales dirigidos a contrarrestar los aspectos indeseables de la vida urbana como la pobreza y la sobrepoblación. Esos programas mejorarían la vida de la comunidad en general, así como la de aquellas personas que sufren problemas psicológicos específicos (Repucci y cols., 1999).

Roles sociales y etiquetamiento

Todos los individuos pertenecen a grupos sociales. Estos grupos moldean la conducta de las personas pues proporcionan refuerzos, castigos y modelos distintivos que son parte de la vida de un am-

biente cultural particular. Los miembros de un grupo cultural o social comparten un conjunto de significados o símbolos, experimentan un sentimiento de unidad y participan en un sistema de compromisos mutuos. El grupo o grupos a los cuales pertenece una persona ejercen una influencia en casi todos los aspectos de su vida.

Los **roles sociales** son funciones particulares que una persona tiene como miembro de un grupo social. Algunos teóricos sostienen que siempre tratamos de proyectar una imagen y que, en realidad, no tenemos un verdadero yo. Irving Goffman (1959) se adhiere a esta posición y argumenta que en todos nuestros encuentros con otras personas adoptamos roles particulares. Cada rol está acompañado por un guión que incluye distintas acciones y señales. En efecto, variamos nuestras conductas de manera continua conforme lo requiere la situación. Este punto de vista implica que no existe una personalidad fija.

Menos extrema y más aceptada que ésta es la posición compuesta: existe una personalidad básica encubierta por la representación de roles en distintas situaciones. Las investigaciones demuestran que varios factores ejercen influencia sobre los roles que las personas representan en las relaciones sociales. Con frecuencia, estos factores son importantes porque sirven para etiquetar a un individuo en forma particular. El **etiquetamiento** ocurre siempre que las personas son categorizadas con alguna base, ya sea, o no, que esta base sea relevante o justa. Las etiquetas pueden ser destructivas porque atraen la atención hacia un aspecto de la persona, mientras ignoran otros que la hacen única. (¿Le gustaría que lo etiquetaran de desordenado sólo porque no le gusta guardar sus zapatos por la noche?) Algunas etiquetas como “buen estudiante” o “amigo fiel” son deseables, pero muchas otras pueden tener connotaciones sociales negativas. Por ejemplo, el rol del paciente mental se considera socialmente inaceptable y la etiqueta de “enfermo mental” con frecuencia causa un daño permanente. El daño adquiere muchas formas, que incluyen la discriminación por parte de los demás y sentimientos de inseguridad e inadecuación. Las etiquetas negativas conducen a la estigmatización y vergüenza. Todos sabemos por qué está mal discriminar a las personas por su raza, religión, cultura o apariencia. Las personas con enfermedades mentales están menos conscientes de que son discriminadas. A pesar de que tal discriminación no siempre es obvia, existe y lastima. Cuando las personas se sienten estigmatizadas se vuelven renuentes a buscar ayuda porque no quieren ser etiquetados como “enfermos mentales” o “locos”.

Contribuciones de la perspectiva comunitaria

Lo que sabemos en la actualidad sugiere que los factores culturales, sociales y económicos juegan papeles importantes en las expresiones emocionales y la conducta desadaptada. Por ejemplo, los niveles de aflicción y depresión de los niños se incrementan en gran medida cuando viven en un ambiente en el cual los adultos expresan altos niveles de enojo y se comportan de manera agresiva. Existe alguna evidencia de que esta respuesta a las discordias familia-

res es más marcada en los niños que en las niñas (Cummings & Davis, 1994).

La perspectiva comunitaria ha tenido influencia en la producción de nuevos enfoques para entender la conducta desadaptada y, en el alcance de segmentos de la población cuyas necesidades psicológicas se han ignorado hasta ahora. Ha sido eficaz tanto para cambiar la perspectiva del pensamiento académico como para alterar la política social. Por su importancia, ha dado lugar a preguntas para futuras investigaciones, cuyas respuestas van a contribuir a nuestra comprensión tanto de las causas sociales de la conducta desadaptada como de las formas en que el ambiente social puede mejorar la vida de niños y adultos. Entre estas preguntas encontramos: ¿El estrés influye en la vida personal y en la comunidad, como una posibilidad de que ocurra la conducta desadaptada? ¿La comunidad puede ofrecer un apoyo social que prevenga la conducta desadaptada o limite sus efectos indeseables? ¿Cómo pueden las comunidades cubrir mejor las necesidades de los grupos especiales como los de personas con enfermedades mentales crónicas y de quienes no tienen hogar?

El enfoque interaccional

Hemos revisado seis perspectivas que varían en gran medida sobre las causas y el tratamiento de la conducta desadaptada. Quizá se pregunte cómo se relacionan estas perspectivas con el resto del libro. ¿A cuál se le da mayor importancia? Se deben conocer todas las tendencias personales y la forma en que los diversos puntos de vista afectarán lo que se aprenda en esta obra. Estas perspectivas teóricas deben ser consideradas como elementos que de manera individual o combinada ayuden a explicar cómo la conducta desadaptada se originó y cómo debe tratarse de manera eficaz. Se intenta emplear las contribuciones más valiosas de cada punto de vista de los diversos análisis de la conducta anormal. La conducta anormal puede ser el resultado de cualquiera o de todos los distintos factores. Una perspectiva puede contribuir más que otra en ciertas condiciones; en otras, quizá sea más útil otro punto de vista. El enfoque de esta obra, que comparten muchos otros psicólogos, es *interaccional*. Esto es, lo que se piensa sobre y cómo se comportan las personas, depende, por lo general, de la interacción de varios factores. Estos factores se combinan para dar dirección a la vida de las personas. Por ejemplo, el estado de salud, preocupaciones sobre las expectativas de los padres, dudas propias, experiencias pasadas, valores actuales y los antecedentes culturales interactúan para influir en el enfoque sobre el próximo examen final. Se puede pensar que se está perfectamente sano, que se han tenido experiencias gratificantes al presentar exámenes en el pasado y no sentir fuertes presiones culturales para lograr cierto nivel de rendimiento en exámenes; pero si se siente mucha presión por parte de los padres para obtener calificaciones perfectas, surgen muchas dudas y se carga con la responsabilidad ante la sociedad de ser extremadamente exitosos, se anticipa y se toma el examen como una experiencia desagradable. Sería más desagradable si además se padeciera un resfriado.

Los factores que destacan las seis perspectivas teóricas pueden considerarse como una contribución a nuestra vulnerabilidad y resiliencia. Se puede ser vulnerable a un bajo rendimiento porque las preocupaciones y las de los padres están relacionadas con las consecuencias de no ser exitoso. Al mismo tiempo, ser inteligente, ingenioso y trabajador ayuda a resistir el estrés académico. La forma en que una situación influye sobre una conducta depende de una combinación particular de vulnerabilidad y resiliencia y las condiciones que se enfrentan. Estas condiciones, junto con las características personales pueden considerarse como interacción o combinación para producir un producto especial, la conducta individual. Se puede entender de esta manera por qué ocurre la conducta desadaptada en algunas personas y en otras no.

Además de tener una influencia sobre la conducta final, los factores personales y ambientales también pueden ejercer una influencia entre sí. Por ejemplo, alguien que es agresivo y siempre participa en riñas es probable que aleje a las personas y, por tanto, reduzca el apoyo social que necesita. Al mismo tiempo, alguien que experimenta una sucesión de eventos estresantes de la vida se puede llegar a sentir desalentado y pesimista sobre un resultado positivo.

Este enfoque interaccional no sólo proporciona un marco general para pensar sobre la conducta desadaptada, sino que además permite especificar los factores que son especialmente pertinentes para generar los trastornos particulares. Por ejemplo, en tanto que en el pasado se consideraba que la esquizofrenia era provocada por la posesión demoniaca, ahora sabemos que ciertos factores personales y ambientales, así como condiciones biológicas específicas, juegan un papel en la incidencia de este grave trastorno. Los investigadores actuales estudian la posible importancia que tiene una amplia variedad de estos factores en la esquizofrenia, incluyendo las siguientes variables personales:

1. Una capacidad reducida para procesar la información en situaciones que requieren de atención a estímulos complejos.
2. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo ante estímulos adversos en el ambiente.
3. Pocas habilidades sociales y de afrontamiento.

También hay evidencia de que eventos estresantes de la vida y una red social que no apoya, contribuyen a la incidencia y recurrencia de la esquizofrenia y otros tipos de trastornos mentales. La investigación ha demostrado que combinaciones particulares de estas vulnerabilidades personales y desventajas ambientales, y no su existencia autónoma, son las que presentan riesgos especiales para personas con tendencias hacia diversos tipos de conductas inadaptadas.

Otro ejemplo es la aplicación del enfoque interaccional que puede ser visto en el estudio de la depresión. Por ejemplo, hay evidencia de que muchas personas no se deprimen debido a razones puramente mentales o ambientales. Un completo entendimiento de la depresión requiere información sobre el estado interno de la persona y el estado de los lazos sociales y de la comunidad. La depresión puede ser vista como desesperación ante una severa pérdida o

desilusión de la que por un tiempo largo o corto parece que no hay escape alguno. La recuperación de esta crisis depende de que la situación cambie o que se modifiquen las cogniciones de la persona sobre la situación.

Cada uno de nosotros tiene expectativas y objetivos que orientan nuestros pensamientos. Un filatelista quizá tenga distintos pensamientos cuando se dirige hacia la oficina de correos que una persona que no lo es. Nuestros pensamientos sirven como **mediadores**: ofrecen lazos entre las entradas de información y las salidas conductuales, al igual que un intermediario en el mundo de los negocios es el lazo entre el fabricante y el vendedor de menudeo. Diversas teorías sobre la conducta anormal tratan del proceso mediador, pero hay diferentes opiniones sobre cuál de éstos es el más importante. Las distintas perspectivas teóricas reflejan estas diferencias al centrar la atención en mediadores tan distintos como los procesos químicos en el cuerpo, los impulsos y emociones, los estilos de pensamiento, los valores y necesidades o el medio social.

La forma en que estos mediadores interactúan es una importante pregunta que no ha recibido una respuesta integral. En el pasado, algunos autores creían en el proceso esencial de influencia de dirección única en el que la conducta era percibida como un producto de eventos corporales. Mientras este tipo de influencia puede ser muy importante, un enfoque que reconoce la posibilidad de múltiples caminos es más probable que proporcione un entendimiento más comprensivo de las relaciones cuerpo-conducta. En la actualidad existe evidencia de que los circuitos de sinapsis del cerebro pueden ser moldeados por la experiencia. Por ejemplo, el ambiente de la infancia de un mono tiene dramáticos efectos en su nivel de serotonina, químico que implementa la transmisión neural a través de la sinapsis y juega un papel en la depresión. Creemos que un enfoque integrativo de los problemas personales necesita estudiar los procesos múltiples que puedan estar involucrados en la conducta desadaptada (ver el cuadro 2-2).

Cada persona se enfrenta a diversas situaciones a diario, las cuales ofrecen información (agradable, desagradable, atemorizante, tranquilizadora) que con frecuencia origina ciertas reacciones. La información que está disponible ejerce influencia sobre las diferentes formas de ver las cosas. Al mismo tiempo, las características personales (capacidades y vulnerabilidades) ayudan a determinar cómo se manejan las situaciones que se deben responder. Como psicólogos y autores, es interesante conocer aquello que hace que un individuo sea vulnerable a situaciones en particular, qué clase de estresores hacen que aparezca la conducta desadaptada y cómo las personas pueden crear habilidades para el control que les permitan manejar mejor lo que ocasiona el estrés y compensar sus vulnerabilidades.

Después de revisar las seis teorías tradicionales se puede decir que lo más probable es que más que adherirse a una teoría de la conducta desadaptada, es necesario considerar combinaciones de ellas en un esfuerzo por identificar las causas de los problemas que se originan en la vida de las personas. Se puede esperar que la unión e integración de estas combinaciones como causas complejas varíen de caso en caso. Este capítulo empezó con una descripción de los síntomas corporales de Fred Price y algunas preguntas genera-

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

Aspectos interaccionales en la investigación de la conducta desadaptada

Las interacciones entre los factores (elementos) que contribuyen a generar la conducta desadaptada muchas veces proporcionan la base para los estudios de investigación en la psicología anormal. Una investigación puede tratar con uno o más factores relevantes. En ocasiones, después de que se concluyó la investigación, los factores potenciales adicionales también parecen jugar un papel importante. Cuando esto sucede, la investigación original puede realizarse una vez más incorporando los factores adicionales. Veamos dos ejemplos de investigación que muestran interacciones entre elementos y su interacción potencial con los elementos que no fueron incluidos en la investigación original pero que pueden ser pertinentes.

Fast Track

Un ejemplo de la perspectiva comunitaria en acción es el ensayo preventivo Fast Track (Grupo de investigación para la prevención de problemas de conducta, 1998, 2002). Esta intervención de diversos componentes en varios lugares tiene muchos atributos de los ensayos clínicos que se describieron en el capítulo 1, excepto en su enfoque en la prevención (más que en el tratamiento) de los problemas de conducta de los niños. Es un proyecto a largo plazo basado en el modelo comprensivo del desarrollo infantil que incluye, además de las actividades tradicionales del salón de clases, habilidades sociales, enseñanza académica, capacitación para padres y visitas domiciliarias para mejorar las aptitudes y reducir los problemas de conducta. Los niños incluidos en el programa Fast Track viven en comunidades con niveles de crimen y pobreza indeseables. Las escuelas de esas áreas fueron divididas en grupos experimentales de comparación y control. Cuando se compararon estos grupos al final del primer año de primaria, el grupo experimental era superior al de control en lo que se refiere a las habilidades de los estudiantes para atender los sentimientos de los demás, ser eficaces al afrontar emociones fuertes y ma-

nejar problemas sociales. Además, tuvieron mejores relaciones con otros niños y tenían menos probabilidades de mostrar conductas disruptivas agresivas. Los padres de los niños

del grupo experimental mejoraron su conducta, por ejemplo, al sentir menos necesidad de aplicar castigos físicos.



(a)



(b)

Figura 2-22 Fast Track hace hincapié en la intervención de varios componentes dirigidos a la prevención de problemas de conducta. Estas fotografías muestran escenas similares a las de las intervenciones Fast Track. La primera, (a), se enfoca en actividades de cooperación en el salón de clases; la segunda, (b), en ayudar a los padres y niños a comunicarse de manera positiva.

les sobre las posibles causas. Concluye mencionando los factores hacia los cuales cada teoría dirigiría la atención para ayudar a formar conceptos de este caso en particular.

- **Perspectiva biológica:** la herencia de Fred puede ser un determinante importante de sus padecimientos somáticos.
- **Perspectiva psicodinámica:** los conflictos de Fred con su esposa se combinan con los efectos de un trabajo estresante.

- **Perspectiva conductista:** fortalecer sus habilidades conductuales (por ejemplo, mejorar su habilidad para negociar en las disputas con su esposa) le ayudarán a afrontar las situaciones tanto en la casa como en el trabajo.
- **Perspectiva cognitiva:** Fred puede tener expectativas irreales sobre las responsabilidades que enfrenta tanto en la casa como en el trabajo.

CUADRO 2-2



Figura 2-23 La asistencia frecuente a servicios religiosos parece estar asociado con una mejor salud y una vida más larga.

Los resultados disponibles hasta el momento sugieren que los cambios en el niño, la familia y la escuela basados en factores de riesgo pueden lograrse con una intervención comunitaria multifacética. El ensayo de prevención Fast Track es complejo debido a que toma en consideración los papeles de las experiencias de aprendizaje, cogniciones y el ambiente comunitario. Otro factor que también puede ser valioso y que se debe estudiar es el temperamento del niño. El temperamento se refiere a los aspectos biológicos de la personalidad presente en los primeros años de la vida. Los niños que tienen un temperamento tímido y reservado podrán necesitar ayuda en ser más asertivos en ciertas situaciones, mientras que niños activo-agresivos necesitarán de ayuda para controlar sus impulsos. La conciencia del potencial que juega el papel del temperamento no disminuye el significado del ambicioso proyecto Fast Track. Más bien, muestra la forma en que los estudios de investigación remiten no sólo a las conclusiones sobre los efectos ejercidos por las variables sino que en muchas ocasiones, los estudios van más allá de lo que se conoce hasta el momento.

¿Prolonga la vida ser religioso?

En otras partes de este libro se expondrá lo que se sabe sobre el papel que juegan los factores psicológicos en las enfermedades físicas. Hay una creciente razón para creer que la relación mente-cuerpo con frecuencia es una calle de doble vía, con procesos corporales que influyen sobre el funcionamiento psicológico en ciertos tipos de situaciones y procesos psicológicos que afectan el funcionamiento corporal en otros. Un estudio longitudinal sobre la relevancia de los intereses religiosos y actividades de sobrevivencia en adultos mayores ha proporcionado cierto fundamento para pensar sobre esta relación (Koenig y cols., 1999). Investigaciones anteriores habían producido por lo general resultados mixtos o conflictivos. Debido a que el tamaño de las muestras y las características de los grupos comparados muchas veces variaban demasiado, Koenig y sus colegas decidieron estudiar a un grupo grande (N=53 968) de adultos entre 64 y 101 años de edad que vivían en comunidades del norte de Carolina. Evaluaron la asistencia a servicios religiosos al principio del estudio y seis años

después determinaron cuáles participantes estaban todavía vivos y cuáles habían muerto. De los participantes que fueron a los servicios religiosos por lo menos una vez a la semana al principio del estudio, 22.9% había muerto durante los seis años comparado con el 37.4% de los que fueron menos asiduamente a los servicios religiosos.

Si las prácticas religiosas en realidad tienen efecto en la salud, ¿cómo ocurrió esto? Koenig y sus compañeros investigadores encontraron que los que iban frecuentemente a los servicios religiosos tenían redes sociales más grandes y percepciones más fuertes de estar apoyados socialmente que los que no iban con tanta frecuencia. Debido a que los que iban con más frecuencia tenían más contacto con otros, más personas se cercioraban de su estado de salud y les ayudaban a recibir atención médica cuando lo necesitaban. Además de la actividad social de los que iban a servicios religiosos, las personas creyentes probablemente veían más significado en su vida que los que no iban con tanta frecuencia. De esta manera, factores existenciales pueden ser pertinentes en relación con la supervivencia. Otro factor que puede influir, es que los que iban con mayor frecuencia podían fomentar actitudes de conformidad y cuidado por el cuerpo así como apego a las sugerencias de sus médicos y las recetas que éstos expedían. Uno de los resultados interesantes del estudio fue una relación inversa entre la asistencia religiosa y los grados de ansiedad, depresión y estrés. Una fuerte fe religiosa fortalecida por una participación activa en los actos de las diferentes iglesias puede ayudar a las personas a afrontar mejor estresantes tales como los futuros problemas de salud. Son aún intrigantes los resultados del estudio, por lo cual se necesita mayor información sobre las interrelaciones entre las variables de la actividad social, fuerza de creencias religiosas, tipo de comunidad en la que la persona vive (por ejemplo, pueblos rurales o ciudades urbanas) y los factores biológicos. Estos elementos pueden combinarse para afectar la longevidad de maneras complejas (Koenig & Cohen, 2002).

- **Perspectiva humanista-existencial:** Fred necesita pensar más sobre lo que quiere lograr en su vida y cómo planea vivirla.
- **Perspectiva cultural-comunitaria:** Lo más probable es, que una escuela secundaria urbana grande genere un sistema social complejo que justifique al subdirector de mostrarse retador, en especial alguien como Fred, que siente que debe resolver todos los problemas que requieren de su atención.

A medida que los investigadores exploran las interacciones entre los múltiples factores en la vida de las personas, creemos que este enfoque interaccional contemporáneo puede producir una séptima teoría, más integral y global de la conducta desadaptada.

El mensaje con el que nos quedamos

Se podrán haber dado cuenta de que las seis perspectivas teóricas tratan con varios diferentes aspectos de la vida. Los enfoques biológicos, conductuales y cognitivos se han prestado para la experimentación controlada, por ejemplo, miles de estudios de condicionamiento clásico y operante. Por otro lado, el enfoque humanista-existencial ha dado origen a muchas teorías y conjeturas pero muy pocos estudios relativamente bien controlados. Tal vez esto sea cierto debido a que conceptos tales como el significado de la vida son menos susceptibles de ser bien definidos, como lo son los conceptos de la respuesta condicionada. Si esto es correcto, ¿teorizar sobre la psicología anormal está limitado a las ideas bien definidas como la respuesta condicionada? Si es así, ¿qué conclusiones pueden obtenerse de los acontecimientos sobre la importancia del significado de la vida como las que nos proporcionó Viktor Frankl? De algún modo, las teorías necesitan considerar tanto la facilidad con la que se pueden definir los conceptos y usarlos en la investigación y grupos de ideas que tratan con temas importantes como el papel del significado de la vida que es más difícil de identificar con exactitud. Debido a que las teorías difieren tanto en el contenido como en el enfoque, no es tan fácil compararlas.

El análisis del rabino sobre las dificultades de la pareja mencionada con anterioridad en el capítulo, probablemente le dio al punto, y es aplicable a las seis teorías de la conducta desadaptada que en el capítulo se revisa. En la mayoría de los casos, los problemas de una persona para ajustarse a la vida provienen de más de una razón. La caricatura de la figura 2-24 muestra el reto de decidir qué ha causado un tipo particular de conducta. Ocasionalmente una teoría por sí sola puede ser capaz de justificar una anomalía conductual y explicar cómo tratarla, lo mismo no sucede con los problemas de la vida que involucran más elementos.

Mientras cada una de las teorías que hemos revisado presenta valiosas aportaciones sobre las causas y son una guía para el desarrollo de tratamiento, creemos que mayor reto para el futuro es la *integración teórica*. ¿Cómo interactúan los elementos de la vida psicológica para producir inadaptación? ¿Cómo pueden los enfoques terapéuticos integrarse para maximizar la calidad de la vida de una persona? Creemos que al responder estas preguntas debemos tener un lugar importante en la agenda para los teóricos, investigadores y clínicos que trabajan en el problema de la conducta de-



Figura 2-24 Podría esta madre preguntarse *por qué* tanto su hijo, como el padre su hijo acabaron en la cárcel. Esto es similar al resultado atribuible a la herencia o ambiente o alguna combinación de estos factores. La dificultad para responder esta pregunta se sugiere en el reciente estudio de niños con conducta antisocial que fueron maltratados por uno o ambos padres (Caspi y cols., 2002). No todos los niños maltratados cometen crímenes. Una cierta composición de genes se encontró con más frecuencia en aquellos que mostraban conducta antisocial que en otros niños estudiados por los investigadores. Genotipos particulares pueden hacer que los individuos sean más sensibles a ciertos tipos de experiencias.

FUENTE: ©The New Yorker Collection 2002 Henry Martin from cartoonbank.com. All rights reserved.

adaptada. En varios capítulos de este libro damos ejemplos de esfuerzos recientes en la ruta de la integración; por ejemplo, el trabajo de la interacción gen-ambiente y los estudios en el que pacientes deprimidos son tratados con terapia cognitiva y medicamentos y su progreso comparado con pacientes que tienen problemas similares pero que son tratados sólo con alguno y no ambos de estos tratamientos. (Vamos a ver que los tratamientos combinados ayudan más a los pacientes que uno solo). Necesitamos teorías y tratamientos que hagan justicia a la complejidad de la vida humana.

Resumen del capítulo

El papel de la teoría en la psicología anormal

Las teorías tienen un papel importante como guías de la investigación sobre las causas de las desadaptaciones de la conducta y las enfermedades físicas. Las seis perspectivas teóricas que en la actualidad tienen una influencia son: 1) la **perspectiva biológica**, 2) la **perspectiva psicodinámica**, 3) la **perspectiva conductista**, 4) la **perspectiva cognitiva**, 5) la **perspectiva humanista-existencial** y 6) la **perspectiva comuni-**

taria. Cada una de ellas contribuye de alguna forma a la comprensión de la conducta desadaptada, vulnerabilidades personales y resiliencia al afrontar situaciones.

Perspectiva biológica

La **perspectiva biológica** considera las perturbaciones orgánicas como la causa de la conducta trastornada. Estas perturbaciones se pueden de-

ber a un defecto genético, a una lesión o infección antes o después del nacimiento o a una disfunción fisiológica más o menos temporal provocada por alguna condición que se presenta en un momento determinado.

Factores genéticos Los genes, los elementos de la herencia humana, se transmiten de padres a hijos en forma de **ácido desoxirribonucleico**. El DNA se encuentra en los **cromosomas**, que se presentan por pares en todas las células del cuerpo. Investigaciones recientes han identificado muchos genes que contribuyen a generar una variedad de trastornos. La **genética de la conducta** hace hincapié en la interacción de la herencia y el ambiente. La investigación sobre genética de la conducta se realiza ya sea por medio del estudio de los antecedentes familiares o mediante el estudio de gemelos. Si un gen en particular está presente, **penetración** se refiere al grado en el que se manifiesta. **Heredabilidad** se refiere al grado en el que una característica en particular es afectada por las influencias genéticas.

Sistema nervioso y el cerebro Las dos divisiones principales del sistema nervioso son el **sistema nervioso central** (SNC), las células nerviosas del cerebro y la médula espinal, y el **sistema nervioso periférico** (SNP), las neuronas que conectan el SNC con las glándulas, los músculos y los receptores sensoriales. Las investigaciones han demostrado que el desarrollo del cerebro es maleable y que en ocasiones depende de la estimulación ambiental.

Los endocrinos El **sistema endocrino** está compuesto por varias glándulas, entre ellas la pituitaria, tiroidea, adrenal y gonadal (sexual). Estas glándulas son de secreción interna, lo que significa que descargan hormonas directamente en el flujo sanguíneo. El sistema endocrino juega un papel importante en las reacciones ante el estrés.

La revolución de las neurociencias La **neurociencia** es un nuevo campo interdisciplinario que trata de explicar la relación entre pensamiento, sentimiento y conducta y estructura y función del cerebro. El uso de nuevas técnicas para estudiar los sucesos a nivel molecular en la sinapsis, así como las técnicas de rastreo que hacen posible el estudio del cerebro vivo contribuye a entender las relaciones entre el cerebro y la conducta. La diversidad de técnicas de imagen del cerebro permite estudiar la anatomía y función del cerebro en individuos vivos. La **neurofarmacología** se ocupa del desarrollo de nuevos medicamentos para combatir los trastornos que involucran problemas en la química del cerebro y la transmisión neural. La **psiconeuroinmunología** es un área de investigación que se centra en los efectos de los eventos psicológicos y neurales sobre los procesos inmunológicos.

Integración de los sistemas biológicos y psicológicos Una contribución importante de la perspectiva biológica es la terapia con fármacos. Numerosos fármacos se utilizan para tratar la conducta desadaptada. Sin embargo, es importante reconocer los múltiples determinantes de la conducta anormal que incluyen las interacciones entre el ambiente físico, los factores psicológicos y el funcionamiento biológico.

Perspectiva psicodinámica

La **perspectiva psicodinámica** se basa en la idea de que los pensamientos y emociones son causas importantes de la conducta.

Freud y el psicoanálisis Freud desarrolló el **psicoanálisis**, método mediante el cual el paciente recupera los recuerdos olvidados sin

el uso de la hipnosis. Los dos supuestos básicos de las teorías de Freud sobre la personalidad son el **determinismo psíquico** y la dimensión consciente-inconsciente. Esta última incluye tres niveles de conciencia: el **consciente**, el **preconsciente** y el **inconsciente**. La teoría de Freud otorga gran importancia a los primeros cinco años de vida. Creía que durante este periodo, la **libido**, o los impulsos humanos básicos, se centran en una serie de zonas erógenas o fuentes de placer específicas. Su teoría dividió el mundo mental en tres estructuras: el **ello**, el **yo** y el **superyo**. Freud también dio mucha importancia al concepto de la **ansiedad** y al uso de los **mecanismos de defensa** para controlar la ansiedad. Creía que el más importante de los mecanismos de defensa era la represión.

Enfoques recientes del psicoanálisis Muchos teóricos modernos han modificado la teoría psicoanalítica. Jung destacó que, además del efecto de los primeros eventos en la vida de una persona, la herencia de un **inconsciente colectivo** es una importante influencia sobre la conducta. Erikson desarrolló una teoría en la cual describe una serie de **etapas psicosociales** del desarrollo durante todo el ciclo de vida y más adelante desarrolló el enfoque de la **psicología del yo**. Psicoanalistas como Klein desarrollaron la teoría de las **relaciones objetales**. Kohut elaboró una teoría de la **psicología del yo**.

Evaluación de la teoría psicoanalítica El psicoanálisis es tanto un marco teórico como un método terapéutico. Su evaluación completa será posible sólo cuando su eficacia terapéutica pueda ser evaluada objetivamente y sus conceptos explorados utilizando métodos científicos (por ejemplo, el experimento).

Perspectiva conductista

El **conductismo** centra su atención en la conducta como una respuesta a los estímulos del ambiente.

Condicionamiento clásico Según el **condicionamiento clásico**, la respuesta que se presenta en forma automática ante un estímulo se transfiere a un estímulo nuevo al parar los dos estímulos.

Condicionamiento operante Según el **condicionamiento operante**, la respuesta precede al refuerzo. Las conductas que reciben refuerzo o recompensa tienen una probabilidad creciente de ocurrir nuevamente. Los **refuerzos negativos** hacen desaparecer lo desagradable después de que la conducta ocurre. El **castigo** es la consecuencia negativa de una conducta.

Teoría del aprendizaje social Los teóricos del aprendizaje social no creen que el refuerzo directo sea siempre necesario para el aprendizaje. Hacen hincapié en el uso del **modelamiento**, o aprendizaje por observación, como una manera para aprender gran parte de la conducta, en especial la social. La **representación de roles**, o práctica de la conducta modelada, es también una técnica de aprendizaje importante. Bandura está especialmente interesado en la autorregulación a través del uso de refuerzo interno más que externo. Los **teóricos sociocognitivos** creen que el ambiente influye sobre la conducta de manera indirecta mediante el proceso de pensamiento del individuo.

Perspectiva cognitiva

La **perspectiva cognitiva** centra la atención en la forma en que las personas adquieren e interpretan la información y la emplean en la reso-

lución de problemas. Cada persona desarrolla **esquemas** que contienen información sobre los distintos aspectos de su vida y ayudan a procesar la información y al desarrollo de estrategias. En el estudio de la conducta desadaptada, los **esquemas de sí mismo** son especialmente importantes.

Conducta desadaptada y cognición Los disturbios cognitivos pueden causar tristeza y desajuste personal. Si nuestras ideas sobre nosotros mismos y de lo que esperamos de nosotros mismos y de los demás son irreales, es posible que vivamos nuestras vidas de tal manera que los resultados indeseables no se puedan evitar. Para Beck, la conducta desadaptada es resultado de las cogniciones disfuncionales, esquemas bastante idiosincrásicos que no son congruentes con la realidad.

Terapias cognitivas Beck centra su atención en ayudar a los pacientes a reemplazar los pensamientos inadaptados con técnicas de afrontamiento más eficaces. Su trabajo se enfocó inicialmente en la depresión, pero ahora también incluye problemas con ansiedad como síntomas importantes. La **terapia racional-emotiva**, que desarrolló Ellis, se basa en la idea de que la conducta es más una función de los sistemas de creencia que de las condiciones reales. El papel del terapeuta es explicar, demostrar y ayudar al paciente a practicar formas más productivas de pensamiento.

Perspectiva humanista-existencial

El punto de vista humanista La perspectiva humanista supone que en todas las personas existe una fuerza activa hacia la **autorrealización**. Rogers hizo hincapié en la importancia de la autoimagen. Creía que el papel primordial del terapeuta era lograr la total aceptación del paciente como una persona valiosa.

El punto de vista existencial Los existencialistas centran su atención en la necesidad de ayudar a las personas a establecer sus propios objetivos y después a realizar elecciones constructivas para lograrlos.

Perspectiva cultural-comunitaria

La **perspectiva cultural-comunitaria** dirige su atención hacia los papales que se juegan debido a factores propios de la comunidad (por ejemplo, pobreza) y la diversidad cultural en la conducta desadaptada. Los **psicólogos comunitarios** centran su atención en la falla de los sistemas de apoyo social como la causa de las desadaptaciones. Destacan la intervención preventiva, como los programas especiales en las escuelas, y los programas para grupos específicos que son de alto riesgo porque necesitan ayuda para resolver los problemas de la vida.

Roles sociales y etiquetamiento Los roles sociales se definen por el grupo de la persona y las funciones de ésta en el mismo. Cada rol tiene un guión que determina la forma en que se espera que la persona actúe en distintas situaciones. El **etiquetamiento** es el resultado de categorizar a las personas sobre ciertas bases, como el grupo social al que pertenecen, sin prestar atención a sus características individuales.

Contribuciones de la perspectiva comunitaria Los factores sociales, económicos y culturales juegan roles en la expresión emocional y la conducta desadaptada. La psicología comunitaria ha influido, pues se ocupa de las personas cuyas necesidades han sido ignoradas por otras perspectivas que se enfocan más en tratar a la persona, que en cambiar el ambiente. Cómo proveer de la mejor manera de apoyar en un ambiente comunitario sigue siendo la pregunta que necesita mayor investigación.

Un enfoque interaccional

Todas las perspectivas han contribuido para identificar las vulnerabilidades personales y factores de resiliencia que se correlacionan con la conducta desadaptada, su prevención y tratamiento. En un enfoque interaccional una cuestión importante es cómo estos factores se combinan con experiencias de vida estresantes para producir diversos tipos de conducta desadaptada.

Conceptos clave

Ácido desoxirribonucleico (DNA), p. 49
Agonista, p. 58
Ambiente que no se comparte, p. 51
Anomalías cromosómicas, p. 48
Ansiedad, p. 62
Antígenos, p. 58
Aprendizaje explícito, p. 71
Aprendizaje implícito, p. 71
Aprendizaje social, p. 74
Asociación libre, p. 63
Autoeficacia, p. 72
Autorrealización, p. 75
Axón, p. 52
Cariotipo, p. 48
Castigo, p. 68
Concordancia, p. 50
Condicionamiento clásico, p. 67
Condicionamiento operante, p. 67
Consciente, p. 60

Corteza adrenal, p. 56
Corteza cerebral, p. 54
Corticosteroides adrenales, p. 56
Cromosomas, p. 48
Dendritas, p. 52
Desensibilización sistemática, p. 67
Determinismo, p. 67
Determinismo físico, p. 60
Dicigótico, p. 49
Electroencefalograma (EEG), p. 54
Ello, p. 62
Endorfinas, p. 55
Enfoque interaccional, p. 78
Escisión, p. 66
Espectroscopia de resonancia magnética (ERM), p. 57
Esquema, p. 72
Esquemas de sí mismo, p. 72
Estímulo condicionado, p. 67

Estímulo incondicionado, p. 67
Estresores, p. 56
Etapas anal, p. 61
Etapas fálicas, p. 61
Etapas genitales, p. 62
Etapas orales, p. 61
Etapas psicosexuales, p. 61
Etapas psicosociales, p. 65
Etiquetamiento, p. 78
Extinción, p. 67
Factor de liberación de corticotrofina (FLC), p. 56
Fijación, p. 62
Genes, p. 48
Genética de la conducta, p. 49
Genética poblacional, p. 49
Genoma, p. 48
Heredabilidad, p. 49
Hipotálamo, p. 54

- Hormona adrenocorticotrófica (HALT), p. 56
 Imágenes por resonancia magnética (IRM), p. 57
 Inconsciente, p. 60
 Inconsciente colectivo, p. 65
 Libido, p. 61
 Linfocitos, p. 58
 Locus, p. 48
 Mecanismos de defensa, p. 63
 Mediadores, p. 79
 Modelamiento, pp. 68 y 70
 Monocigótico, p. 49
 Neurociencia, p. 56
 Neurofarmacología, p. 58
 Neurona, p. 51
 Neurotransmisores, p. 52
 Penetración, p. 49
 Pensamiento de proceso primario, p. 62
 Pensamiento de proceso secundario, p. 62
 Perspectiva biológica, p. 59
 Perspectiva cognitiva, p. 72
 Perspectiva comunitaria, p. 76
 Perspectiva conductista, p. 67
 Perspectiva humanista-existencial, p. 75
 Perspectiva psicodinámica, p. 59
 Plasticidad neural, p. 55
 Preconsciente, p. 60
 Principio del placer, p. 62
 Programa de refuerzo, p. 69
 Psicología comunitaria, p. 76
 Psicología del yo, p. 66
 Psiconeuroinmunología, p. 58
 Refuerzo, p. 68
 Refuerzo negativo, p. 68
 Refuerzo positivo, p. 68
 Regresión, p. 62
 Relaciones objetales, p. 66
 Representación de roles, p. 70
 Represión, p. 63
 Respuesta condicionada, p. 67
 Respuesta de evitación o escape, p. 67
 Respuesta incondicionada, p. 67
 Roles sociales, p. 78
 Sinapsis, p. 52
 Sistema autónomo, p. 52
 Sistema endocrino, p. 55
 Sistema límbico, p. 54
 Sistema nervioso central, p. 51
 Sistema nervioso periférico, p. 51
 Sistema somático, p. 52
 Superyo, p. 62
 Teoría de la causación social, p. 76
 Teoría de selección social, p. 76
 Teoría sociocognitiva, p. 70
 Terapia cognitiva, p. 73
 Terapia racional-emotiva, p. 74
 Tomografía computarizada (TC), p. 57
 Tomografía computarizada de emisión de fotón (TCEF), p. 57
 Tomografía por emisión de positrones (TEP), p. 57
 Yo, p. 62

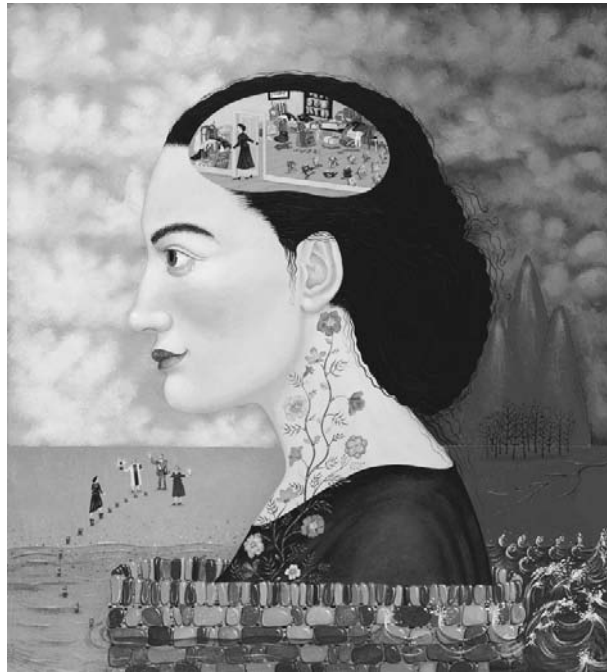
Un buen libro

Aunque han existido argumentos sobre la teoría de Sigmund Freud y la evidencia relevante de ella, el hecho concreto es que su teoría revolucionó la forma en que el mundo piensa sobre la mente humana, su crecimiento y desarrollo. Anthony Storr, en su pequeño libro de menos de 150 páginas, *Freud*, no sólo examina en lenguaje simple la mayo-

ría de los conceptos del psicoanálisis y los antecedentes sino delinea las características clave de la vida de Freud y del tipo de persona que era. El libro, escrito 50 años después de la muerte de Freud, es balanceado y estimulante.

3

La empresa terapéutica: opciones, técnicas y evaluación



Getty Images Inc.—Illustration Works, Inc.

Psicoterapia

Terapia psicodinámica y psicoanálisis
Terapias humanistas y existenciales
Psicoterapia cognitiva
Psicoterapias breves
¿Qué tan eficaz es la psicoterapia?

Enfoques cognitivo-conductuales

Terapia conductual
Terapia cognitivoconductual
¿Qué tan eficaces son los enfoques
cognitivo-conductuales?

Integración y extensión de las terapias psicológicas

Enfoques integradores del tratamiento
Enfoques de grupo
¿Qué tan eficaces son los enfoques
grupales?

Investigación de las terapias psicológicas

Características comunes y únicas de las terapias
Resultados terapéuticos
Comparación de las terapias
Reconocimiento de la diversidad cultural y étnica

Integración de enfoques terapéuticos con bases psicológicas

Terapias biológicas

Terapia electroconvulsiva (TEC)
Terapias con medicamentos
¿Qué tan eficaces son las terapias biológicas?

Hospitalización

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

La mayoría de las terapias para enfrentar problemas clínicos están basadas en las teorías que se explicaron en el capítulo anterior. Las terapias psicológicas varían desde la psicoterapia a largo plazo hasta técnicas mucho más breves como los enfoques conductuales y cognitivos. Además, existen varios enfoques de terapia grupal. Las terapias con medicamentos son utilizadas ampliamente, solas o en combinación con terapias psicológicas y se describen en el capítulo junto con la terapia electroconvulsiva. El capítulo hace hincapié en la importancia de una evaluación objetiva de los efectos de las terapias y la necesidad de considerar los criterios mediante los cuales se juzga la eficacia terapéutica.

Kevin, un brillante y atractivo niño de seis años se negaba a ir a la escuela, parecía asustado la mayor parte del tiempo y demandaba que su madre se sentara con él en el salón de clases. En casa se mostraba celoso y agresivo hacia su hermana menor y le daba miedo irse a dormir. Tenía contacto ocasional con algunos niños fuera de la escuela, pero no amigos de verdad. Sentía miedo ante cualquier situación nueva, por ejemplo, ir en el autobús a un lugar que no había visitado antes. Parecía sentirse especialmente atemorizado cuando iba con su padre. Se quejaba constantemente de que nadie lo quería y de que las otras personas estaban siempre tratando de que hiciera lo que ellos querían. Debido a sus problemas de conducta y a su obvia infelicidad, sus padres decidieron llevarlo con una psicóloga clínica infantil.

En la primera sesión, la psicóloga se reunió con Kevin y sus padres para descubrir la forma en que cada uno de ellos veía el problema de Kevin, observar la forma en que interactuaban como familia y darse cuenta de cómo era cada uno de ellos a nivel personal. Kevin no dijo mucho, aunque su inteligencia y facilidad verbal resultó obvia en las ocasiones en que habló. Kevin parecía muy atemorizado. Sus padres mencionaron lo querido que había sido cuando era bebé. Comentaron que solía sonreír todo el tiempo y parecía ser feliz. Gateó a los siete meses, caminó a los nueve y aprendió a leer antes de los cuatro años. La madre de Kevin se embarazó de su hermana cuando Kevin tenía 19 meses. Después de que ella nació, la madre de Kevin comenzó a llevarlo ocasionalmente medio

día a una guardería. Por lo general lo hacía para poder dedicarse de tiempo completo al bebé y, también, para tener tiempo para recuperarse de las presiones que impone ser madre.

Kevin estuvo de acuerdo en regresar para una segunda sesión sin sus padres. Después de que su madre lo dejó e ingresó al consultorio de la psicóloga, comenzó inmediatamente a jugar con varios coches, animales de peluche, camiones y otras cosas que se encontraban en un juguetero grande. Habló poco a la terapeuta y comenzó a jugar cada vez con mayor violencia. Sin embargo en su juego hubo momentos en los que mostró ternura y afecto hacia algunos animales. Kevin asistió a dos sesiones semanales, durante tres semanas y en su juego mostró violencia frecuentemente. En una de las sesiones le preguntó a la psicóloga por qué lo habían llevado a verla.

En este punto, la psicóloga le dijo a Kevin que le gustaría reunirse con sus padres sin que él estuviera presente. Como Kevin no puso objeción, la terapeuta organizó la reunión. La psicóloga estaba particularmente interesada en comentar con sus padres el cambio que se había manifestado en Kevin cuando pasó de ser un niño sonriente y feliz a un niño asustado e irritable. También estaba interesada en la hostilidad de Kevin hacia su hermana. Sus padres comentaron que probablemente estaba resentido porque su hermana interfirió en la atención individual que recibía de ellos. En el curso de la plática, el padre recordó que cuando su esposa tenía ocho meses de embarazo fueron de vacaciones a una pequeña cabaña cerca de un lago que se encontraba a varias millas de su casa. En algunas ocasiones, el padre llevó a Kevin al lago y lo animó para que jugara en el agua. Al recordarlo, el padre de Kevin sintió que en ese momento había sido "demasiado duro". En varias veces, había levantado a Kevin y lo había colocado en la orilla del agua. En otras ocasiones le había enojado el hecho de que Kevin le tuviera tanto miedo al agua. Cada vez que iban al lago, Kevin gritaba, se alejaba del agua y se apartaba de su padre.

En las siguientes sesiones de terapia, el juego de Kevin se volvió aún más violento. Algunas veces la violencia se extendió a la psicóloga. En varias ocasiones intentó empujarla y pegarle y fue necesario detenerlo hasta que se calmó. La psicóloga no pudo ver a Kevin durante dos semanas por unas vacaciones largamente planeadas. Cuando se reanudaron las sesiones, Kevin se mostró todavía más irritado que antes de las vacaciones y rompió varios juguetes. La mayoría de las sesiones consistieron en el juego violento de Kevin. Durante uno de los pocos periodos de tranquilidad que hubo, la terapeuta le preguntó acerca de sus experiencias en lagos y con el agua; además, le pidió que le hablara acerca de su hermana. No fue

muy expresivo en sus respuestas, aunque en cierto momento expresó enojo hacia su padre por “obligarlo a hacer cosas”.

A medida que transcurrían las sesiones, Kevin rompió más camiones e intentó que la psicóloga participara más en sus juegos. La psicóloga no lo criticó por romper los juguetes, pero notó que había menos. Conforme disminuía el número de coches y camiones, agregó algunos nuevos. Con el paso del tiempo, se fueron presentando algunos desarrollos positivos. Kevin se comportó menos violento en sus juegos y con menos agresividad hacia la psicóloga. Hablaba más y en una ocasión observó que la psicóloga no le decía lo que debía hacer y que había agregado coches al cajón de los juguetes. En otra ocasión, dijo que había pensado que la psicóloga no regresaría de sus vacaciones o no lo vería de nuevo. Kevin comenzó a traer juguetes de su casa para mostrárselos a la psicóloga e invitarla a jugar con ellos.

Después de cuatro meses, la violencia de Kevin prácticamente había desaparecido y la terapeuta pudo al fin hablar con él sobre los pensamientos negativos hacia su hermana y por qué no le gustaba que su padre le pidiera que hiciera cosas que él no deseaba hacer. La psicóloga escuchó lo que Kevin dijo, no criticó sus sentimientos, pero le dijo que le parecía que su padre realmente lo quería. Poco después, Kevin les dijo a sus padres que le gustaría ir diariamente a la escuela para poder jugar con otros niños. Cuando la familia tuvo que cancelar una sesión con la psicóloga, por vacaciones familiares, Kevin lamentó la interrupción de la terapia. Sin embargo, no se comportó más violento sino que expresó verbalmente sus sentimientos negativos.

Después de cinco meses, la psicóloga decidió que la terapia debía finalizar. Estaba consciente de la presión financiera que tenía la familia por el costo de las sesiones. Comentó su decisión con su pequeño paciente y él estuvo de acuerdo. En la última sesión, Kevin hizo comentarios positivos acerca de algunas experiencias en la escuela que había disfrutado, sobre una película que había ido a ver con sus padres y sobre un juego que había enseñado a su hermana.

Comentarios de la terapeuta de Kevin

“Obviamente existen muchas cosas de las que uno no puede estar seguro cuando se trabaja con un pequeño de seis años. Mucho de lo que hice en mis sesiones con Kevin fue en respuesta a las cosas que él hizo y que yo no pude haber anticipado. Sin embargo, tengo una teoría sobre lo que puede haber estado sucediendo con Kevin y su familia. Pienso que el exceso de entusiasmo del padre pa-

ra lograr que Kevin jugara en el agua se convirtió en una experiencia traumática para el niño. También creo que anticipar la llegada de su hermana y su nacimiento resultaron traumáticos por lo que representó para su sentido de seguridad, de ser cuidado y de ser centro de atención de sus padres. Las desafortunadas experiencias en el lago y las frustraciones que su hermana trajo consigo se combinaron para traumatizarlo y distorsionar la forma en que se veía a sí mismo y a las personas que lo rodeaban. Creo que lo que más necesitaba Kevin era aceptación y la oportunidad de expresar algo de lo que sentía. Debo decir que fuera de esta negatividad hacia su hermana, no mostraba un comportamiento desagradable hacia sus padres. Sentí que necesitaba comprensión y eso fue lo que traté de darle. Kevin mostró una clara mejoría y pienso que fue porque tuvo la oportunidad de formar una relación en la que se le permitió trabajar sobre ciertos daños que había sufrido. No pretendo ser un factor definitivo en la mejoría de Kevin, porque desconozco muchas cosas de él y su familia, pero pienso que el respeto y el cuidado tienen propiedades curativas.”

En una noche de tormenta de noviembre, Garrett Cross, de 35 años, y su esposa Marge, también de 35, regresaban a casa después de visitar a sus padres cuando un auto se metió a su carril sin darse cuenta de que ellos estaban ahí. El accidente provocó la muerte de Marge, que estaba sentada en el asiento del pasajero. Garrett quedó golpeado y lleno de moretones, pero físicamente bien. Sin embargo, desde el punto de vista psicológico, estaba lejos de sentirse bien. Parecía no poder aceptar y asimilar la muerte de su esposa y las circunstancias que la rodearon. No podía dejar de pensar en lo sucedido, experimentó crisis de ansiedad y depresión y sufrió pesadillas sobre el accidente o sobre cualquier otro hecho igualmente aterrador. Recordaba constantemente lo que había sucedido esa noche, incluyendo el cuerpo mutilado y ensangrentado de Marge; la llegada de la policía y la ambulancia (ella murió antes de que la ambulancia llegara); sus sentimientos de impotencia; y su sentido de responsabilidad y culpa por no haber tenido el suficiente cuidado cuando el otro auto empezó a meterse en su carril.

El accidente ocurrió dos meses antes de que empezara la terapia. Durante ese tiempo, persistieron los pensamientos intrusivos. No podía manejar en el tramo de camino en el que sucedió el accidente. Sus pesadillas empeoraron. Continuamente se encontraba en espera de una llamada telefónica que le informara que a un ser querido le había ocurrido una desgracia. No podía disfrutar de las relaciones sociales y a veces cambiaba de ruta para evi-

tar hablar con personas que conocía y que le agradaban. Sentía especial pavor de ver o hablar con los padres de Marge, con los que siempre había convivido, pero ante los que se sentía culpable porque era él quien manejaba el auto en el que su hija murió.

No le llevó mucho tiempo a su terapeuta descubrir que Garrett estaba sufriendo una reacción de estrés post-traumático. Con el fin de saber hasta qué punto estaba incapacitado, le preguntó si era capaz de trabajar. Garrett le respondió que iba todos los días a trabajar, pero que no lograba hacer gran cosa. Imágenes y pensamientos relacionados con el accidente lo invadían todo el día. Además, comentó que había tenido suerte de que la compañía para la que trabajaba fuera comprensiva y que todos se comportaran amables con él.

Durante la primera sesión, el terapeuta le hizo algunas preguntas con la intención de facilitar que Garrett hablara acerca del accidente y de sus consecuencias. Al final de la sesión, el terapeuta sintió haber entendido bastante bien lo que le sucedía a Garrett y qué debía suceder en la terapia para que lo ayudara a vivir más en el presente y menos en el pasado. De acuerdo a como él lo veía, Garrett era acechado por el pasado y anticipaba continuamente nuevos desastres. El terapeuta llegó a la conclusión de que Garrett necesitaba encontrar una forma de integrar los terribles acontecimientos relacionados con el accidente y la muerte de Marge a su realidad actual. Sus metas terapéuticas incluyeron reducir el alto grado de ansiedad y niveles de depresión que sufría su paciente y cambiar la forma en que se veía a sí mismo y lo que había pasado. Lograr estas metas le ayudaría a reestablecer un sentimiento de integridad personal y de control sobre su vida. Al final de la primera sesión, le dijo que pensaba que sus conversaciones en las sesiones subsecuentes serían de gran ayuda y que en la siguiente le informaría sobre lo que se conocía acerca del tipo de reacción que experimentaba y le describiría algunos pasos útiles que podrían darse. El terapeuta tomó esta actitud porque deseaba finalizar la sesión con una nota positiva de manera que Garrett pudiera tener pensamientos asertivos sobre la resolución de sus problemas. Al mismo tiempo que anticipaba los siguientes pasos del proceso terapéutico, le hizo saber que comprendía la situación por la que pasaba y que, dado lo que había sucedido, pensaba que sus reacciones eran totalmente entendibles.

Al principio de la segunda sesión, el terapeuta reconoció el terrible hecho que le había ocurrido y le explicó que todo lo que sufría (sus pesadillas, pensamientos preocupantes, dificultad para concentrarse y malestar emocional) podría observarse en muchas personas que habían experimentado eventos traumáticos similares. Comentó

que “todos tenemos un punto de ruptura. No hay de qué avergonzarse”. El terapeuta explicó que los eventos traumáticos pasados podían llegar para organizar la vida de una persona y que cuando la gente encuentra recordatorios de experiencias traumáticas, pueden desencadenarse reacciones emocionales. Explicó que las experiencias traumáticas pueden abrumar el sentido de seguridad de una persona y llevarlo a suponer que podrían suceder otros eventos similares. El terapeuta añadió: “Usted se encuentra en alerta ante la posibilidad de que ocurran cosas terribles. Estar en alerta es algo puramente psicológico; su cuerpo se encuentra también en un hiperestado de alerta. Este estado y los sentimientos de una inminente desgracia no se presentan porque usted elija tenerlos, sino que lo hacen de forma automática. Tenemos que desconectar el piloto automático. Algo que contribuye a la presencia de éste es que usted es una persona muy responsable que quizás encuentra fácil culparse cuando suceden cosas terribles.”

Parte de la segunda sesión estuvo dedicada a una revisión de lo que sucedió esa noche de noviembre y sus consecuencias. El terapeuta mostró especial interés en los pensamientos recurrentes y los recuerdos de Garrett. Sugirió que éste podía ser capaz de atrapar estos pensamientos perturbadores si les prestaba atención, antes de que ellos lo hicieran. Si lo lograba, podría controlar y reducir la presencia de pensamientos e imágenes que provocan ansiedad, depresión y malestar emocional. Le preguntó a Garrett si le parecía útil hacerlo y éste estuvo de acuerdo. Conforme avanzaron en el tema de controlar lo que ahora eran respuestas automáticas, el terapeuta hizo hincapié en que el propósito de ganar control no era exterminar u olvidar el accidente y la muerte de Marge. Le dijo a Garrett que lo que había pasado no podría y no debería olvidarse. “Su amor por Marge será una parte importante de usted durante el resto de su vida. La culpa que siente por lo sucedido no es el homenaje que Marge hubiese deseado.”

Garrett comentó que una luz pareció iluminarlo cuando escuchó la palabra “homenaje”. El terapeuta lo notó y le preguntó: “¿En qué está pensando?” Garrett respondió que podría sentirse realmente bien si pudiera hacer algo para reconocer y rendir homenaje a su esposa. Agregó: “El mundo debería saber más de esta excelente persona”. El terapeuta le sugirió a Garrett que pensara en lo que podría ser un homenaje luctuoso adecuado y factible. Se sentía feliz de que Garrett tuviera ahora algo en que pensar que no lo agotara emocionalmente y que pudiera representar un valor duradero para él.

El terapeuta le dejó como tarea escribir un relato de los hechos ocurridos esa noche de noviembre. No debía

ser un “informe policiaco” sino una descripción completa de lo que había sucedido, pero desde su perspectiva. Debería incluir hechos importantes, cómo y por qué había sucedido el accidente, y las imágenes y pensamientos asociados a él. No importaba la estructura de las oraciones o la gramática, sólo tenía que enfocar su atención en estos hechos. El terapeuta le pidió esta tarea por tres razones. Pensó que ésta podía ayudarle como un proyecto que lo orientara hacia la realidad, como un documento que ambos pudieran revisar y comentar en sesiones posteriores y, por último, podría proporcionar la oportunidad para corregir las distorsiones cognitivas que contribuían a las reacciones postraumáticas de Garrett.

Durante las siguientes sesiones se dedicó un tiempo considerable al relato de Garrett y en dos ocasiones el terapeuta le pidió que lo leyera en voz alta para dar a Garrett la oportunidad de revivir el accidente dentro de un ambiente protegido. Durante el análisis del relato, el terapeuta encontró varias oportunidades de confrontar los esquemas personales que contribuyeron a esta respuesta desadaptativa al estrés. Por ejemplo, Garrett escribió: “Si hubiese tenido mejores reflejos, habría visto el otro auto y me habría quitado del camino.” El terapeuta comentó: “Me dijo que había estado manejando y rebasando varios coches. ¿Cómo podría haberse imaginado que un auto iba a meterse inesperadamente en su carril? Pienso que si fuera usted Superman podría haber imaginado algo para detener el auto. Pero, usted no es Superman, nadie lo es. Yo no pienso que usted haya causado o provocado el accidente.” El terapeuta señaló también que Garrett había mencionado antes que la policía concluyó que el accidente había sido responsabilidad completa del otro conductor. También le señaló que era importante distinguir entre lo que realmente sucedió y la culpa y el pesar de Garrett. Señaló que sería muy valioso que Garrett pudiera ver el accidente dentro de un contexto que tenía un principio, una parte media y un final.

Hablaron muchas veces acerca de un homenaje lujoso para Marge. Garrett dijo que había recibido 5000 dólares de una póliza de vida de Marge. Creía que realmente no necesitaba ese dinero y estaba pensando en donarlo a nombre de ella al centro local de horticultura. Marge amaba las flores y las plantas y había adquirido algunas en la venta de recaudación de fondos que se había llevado a cabo en el centro. Le iba a pedir al centro que usara el dinero para establecer una pequeña biblioteca de libros de jardinería. Cuando comentó esta idea con la directora del centro, ella le expresó la enorme necesidad que tenían de una biblioteca y que la única razón por la que carecían de ella era la falta de fondos. En la entrada de la biblioteca habría una placa en la pared

que diría: “Biblioteca Margaret Cross”. Garrett dijo que la idea de la biblioteca ocupaba muchos de sus pensamientos. Dio como ejemplo el pensamiento de que en el futuro podría hacer contribuciones adicionales a la biblioteca para la compra de más libros. Cuando le mencionó su intención a la directora, ésta le respondió que el simple hecho de fundar la biblioteca estimularía a otras personas interesadas en el centro a contribuir.

En una sesión, mientras se hablaba acerca de las pesadillas y recuerdos de Garrett, el terapeuta comentó: “Recuerde que el accidente destruyó muchos de sus ideas acerca de su vida y la de Marge. Quizás los recuerdos y las pesadillas reflejen el hecho de que no ha podido desarrollar un nuevo conjunto de ideas y expectativas congruentes con la realidad actual. Hacerlo lleva tiempo. Pienso que cuanto más realistas sean sus pensamientos acerca del accidente, mayores serán las posibilidades de disminuir la intensidad de sus reacciones emocionales. Es posible que sus recuerdos y pesadillas sean provocados por emociones sobre las que usted no tiene control. Pienso que se está acercando a recolectar los eventos de esa noche de noviembre con menos miedo de sentirse abrumado y con una perspectiva más realista que reconoce el presente en el que vive.

El terapeuta aprovechó todas las oportunidades que tuvo para cuestionar la culpa que Garrett se impuso a sí mismo y su fijación respecto al accidente. Al mismo tiempo, animó a Garrett a enfocar su atención en los buenos tiempos que pasaron juntos Marge y él. Cuando fue posible hizo que Garrett hablara acerca de otros aspectos de su vida distintos a Marge. No lo hizo con el fin de disminuir la importancia de Marge y el accidente en los pensamientos de Garrett sino para proporcionar un contexto dentro del cual se pudiesen entender los significados de la tragedia. Así, dos aspectos formaron parte de la terapia: el primero, poner la tragedia en palabras e imágenes relacionadas y, segundo, poner la narrativa del trauma en un contexto que incluyera otros aspectos de su vida. Si lograba hacerlo, Garrett estaría en posibilidad de pensar en sus padres, por los que se preocupaba y hacia los que sentía responsabilidad; su hermano, con el que siempre había estado muy unido; su jefe, que era tan considerado; y varios amigos con los que Marge había sostenido relaciones muy cálidas.

Otra labor que realizó el terapeuta, fue traer a discusión varias preguntas que estaba seguro ocupaban los pensamientos de Garrett, por ejemplo: ¿Por qué tenía que morir Marge? ¿Por qué Garrett tenía que sufrir esta tragedia? Siempre que surgían estas preguntas el terapeuta escuchaba con interés y respeto. No trató de responder estas preguntas, sino que hizo sentir a Garrett que estaba

a su lado mientras luchaba con ellas. Cuando Garrett comentó: “Creo que no existe en realidad una respuesta sólida para estas preguntas”, el terapeuta estuvo de acuerdo.

En varias ocasiones, Garrett habló acerca de su duelo por la muerte de su esposa más que de la culpa, imágenes relacionadas con el accidente, recuerdos del momento y pesadillas. El terapeuta alentó esta actitud y mencionó que el duelo requería de valor. Dos veces la voz de Garrett se quebró y lloró mientras hablaba del duelo. En cada una de estas ocasiones, el terapeuta pensó, parecía ayudar a Garrett a dar los pasos fuera del limitado mundo del accidente y su trauma para entrar al mundo real. Con pensamientos cada vez más fuertes acerca de los lazos con otras personas importantes de su vida, pareció estar en mayor posibilidad de perdonarse y darse cuenta de que lo que pasó fue, en realidad, un accidente fuera de su control.

En la duodécima y última sesión, Garrett dijo: “Ahora no estoy siendo tan duro conmigo mismo. Quizá se deba a que pienso en otras personas que son importantes para mí en vez de estar sintiéndome tan culpable.” Además, estaba contento porque el domingo anterior había ido a cenar con los padres de Marge y algunos otros miembros de la familia. Hubo algunas lágrimas, pero no faltó la risa. Los padres de Marge estuvieron encantados por la donación de Garrett para iniciar la biblioteca. Sintieron que era muy apropiado —exactamente lo que Marge hubiese deseado— y dijeron que realizarían también una contribución al centro de horticultura.

Comentarios del terapeuta de Garrett

Al final de la terapia, el terapeuta dijo: “No pienso que Garrett haya vuelto completamente a ser quien fue, pero está en el proceso de lograrlo. Algunas de las cosas que sucedieron en las sesiones de terapia son producto de la investigación. Conozco estrategias destinadas a ayudar a los individuos desolados y traumatizados, por ejemplo, aceptación, escucha empática, exposición, reconstrucción de narrativas traumáticas, permitir la expresión de emociones profundas y dirigir la atención a las relaciones y realidades presentes. Sin embargo, existen otras situaciones fortuitas e inexplicables, especialmente el homenaje luctuoso a Marge. Cuando se presentaron —y lo hicieron con mucha frecuencia durante la terapia— fue maravilloso porque con mucha frecuencia proporcionaron una oportunidad real de dar un espectacular brinco hacia adelante.”

Tom Martin, un vendedor de bienes raíces de 34 años de edad, fue a terapia porque, de acuerdo a lo que dijo, estaba “harto de estar siempre a la defensiva y enojado todo el tiempo”. El psicólogo clínico que consultó era un experimentado terapeuta cognitivo. Sin embargo, Tom no lo sabía. Acudió a él sólo porque alguien en la oficina comentó que este psicólogo había ayudado a un amigo que estaba ansioso todo el tiempo. (Tom no le había dicho nada a su colega acerca de su interés en buscar un terapeuta).

En la primera sesión, después de un breve intercambio de palabras, el terapeuta comentó, “Platíqueme acerca de sus preocupaciones. ¿Pór donde cree que debemos comenzar?” El terapeuta le hizo esta pregunta porque esperaba que ella estimulara a Tom a tomar la iniciativa, más que a que respondiera de manera pasiva a una serie de preguntas específicas que él pudiera formularle. Quería que Tom narrara la historia con sus propias palabras. El relato fue acerca de un hombre que sentía que su vida era una constante batalla por la sobrevivencia. Desde esta perspectiva, es un mundo de todos contra todos, un mundo en el que no se puede confiar en otras personas y donde debes cuidarte de los que quieren aprovecharse de ti. Comentó que vivir en un mundo así, además de ser incómodo, le provocaba dos cosas: estar enojado todo el tiempo y sentirse deprimido.

Mientras contaba su historia, Tom mencionó algunos ejemplos de lo que quería decir con “un mundo de todos contra todos”: no se podía confiar en nadie. Las personas trataban de conseguir lo que deseaban y para ello dirían y harían lo que fuera necesario. Algunos ejemplos que proporcionó incluyeron a su padre, que le mintió a Tom acerca de una situación en la que a él le hubiese gustado hacer algo; cierta persona que conoció en la preparatoria que todo el tiempo decía a Tom —y a otros estudiantes— que no era necesario estudiar fuerte para el examen de un profesor en particular con el fin de que sus propios exámenes (para los que sí estudió con dedicación) se vieran mejor; y un vendedor de ropa que le dijo que el traje talla 38 que deseaba venderle a Tom se le veía muy bien, a pesar de que Tom sabía que su verdadera talla era 40 o 42. Como resultado de estas experiencias, Tom comentó que se sentía como si no pudiera relajarse ni un minuto; siempre tenía que estar en guardia.

Después dijo que muchas veces no sabía cómo enfrentar los esfuerzos de los demás para aprovecharse de él. En algunos casos, lo único que podía hacer era escuchar a la otra persona e ignorarla. Por ejemplo, no compró el traje. Pero si era necesario hacer algo, hacía lo que le pedían, o bien, no lo hacía y les explicaba el por qué.

Esto podía llevar a Tom a reclamarle a la otra persona y decirle que mentía y trataba de manipularlo, acabando así en una discusión o incluso, en una pelea. Estar siempre listo para una pelea dejaba a Tom exhausto. Lo desgastaba y lo deprimía. No quería vivir así por el resto de su vida.

En algún momento de la primera sesión, Tom dijo: “Desde que me acuerdo, me he preocupado que me estafen o me extorsionen. Pienso que se remonta a cuando era niño. Mi madre siempre estaba discutiendo por dinero, dinero, dinero y mi padre sentía que tenía que hacer todo para conseguirlo. Siempre llegaba a casa con historias de estafas, de alguien estafando a otro, o de alguien que quería estafarlo. Ni mi padre ni mi madre lo dijeron nunca, pero hasta donde yo me di cuenta ninguno de los dos dudaría en hacer lo que fuera necesario para conseguir dinero. Además, no confiaban el uno en el otro; siempre estaban escondiendo el dinero. Se puede imaginar las terribles peleas que tenían cuando alguno de los dos descubría lo que el otro estaba haciendo. Supongo que es fácil darse cuenta por qué siempre estoy en guardia.”

Su problema de “estar en guardia” era mucho mayor cuando se encontraba en el trabajo. Sentía que su jefe trataba de que trabajara principalmente con propiedades que tenían algún problema que dificultaba su venta. También pensaba que su jefe sólo se interesaba por ver qué ventaja sacaba de él y no le preocupaba su situación como persona. Tom tampoco confiaba demasiado en el resto de las personas con las que trabajaba. Con frecuencia se presentaban disputas acerca de la forma en que debían dividirse las comisiones. Tom mencionó que no sólo estaba en guardia durante el trabajo sino cuando iba a comprar algo. Por ejemplo, recientemente fue a una zapatería donde el vendedor trató de venderle un par de zapatos que no le quedaban bien. Estaba seguro de que esto había sucedido porque el vendedor debía cobrar una comisión más alta por la venta de esos zapatos y no de otros modelos. Tom se lo dijo al vendedor y salió furioso de la tienda.

Cuando restaban 15 minutos de la sesión, el terapeuta se dio cuenta de que había cierta información básica que Tom no le había proporcionado, como si era soltero, casado o divorciado. Cuando le preguntó acerca de esto, Tom le respondió con rapidez. Dijo que estaba sano, que había comenzado en el campo de los bienes raíces desde algunos meses atrás y que estaba casado y tenía dos niños, de tres y de seis años. Describió a su esposa e hijos como las personas más importantes de su vida. Amaba a su esposa y dijo que había tenido mucha suerte por su maravillosa vida familiar.

Casi cinco minutos antes de que finalizara la sesión, Tom dijo: “Creo que debo decirle que no sólo me enoja,

algunas veces exploto. Un pequeño ejemplo de esto fue lo que sucedió con el vendedor de zapatos. Pero, desde luego, el vendedor de zapatos no significa nada para mí y no me importa lo que piense. Sin embargo, he tenido que dejar tres trabajos antes de éste, bien sea porque dejé que alguien lo tomara (una vez los dejé tomarlo físicamente) o bien porque el jefe consideró que yo era una influencia negativa para el resto. El trabajo que tengo ahora tiene potencial y quiero tener éxito en él. Pero, como ya le comenté, siento preocupación respecto de mi jefe y otras personas de la oficina.”

Al final de la sesión, el terapeuta presentó algunas conclusiones tentativas. Una era que Tom necesitaba tanto aceptación como afecto. Tom necesitaba saber que el terapeuta se daba cuenta de la presión bajo la que se encontraba, particularmente con respecto a su nuevo empleo y su necesidad de ser un buen proveedor para su familia. Otra conclusión tentativa fue que la visión del mundo de “todos contra todos” era influida por un conjunto de pensamientos automáticos distorsionados, pensamientos que Tom no decidía tener sino que surgían automáticamente para apoderarse de él. Por último, el terapeuta vio la importancia de reforzar y ayudar a que Tom se reforzara a sí mismo para superar sus pensamientos automáticos.

Tom visitó al terapeuta 15 sesiones más durante las cuales sucedieron varias cosas. Quizá lo más importante fueron los esfuerzos del terapeuta para llevar a Tom al punto en donde pudiera empezar a cuestionarse acerca de algunos de sus pensamientos distorsionados automáticos, ideas desadaptativos y esquemas negativos. El punto central de todo esto fueron los pensamientos de Tom acerca del mundo de todos contra todos y de estar en guardia todo el tiempo. El terapeuta se concentró en dos aspectos. En primer lugar, hizo saber a Tom que entendía el estrés y la infelicidad que le provocaban estos pensamientos. Sus comentarios relacionados con lo que Tom experimentaba y la forma en que se sentía acerca de su experiencia, tenían la intención de comunicar aceptación y empatía. En segundo lugar, aprovechó todas las oportunidades que se le presentaron para hacer preguntas a Tom acerca de la validez de sus pensamientos automáticos. Todo esto lo hizo de forma amable. Las preguntas nunca fueron de confrontación o acusatorias y el enfoque normalmente no se hizo de acuerdo con la opinión del terapeuta, sino más con lo que Tom pensaba acerca de las observaciones del terapeuta.

Cuando estaba por finalizar una sesión, el terapeuta le pidió que preparara una lista que debía traer para la próxima sesión de las personas en las que Tom confiaba completamente, personas que, en realidad, se preocupaban por él. No resultó una sorpresa ver a su esposa en

la lista, pero Tom también incluyó a muchas otras personas. Una de ellas fue el sacerdote de la iglesia a la que pertenecían. Otra fue el hombre del puesto donde Tom compraba su periódico todas las mañanas; además, también aparecía su médico. En la lista se incluían personas con las que Tom ya no tenía contacto pero que le habían agradado mucho en algún momento de su pasado. Una de estas personas era Edmund Burk, que había sido su amigo durante dos años en la preparatoria antes de que la familia de Edmund se mudara a otro estado. Cuando Tom le dio la lista al terapeuta, emplearon una gran cantidad de tiempo hablando acerca de cada persona. ¿Cómo conoció Tom a cada uno? ¿Qué lo hizo sentir que esa persona era confiable y estaba interesada en su bienestar? Tom comentó que estaba impresionado por el número de personas que aparecían en la lista (12) y la calidez de sus sentimientos hacia cada una de ellas. También dijo que, aunque incluir a su esposa en la lista era algo obvio, se sintió un poco sorprendido de algunas de las otras personas, cuando menos en términos de la intensidad de sus sentimientos positivos hacia ellas. En términos de tiempo, el más prolongado correspondió al sacerdote y a Edmund Burk. Esta inclusión intrigó especialmente a Tom porque no había tenido contacto con él desde hacía 20 años y no tenía idea de dónde se encontraba.

Al hablar acerca de Edmund, Tom mencionó la disposición de éste a compartir el almuerzo con él o de prestarle dinero, además de su obvio deseo de hacer cosas en conjunto. Ocasionalmente tenían diferencias, y en algunos casos, discusiones, pero siempre habían logrado solucionar sus problemas.

El terapeuta comentó que la lista era muy interesante y que Tom debía tener algo que despertara en otros sentimientos positivos hacia él. Dijo que no parecía que todos los aspectos de la vida de Tom pertenecieran a la variedad de todos contra todos. Se cuestionó qué habría hecho Tom para despertar una simpatía tan genuina por parte de los demás. Éste le contestó que nunca había entendido la forma en que la gente se comportaba con él y la forma en que él se comportaba con ellos. Entonces, hizo lo que el terapeuta consideró una observación muy reveladora: probablemente sus ansiedades acerca del dinero y de ser estafado afectaron la forma en que se comportaba en situaciones en las que estaba involucrado el dinero. Comentó: "Quizás el dinero es para mí lo que el color rojo es para el toro."

A lo largo de las sesiones, el terapeuta le hizo otras preguntas "¿Está pensando en términos de todo o nada? ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esta idea? ¿Está sobresimplificando lo que sucede en la relación que acaba de describir? ¿Está poniendo las cosas de tal ma-

nera que la otra persona se pondrá en guardia? El propósito de estas preguntas era ayudar a Tom a considerar todos los lados de una situación, no sólo lo que deseaba que sucediera o lo que él consideraba que debía suceder. Conforme estas preguntas se fueron convirtiendo en una realidad para Tom y él se volvió más empático hacia las personas con las que interactuaba, sintió que sus relaciones, de alguna manera, habían mejorado. A medida que pasó el tiempo, se dio cuenta de que la forma en que se comportaba con otras personas estaba relacionada con las ideas y esquemas de su mundo cognitivo, y que los esquemas no estaban enterrados en concreto, es decir, que podían revisarse y replantearse.

Conforme fue cuestionándose más acerca de sus motivos y necesidades y de los motivos y necesidades de los demás, Tom dejó de sentirse tan seguro de por qué las personas decían o hacían algunas cosas y se volvió más abierto a otras posibilidades. Resultó muy difícil trabajar con su jefe en un proyecto de bienes raíces o un contrato sin asumir de entrada que éste quería aprovecharse de él. Pero Tom persistió. Al hacerlo, tomó conciencia de algunas cosas que podían disgustar a las personas. Puso como ejemplo una ocasión reciente en la que se acercó a su jefe para comentarle sobre el plan que tenía en mente de comprar un terreno para la construcción de viviendas. Había presentado el plan, en el que había trabajado durante dos semanas, y se enojó cuando el jefe hizo algunas preguntas acerca de lo que deseaba hacer y hasta dónde quería llegar haciéndolo. Aunque se sintió enojado, Tom logró contenerse. Después se dio cuenta de que algunos de los puntos que el jefe había expuesto podían haberse visto como críticas, pero que en realidad eran enfoques alternativos que en algunos casos tenían mucho sentido. Vio de nuevo a su jefe al día siguiente y le dijo que había pensado en su conversación del día anterior y se había dado cuenta de que le había ofrecido una serie de buenas ideas. Tom le dio las gracias.

Casi al final de la terapia, Tom no había metido una carrera, pero sí había conectado algunos sencillos y dobles. Sintió que él y su jefe tenían una mejor relación, más amigable, libre y sobre todo más productiva, incluso había buen humor en sus conversaciones. Cuando la terapia llegó a su fin, Tom dijo que tenía la intención de estar más atento a lo que aportaba a las relaciones así como a lo que las otras personas le daban. Dijo que no sentía que fuera cierto que todos estaban buscando fastidiarlo y recordó a Edmund Burk y al sacerdote que no sólo no querían fastidiarlo, sino que lo apreciaban y, de hecho, habían tratado de ayudarlo. Tom sintió que ya no se enojaba ni perdía los estribos con tanta facilidad como antes.

Comentarios del terapeuta de Tom

“Tom no está ‘curado’. Hay muchísimo de sí mismo que no ha explorado. Sin embargo, al menos en un aspecto ha realizado avances. Está menos seguro de los motivos de los demás. Antes de la terapia simplemente aceptaba que todas las personas con las que trataba querían aprovecharse de él. No enfocaba su atención en la solidez del apoyo que recibía o había recibido de su esposa, de Edmund Burk, del sacerdote y de forma menos significativa del hombre del puesto de periódicos. Traté de dirigir su atención al lado positivo de sus relaciones personales. También intenté hacerlo pensar en lo que él aportaba a las relaciones con otras personas, especialmente sus sospechas acerca de los motivos de éstas y su creencia de que lo único que deseaban era aprovecharse de él. Pienso que al final de la terapia la autoestima de Tom iba en ascenso.”



Cada uno de estos casos es único. Los desafíos que enfrentaron los tres profesionales clínicos además de ser complejos involucraron muchas variables que interactuaban entre sí. Sin embargo, Kevin, Garrett Cross y Tom Martin tienen en común su aparente mejoría. Esto no significa que estén “curados” y que no puedan presentar problemas similares o diferentes en el futuro. No significa tampoco que hayan sido tratados los principales problemas a los que se enfrentan. Aunque los resultados de los casos parecen ser favorables, existe una cierta cualidad indeterminada en cada uno de ellos. De esta forma, reflejan el “mundo real” con todas sus ambigüedades y giros inesperados e impredecibles. Lo que sucedió en la terapia de Garrett Cross lo ilustra de una forma muy positiva. ¿Podría alguien pensar que el uso de la palabra “homenaje” pudiera poner en movimiento pensamientos y acciones que parecían haber jugado un importante papel en el mejoramiento de Garrett? Como muestran los comentarios del terapeuta de Garrett, la idea de un homenaje luctuoso para Marge fue un evento fortuito que fue aprovechado.

Los tres casos no son representativos de las muchas interacciones clínicas que se presentan todos los días en los consultorios. No pueden serlo. Existen tantos enfoques terapéuticos, tantos profesionales clínicos y tantas personas que necesitan ayuda para problemas específicos y generales que es imposible englobarlos en tres casos, o incluso en varias veces ese mismo número. Sin embargo, estos casos reflejan la naturaleza de la labor clínica: personas con problemas y profesionales clínicos luchando por transformar la desadaptación en adaptación. Los terapeutas de Kevin, Garrett Cross y Tom Martin no volaban a ciegas. Tenían orientaciones teóricas. Aunque tuvieron que tomar ciertas decisiones instantáneas basados en un conocimiento imperfecto, emplearon ciertos principios de organización que jugaron papeles importantes en la forma en

que trataron los casos. La terapeuta de Kevin estuvo sumamente influida por la convicción de que su relación con su pequeño paciente era la matriz que podía ser el punto de partida de un crecimiento positivo. El terapeuta de Garrett Cross consideró como su principal desafío el hecho de ayudarlo a integrar la tragedia de la muerte de su esposa a su vida actual de manera que ésta pudiera continuar con menos tensión de la que tenía en ese momento. El terapeuta de Tom Martin vio el esquema cognitivo de Tom como, en cierto sentido, el creador de su mundo de todos contra todos, y que su modificación lograría sacarlo de ese mundo. Sus perspectivas teóricas llevaron a los tres profesionales clínicos a ver sus casos de cierta manera, a tomar decisiones concernientes a lo que se requería hacer, y decidir cuáles técnicas podían ser eficaces. Además, trajeron consigo sus propias personalidades. Los tres casos proporcionan algo de riqueza, desafío y cualidad idiosincrásica de la empresa terapéutica. Nos sugieren también la necesidad de describir, comprender y evaluar lo que está sucediendo en el escenario terapéutico.

Todas las relaciones terapéuticas tratan de proporcionar a los pacientes ciertos ingredientes que faltan en sus vidas. Sin importar cuál sea la orientación terapéutica, todos los profesionales clínicos deben tratar con el estado psicológico del paciente y sus expectativas de recibir ayuda. Todos los terapeutas intentan conformar cierta clase de relaciones terapéuticas de apoyo. Todos los profesionales clínicos tienen que montar un ambiente de solución de problemas, comunicar el punto de vista que tienen sobre los problemas que se les presentan y ayudar a sus pacientes a encontrar soluciones para esos problemas.

En el capítulo 2 se describieron los principales enfoques teóricos sobre la conducta desadaptada y se mencionaron algunas de sus implicaciones clínicas. Se explicaron las “terapias habladas” como el psicoanálisis y la asesoría centrada en el cliente, en donde las conversaciones entre el terapeuta y el paciente son el vehículo para lograr el cambio; terapias cognitivo-conductuales como la desensibilización y el desarrollo de habilidades sociales y confianza para utilizarlas, lo que involucra la aplicación de principios cognitivos y de aprendizaje en situaciones clínicas especialmente estructuradas; y terapias biológicas como medicamentos tranquilizantes, antidepresivos o antipsicóticos y tratamientos electroconvulsivos cuyo objetivo es lograr un cambio en la conducta a través de medios físicos.

Los tres casos que abren este capítulo sirven para dos fines. Uno es demostrar que las teorías hacen una diferencia: influyen en 1) las preguntas que formulan sobre sus pacientes y sobre ellos mismos, y 2) las estrategias terapéuticas que siguen. El otro es dejar en claro que los terapeutas tienen que ser capaces de pensar con los pies en la tierra y responder a ideas no previstas y muchas veces confusas que sus pacientes pueden expresar. De hecho, a pesar de la exclusividad de cada caso, existen algunas preguntas generales acerca de la naturaleza de las intervenciones terapéuticas y sus efectos que requieren de consideraciones especiales. Algunas de estas preguntas son:

- ¿La mayor parte de los diferentes enfoques terapéuticos tienen elementos en común? En caso afirmativo, ¿cuáles son?

- ¿Por qué una terapia en particular es eficaz para ciertos tipos de problemas pero no para otros?
- ¿La combinación de diferentes enfoques terapéuticos da mejores resultados que la utilización por separado de cada uno de ellos?
- ¿Cuál es el proceso mediante el cual surge el cambio terapéutico?
- ¿Sobre qué base deben realizarse los juicios acerca del éxito de los esfuerzos terapéuticos?
- ¿Hasta qué punto se pueden investigar las cuestiones relacionadas con estos esfuerzos?

En las siguientes páginas se intentará responder a éstas y otras preguntas acerca de las terapias para enfrentar la conducta desadaptada, y se tratará de separar lo que se conoce de aquello que todavía es desconocido. Se enfocará la atención en lo que funciona, por qué y bajo qué circunstancias. Se indagará acerca de la naturaleza del cambio personal.

Al igual que en estos tres casos con los que dio inicio el capítulo, el caso de un hombre de 54 años que participó en un estudio clínico del tipo descrito en el capítulo 1 ilustra la importancia de pensar acerca de la naturaleza del cambio terapéutico. El objetivo del estudio era evaluar un nuevo medicamento contra la depresión. El estudio, que duró 12 semanas, tenía un grupo de control al que se le administraba placebo. También era doble-ciego, que quiere decir que ni el paciente ni los terapeutas sabían si las píldoras que estaban tomando los pacientes tenían los ingredientes activos o eran simples placebos.

La respuesta durante la primera semana fue modestamente positiva. En la semana 3 estaba especialmente feliz, diciendo que no se había sentido así en 5 años. Fue clasificado como "notablemente mejorado", sin síntomas de depresión desde la semana 4 y hasta la terminación del estudio.

Era un hombre solitario que sabía que necesitaba una sólida relación heterosexual para sostenerse. Cinco años antes de entrar al estudio, había encontrado a la única mujer a la que había amado. Debido a que ella se encontraba en medio de un doloroso proceso de divorcio y a lo ardiente de sus declaraciones de amor, ella dio por terminada la relación después de dos meses.

Durante su primera semana en el estudio, se sintió un poco mejor y decidió llamarla. Para su sorpresa, ella le dijo que "quizás deberíamos trabajar en nuestra relación". Tuvo una cena con ella y se mostró encantado de que deseara seguir viéndolo. Se relajó, dejó de preocuparse y dejó de permitir que las cosas pequeñas continuaran atormentándolo. Atribuyó su cada vez mejor humor particularmente al "destino", y a que ella estaba lista para verlo de nuevo. Admitió muy a su pesar que él había sido quien diera inicio a la espiral de eventos asociados con el mejoramiento de su estado de ánimo.

Este hombre estaba recibiendo un placebo, no el medicamento para la depresión. ¿Qué provocó su mejoría? Ciertamente no fue el contenido de las píldoras que estaba tomando. Un hecho relevante es que el estudio en el que participaba fue realizado en una clínica. Cada vez que asistía a la clínica para un nuevo suministro de píldoras tenía que ponerse en contacto con un profesional clínico

que le preguntaba cómo iban las cosas. Nunca sabremos en realidad por qué se presentó la mejoría en este caso. Puede haber sido una remisión espontánea, esto es, que el paciente simplemente había mejorado sin necesidad de un tratamiento activo. Esto parece poco probable ya que la depresión que sufría tenía mucho tiempo. La mejoría puede haber sido debido a que su participación en el estudio clínico le hizo albergar esperanzas de que mejoraría. Las preguntas de los profesionales clínicos acerca de cómo se sentía pueden haber servido de mucho apoyo, dada la soledad en que se encontraba. La esperanza creada al ir a la clínica y conocer al profesional le dieron el suficiente valor para intentar reiniciar la relación romántica que tanto deseaba. Este intento fue por su cuenta y de hecho los contactos clínicos parecen haber jugado simplemente un papel facilitador. Su mejoramiento muestra la necesidad de 1) evaluaciones bien controladas de las terapias y 2) un número lo suficientemente grande de participantes para que las mejoras inesperadas de las personas que se encuentran en condiciones de placebo no imposibiliten el efecto que pudiera tener cualesquiera de los efectos terapéuticos de la condición experimental.

Para sentar las bases de una discusión sobre la forma en que las terapias se evalúan, se comparan y en algunas ocasiones se combinan, es necesario revisar los diferentes enfoques terapéuticos. Sin embargo, antes de comenzar la revisión hay que hacer notar el gran número de personas que, cada año, recibe tratamiento por problemas psicológicos. La terapia con medicamentos se utiliza para la depresión, ansiedad, esquizofrenia y otros problemas de millones de personas en el mundo todos los años. Con el desarrollo de medicamentos cada vez más eficaces, el uso de la terapia con medicamentos ha aumentado enormemente año con año durante los pasados cincuenta años. Antes de eso, había muy pocos medicamentos eficaces. La psicoterapia se ha utilizado desde mucho tiempo antes que los 50 años de los que hablamos y sigue utilizándose ampliamente. Más de 3.5% de los habitantes de Estados Unidos (cerca de ocho millones de personas) visitan al año a los profesionales de la salud mental. (Olfson y cols., 2002) La gran mayoría de estos pacientes asisten a menos de 20 sesiones y a muchos de ellos se les recetan medicamentos para mejorar su estado. Los trastornos del estado de ánimo (principalmente la depresión) son el diagnóstico más común para los pacientes de psicoterapia, muchos de los cuales también toman medicamentos antidepresivos.

Psicoterapia

Todas las formas de **psicoterapia** implican intercambios entre un paciente y un terapeuta. Estos intercambios, que son no verbales y verbales, tratan de comprender lo que se encuentra en la mente del paciente. Después, esta comprensión se utiliza como base para los esfuerzos por cambiar las formas inadaptadas de pensar, reaccionar ante las situaciones y relacionarse con los demás, que tiene el paciente. En el transcurso de su trabajo, y sin importar sus orientaciones teóricas, los psicoterapeutas deben realizar tres labores: 1) escuchar; 2) entender y 3) responder. El terapeuta escucha al paciente con el objeto de conocer sus preocupaciones. Escuchar cumple con dos funciones: permite que el terapeuta conozca los temas

que el paciente trata en forma espontánea y proporciona la información pertinente para las hipótesis del terapeuta sobre los problemas del paciente. Escuchar ofrece una base para que el terapeuta comprenda el concepto que tiene el paciente de sí mismo y su perspectiva del mundo.

Al escuchar y comprender, el terapeuta puede responder. La respuesta puede ser una pregunta que se dirige a obtener mayor información o puede ser un comentario. Este último debe ser una interpretación de lo que sucede en la sesión o en las relaciones interpersonales del paciente. Como se demostrará a través de nuestra revisión, existen muchos tipos de psicoterapia que difieren en cuanto a sus bases teóricas, objetivos y técnicas. Sin embargo, también existen similitudes importantes.

Terapia psicodinámica y psicoanálisis

Mientras que el psicoanálisis, basado en la teoría de Sigmund Freud, puede muy bien describirse como el abuelito de virtualmente todas las formas de psicoterapia, su mayor influencia la ha ejercido en el campo de la terapia psicodinámica que incluye diversos enfoques. Un **psicoanálisis** requiere en promedio de dos a cinco años, normalmente, con cuatro o cinco sesiones por semana. El paciente se acuesta en un diván y el terapeuta se sienta a su lado pero fuera de su línea de visión para evitar que el paciente se distraiga del proceso de **libre asociación**. No deben ser más de cinco o seis mil personas al año las que se someten en Estados Unidos al psicoanálisis tradicional.

Por lo general, la **terapia psicodinámica** se realiza con el paciente y el terapeuta sentados uno frente al otro o casi frente al otro. Se alienta al cliente para que revise las relaciones anteriores con sus padres y otras personas importantes, pero el terapeuta también dirige la atención hacia las situaciones que enfrenta en la actualidad. Se espera que el paciente lleve la mayor parte de la conversación, mientras que el terapeuta psicodinámico incluye, de manera ocasional, frases aclaratorias para ayudarlo a comprender la dinámica del problema que lo llevó a buscar ayuda profesional.

Una característica importante del psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica es la **transferencia**, esto es, el desplazamiento por parte del cliente del afecto y sentimientos de una persona importante (madre, padre, cónyuge) a otra, específicamente al terapeuta. En la **transferencia positiva**, el paciente se siente predominantemente amigable y cariñoso hacia el terapeuta mientras que, en la **transferencia negativa**, predomina la hostilidad. La **contratransferencia** se refiere a las reacciones emocionales del terapeuta hacia un paciente. Para el éxito del tratamiento es importante que el terapeuta esté consciente de las reacciones de contratransferencia. El psicoanalista debe analizarse a sí mismo debido a la creencia de que su autoentendimiento aumentará la conciencia que tiene respecto de las reacciones contratransferenciales.

La comprensión de la vida o "**insight**" es una de las principales metas del psicoanálisis y de la psicoterapia debido a la creencia de que a medida que las personas adquieren una visión más realista de sus motivaciones y de las necesidades de los demás, se incrementa la posibilidad de presentar un cambio conductual.

Después de varios meses de hablar de su esposo como un hombre exigente y dominante que siempre estaba deprimido, Rose Francis, de 50 años de edad, señaló a su terapeuta: "Sabe?, creo que en realidad no me agrada". Había un tono de maravilla y sorpresa en su voz al decir esto. Después de reconocer los fuertes sentimientos hacia su esposo, la señora Francis encontró que era posible identificar y simpatizar con algunas de las preocupaciones de su esposo. Pudo ver el mundo a través de sus ojos. La oportunidad de decir a su terapeuta: "Sabe?, creo que no me agrada", permitió que Rose aceptara mejor a su esposo de lo que lo había aceptado durante años. Obtener un "insight" de los sentimientos negativos con frecuencia permite que un individuo sea más objetivo acerca de la situación que dio lugar a esos sentimientos en un principio. En este caso, Rose pudo hacerse a sí misma la pregunta: "¿Por qué se comporta conmigo como lo hace?", la cual le permitió pensar sobre los comportamientos específicos en la situación, en lugar de pensar en sus sentimientos de enojo.

Aunque el "**insight**" de Rose Francis relativo a su visión de su marido parecía influir en su actitud hacia él, la naturaleza de la relación entre el "**insight**" y el cambio de conducta no queda muy claro. Algunas veces, cuando se alcanza el "**insight**" se produce directamente un cambio de conducta, mientras que en otras ocasiones parece no tener relación con lo que la persona hace y la forma en que vive su vida. El paciente de la figura 3-1 puede estar alcanzando cierta comprensión de la vida, pero este logro no parece modificar su conducta.

Recuerdos recuperados En general, los terapeutas orientados psicodinámicamente están de acuerdo en la importancia de hacer consciente lo inconsciente. Tratan de que el paciente recu-



Figura 3-1 El "**insight**" no siempre conduce a un cambio de conducta.

FUENTE: Cartoon Features Syndicate.

pere los recuerdos reprimidos en un esfuerzo por lograr este objetivo. Pero, ¿son correctos los *recuerdos recuperados*? Debido a que el material relacionado con el trauma muchas veces pertenece a la primera infancia, puede ser difícil demostrar de manera objetiva que dichos recuerdos son ciertos. ¿Sucedieron realmente los acontecimientos traumáticos que recuerda el paciente o pueden ser tan sólo su respuesta a las sugerencias del terapeuta de que los eventos sucedieron o pudieron haber sucedido? Debido a la posibilidad de que los recuerdos, supuestamente reprimidos, sean falsos, muchos autores han cuestionado la validez de la idea del levantamiento de la represión. La falibilidad y maleabilidad de la memoria son aspectos conocidos por todo el mundo que tiene un recuerdo vivo de la fiesta de su tercer cumpleaños destruida por una granulosa película doméstica. Una mala situación actual de vida (por ejemplo, estar en un matrimonio lleno de resentimiento) y la necesidad de explicarla, pueden distorsionar los recuerdos de una persona. Además, las creencias del terapeuta acerca de las causas de los problemas psicológicos de las personas pueden también distorsionar los recuerdos y dirigir los pensamientos de una persona hacia una dirección en particular.

Los recuerdos recuperados acerca de abuso sexual durante la infancia y otras experiencias traumáticas pueden ser correctos, pero lo que muchas veces falta es la evidencia objetiva de su validez. Sin este tipo de verificación, no es posible afirmar si estos recuerdos son correctos o se deben a la intervención terapéutica o al funcionamiento de la mente del paciente o del terapeuta, o algún otro factor. Dichas posibilidades dejan claro que un desafío significativo que enfrentan los psicoterapeutas psicodinámicos y los investigadores es: ¿Cuándo se puede confiar en los recuerdos? En la actualidad, el recuerdo de las cosas que pasaron puede ser un proceso misterioso, con realidades y mitos mezclándose en una imagen vívida, aunque posiblemente incorrecta. Es importante que los terapeutas hagan preguntas sobre el abuso infantil desde una posición neutral, y que las personas que buscan un psicoterapeuta deben asegurarse que sea un profesional con licencia que tenga la capacitación y experiencia en los aspectos por los que se busca tratamiento.

Hipnosis La hipnosis es el enfoque que aceptan algunos psicoterapeutas como un medio para recuperar los recuerdos reprimidos y ayudar a los pacientes a enfrentarlos. La **hipnosis** involucra un proceso de inducir un estado parecido al trance, en el cual la persona que se hipnotiza es receptiva a las sugerencias que hace el hipnotizador. Además de esta receptividad, el estado hipnótico se caracteriza por un estado alterado de conciencia en el cual parecen aumentar al máximo la atención y concentración focalizadas. La persona que está hipnotizada parece estar muy atenta a la experiencia interna durante la sesión de hipnosis. Algunos psicoterapeutas emplean la hipnosis con varios propósitos: sugerir cambios específicos en el pensamiento o comportamiento, como ayuda en la psicoterapia (por ejemplo, para ayudar a que un paciente supere la ansiedad o maneje las ideas que le molestan) y para aumentar la relajación. A pesar de que la técnica se ha empleado durante años en el aspecto clínico, la investigación sobre la hipnosis apenas empieza. Existe una gran controversia acerca de lo que en rea-

lidad es la hipnosis y debido a su éxito para inducir estados que parecen involucrar relajación, ha despertado el interés de los terapeutas conductuales, así como de los psicoterapeutas.

En la actualidad se sabe que la hipnosis es un estado alterado de la conciencia; un estado intenso de alerta en el cual la mente puede eliminar el material extraño y concentrarse en detalles particulares. El trance hipnótico se caracteriza por una extrema susceptibilidad a la sugestión. Permite que las personas suspendan el razonamiento lógico y recurran a fuerzas psicológicas que por lo general no manejan a voluntad. La concentración y el aumento de la sugestibilidad del estado hipnótico ayudan a que el individuo acepte las instrucciones del terapeuta y aborde los problemas con mayor rapidez.

Aunque el estudio científico de la hipnosis es un desarrollo relativamente reciente, se ha aprendido mucho acerca de cómo funciona y sus efectos. En la actualidad sabemos que hay grandes diferencias entre las personas respecto de su susceptibilidad a la hipnosis. Se han reportado casos de amnesia posthipnótica. Esto es, si se le ordena a un paciente que olvide lo sucedido durante la hipnosis, algunos individuos sugestionables muestran una ausencia de recuerdos hasta que el hipnotista les indica que pueden recordar. Debido a que la hipnosis no parece ser un estado psicológico distinto y debido a que los sujetos hipnotizados y no hipnotizados muchas veces se comportan de forma idéntica, los psicólogos han tratado de entender la hipnosis en términos de dichos procesos psicológicos como disociación, imaginación y representación.

Terapias humanistas y existenciales

Las **terapias humanistas** dan importancia al deseo por parte de las personas de lograr el respeto de sí mismas. Los **terapeutas existenciales** hacen hincapié en la necesidad de confrontar ciertas preguntas básicas sobre la existencia, como: ¿Cuál es el significado de mi vida? ¿Me escondo de mí mismo? Un aspecto en común de los enfoques humanistas y existenciales es su enfoque en la experiencia del cliente en una situación de terapia, y la visión de que cada persona es experta en lo que se refiere a su experiencia única en la vida. Estos enfoques intentan alentar el potencial de crecimiento de las personas, la autodeterminación y la elección. Sostienen que la base del cambio de conducta radica en una nueva conciencia y la creación de nuevos significados. Estos enfoques terapéuticos comparten el punto de vista de que una relación eficaz con el terapeuta es crucial para lograr este cambio.

La terapia centrada en el cliente La **terapia centrada en el cliente** es uno de los mejores ejemplos de la terapia humanista. Como mencionamos en el capítulo 2, Carl Rogers, el creador de esta terapia, consideró que el individuo busca el crecimiento personal pero necesita el apoyo de un terapeuta que lo aprecie y acepte. El terapeuta es un facilitador no directivo que alienta la autoexploración del cliente y sus esfuerzos por lograr mayor madurez y confianza en sí mismo. Mientras que en la terapia psicodinámica tradicional la relación terapéutica (que incluye la transferencia y contratransferencia) y las interpretaciones del terapeuta ayudan

a los pacientes a resolver los problemas personales, en la terapia centrada en el cliente un terapeuta que no emite juicios facilita el proceso de autocomprensión, pues sirve como espejo para el cliente.

Los terapeutas centrados en el cliente hacen hincapié en la importancia de una **aceptación incondicional**, una aceptación libre de juicios y empatía por parte de los terapeutas. Mientras que un terapeuta conductual debe concentrarse en lograr que los clientes cambien su conducta, un terapeuta rogeriano debe enfocarse en proporcionar un ambiente en el que ellos se sientan libre para expresar sus pensamientos y sentimientos. Los terapeutas centrados en el cliente suponen que una atención incondicional positiva aumentará la autoaceptación y el autoconocimiento del cliente, lo que logrará que éste cambie su conducta.

Terapia Gestalt La **terapia Gestalt** se centra en las percepciones que los pacientes tienen de sí mismos y del mundo. Se basa en el reconocimiento de que las personas organizan en forma inconsciente sus percepciones como una *Gestalt*: un todo significativo e integral. Un terapeuta Gestalt emplea varias técnicas, que incluyen la representación de papeles en un esfuerzo por estimular al cliente para que exprese sus emociones fuertes. Fritz Perls, el creador de la terapia Gestalt, hizo hincapié en la relación entre las percepciones distorsionadas, las motivaciones y las emociones. A diferencia de la mayoría de los terapeutas humanistas, que destacan la importancia de las consideraciones positivas incondicionales para con el cliente, Perls (1969) creía que la labor principal del terapeuta era frustrarlo, hacerlo que se sienta lo suficientemente enojado como para luchar contra sus conflictos con autoridad y, por lo tanto, desarrollar los sentimientos de autoestima. Perls sostenía que, en lugar de tratar de reconstruir los antecedentes de las relaciones del paciente con otras personas como se hace en la terapia psicodinámica tradicional y el psicoanálisis, el terapeuta debe dar importancia a las experiencias del paciente en todo momento conforme progresa cada sesión.

Psicoterapia cognitiva

La conversación es el principal vehículo mediante el cual la **psicoterapia cognitiva** trata de lograr el cambio. Sin embargo, este medio está dirigido hacia los errores cognitivos más que a descubrir recuerdos escondidos o psicodinámicas (ver la figura 3-2). Debido a que las opiniones, creencias e interpretaciones por lo regular se forman con base en la evidencia, adecuada o inadecuada, también podemos suponer que la evidencia puede modificar las creencias. En realidad, es probable que la psicoterapia ofrezca una de las pocas situaciones en las cuales los individuos se ven alentados a pensar de manera sistemática sobre sus creencias, sobre todo en aquellas que tienen de sí mismos. Varios planteamientos psicoterapéuticos comparten el supuesto de que el comportamiento inadaptado es un producto de las condiciones y percepciones irreales. Las distintas terapias cognoscitivas utilizan tácticas diferentes para dar una nueva dirección a la forma en que las personas consideran e interpretan sus experiencias, pero por lo general todas rechazan el hincapié freudiano en el poderoso papel de los impulsos inconscientes (ver la tabla 3-1).



Figura 3-2 ¿Es éste el mundo real? Si este hombre piensa que merece que se le reciba todo el tiempo como si se tratara de un héroe, podría necesitar ayuda para lidiar con la desilusión que sentirá al no ser recibido como un héroe conquistador.

FUENTE: © The New Yorker Collection 1987 Ed Frascino de cartoonbank.com. Todos los derechos reservados.

En su ampliamente utilizada terapia, Aaron Beck hace hincapié en las ideas irracionales que contribuyen a generar los sentimientos de depresión y los pensamientos de suicidio. Básicamente, el enfoque consiste en una búsqueda cooperativa dentro de la validez de las falsas creencias que los pacientes tienen de sí mismos, el mundo en su conjunto y el futuro (El terapeuta de Tom Martin utilizó este enfoque). Por ejemplo, a un paciente que cree que es un individuo despreciable puede animársele a ofrecer evidencia que apoye ese punto de vista y después pedirle que considere posibles interpretaciones alternativas de dicha evidencia. La tabla 3-2 enumera los cuatro pasos cognitivos que utilizan los terapeutas para ayudar a sus pacientes a controlar los pensamientos negativos.

Terapia racional-emotiva La **terapia racional emotiva** dirige también la atención del paciente hacia las ideas incorrectas y el pensamiento de autoderrota. Este pensamiento se basa en ideas arbitrarias e inexactas sobre sí mismo y los demás. Con frecuencia, está marcado por una preocupación por los “deberes”: “Debo ser siempre amigable con la gente”, “No debo desilusionar a mis padres”, “Debo tener mucho éxito”. En la terapia racional emotiva los *deberes* se consideran causas de activación emocional que, si se mantienen en un nivel demasiado alto durante mucho tiempo, dan como resultado un desgaste psicológico y físico. Los terapeutas que aplican este planteamiento creen que la mayor parte de estos deberes de autoderrota y otros se inculcan desde la niñez y hay una tendencia a aceptarlos sin cuestionarlos. De modo que la terapia racional emotiva tiene dos objetivos: hacer que las personas se cuestionen estas creencias fundamentales pero erróneas y después cambiarlas por otras más constructivas (Ellis y Dryden, 1997).

TABLA 3-1

Elementos principales de la terapia cognitiva

1. **Presentación de la exposición razonada al paciente.** El terapeuta explica al paciente que los estados emocionales se derivan de la interacción de eventos y de la interpretación que el individuo hace de ellos. Las emociones se experimentan como respuesta a un evento en particular o a un tipo de evento como una función de interpretación hecha en el momento en que se lleva a cabo el evento o anticipándose a él.
2. **Intervención de corto plazo.** El número de sesiones de terapia es normalmente de 20 o menos. Uno de los fines del enfoque a corto plazo es facilitar la motivación y mantener una orientación centrada en el problema.
3. **Enfoque aquí y ahora.** Sin implicar que el material histórico es irrelevante o carente de importancia, un enfoque de aquí y ahora dirige la atención a la necesidad de interrumpir el círculo vicioso de la conducta, estado de ánimo y pensamientos desadaptativos. El hincapié se hace en identificar y atender los pensamientos y creencias relacionadas con los problemas y creencias que el paciente trajo a tratamiento.
4. **Colaboración paciente-terapeuta.** El paciente y el terapeuta trabajan juntos para identificar y dar seguimiento a los problemas, generar y aplicar estrategias para el cambio y evaluar la utilidad de las estrategias.
5. **Preguntas y tarea.** A través del cuestionamiento, el terapeuta trata de exponer el esquema cognitivo del paciente que contribuye a alimentar los problemas conductuales y agudizar el bajo desempeño. Las tareas toman la forma de 1) mantener registros diarios del estado de ánimo, la conducta y los pensamientos disfuncionales; 2) realizar experimentos informales que prueben la validez de los pensamientos, ideas y creencias de los pacientes; y 3) aplicar el esquema cognitivo recién adquirido a las situaciones de vida real.

Durante el curso de la terapia, el terapeuta racional emotivo en realidad demuestra las maneras en que las autoverbalizaciones irreales pueden crear o empeorar los problemas emocionales. El terapeuta también pregunta y contradice en forma activa las ideas erróneas e irracionales del paciente y sugiere formas alternas de pensar. Con frecuencia se utiliza la representación de papeles, con el terapeuta demostrando las consecuencias conductuales de los distintos tipos de creencias.

Terapia interpersonal La *terapia interpersonal* fue originalmente diseñada para personas que sufren de depresión. Debido a su éxito con este grupo, su uso se ha extendido a otro tipo de problemas. Normalmente se lleva a cabo en sesiones de 50 minutos durante 12 a 16 semanas. El primer paso es una entrevista estructurada que aborda los síntomas, historial familiar y eventos actuales y re-

cientes en la vida del paciente. Después, el terapeuta hace un diagnóstico tentativo y lo comenta con el paciente de manera que se pongan de acuerdo en un plan de terapia (Weissman y cols., 2000).

Los terapeutas interpersonales están especialmente interesados en las relaciones interpersonales que juegan un papel en los pensamientos o en el estado de ánimo de una persona. Por ejemplo, algunas personas deprimidas se sienten abandonadas y desesperanzadas porque experimentan un retraso o una forma de duelo. Sus vidas pueden haber cambiado de forma radical después de una separación matrimonial o de una muerte en la familia. Los terapeutas interpersonales están atentos también a mencionar disputas que puedan involucrar expectativas incompatibles de personas que están continuamente en compañía de otros: esposos y esposas, padres e hijos, amigos, compañeros de trabajo, etc. La palabra *disputa* puede resultar engañosa, ya que las expectativas de conflicto normalmente no se hacen explícitas y la hostilidad resultante se ve perpetuada por una comunicación ineficiente así como por diferencias irreconciliables. Los terapeutas interpersonales presentan estas cuestiones sólo si el paciente las da a entender, pero el terapeuta debe escuchar con mucha atención, porque muchas personas están tan preocupadas por sí mismas que difícilmente pueden notar las expectativas y preocupaciones de otros. Cuando resulte adecuado, el terapeuta interpersonal ayuda al paciente a reinterpretar quejas y examinar pensamientos y sentimientos suprimidos. Otras cuestiones con las que tienen que tratar los terapeutas interpersonales es el papel que juegan las transiciones de roles (por ejemplo, mudarse, graduarse, el nacimiento de un hijo) y los déficits interpersonales (que se reflejan muchas veces en aislamiento social).

Psicoterapias breves

Ya se mencionó que la mayoría de las psicoterapias tienen una duración relativamente corta (entre 12 y 20 sesiones). Durante los años recientes, se ha presentado una fuerte tendencia a limitar la

TABLA 3-2

Cuatro pasos para identificar errores cognitivos y controlar los pensamientos negativos

1. **Reconocer errores en el pensamiento:** tomar nota de la tendencia de la persona a sobregeneralizar, a brincar a conclusiones, a tener expectativas poco realistas.
2. **Distanciarse uno mismo:** separarse uno mismo lo suficiente de los errores cognitivos de manera que puedan ser examinados y evaluados de forma realista.
3. **Aceptar la evidencia positiva:** evitar la interpretación errónea o la negación de los eventos positivos; aceptar elogios o invitaciones.
4. **Desafiar los pensamientos negativos:** cuestionar y evaluar los supuestos que subyacen en los pensamientos negativos.

duración de la psicoterapia. Un factor que contribuye a dar solidez a esta tendencia es el crecimiento de los programas de seguros de salud que pagan por la psicoterapia del paciente, pero establecen un límite al número de sesiones que se pagarán. Gran cantidad de estos programas, a los que en muchas ocasiones se conocen como “cuidado administrado”, fueron introducidos en los ochenta para que redujeran los costos de cuidado sanitario. Un factor clave en la reducción de costos es el requerimiento de que el programa de seguros revise y apruebe las intervenciones recomendadas por los profesionales clínicos.

Las terapias breves normalmente tienen metas específicas como ayudar a la persona a enfrentar un problema que lo presiona o un evento estresante en su vida (por ejemplo, la muerte de un ser querido). Hoy en día, muchos terapeutas que realizan terapia breve utilizan diversas técnicas y enfoques teóricos.

¿Qué tan eficaz es la psicoterapia?

Muchos grupos participan en la evaluación de la eficacia terapéutica. Los pacientes, sus familias, terapeutas, investigadores, compañías de seguros, legisladores y planeadores de servicios de salud mental, todos ellos desean saber acerca de su eficacia.

Un enfoque útil para evaluar la eficacia terapéutica es preguntarle al cliente, esto es, al paciente. Esto es exactamente lo que hizo la revista *Consumer Reports* al encuestar a una muestra amplia de sus 4 millones de suscriptores. Se seleccionó aleatoriamente a 184 000 lectores enviándoles un cuestionario que incluía preguntas relacionadas con los servicios de salud mental. Veintidós mil lectores devolvieron el cuestionario. De éstos, 31% reportaron haber buscado ayuda por problemas emocionales en algún momento de los tres años anteriores. Las fuentes de ayuda fueron variadas e incluyeron familiares, amigos, clérigos y profesionales de la salud mental (como psicólogos y psiquiatras).

Con respecto a los servicios proporcionados por profesionales de la salud mental se encontró una serie de hechos interesantes (Seligman, 1995). La mayoría de las personas que respondió pensaba que se sentía mucho mejor como resultado de su experiencia en terapia, tan es así que 87% reportó sentirse mejor en el momento de la encuesta. Las que recibieron terapia de largo plazo (dos años o más) reportaron más mejoría que las que se sometieron a terapias de corto plazo. Sin embargo, los porcentajes de mejoramiento también fueron muy altos en el caso de las personas que se sometieron a terapias de corto plazo. No parece haber existido una diferencia significativa entre las personas que recibieron psicoterapia más medicamento y las que recibieron sólo psicoterapia. Tampoco parecen existir diferencias significativas entre los diferentes tipos de psicoterapia. Las personas que respondieron y cuyas opciones de terapeuta o de duración de tratamiento estaban limitadas por “cuidado administrado” reportaron menos mejoría que las que no tenían esa limitación.

Al mismo tiempo que parecen ser alentadores, estos resultados positivos no son definitivos respecto de la eficacia de la psicoterapia. Proporciona información sólo desde una perspectiva, la de los pacientes. Los lectores de *Consumer Reports* pueden no ser representativos de la población de Estados Unidos en su conjunto.

Además, sólo una pequeña proporción de los suscriptores que recibieron el cuestionario lo devolvió, así que los contestadores pueden no ser siquiera representativos de los suscriptores. Además, los que describieron su estado mental antes de empezar terapia necesariamente tuvieron que confiar en su memoria de acontecimientos que sucedieron muchos meses antes, recuerdos que pueden haber estado distorsionados por lo que sucedió más tarde. Para obtener una imagen más exacta de los resultados de la terapia, las investigaciones futuras deben comparar la percepción del grado de mejoría de los pacientes con las de los terapeutas, y comparar también el efecto de las preguntas planteadas de diferente forma en las respuestas proporcionadas.

Debido a la cantidad de terapias psicológicas, es obvio que los investigadores que estudian estas áreas destinan su trabajo a las mismas. Obtener información sobre la eficacia terapéutica no es fácil por varias razones. Por ejemplo, los terapeutas individuales difieren en su habilidad para llevar a cabo terapias particulares. Además, algunas terapias quizá sean más eficaces con ciertos tipos de pacientes que con otros. Como ya vimos, la psicoterapia no es un proceso sencillo que se aplica a un solo problema. La investigación sobre la terapia mejora a medida que los estudios incrementan su grado de complejidad e incorporan factores más importantes en sus diseños de investigación. Por muchas razones, los investigadores no pueden realizar estudios sobre la eficacia de las distintas terapias de la misma forma que, por lo regular, se llevan a cabo los estudios de laboratorio. La tabla 3-3 resume algunas de las diferencias prácticas entre estos tipos de estudios.

Antes de que se lleve a cabo un proyecto de investigación, debe existir un acuerdo sobre cómo medir los resultados. Por ejemplo, supongamos que un investigador intenta evaluar la eficacia de las distintas terapias diseñadas para reducir la tendencia a las alucinaciones. Una forma de medir la variable dependiente sería contar el número de veces que las personas informan tener experiencias alucinantes. Pero es probable que las personas tengan alucinaciones que no reportan o pueden inventar esas experiencias sólo para tener algo que reportar. De modo que, en tanto que algunos clínicos confían en que la frecuencia de las alucinaciones reportadas es un indicador razonable de la tendencia general a alucinar, otros pueden no estar satisfechos con estas conclusiones.

En cualquier investigación, todos los grupos de sujetos deben ser tan similares o iguales como sea posible antes de que el experimento comience. Los terapeutas de los distintos grupos también se deben poder comparar. La mayor parte de los estudios de las técnicas de terapia comparan un grupo de personas que recibe tratamiento con uno o dos grupos que no lo reciben. Pero esas comparaciones no muestran la forma en que los individuos incluidos en el grupo se ven afectados por los aspectos específicos del tratamiento. Los clínicos también necesitan saber la manera en que los cambios en el comportamiento del paciente se relacionan con lo que el clínico hace o dice.

Debido a que estas complejidades y a pesar de cientos de estudios de investigación, existen desacuerdos acerca de la eficacia relativa de las diferentes terapias psicológicas. Los investigadores con diferentes criterios y expectativas han obtenido diferentes resultados a partir de dichas comparaciones (Kazdin, 2003).

TABLA 3-3

Diferencias entre los estudios experimentales de laboratorio y la evaluación de la terapia

Factor	Estudio de laboratorio	Psicoterapia
Variables independientes	Por lo general se define de manera clara	Compleja, con frecuencia difícil de definir de manera clara
Variables dependientes	Por lo general se define de manera clara	Con frecuencia comprende un conjunto complejo de respuestas que cambian con el tiempo
Situación experimental	Bien controlado	No es posible evitar los sucesos inesperados
Otras situaciones	Por lo general, los investigadores no se preocupan por lo que le sucede al sujeto fuera de la situación experimental	El terapeuta se interesa en los resultados para el paciente fuera de la situación de terapia.

Meta-análisis La técnica conocida como **meta-análisis** puede utilizarse también para resumir los resultados de muchos estudios. El meta-análisis comprende: 1) agrupar los estudios en los cuales las condiciones de tratamiento se comparan con una condición de control que no recibe tratamiento en una o más medidas de los resultados; 2) determinar de manera estadística los efectos terapéuticos en los distintos grupos con el uso de las medidas disponibles; y 3) promediar los alcances de los efectos de todos los estudios que el investigador desea comparar. De esta forma, los grupos que reciben psicoterapia se pueden comparar con los grupos de control que no reciben tratamiento y los grupos que reciben otros programas terapéuticos, como la desensibilización sistemática y la modificación de conducta. La figura 3-3 ofrece un ejemplo de un meta-análisis

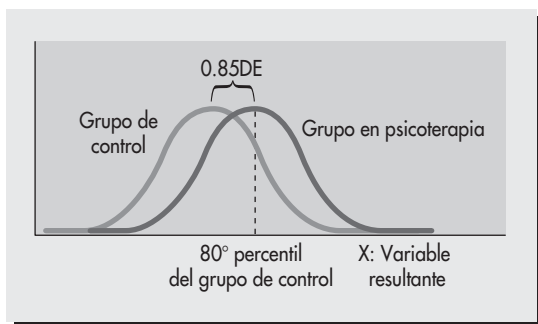


Figura 3-3 El meta-análisis involucra la combinación estadística de muchos estudios separados y, en muchas ocasiones, sumamente diferentes. Esta figura ilustra los hallazgos generales de un análisis que combinó 475 estudios de eficacia terapéutica. La persona promedio en el grupo tratado tuvo desviaciones estándar de 0.85 por encima de la media del grupo de control en las medidas utilizadas para evaluar el resultado terapéutico. Esta diferencia es muy grande cuando se compara con los efectos de muchas intervenciones experimentales utilizadas en la psicología o la educación. Por ejemplo, reducir el tamaño de un salón de clases a la mitad provoca un incremento en logros con una desviación estándar de 0.15, y el efecto de nueve meses de instrucción en lectura muestra una mejoría en las habilidades de lectura con una desviación estándar de 0.67.

FUENTE: M. L. Smith *et al.* (1980), p. 88.

de 475 estudios sobre los efectos de la psicoterapia. Este meta-análisis mostró que el paciente promedio que recibe terapia generalmente se sintió mejor en 75% de los casos comparado con las personas que no recibieron tratamiento y fue mejor también con respecto al alivio del miedo y la ansiedad en 83% con respecto de los controles no tratados (M.L. Smith y cols., 1980), resultados posteriores muestran que los pacientes que reciben psicoterapia tienen mejores resultados que las personas en los grupos de control no tratados. Se sigue debatiendo el hecho de si el meta-análisis es la mejor forma de responder preguntas acerca de la eficacia terapéutica.

El enfoque en meta-análisis se concentra en la **magnitud del efecto**, que se refiere al nivel promedio de los beneficios del tratamiento. Muestra qué percentil alcanzarían los pacientes en cuanto a resultados si sus calificaciones, después del tratamiento, fueran colocadas en una distribución de frecuencias hecha con las calificaciones de individuos del grupo control. Después de calcularse la magnitud del efecto de cada estudio, puede obtenerse un promedio. Este enfoque hace posible la comparación de estudios que difieren de manera muy importante, lo cual incluye el problema tratado, el tipo de terapia utilizado y la edad y género de los individuos incluidos en el estudio. Aunque esta forma de combinar las investigaciones es útil porque los estudios de terapia, debido a los altos costos involucrados, normalmente se limitan a un pequeño número de participantes, quedan pendientes muchas preguntas específicas acerca de qué es lo que produce los efectos útiles.

El meta-análisis ha permitido a los investigadores llegar a conclusiones útiles acerca de algunos de los factores involucrados en la psicoterapia. Por ejemplo, ¿existe alguna diferencia en el hecho de que el paciente y el terapeuta sean o no de la misma raza? Maramba y Hall (2002) hicieron un meta-análisis de estudios en los que el paciente pertenecía a la misma raza o a una diferente y no encontró nada de importancia con respecto a los pacientes que abandonaban prematuramente la terapia después de sólo unas sesiones. Concluyeron que los terapeutas de todas las razas eran capaces de cubrir de manera competente las necesidades de pacientes con diversas etnias. Veremos más adelante que la personalidad y estilo clínico del terapeuta puede ser tan importante, o quizás

más, que el tipo de terapia utilizado. Esta opinión puede sostenerse también en el caso de la raza del terapeuta.

Los estudios de meta-análisis incrementan cada día más su nivel de complejidad debido a que los investigadores no quieren recibir críticas por mezclar estudios que no son similares. Los resultados del meta-análisis son más difíciles de interpretar si la magnitud de los efectos se ponen juntos. Quizá la crítica más fuerte al meta-análisis es que las comparaciones de estudios que son metodológicamente débiles pueden añadir algo a una evaluación final de los efectos terapéuticos. Por otro lado, el meta-análisis de estudios más rigurosos y homogéneos pueden probar ser muy ilustrativos. Por desgracia, son tantos los factores relevantes para los resultados de la terapia que no existen suficientes estudios que los incorporen todos para permitir un meta-análisis más significativo. Por ejemplo, es muy concebible que determinados tipos de terapia utilizados con ciertos tipos de pacientes son altamente eficaces cuando se usan algunas medidas de resultados en lugar de otras. Los resultados pueden ser diferentes si se utilizan otras terapias, pacientes, problemas clínicos y medidas de resultados.

Dadas todas las complejidades relacionadas con la evaluación de la psicoterapia, ¿es posible llegar a conclusiones universales? Por lo general, la psicoterapia juega un papel positivo en las vidas de quienes la reciben (Wampold, 2001). Existe una creciente evidencia de que la psicoterapia es de ayuda no sólo respecto del ajuste personal, sino también para la salud, recuperación de una enfermedad y superar una discapacidad (Bennett, 1996). Por ejemplo, un estudio encontró que la psicoterapia es superior al tratamiento médico usual del síndrome de intestino irritable, un padecimiento marcado por calambres intestinales y diarrea (Blanchard y Malamood, 1996). Por otro lado, la psicoterapia parece jugar un papel positivo en la reducción de los costos de salud (Cumings y otros., 2002).

Ingredientes de la psicoterapia eficaz La evidencia de que en muchas instancias el proceso psicoterapéutico en general, más que una clase específica de psicoterapia, tiene efectos positivos, ha contribuido a generar interés por identificar factores comunes a las diferentes terapias que pueden ser “ingredientes activos”. Se ha puesto un interés especial en que concuerden las variables paciente-terapeuta y las variables del terapeuta. La habilidad del terapeuta para infundir esperanza a las personas contrariadas puede tener una especial importancia.

La investigación acerca de la naturaleza de las terapias psicológicas ha explorado las características, actitudes y conducta del paciente y del terapeuta, además de la técnica terapéutica utilizada. Lo que sucede en las sesiones de terapia puede caracterizarse en términos de la operación de dos conjuntos de factores. Los **factores técnicos** son los procedimientos empleados por el terapeuta que pueden o no coincidir con las descripciones de los procedimientos que se encuentran en libros y manuales. Los **factores interpersonales** se refieren a la química social o a la dinámica de la relación entre el terapeuta y el paciente. Aunque sería conveniente que los factores técnicos fueran los únicos ingredientes en la te-

rapia, los factores interpersonales no sólo son importantes sino que pueden ser una influencia decisiva en el resultado. Por ejemplo, un estudio del tratamiento para trastornos por uso de sustancias encontró que los terapeutas mostraron porcentajes sumamente diferentes de eficacia y que la alta eficacia estaba asociada con sólidas habilidades interpersonales por parte del terapeuta (Najavits y Weiss, 1994).

Si las terapias psicológicas son eficaces para el tratamiento de problemas clínicos específicos, una pregunta importante es: ¿Qué eventos presentes en las sesiones de terapia son los ingredientes activos, los que realmente provocan el cambio? La **investigación del proceso** se ocupa de los elementos de la psicoterapia, es decir, lo que en realidad sucede en la terapia. Esta investigación explora temas como los siguientes:

1. La relación terapeuta-paciente.
2. Los objetivos del paciente y si cambian con el tiempo.
3. Los objetivos del terapeuta y si cambian con el tiempo.
4. El contenido de las sesiones terapéuticas y los cambios de éste con el tiempo.
5. Los tipos de expresión emocional en las distintas etapas del proceso terapéutico.
6. La forma en que el paciente y el terapeuta perciben las sesiones.
7. Si las sesiones se enfocan hacia el logro del “insight” o de la modificación del comportamiento.

Los investigadores que estudian el proceso terapéutico tratan de identificar los sucesos, creencias y actitudes en la psicoterapia que contribuyen a la mejoría del paciente.

Además de proporcionar apoyo y aceptación, los buenos terapeutas dan a sus pacientes la oportunidad de aprender que el mundo no es un lugar de tantos castigos como creen. El terapeuta puede servir como un modelo que no concuerda con las creencias irracionales o pesimistas del paciente sobre la naturaleza de las relaciones interpersonales, como se muestra en el caso siguiente:

Una paciente se quejaba de que no se podía sentir cerca de los hombres. Tenía la creencia inconsciente de que a menos de que accediera por completo a los deseos de un hombre, éste se sentiría insultado y la rechazaría. Pronto empezó a responder ante el terapeuta de la misma manera, retirándose de él por temor a verse forzada a aceptar interpretaciones dañinas o seguir un mal consejo. De modo que, en forma inconsciente, decidió que antes de enfrentar ningún problema tendría que cambiar su creencia sobre la necesidad de sumisión. Alentada por el terapeuta, decidió poner a prueba la creencia por medio de acciones de ensayos.

Una vez puso en duda algunos de los comentarios del terapeuta y se sintió aliviada cuando éste no se molestó: el terapeuta había pasado la prueba. Él señaló el temor exagerado que ella sentía de lastimarlo. Como resultado de ello se sintió menos afligida por su creencia irreal, menos ansiosa y menos a la defensiva. Liberó parte de la represión que había mantenido por la creencia y recordó que su padre solía resentirse siempre que ella lo desafiaba. Después, empezó a desafiar al terapeuta en forma más directa, y, al mismo tiempo, se sentía más capaz de coo-

perar con él. Una vez que supo que no tenía que estar de acuerdo con sus ideas, le agradó y las tomó más en serio. También empezó a sentirse más a gusto con su novio y pudo resolver problemas que antes sentía miedo de enfrentar.

La investigación del proceso de psicoterapia requiere evaluar las habilidades del terapeuta para formar alianzas de trabajo con los pacientes. El estudio de terapeutas, así como los tipos de terapias, es necesario dentro del estudio científico del proceso terapéutico.

Enfoques cognitivo-conductuales

Hasta el momento sólo hemos hablado de aquellas terapias en las que el principal vehículo para tratar a las personas con problemas es el intercambio conversacional. Pasemos ahora a algunos enfoques basados psicológicamente que están más orientados a la acción, dirigidos a cambiar tipos específicos de conducta desadaptada y que por lo general siguen un plan cuidadosamente concebido para fortalecer o debilitar las respuestas meta.

Estos enfoques surgieron originalmente de teorías de aprendizaje relacionadas con la adquisición y extinción de respuestas de conducta. Se limitaron a la conducta, es decir, trataron de evitar los comentarios sobre eventos mentales y se enfocaron en respuestas y estímulos identificables. Cognición, afecto y motivación, debido a que no estuvieron bien dispuestos para dirigir la observación, fueron considerados como fuera del alcance de la búsqueda psicológica por aquellas personas que compartían este punto de vista teórico. Términos como *terapia conductual* y *modificación de conducta* se utilizaron para describir estos enfoques.

Terapia conductual

La **terapia conductual** utiliza técnicas basadas en los condicionamientos operante y clásico para cambiar la conducta desadaptada. La tabla 3-4 expone los supuestos básicos de la terapia conductual. Las técnicas operantes que se emplean en este tipo de terapia dieron origen a una corriente que se conoce como *modificación de la conducta*. La aproximación del condicionamiento clásico dio como resultado una variedad de técnicas de desensibilización que se utilizan para reducir el temor que sienten las personas ante situaciones específicas u objetos particulares. La **modificación de la conducta** se refiere a la aplicación de los principios de aprendizaje operantes para producir un cambio específico en el comportamiento. A pesar de que la modificación de conducta se originó como una técnica basada en el condicionamiento operante, en la actualidad, las combinaciones de aproximaciones conductuales y cognitivas constituyen las estrategias que más se utilizan para implementar los programas de cambio conductual. Los métodos de condicionamiento operante emplean programas de reforzamiento y modelamiento para lograr en forma gradual la respuesta deseada. Se pueden utilizar señales especiales para destacar una situación que requiere de una respuesta en particular. El desvanecimiento se refiere a la eliminación gradual de estas señales especiales cuando ya no son necesarias.

TABLA 3-4

Supuestos básicos de la terapia conductual

1. La mayor parte de la conducta anormal se adquiere y se mantiene de conformidad con los mismos principios de la conducta normal.
2. La mayor parte de la conducta anormal puede modificarse a través de la aplicación de principios de aprendizaje social.
3. Es necesario evaluar los determinantes actuales de la conducta.
4. La mejor forma de describir a las personas es a través de lo que hacen en situaciones específicas de vida.
5. Los métodos de tratamiento son especificados de forma precisa y evaluados objetivamente.
6. El resultado del tratamiento se evalúa en términos de generalización en la vida real y su mantenimiento a lo largo del tiempo.
7. Las estrategias de tratamiento se ajustan individualmente a los diferentes problemas en diferentes individuos.
8. Se hace un extenso uso de la ayuda psicológica, por parte de padres de familia y maestros, entre otros, con el fin de modificar la conducta problema en los escenarios en los que se presenta.

Los reforzadores positivos (como los elogios o el dinero) se emplean para reforzar las respuestas deseadas. La **economía de fichas** es una de las aplicaciones más comunes de los principios operantes para modificar el comportamiento inadecuado. En una economía de fichas, los pacientes reciben como recompensa fichas, como las del póker, por conductas socialmente deseables. Después, las fichas se pueden intercambiar por artículos o actividades deseados. Para eliminar las respuestas indeseables, se pueden utilizar los procedimientos de extinción y castigo. Cuando se emplea el castigo para eliminar una respuesta, es buena idea reforzar positivamente una respuesta alternativa más deseable.

La **biorretroalimentación** es una aplicación de la terapia conductual en la cual el individuo es reforzado siempre que tiene lugar un cambio planeado en el funcionamiento corporal. A través de la biorretroalimentación, el individuo adquiere capacidad para controlar los procesos internos, como la temperatura corporal y el ritmo cardíaco, que se relacionan con la desadaptación.

La terapia conductual ha hecho importantes contribuciones mediante el énfasis en la necesidad de realizar un análisis detallado de la forma en que reaccionan las personas ante situaciones específicas de vida. Se ha demostrado también el valor de la capacitación en habilidades para la terapia, y de especificar los resultados especialmente relevantes de la terapia para cada paciente.

Terapia cognitivo-conductual

A medida que la psicología se movía hacia una dirección cognitiva, quedó claro que los procesos del pensamiento eran con frecuencia tan importantes como las influencias ambientales. Como consecuencia, se desarrollaron intervenciones destinadas a modificar cogniciones que contribuyeran a mejorar la conducta desadaptada.

El término **terapia cognitivo-conductual** se refiere a estas intervenciones que integran las terapias cognitivas y de conducta.

Las terapias cognitivas, como la ideada por Aaron Beck, se desarrollaron dentro de escenarios psicológicos tradicionales. La terapia cognitivo-conductual refleja el interés cada vez mayor por parte de los terapeutas conductuales en las modificaciones cognitivas como medios para influir en las emociones y las conductas. Esta aproximación a la terapia emplea diversas técnicas conductuales, como un programa graduado de actividades, tareas y representación de papeles, junto con un esfuerzo por identificar y modificar las cogniciones irreales. La terapia cognitiva-conductual se basa en la terapia conductual (Dobson, 2001). En años recientes, los terapeutas cognitivos y conductuales han compartido con libertad técnicas entre ellos. Por ejemplo, Beck utiliza ahora las tareas en su trabajo terapéutico.

Componentes de la terapia cognitivo-conductual

En cierto sentido, la terapia cognitivo conductual no se puede definir con tanta facilidad como otras terapias. Los psicoanalistas siempre se enfocan en ciertos aspectos generales de su trabajo con pacientes, por ejemplo, la transferencia. Por otro lado, los terapeutas cognitivo conductuales usarán una o más intervenciones terapéuticas que parecen apropiadas a las necesidades de algunos pacientes en particular. Revisemos algunos de estos componentes terapéuticos.

Entrenamiento en relajación El **entrenamiento en relajación** sirve en muchas ocasiones a las personas que en general están tensas y ansiosas. En un enfoque, el hincapié se hace en aprender a contrastar la tensión muscular con la relajación muscular. En otro, se emplean procedimientos de meditación. Las terapias de relajación parecen ser útiles para diversos trastornos psicológicos, particularmente dolores de cabeza tensionales y migrañas. Sin embargo, no suelen ser suficientes por sí mismas. Estilos de vida, ambientes sociales y visiones del mundo pueden crear o agravar problemas en la vida. Es necesario tratar dichos factores como la calidad y la naturaleza del apoyo social disponible, y las metas de la persona, actitudes y valores. La tabla 3-5 enumera diferentes factores que están relacionados con la conveniencia de utilizar técnicas de relajación en un caso dado.

TABLA 3-5

Factores en que se basa el uso exitoso del entrenamiento en relajación

1. Los problemas de las personas no tienen una base orgánica.
2. La persona no es un psicótico, no está deprimido, ni sufre ataques de pánico.
3. La persona es capaz de asumir su responsabilidad en cuanto a su participación activa en el tratamiento, otorgándole importancia especial a su trabajo en casa.
4. Los miembros de la familia son cooperadores y apoyan el tratamiento de la persona.
5. La persona tiene expectativas razonables sobre la eficacia del entrenamiento.

La investigación en habilidades de relajación requiere de respuestas a dos preguntas: 1) ¿Ha aprendido el individuo habilidades de relajación?, y 2) ¿El uso de estas habilidades conduce a resultados clínicos favorables? Obviamente, si las habilidades nunca se hubiesen aprendido, no habría razones para esperar resultados positivos del entrenamiento en relajación. Es necesario contar con grupos de control apropiados con el fin de que proporcionen una base adecuada para juzgar la eficacia de la capacitación. También es necesario llevar a cabo estudios que exploren la eficacia del entrenamiento en relajación, tanto individual como en combinación con otros tipos de terapia.

La relajación muscular involucra la tensión y después relajación de los distintos grupos de músculos. Se alienta al individuo para que observe las diferencias entre sentirse tenso y sentirse relajado. El entrenamiento para la relajación se utiliza en muchos métodos de parto natural y en el yoga. Las personas que tienen problemas para conciliar el sueño con frecuencia encuentran que los ejercicios de relajación les ayudan a dormirse más pronto. En un principio, los individuos utilizan los ejercicios de relajación sobre todo en situación de terapia. Pero conforme mejoran su habilidad para relajarse solos, se sienten motivados a realizar los ejercicios de relajación en las situaciones estresantes que enfrentan en la vida diaria.

En el entrenamiento para la relajación que abarca la **meditación**, el individuo aprende a concentrarse en un pensamiento, sensación, palabra, objeto o estado mental. Algunas técnicas son muy activas y requieren que la persona realice un gran esfuerzo para concentrarse en algo específico. Por ejemplo, ciertas técnicas de yoga requieren que la persona que las practica mantenga posiciones específicas y controle en forma deliberada su respiración u otras funciones del organismo.

Terapia de exposición La **terapia de exposición** se basa en el principio de que la exposición continua a los estímulos que provocan ansiedad la reduce a niveles controlables, a la vez que disminuye las respuestas fóbicas. La **exposición** consiste en un acercamiento gradual hacia una situación que provoca ansiedad. En esas condiciones, la ansiedad que se experimenta en la situación se mantiene en un nivel relativamente bajo (ver la figura 3-4).

La exposición a situaciones que provocan temor es una de las formas más eficaces para superar el miedo. Sin embargo, se obtienen resultados positivos sólo si los pacientes están dispuestos a exponerse a situaciones que les causan temor. A pesar que la **exposición in vivo** (estar en realidad en la situación) por lo regular funciona mejor, la **exposición fantaseada** (imaginar que está en la situación) también da buenos resultados. El tratamiento de exposición es apropiado para reducir muchas respuestas emocionales desagradables o que no ofrecen ninguna ventaja. Si el tratamiento es eficaz, por lo general se puede observar una mejoría en cinco o seis sesiones.

La **inundación** es una forma de terapia de exposición en la cual se expone al paciente a una cantidad abrumadora de estímulos que provocan ansiedad y no se termina sólo porque el paciente experimente un nivel elevado de tensión. En la abrumación, la sesión clínica está saturada con pensamientos e imágenes atemo-



Figura 3-4 Aunque este niño originalmente se sentía asustado por el perro, después de una serie de experiencias en las que vio cómo los demás acariciaban a un perro amistoso y de varias experiencias en la que fue acercándose cada vez más sin que se produjera ninguna reacción negativa, estuvo preparado para acercarse totalmente y acariciarlo.

rizantes con la esperanza de que las respuestas emocionales a éstos desaparezcan al “consumirse”. Si esto sucede, se dice que ocurrió la **extinción**.

En la **terapia implosiva**, el paciente experimenta niveles de ansiedad cada vez más altos a través de la presentación de escenas con comportamientos y situaciones que había evitado en el pasado. La imaginación que se utiliza en el tratamiento pretende representar las áreas de conflicto que se cree que son la fuente de la conducta de evitación. El material que se emplea en esta terapia tiende a ser mucho más intenso que el que se emplea en la inundación.

La **desensibilización sistemática** combina el entrenamiento conductual (relajación muscular) con la actividad cognitiva. Empieza con la inducción del estado de relajación. Mientras el paciente está relajado, imagina escenas que se relacionan con su temor específico. La desensibilización empieza con escenas o imágenes que sólo crean un temor leve. Se motiva al paciente para que se concentre en la conservación del estado de relajación mientras imagina esas situaciones. Una vez que es capaz de conservarse relajado, se presentan escenas cada vez más atemorizantes en forma progresiva. La tabla 3-6 enumera los cuatro pasos de la desensibilización sistemática. La exposición juega un papel muy importante en el proceso de desensibilización.

La teoría que se encuentra detrás de la desensibilización sistemática es que la respuesta de relajación compite con las respuestas de ansiedad que se aprendieron antes, como los temores y fobias. La investigación ha demostrado que practicar la relajación cuando en realidad están presentes los estímulos que provocan temor (exposición in vivo) produce resultados superiores que si sólo se imaginan los estímulos. La desensibilización funciona mejor con las personas que por lo regular muestran incrementos notorios en la activación fisiológica (por ejemplo, ritmo cardíaco acelerado, palmas húmedas) cuando se exponen a los estímulos que provocan temor.

Modelamiento Con frecuencia, las personas no se dan cuenta de que el hábito controla gran parte de su comportamiento.

TABLA 3-6

Los cuatro pasos de la desensibilización sistemática

1. El terapeuta enseña al paciente habilidades de relajación, como tensionar primero y luego relajar grupos de músculos y, también respirar desde el diafragma.
2. Se construye una jerarquía de miedos del paciente. La jerarquía va desde las escenas imaginadas que dan origen a una ansiedad ligera a escenas que evocan un miedo intenso.
3. Comienza la desensibilización. El paciente se relaja, imagina vívidamente escenas que desatan el miedo comenzando con las que le provocan una ansiedad ligera. La desensibilización continúa a través de escenas cada vez más atemorizantes.
4. El terapeuta anima al paciente a enfrentar los miedos (empezando con los más ligeros) en la vida real.

to. A través del **modelamiento** se les puede demostrar que existen otras formas de hacer las cosas. A pesar de que el modelamiento puede tener lugar cuando un individuo observa a alguien que demuestra las habilidades sociales específicas, también ocurre de manera informal; por ejemplo, cuando los niños imitan a los héroes de los programas de televisión. En las aplicaciones clínicas de este enfoque, las demostraciones por parte de los modelos se combinan con los **ensayos guiados**, en los cuales se anima al individuo para que imite el comportamiento del modelo con la ayuda de éste cada vez que sea necesario. Cuando las personas imitan los comportamientos adaptativos de los modelos, sus respuestas nuevas se fortalecen por medio del reforzamiento positivo. El éxito de un programa de modelamiento depende de varios factores.

1. El detenimiento con el que el observador presta atención al comportamiento modelado.
2. El grado de retención de lo que observa.
3. La habilidad del observador para reproducir el comportamiento modelado.
4. La motivación del observador para adoptar el comportamiento modelado.

El **modelamiento en vivo** comprende la observación directa de un modelo. El **modelamiento participativo**, o **ensayo conductual**, requiere que el paciente practique el comportamiento, con frecuencia en una interacción con el modelo. El **modelamiento simbólico** se refiere a la observación de un modelo que se presenta en forma indirecta por medio de una película, video, cinta de audio o material impreso. El **modelamiento encubierto** es una extensión lógica del modelamiento simbólico, en el cual se pide al individuo que imagine que observa a un modelo y una consecuencia particular.

Al igual que otras terapias cognitivo-conductuales, con frecuencia el modelamiento se combina con otras estrategias. Por ejemplo, mientras refuerza el comportamiento abierto adaptado, el terapeuta puede ayudar a que el paciente adquiera ideas más realistas acerca de las áreas problemáticas. Al dar tratamiento a un problema complejo como el enojo intenso en un niño, el terapeuta es probable que: 1) enseñe a los padres a ser más eficaces al reacc-

cionar ante los berrinches (se puede emplear el modelamiento para lograr este objetivo); 2) ayude al niño a identificar las situaciones y pensamientos que provocan los berrinches; 3) modele respuestas cognitivas y conductuales ante el estrés y la frustración que sean más eficaces que el enojo; y 4) utilice el ensayo guiado y elogios para reforzar el comportamiento adaptado del niño.

La falta de conducta asertiva se relaciona con el déficit en las habilidades sociales o con reacciones emocionales y pensamientos que interfieren. Si están disponibles comportamientos apropiados pero no se presentan debido a la ansiedad, una estrategia útil puede ser aumentar las habilidades del paciente para manejar la ansiedad. El **entrenamiento asertivo** está diseñado en especial para aumentar las habilidades personales necesarias para exigir los derechos propios, como negarse ante peticiones indeseables, expresar opiniones propias y hacer peticiones. El entrenamiento asertivo va precedido de una evaluación detallada de las respuestas del paciente en ciertos tipos de situaciones. La evaluación está diseñada para responder estas preguntas: ¿Qué situaciones le preocupan al paciente? ¿Qué hace por lo regular en estas situaciones? ¿Cuáles son los obstáculos personales y ambientales que impiden una mayor asertividad en estas situaciones?

El modelamiento y el ensayo conductual desempeñan un papel importante en los programas de entrenamiento asertivo (ver la figura 3-5). Se ofrece retroalimentación positiva después de cada ensayo y se dan sugerencias cuando son necesarias. Se utilizan tareas si el cliente está de acuerdo con realizar aquellas que requieren de asertividad fuera de las sesiones de entrenamiento. Si los déficits de asertividad se extienden en una amplia variedad de comportamientos sociales, quizá sean necesarias varias sesiones de capacitación. Sin embargo, si el problema es específico, pueden ser suficientes unas cuantas sesiones.

Un componente particular de la terapia cognitivo-conductual, como el entrenamiento asertivo, puede ser totalmente suficiente por sí mismo para ayudar a alguien a superar un problema específico. Sin embargo, se requiere con frecuencia de múltiples componentes para lograr el éxito terapéutico. El cuadro 3-1 presenta un caso de estudio que involucró varios componentes terapéuticos.



Figura 3-5 El modelamiento y el ensayo conductual pueden ser técnicas eficaces en el entrenamiento asertivo.

¿Qué tan eficaces son los enfoques cognitivo y conductual?

Las intervenciones cognitivo conductuales se concentran en corregir las malas interpretaciones de las personas, reforzar sus habilidades de afrontamiento y los sentimientos de control de su propia vida y facilitar una conversación constructiva consigo mismo o las cosas que por lo regular se dicen las personas al enfrentar distintas clases de situaciones. Por ejemplo, en lugar de decir “Nunca podré hacer todo esto”, podrían decir, “Lo voy a hacer poco a poco”.

Existe cada vez mayor evidencia de que el entrenamiento cognitivo conductual puede ser muy eficaz para ayudar a las personas a superar sus temores e inhibiciones y aumentar sus habilidades de afrontamiento (Brewin, 1996). Si bien el mecanismo mediante el cual esta capacitación lleva a un mejoramiento del comportamiento no se ha descrito por completo, un factor importante parece ser la sensación de autoeficacia por parte del paciente, es decir, su creencia de que es capaz de realizar las tareas. Las sensaciones de autoeficacia aumentan cuando los individuos adquieren nuevas habilidades, que a su vez los alientan a reforzar las propias aún más. Las intervenciones cognitivo-conductuales parecen ser particularmente eficaces en el tratamiento de trastornos en donde la ansiedad y la depresión juegan papeles predominantes (Nathan y Gorman, 2002).

Integración y extensión de las terapias psicológicas

Dos cuestiones que actualmente están en debate respecto de los enfoques terapéuticos por parte de investigadores y profesionales clínicos están relacionadas con 1) la integración de elementos de diferentes enfoques terapéuticos con el fin de realizar el tratamiento más eficaz de los casos individuales y 2) la extensión de enfoques desarrollados por individuos para los grupos. La cuestión de la integración surge de la observación frecuente de que los buenos terapeutas no sólo hacen una cosa, esto es, sus tácticas terapéuticas son muchas veces complejas, es decir, toman ideas de diversas escuelas de terapia. La cuestión de la extensión se relaciona con la posibilidad de que esa terapia de grupo pueda ser tan eficaz como las terapias individuales y, si es así, el trabajo con grupos puede ser más eficiente que el trabajo con individuos, y con ello disminuirá el costo de la terapia.

Enfoques integradores del tratamiento

Sabemos que ciertos enfoques terapéuticos son especialmente útiles para cierto tipo de problemas (por ejemplo, como ya se explicó, las intervenciones cognitivo-conductuales son especialmente eficaces en personas que sufren de ciertos tipos de depresión y ansiedad). ¿Puede ser que la combinación de ciertas estrategias terapéuticas que han surgido de diferentes orientaciones teóricas mejore su aplicabilidad y eficacia? Ésta es una pregunta que se presenta cada vez con mayor frecuencia y la investigación continua debe probar su eficacia para proporcionar información acerca del tipo de aplicabilidad de diversas técnicas clínicas.



CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 3-1

La terapia utiliza diversos componentes cognitivo-conductuales

Lisa, ingeniera mecánica de 29 años, buscó tratamiento por ansiedad crónica y crisis de pánico. Había sufrido sólo dos crisis de pánico, pero tenía terror de sufrir otro. La primer crisis ocurrió cuando estaba en el hospital esperando volver a casa con su nuevo bebé. Más o menos dos semanas después, sufrió otra crisis. En el momento de la segunda crisis, ella y su hija de 7 años se encontraban en casa con el nuevo bebé una tarde de sábado. Su esposo estaba jugando básquetbol con algunos amigos.

La terapia de Lisa duró 15 sesiones. Seis meses después de haber terminado la terapia Lisa no había mostrado recurrencia de crisis de pánico. Fueron varias las cuestiones que surgieron durante el tiempo que el terapeuta la trató. El esposo de Lisa tenía un trabajo que requería pasar fuera dos o tres noches a la semana. Debido a las ausencias de su marido, Lisa tenía dificultad para realizar el trabajo extra que requería para cumplir con las fechas límite de su trabajo. Se sentía frecuentemente abrumada por las circunstancias de su vida.

Lo primero que hizo el terapeuta de Lisa fue darle una cinta de relajación con la sugere-

ncia de que la escuchara varias veces a la semana. El terapeuta pensó que Lisa podría utilizar algunas de las estrategias de relajación que se mencionaban en la cinta para contraatacar la ansiedad cuando ésta se presentara.

En la cuarta semana de terapia, Lisa reportó mucho menos ansiedad. En ese punto, el terapeuta le pidió que mantuviera una bitácora de todos los sentimientos negativos (como la ira). Tras tres semanas de haber iniciado la bitácora, Lisa se presentó a la sesión de terapia diciendo que había notado por primera vez que no se sentía tensa durante las noches en que su esposo estaba fuera. Su esposo, aunque amoroso y bien intencionado, tendía a no ayudar demasiado cuando estaba presente, parecía esperar que Lisa realizara la mayor parte del trabajo de sostener a la familia y de cuidar la casa.

La bitácora de Lisa la llevó a iniciar un diario que le proporcionó dos cambios muy positivos. El primero, se dio cuenta de que necesitaba más ayuda en la casa y contrató a una estudiante universitaria para que le ayudara durante el ajetreo de la cena varias noches a la semana. En segundo lugar,

cuando Lisa describió algunos de los eventos que aparecían en su diario, el terapeuta se dio cuenta de que necesitaba ser más asertiva en algunas ocasiones. Por lo tanto, le ayudó a reestructurar de manera cognitiva algunas de sus creencias. En lugar de creer, "No obtengo nada pidiendo ayuda, nadie me la da", alentó a Lisa a pensar de forma más positiva. Después de que ésta se percató de que podía obtener ayuda si la pedía, durante las sesiones de terapia ella y el terapeuta emprendieron una escenificación de papeles en donde Lisa aprendió y practicó respuestas asertivas. Se dio cuenta de que tendía a pedir muy poco y a dejar a la gente libre de responsabilidades si su solicitud no era atendida inmediatamente.

Este caso ilustra el enfoque de resolución de problemas que aplican los terapeutas cognitivo-conductuales. Después de terminar su terapia cognitivo-conductual, Lisa y su esposo acudieron a 10 sesiones conjuntas. Eso contribuyó al desarrollo positivo de su relación y a la reducción del nivel de estrés.

FUENTE: Basado en Persons (1992).

Los tres casos con los que comenzamos el capítulo sugieren que la combinación de estas técnicas puede ser más común de lo que se cree. Por ejemplo, la perspectiva teórica de la terapeuta de Kevin era sumamente psicodinámica y el uso que hizo de la relación clínica como el vehículo para lograr el cambio fue congruente con ese punto de vista. Sin embargo, además de la aceptación que le mostró, la terapeuta sirvió como un modelo que el niño podía imitar (por ejemplo, siendo paciente y calmada más que explosiva y hostil). También buscó ayudar a Kevin a reorganizar sus esquemas cognitivos de manera que se incrementara su autorespeto y la forma en que funcionaba conductualmente. El terapeuta de Tom Martin practicó la terapia cognitiva y dirigió la atención a los pensamientos automáticos de Tom. Pero, además, mostró aceptación y empatía por la situación de Tom. Por otro lado, empleó con eficiencia la asignación de tareas (la lista de personas hacia las que Tom tenía buenos sentimientos) y, en momentos adecuados, hizo interpretaciones y observaciones acerca de las contribuciones que Tom hacía a las situaciones ante las que se sentía en guardia. El terapeuta de Garrett Cross también tenía orientación cognitiva, pero incorporó diversos elementos a la terapia, por ejemplo, educación en la forma de una explicación del desorden por estrés post-traumático, tareas y reforzamiento positivo de las ideas de Garrett respecto al homenaje luctuoso de Garrett para su esposa.

Lo que sugieren estos tres casos, y lo que las experiencias de terapeutas con diferentes orientaciones teóricas indican, es el valor de la **terapia multimodal** en la que se hace uso de una amplia variedad de herramientas para tratar a los individuos.

Enfoques de grupo

Los terapeutas que sostienen diferentes puntos de vista teóricos pueden ver los enfoques de grupo como vehículos para facilitar la conducta adaptativa. Una característica muy atractiva es que los pacientes pueden aprender por medio de la observación de las conductas adaptativas o desadaptativas de otros miembros del grupo y a través de la comparación de sus propias relaciones con el terapeuta con la de otros miembros (ver la figura 3-6).

Por lo general, la **terapia de grupo** se considera un medio para ampliar la aplicación de los conceptos psicoterapéuticos. Algunos seguidores de la terapia de grupo creen que en realidad puede producir mejores resultados que la individual. Los grupos son en especial eficaces cuando ofrecen a los participantes la oportunidad de adquirir nuevas habilidades sociales mediante el modelamiento. Las oportunidades de ensayar y practicar estas habilidades en el grupo aumentan las probabilidades de que los participantes en verdad utilicen las habilidades recién adquiridas en la vida diaria. Las



Figura 3-6 Los miembros de la terapia de grupo tienen oportunidad de aprender y recibir apoyo de cada uno y del terapeuta.

siguientes se encuentran entre las características de la terapia de grupo que se observan con mayor frecuencia:

1. **Autorrevelación:** oportunidad de hablar al grupo acerca de los problemas y preocupaciones personales.
2. **Aceptación y apoyo:** experimentar una sensación de pertenencia y de ser valorado por los miembros del grupo.
3. **Aclaración de las normas:** aprender que los problemas propios no son únicos ni más graves que los que padecen los demás miembros del grupo.
4. **Aprendizaje social:** ser capaz de relacionarse con el grupo de manera constructiva y adaptativa.
5. **Aprendizaje vicario:** aprender sobre sí mismo mediante la observación de los otros miembros del grupo, incluyendo al terapeuta.
6. **Comprensión de sí mismo:** descubrir el comportamiento propio en el escenario del grupo y la motivación que contribuye al comportamiento.

A pesar de que, en un principio, la terapia de grupo se llevaba a cabo desde una perspectiva psicodinámica, los terapeutas humanistas, cognitivos y conductuales han desarrollado sus propias técnicas de grupo.

La terapia de grupo ofrece una oportunidad para que los miembros observen la forma en que su comportamiento afecta a otras personas y para que reciban retroalimentación importante para ellos. Para aumentar al máximo la probabilidad de que esto suceda, los terapeutas de grupo hacen hincapié no sólo en lo que los miembros revelan de sí mismos, sino también en la forma en que los demás reaccionan ante lo que se dice en el escenario de grupo. El relato siguiente ofrece un ejemplo de este proceso.

John, que por lo regular es un miembro silencioso, abrió una reunión del grupo con una afirmación que planeó con detenimiento sobre el episodio de abuso sexual que experimentó cuando era niño. Relató la historia en forma deliberada sin ninguna expresión. Al terminar, pasaron un par de minutos de silencio, después de los cuales, John dijo, medio en

broma, que no le importaba si el grupo le respondía o no. Pronto, la revelación provocó varias reacciones en el resto del grupo. Otro miembro, Steven, empezó a llorar al recordar una experiencia pasada de acoso sexual y la subsecuente influencia en su identidad sexual. Otros dos miembros le dijeron algunas palabras de apoyo, que cayeron en saco roto, lo que permitió al líder señalar lo difícil que es para Steven aceptar el consuelo de los demás. Alguien más comentó que se sentía confundida por la discrepancia entre lo que reveló John y su forma inexpressiva y ensayada para revelarlo. Mientras, Mary, presentó un grupo de respuestas a John por completo diferentes: sintió que su autorrevelación tan agobiante presionó a otros miembros del grupo para que respondieran de alguna forma. Se sintió molesta por esta presión y pensó que John la manipulaba. Continuó una sesión vívida y con mucha participación sobre muchas variaciones complejas del tema de la autorrevelación. (Vinnogradov y Yalom, 1990, p.191)

¿Cómo afectó a los otros miembros la revelación de John? ¿Cómo se sintió John por su autorrevelación? El líder del grupo alentó a John para que analizara sus sentimientos y comentara el apoyo que le ofrecieron los otros miembros del grupo (tanto el apoyo explícito de los demás como el apoyo implícito de Steven, quien reveló un material doloroso similar). El líder también motivó una discusión acerca de las observaciones de Mary sobre el estilo de John y sus sentimientos de que la manipuló y presionó. Tuvo lugar una discusión productiva, no tanto acerca del contenido del relato de John sobre el abuso sexual, sino acerca del funcionamiento del grupo para manejar la situación. Sesiones posteriores sugirieron que John obtuvo un beneficio tanto por haberse revelado como por aprender la forma en que los demás reaccionaban ante sus revelaciones.

Terapia de grupo cognitivo-conductual Muchos de los creadores de la terapia de grupo se enfocaron en el papel que juegan los procesos psicodinámicos en la forma en que funcionan los grupos. Hoy en día, aunque esta orientación continúa desarrollándose, existen otros tipos de terapia de grupo. Por ejemplo, el centro de atención de la terapia cognitivo-conductual radica en el aumento de las habilidades y el consuelo de las personas en cier-

tas situaciones sociales. Los miembros del grupo representan situaciones sociales específicas que encuentran particularmente difíciles. Con frecuencia, el terapeuta selecciona los temas de la cada sesión con base en el conocimiento anterior de los problemas de los miembros. Es probable que el terapeuta modele formas alternas de manejar estas situaciones. La representación de papeles está acompañada por el reforzamiento social y la retroalimentación y la asignación de tareas a realizar en casa. También se emplean otras técnicas, que incluyen la asignación de tareas graduales, el análisis de tipos específicos de distorsiones que pueden surgir en las interacciones sociales (tales como la generalización excesiva y las imágenes catastróficas) y la discusión de los tipos de cogniciones que tienen influencias negativas y positivas en las situaciones del grupo.

La terapia de grupo cognitivo-conductual es más estructurada que la terapia de grupo que se conduce de acuerdo con la línea psicodinámica. Desde un punto de vista psicodinámico, la psicoterapia de grupo representa una oportunidad de manejar la transferencia en una situación social y comparar las actitudes individuales hacia la participación en un grupo con las de los otros miembros. Con frecuencia, el grupo se considera una extensión de la familia. Por ejemplo, un tema frecuente que surge en la terapia de grupo es la competencia de los miembros del grupo por obtener la atención del terapeuta. Un psicoanalista quizá vea un reflejo de la relación de los miembros del grupo con sus padres y hermanos en su desempeño dentro del grupo. Un clínico con una orientación cognitiva, por otra parte, se interesaría sobre todo en las ideas, con frecuencia irracionales, de los miembros del grupo con respecto de lo que sucede o debe suceder en las situaciones sociales. Los terapeutas centrados en el cliente consideran que el papel del terapeuta en los grupos es básicamente el mismo que en la asesoría individual: en ambas situaciones el terapeuta es un facilitador del crecimiento personal. Los terapeutas cognitivo-conductuales emplean cada vez más técnicas como el modelamiento y el ensayo de comportamientos en los grupos.

Terapia familiar y de pareja En ocasiones, la terapia se concentra en los individuos que ya constituyen un grupo. Dos ejemplos son la *terapia familiar* y la *terapia de pareja*.

Terapia familiar La *terapia familiar* se basa en la idea de que muchos problemas surgen de los patrones de comportamiento familiares y se ven afectados por éstos. Los siguientes son algunos de los problemas centrales hacia los que se dirige una terapia familiar:

1. Incapacidad para resolver conflictos, tomar decisiones o solucionar problemas.
2. Organización caótica o falta de concordancia sobre las responsabilidades.
3. Organización demasiado rígida que da como resultado la incapacidad para responder ante las circunstancias cambiantes y el estrés.
4. Cercanía excesiva hasta el punto de que los miembros de la familia pierden la sensación de individualidad.
5. Falta de lazos emocionales y de comunicación entre los miembros de la familia.



Figura 3-7 Durante las sesiones de terapia familiar, el terapeuta observa la forma en que interactúan los miembros de la familia. Aquí, se vale de lo que acaba de decir uno de los miembros de la familia para ayudar a los otros a ver cómo la forma en que actúa una persona afecta al resto de la familia.

6. Fracaso de los padres para llegar a un acuerdo sobre las prácticas de crianza de los hijos.

En lugar de dar tratamiento a los miembros de la familia en forma individual, el terapeuta motiva a la familia para que trabaje como grupo, esto es, que manejen sus actitudes y sentimientos entre sí, así como la resistencia a cooperar y compartir (ver la figura 3-7). Con frecuencia, la terapia familiar proporciona un escenario valioso para expresar las hostilidades, revisar los lazos emocionales y manejar las crisis. Es importante que el terapeuta sea justo e imparcial cuando hable sobre los desacuerdos entre los miembros de la familia y que tenga en mente que éstas, por lo regular, se caracterizan por una jerarquía en la cual se espera que los padres asuman algún tipo de autoridad y responsabilidad por el comportamiento de sus hijos. El grado de jerarquía puede variar, dependiendo de la filosofía de los padres acerca de la crianza de los hijos y la edad de éstos. Para los adolescentes y adultos jóvenes, un problema importante puede ser que su independencia cada vez mayor requiere de una modificación de la estructura jerárquica.

Dos características frecuentes de la terapia familiar son que 1) son de tiempo limitado y 2) cuando menos al principio se centra principalmente en un problema en particular o en una crisis que enfrenta la familia. El éxito de esta terapia depende de la flexibilidad del terapeuta y de su habilidad para improvisar estrategias terapéuticas útiles. Un terapeuta familiar que trabaje con un individuo que tiene problemas de abuso de sustancias, por ejemplo, debe reconocer y explorar los efectos de las relaciones familiares en la conducta de búsqueda de drogas del paciente y las consecuencias potenciales en estas relaciones donde el paciente pueda lograr y mantener la sobriedad. El terapeuta puede preguntar: ¿Cómo puede el paciente lograr la sobriedad sin un cambio en los patrones familiares de aquéllos que pueden soportar el cambio? En el siguiente caso, relatado por el terapeuta, el problema era un niño de nueve años que se rehusaba a hablar en la escuela y los factores relacionados con esta negativa. Fueron necesarias sólo unas cuantas sesiones, algunas de las cuales se llevaron a cabo en la clínica mientras que otras se realizaron en la casa del niño.

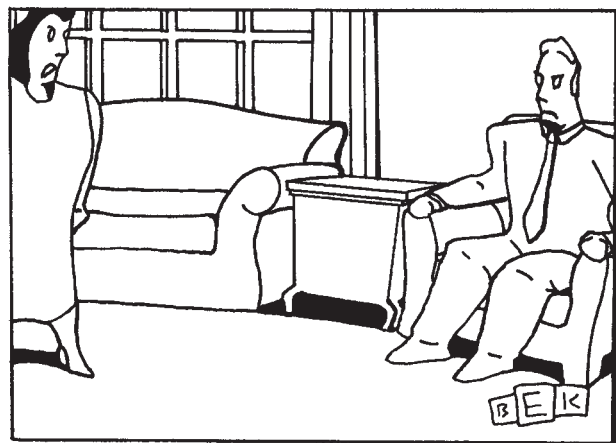
George es un niño de nueve años que se rehusaba a hablar en la escuela. Las autoridades de ésta, que tomaron el caso en sus manos, decidieron que podía ser necesaria su transferencia a una clase especial para niños emocionalmente trastornados. George llegó a la clínica con su madre para ser sometido a una evaluación. En una segunda visita, llegó con una tía; ésta iba acompañada por su hijo de cuatro años. La tía explicó que la madre de George había tenido que trabajar y presentó una gran red familiar muy unida. George vivía con su madre, su hermano pequeño, su abuela y su bisabuela, junto con una tía y sus dos hijos. Su abuela era una de ocho hermanos, muchos de los cuales vivían en el vecindario. Su madre era una de 15 hermanos: había demasiados primos que contar en la generación de George y la mayor parte de ellos vivía en la misma cuadra.

Sostuvimos dos sesiones más, ambas en la casa de George. Habíamos esperado reunirnos con varios miembros de la familia, pero en vez de eso lo hicimos únicamente con la abuela de George. Él era su nieto más grande. Para ella era “Hombre”, el apodo que le había puesto. En la primera sesión pidió que le explicaran el problema, esto es, que George no hablaba en la escuela y que los profesores estaban preocupados de que no pudiera progresar. Contestó que ninguno de los hombres de su familia había sido bueno en la escuela pero que George era inteligente, un líder en el vecindario, y bueno con la computadora que le habían comprado. Dijo también que era probable que George no necesitara desempeñarse bien en la escuela ya que lo hacía bien en la familia. En esa visita, George nos mostró una casa-club que había construido con sus amigos. Nos habló.

Hicimos otra visita. En esta ocasión la familia presentó las siguientes razones por las que George guardaba silencio: en primer lugar, pensaban que el hecho de que George no hablara en la escuela se debía a un acto de protesta por ser enviado fuera de su vecindario con fines de integración, y, en segundo lugar, habían logrado que George les prometiera que si lo regresaban a una escuela de su vecindario, volvería a hablar. Comentaron acerca de qué era lo que podrían hacer en caso de que George no cumpliera con su palabra: su abuela iría a la escuela y le “leería la cartilla”.

Al realizarse el seguimiento cuatro meses después, se encontró que la madre y la abuela de George se habían reunido con funcionarios escolares armadas con una carta de apoyo de la clínica y que George había sido transferido a una clase normal en su vecindario, donde hablaba normalmente.

Si se pudiera elaborar una sola idea para guiar la terapia familiar, es probable que sea la noción de un sistema familiar. La vida humana se puede organizar en forma jerárquica por sistemas de distintos tamaños y complejidad: el individuo, la familia, la sociedad, la cultura. El **enfoque de sistemas familiares** considera a la familia como un sistema que se mantiene por sí mismo y que, al igual que el cuerpo humano, tiene mecanismos de retroalimentación que preservan su identidad e integridad al restaurar la homeostasis (el *status quo* interno) después de un desequilibrio. De manera que un cambio en una parte del sistema familiar con frecuencia se compensa en cualquier otra parte. Las familias tienen mecanismos para adaptarse a las circunstancias cambiantes y, al igual que los individuos, tienen estados de desarrollo que se determinan en forma biológica y social. La terapia de sistemas familiares parece ser particularmente eficaz cuando un niño tiene problemas relacionados con la exteriorización (por ejemplo, robar), el abuso de drogas o algún tipo de trastorno de la alimentación (Cottrell y Boston, 2002).



“Paremos esto antes de que ambos digamos muchas cosas que realmente queremos decir.”

Figura 3-8 Uno de los objetivos principales de la terapia de pareja es ayudarla a hablar sobre sus problemas de una forma abierta, pero racional.

FUENTE: (c) The New Yorker Collection 1996 Bruce Eric Kaplan de cartoonbank.com. Todos los derechos reservados.

La aculturación y el origen racial pueden representar desafíos especiales para los terapeutas familiares (Canino y Insan, 2001). Por ejemplo, las familias de inmigrantes enfrentan problemas relacionados con la adaptación a una nueva cultura y existen muchos conflictos entre las diferentes generaciones de la familia relacionados con la nueva sociedad. A los terapeutas familiares que trabajan con hispanos les preocupa particularmente la necesidad de tratar las cuestiones de identidad personal, papeles de género, los estilos de parentesco de la familia extendida, y expresiones de afecto y sexualidad (Flores y Carey, 2000). Es probable que cuestiones similares se presenten en otros grupos étnicos.

Terapia de pareja Las dificultades maritales contribuyen no sólo a alimentar la infelicidad personal y la inestabilidad familiar sino también a una amplia gama de problemas físicos y de salud mental. La **terapia de pareja** tiene por objetivo ayudar a las parejas a superar sus dificultades y comentar diferencias entre ellos sin tener explosiones emocionales (ver la figura 3-8). Muy seguido, las parejas recurren a la terapia porque una o ambas partes creen que la relación está en problemas y consideran la posibilidad de terminarla por medio del divorcio o la separación. Al consultar juntos al terapeuta, la pareja puede identificar los problemas con mayor facilidad y cambiar la forma en que se relacionan entre sí.

La ventaja principal de la terapia de pareja es que el terapeuta, como observador imparcial, en realidad puede ser testigo de las interacciones de la pareja en lugar de escucharlas de segunda mano y quizá con información subjetiva. Tanto la terapia familiar como la de pareja se pueden llevar a cabo desde una de varias perspectivas. Es probable que la terapia familiar incluya planteamientos conductuales o psicodinámicos. La terapia de pareja casi siempre emplea también un enfoque cognitivo. Sin importar el tipo de terapia de pareja que se practique, una tendencia actual consiste en centrar la atención en aspectos relevantes específicos como ayudar a la pareja a aumentar la comunicación, expresar los sentimientos, ayudarse entre sí y disfrutar de las experiencias que se comparten.

Los terapeutas reportan distintos patrones de síntomas entre las parejas. En algunos casos, cada parte de un matrimonio exige demasiado del mismo aspecto a la otra parte: servicio, protección, cuidado, entre otros. En otros casos los cónyuges combinan los problemas de cada uno al complementarse entre sí. Una parte se hace cargo y la otra se vuelve incompetente: un hombre dominante y distante tiene una esposa “histérica” cuyo comportamiento excéntrico lo hace aún más dominante; una mujer fuerte y que se enoja con facilidad tiene un esposo pasivo y alcohólico que es un objeto apropiado para su enojo, lo cual lo hace aún más pasivo; el esposo de una mujer deprimida e hipocondríaca necesita ser una persona que la cure y la salve. Con frecuencia, la terapia de pareja trata de revelar lo que está oculto, el enojo reprimido de la parte pasiva, los sentimientos de desamparo del salvador.

Cuando una pareja acude a tratamiento, pueden llevarse a cabo los siguientes pasos:

1. Identificar específicamente lo que le gustaría cambiar a la pareja.
2. Identificar cómo podrían saber que se han realizado estos cambios.
3. Identificar patrones en su interacción que perpetúan la situación actual y que, cuando se cambien, apoyarán la situación preferida.
4. Asignar tareas dentro de las sesiones y para la casa que facilitarán el cambio deseado; dando tiempo entre las sesiones para que la pareja intente nuevas formas de estar juntos.
5. Hacer una evaluación de la respuesta del paciente al tratamiento y revisar las metas y planes a medida que avanza la terapia.

Psicodrama En la década de 1920, Jacob Moreno creó una forma de terapia de grupo llamada *psicodrama*. Utilizando técnicas de representación de roles dirigió grupos de niños con actividades improvisadas en los jardines públicos de Viena. Consideraba que cuando se alentaba a los niños para representar los cuentos, en lugar de sólo leerlos o escucharlos, con frecuencia mostraban comprensión y sentimientos profundos. Más adelante, experimentó con una forma de teatro, el “teatro de la espontaneidad”, en el cual se motivaba a los actores a que hicieran uso de sus fuentes internas para crear la acción dramática en lugar de seguir un guión.

Moreno consideró el psicodrama como un medio para expresar las emociones fuertes, adquirir “insight” sobre el comportamiento propio y evaluar de manera realista el comportamiento de los demás. El psicodrama es un tratamiento directivo, pues el terapeuta controla los mecanismos de la situación de terapia. Sin embargo, no lo es en el sentido de que el contenido emocional de las sesiones surge de manera espontánea a partir de las actividades de los participantes.

En el **psicodrama**, un grupo de individuos se reúne bajo el liderazgo del terapeuta (a quien con frecuencia se le llama el director). El grupo representa sucesos de importancia emocional con el objeto de resolver conflictos y liberar a los miembros de las inhibiciones que limitan su capacidad para la actividad espontánea y creativa, en especial la actividad social. Los terapeutas conductuales emplean la representación de roles para ofrecer a los pacientes práctica en las nuevas habilidades sociales, pero en el psicodrama,

la representación de roles tiende a ser más espontánea y se orienta hacia la expresión de emociones fuertes.

¿Qué tan eficaces son los enfoques de grupo?

Al comentar sobre la psicoterapia y las terapias cognitivo-conductuales, se hizo notar que cada enfoque parecía ser eficaz pero que faltaba información respecto de los componentes de tratamiento que eran los “ingredientes activos” y los grupos clínicos para los que ciertas terapias en particular podían ser muy útiles. Por ejemplo, mientras que los enfoques cognitivo-conductuales son muy útiles para las personas que padecen de ansiedad, todavía no se ha demostrado su eficacia con muchos otros grupos clínicos.

La terapia de grupo es todavía más compleja que la terapia individual por el número de personas involucradas. No resulta sorprendente que se sepa menos de sus procesos y eficacia. La falta de acuerdo acerca de los conceptos básicos que subyacen a los procesos involucrados en la terapia de grupo han obstaculizado la investigación sobre su eficacia. Las preguntas acerca de la forma en la que funcionan los tratamientos (y cuándo y por qué funcionan) continúan sin respuesta. Sin embargo, aunque las investigaciones pasadas sobre la eficacia de las terapias de grupo, desde una perspectiva metodológica, han sido débiles, se están volviendo cada vez más rigurosas (Johnson y Lebow, 2000). Cada vez son más claras las descripciones acerca de lo que sucede en los diversos tipos de terapia; se están evaluando tipos de terapia más específicos; se están llevando a cabo más estudios de seguimiento y cada vez son más los esfuerzos para especificar el proceso involucrado en los enfoques de grupo. Un número cada vez mayor de profesionales clínicos e investigadores cree que los enfoques de grupo son prometedores y parecen ser eficaces y eficientes (Diamond y Siqueland, 2001).

Investigación de las terapias psicológicas

Existen más de 400 terapias psicológicas para adultos y más de 200 para niños y adolescentes. Estas terapias se han utilizado para tratar aproximadamente 300 formas diferentes de conducta anormal. No es sorprendente que todavía no tengamos respuestas a todas las preguntas que surgen acerca de las terapias. No obstante, es un paso adelante estar conscientes de las preguntas que requieren respuesta. La tabla 3-7 enumera las principales preguntas para las que los investigadores tratan de encontrar respuestas. Debido a que el futuro de las terapias psicológicas depende de estas respuestas, se mencionarán cuatro de las cuestiones más importantes en la investigación en esta área. La primera está relacionada con las características únicas de tratamientos particulares o comunes a todos los tratamientos; la segunda se refiere a los criterios comunes mediante los cuales se juzga la eficacia terapéutica; la tercera se relaciona con las comparaciones entre los diferentes enfoques terapéuticos; y la cuarta se vincula con la forma en que la diversidad

TABLA 3-7

Preguntas para las cuales los investigadores de psicoterapia tratan de encontrar respuesta

- ¿El tratamiento psicológico produce un cambio terapéutico?
- ¿Qué componentes constituyen el cambio necesario, suficiente y facilitador?
- ¿Qué componentes u otros tratamientos pueden agregarse para mejorar el cambio terapéutico?
- ¿Qué cambios pueden hacerse en el tratamiento para incrementar su eficacia?
- ¿Qué tratamientos son más o los más eficaces para poblaciones o condiciones particulares?
- ¿De qué características de paciente, familia o terapeuta depende la eficacia del tratamiento?
- ¿Qué procesos ocurren en el tratamiento que afectan el desempeño en una sesión y qué puede contribuir al resultado del tratamiento?

cultural y étnica se relaciona con la terapia, un tema que está comenzando a recibir la atención que merece.

Características comunes y únicas de las terapias

Ya hemos señalado que las diversas terapias tienen características comunes y únicas. Un ejemplo de una característica común es la habilidad del terapeuta para infundir esperanza en los pacientes. Esta habilidad, sin tener en cuenta las técnicas terapéuticas formales utilizadas por el terapeuta, es una característica común importante de todas las terapias. Dada la evidencia de que las personas que son tratadas tienden a tener mejores resultados que los controles no tratados, no importa cuál sea la terapia, y que las diferencias en la eficacia de los diversos tipos de terapia con frecuencia no es muy grande, es razonable considerar la posibilidad de que el terapeuta más que el tratamiento *per se*, sea el ingrediente activo. Hasta donde sea posible, la investigación en técnicas de tratamiento tiene que separar los efectos de las características personales del terapeuta y la relación paciente-terapeuta de las que se atribuyen a la técnica empleada. Este objetivo puede lograrse mediante una planeación cuidadosa, uso de métodos estadísticos apropiados y muestras lo suficientemente grandes. Sin embargo, la mayor parte de la investigación realizada hasta la fecha en cuanto al resultado de la psicoterapia ha comparado enfoques terapéuticos particulares y no ha tomado en cuenta a los terapeutas como variables independientes, esto es, como agentes de cambio (Glass y cols., 1998). Otra necesidad en la investigación de psicoterapia es el estudio de diferentes combinaciones de técnicas terapéuticas, tal como se hizo ver con respecto a los tres casos que se presentaron al principio del ca-

pítulo. El desarrollo de manuales de procedimientos que los profesionales clínicos pueden utilizar al aplicar diferentes tipos de terapias ha contribuido a una mejor especificación y estandarización de técnicas terapéuticas (Wilson, 1996). Muchas veces, estos manuales describen programas de tratamiento que han sido evaluados en estudios controlados. Hasta ahora, la mayoría de los manuales de terapia han versado sobre tratamientos conductuales y cognitivos, aunque han sido ideados también para una extensa variedad de terapias. Los manuales ayudan a definir las variables independientes en estudios de resultado de tratamientos y permiten una corroboración independiente sobre si la forma en que se implementó el enfoque de tratamiento fue congruente con las especificaciones del procedimiento. Al mismo tiempo que se incrementan más los esfuerzos para especificar los factores únicos de las terapias, así también crece el interés en determinar los factores que contribuyen a incrementar la eficacia terapéutica que puede ser independiente de, o trascender, los enfoques clínicos particulares que se han tomado.

Resultados terapéuticos

Una de las preguntas más importantes de los estudios de resultados es cuáles deben ser los criterios para el mejoramiento. ¿Qué son más importantes: los cambios en la forma en que se siente y se comporta el paciente o los cambios respecto de lo que piensa acerca de ello? ¿Pueden ser de ayuda las opiniones de los compañeros de trabajo o los familiares del paciente al evaluar la mejoría? ¿Qué tan importante es la evaluación del resultado por parte del terapeuta? Algunas veces el terapeuta y el paciente no están de acuerdo. Anthony Storr, un psicoanalista inglés, nos da un ejemplo de lo que el consideró un caso “sin éxito”:

Hace algún tiempo recibí una carta de un hombre a quien había dado tratamiento hacía más o menos 25 años; en ella me preguntaba si podría ver a su hija o aconsejar algún tratamiento para ella. Supuso, de manera equivocada, que no lo recordaría y, en su carta, escribió lo siguiente: “Puedo decir con mucha confianza que los seis meses que pasó escuchando con paciencia mis quejas han contribuido de manera importante mi estilo de vida. A pesar que mi travestismo no está curado, mi forma de ver la vida y a los demás sufrió una reorientación y le estoy muy agradecido por eso. Es una parte de mi vida que nunca olvidaré.”

Desde un punto de vista, el tratamiento que di a este hombre fue un fracaso. Su síntoma principal, el mal que lo llevó a buscar mi ayuda, no se eliminó. No obstante, creo que está claro que sí obtuvo algo de este breve periodo de psicoterapia que tiene un valor considerable para él. Un hombre no escribe a un psicoterapeuta pidiéndole que vea a su hija después de 25 años de haber terminado el tratamiento con los términos que utiliza en esta carta, a menos de que crea que lo que sucedió durante el tratamiento fue importante (Storr, 1980, p. 146).

No es raro que los pacientes se consideren curados en tanto que sus terapeutas consideren que no han mejorado o incluso que han empeorado. Por lo tanto, los estudios sobre la mejoría deben incluir tres medidas independientes: la evaluación del progreso logrado

TABLA 3-8

Características claves de la investigación de terapias

1. **Grupos de control y comparación.** Se necesitan estos grupos en estudios terapéuticos debido a la variedad de influencias más allá de las que son de especial interés para el investigador, como el trabajo durante el periodo cubierto por la intervención terapéutica. Sin un control adecuado o grupos de comparación, los investigadores no pueden descartar la posibilidad de explicaciones alternativas como la remisión espontánea.
2. **Tamaño de la muestra.** Debido a la necesidad de incorporar un gran número de factores, en el diseño de la investigación de la terapia se necesitan tamaños de muestra suficientemente grandes para permitir el análisis estadístico apropiado y las conclusiones justificables de los resultados.
3. **Especificidad del paciente.** Es más probable obtener conclusiones firmes si los sujetos son relativamente homogéneos en términos de factores que no son el objetivo de la intervención del tratamiento. Por lo tanto, varios factores pueden influir en el resultado, por lo que es importante controlar cuantas variables extrañas sean posibles.
4. **Especificidad del tratamiento.** Entre más definido sea el o los tratamientos, mayores y más conclusiones razonables se podrán sacar de la investigación. Esto requiere una especificación cuidadosa de las técnicas terapéuticas utilizadas en la investigación.
5. **Medición de los resultados.** Entre más pertinentes sean las medidas de los resultados al tipo de caso tratado, más útil será el estudio. Por ejemplo, debido a que las personas con trastornos obsesivo-compulsivos raramente alucinan, sería de poco valor utilizar la frecuencia de alucinaciones como una variable relevante. Una variable más útil sería la frecuencia de los pensamientos obsesivos y conductas compulsivas.

por parte del paciente; la evaluación del terapeuta; y los juicios de las personas que conocen bien al paciente, como los familiares y amigos.

Otra estrategia para evaluar la eficacia de la terapia es valorar el cambio conductual. A pesar que uno de los objetivos de la psicoterapia es el aumento de la conciencia de sí mismo y el “insight” por parte del paciente, la mayoría de las personas considerarían que la terapia es un fracaso si el comportamiento de la persona sigue siendo el mismo. No es suficiente ser una fuente de “insight”.

Los cambios en la conducta observable son más fáciles de describir y evaluar de manera objetiva que los cambios en las actitudes, sentimientos y creencias. Pero las dudas permanecen. ¿Hasta qué grado se debe usar el cambio conductual como un criterio? ¿Quién debe determinar la clase y cantidad de cambios que se desean? ¿Cuán duradero debe ser el cambio? ¿Cuán duradera e incapacitante ha sido la condición del paciente? Parece razonable que los criterios para medir el éxito se deban relacionar con la dificultad para superar el problema. El reconocimiento de que los criterios que son apropiados en un caso pueden no serlo en otros se encuentra implícito en esta conclusión.

Comparación de las terapias

La mayoría de los estudios sobre resultado del tratamiento han involucrado comparaciones entre los grupos en tratamiento y los que no lo están (control). ¿Cuáles han sido los resultados de los estudios de comparación cara a cara de dos o más terapias? Los metaanálisis de estos estudios han revelado un cuadro mixto. Existe una fuerte tendencia de que las mediciones muestren que no hay diferencia entre las técnicas en la cantidad de cambio que se produjo. Sin embargo, este enfoque es rebatido por indicaciones de que, en

algunas circunstancias, los métodos cognitivos y conductuales tienen resultados superiores (Nathan y Gorman, 2002). La investigación que se realizó con la intención de contrastar dos o más tratamientos con frecuencia mostró pocas y pequeñas diferencias entre los resultados de los grupos comparados.

Las conclusiones sobre la relativa eficacia de las técnicas terapéuticas no pueden basarse en la investigación que es demasiado limitada en alcance o metodológicamente débil (ver la tabla 3-8). Anteriormente señalamos que no hay un buen índice de resultados clínicos. Si ése es el caso, los estudios de investigación deberían incluir varias medidas de resultados como los autorreportes de los pacientes y medidas conductuales recolectadas antes y después de la terapia, así como juicios expertos del progreso clínico. Puede haber diferencias significativas entre los enfoques terapéuticos de problemas específicos con respecto a algunas medidas de los resultados, pero no de otros. Además, un procedimiento terapéutico puede ser valioso aun si no proporciona una cura total. Una persona que es menos ansiosa después de la terapia estará agradecida por el beneficio a pesar de no poder lograr una total liberación de la ansiedad.

Se puede esperar que los argumentos sobre la eficacia de los programas terapéuticos continúen por varias razones: los problemas de las personas, expectativas y la magnitud en la que se pueda cambiar su vida; los terapeutas utilizan diferentes métodos y tienen diferentes expectativas; y no existe un criterio uniforme para juzgar la eficacia terapéutica. La terapia ayuda a muchas personas, pero algunas empeoran. Aun cuando las terapias psicológicas no son para todos, parecen ayudar a un gran número de personas a resolver sus problemas y desarrollar nuevas formas de manejar el estrés y los retos de la vida.

Reconocimiento de la diversidad cultural y étnica

Unos padres inmigrantes asiático-americanos estaban preocupados por que las calificaciones de su único hijo de 15 años estaban en descenso. El terapeuta encontró que los padres controlaban demasiado, estaban muy ansiosos y demandaban mucho de un tímido muchacho adolescente que no se atrevía a protestar por su aislamiento social. El terapeuta motivó al muchacho a convencer a sus padres que le permitieran formar parte de la banda escolar, participar en los deportes extracurriculares, escoger su propio horario escolar y escuchar música de rock. Su madre no hablaba inglés y su padre era respetuoso y parecía aceptar las sugerencias del terapeuta. Pero después, ambos terminaron con las citas. Adujeron que era debido a problemas de transporte, pero el muchacho indicó que sus padres sentían que el terapeuta era “demasiado estadounidense” y que lo motivaba a no respetarlos. El terapeuta había ignorado las cuestiones culturales al trabajar con el muchacho sin tomar en consideración los sentimientos y costumbres de los padres. El enfoque no fue exitoso. (Ayres, 1994, p. vi)

Cuando se expusieron los meta-análisis al inicio del capítulo se mencionó que Maramba y Hall (2002) encontraron que la evidencia disponible sugería que la similitud entre el origen étnico del paciente y del terapeuta no son necesariamente una variable crucial respecto al abandono de la terapia. En la actualidad aún no se sabe lo suficiente sobre la mejor forma de prestar servicios clínicos para las minorías étnicas. Hay una motivación creciente para creer que la consideración de los antecedentes culturales y la identificación étnica de los clientes es altamente relevante para llevar a cabo el tratamiento e investigaciones con éxito. El tema en sí es importante y también por la creciente diversidad de la población. Es probable que las diferencias culturales se reflejen en la forma en que las personas perciben los estados emocionales y físicos. Por ejemplo, existe evidencia de que, con frecuencia, los afroestadounidenses se culpan a sí mismos por sus problemas, mientras que los puertorriqueños, por lo general, culpan a otros. (Casas, 1995).

La diversidad cultural y étnica es particularmente relevante para la práctica terapéutica debido a que, a menudo, distintos grupos de la población tienen valores diferentes y pueden verse a sí mismos y a otros en forma dispar. Por ejemplo, el *insight* no tiene gran valor para todos los grupos culturales; en realidad, muchos asiático-estadounidenses de edad avanzada creen que pensar demasiado en algo puede causar problemas. Con frecuencia, las personas de clases socioeconómicas más bajas no perciben que el *insight* sea adecuado para sus situaciones de vida y sus circunstancias. La psicoterapia psicodinámica puede ser menos eficaz para estos segmentos de la población que para la gente de clase media y alta. Es necesario que se demuestre la utilidad de terapias particulares para grupos étnicos y culturales diversos. Se requiere investigación para fundamentar la aplicabilidad o las limitaciones de las terapias tradicionales y nuevas con respecto a grupos minoritarios.

Tres pasos que podrían mejorar los servicios de salud mentales para miembros de grupos minoritarios son: 1) incrementar la ac-

cesibilidad a las terapias ubicando las clínicas de salud mental en vecindarios habitados por grupos minoritarios, cerca del transporte público, 2) emplear a trabajadores de salud mental que compartan o aprecien los antecedentes lingüísticos y culturales de los pacientes, y 3) proporcionar capacitación a los clínicos para aumentar su conciencia sobre las necesidades de grupos particulares.

Un ejemplo del punto anterior es la necesidad de que los terapeutas que trabajan con asiático-estadounidenses sean sensibles a los temas de pena y culpa al buscar información personal. Para evitar que los pacientes se queden con la impresión de que ellos han “causado” sus propios problemas, los terapeutas deben ayudarles a entender que las personas, con frecuencia, se topan con situaciones difíciles como resultado de circunstancias inevitables e ineludibles. Otro ejemplo es que, debido a que las familias afroestadounidenses con frecuencia han extendido sus redes de parentesco, algunos terapeutas encuentran que es adecuado y útil incluir a miembros externos de la familia inmediata en la terapia grupal (Canino y Spurllock, 2000).

Integración de enfoques terapéuticos con bases psicológicas

Cuando los terapeutas, que basan sus técnicas en diferentes perspectivas, analizan su trabajo, surgen diferencias de opinión inevitables. Los temas que separan las diferentes escuelas de pensamiento parecen sustanciales. ¿Los terapeutas deben dirigir activamente a sus pacientes hacia el cambio conductual, o deben enfocarse en que el paciente desarrolle el *insight*? ¿La terapia debe ahondar en el pasado o examinar el presente? ¿La duración de la terapia debe ser larga o corta? A pesar de las diferentes formas en que se pueden contestar estas preguntas, existe evidencia de un movimiento hacia la integración de los enfoques terapéuticos. Las “terapias de habla” como la terapia psicodinámica, han comenzado a priorizar la necesidad del paciente de hacerse responsable de sí mismos y desarrollar autodominio. Las terapias conductuales le prestan mayor atención a los fundamentos cognitivos del cambio conductual. Por lo general, esto significa ayudar a los pacientes a adquirir *insight* sobre sus conceptos erróneos acerca de sí mismos y sus relaciones sociales. Muchos terapeutas cognitivo-conductuales dependen en gran medida de las imágenes como medio para lograr los objetivos terapéuticos. El uso de las imágenes para propósitos de tratamiento claramente reconoce el papel potencialmente crucial de los eventos privados.

Existe creciente evidencia de que las terapias que se basan en el desempeño, en las cuales los individuos tratan en forma concreta con situaciones problemáticas, pueden ser muy eficaces. Sin embargo, procesos cognitivos como el *insight* pueden jugar un importante papel en ayudar a las personas a desarrollar enfoques más adaptados para enfrentar los problemas de la vida. Mientras más terapeutas presten atención a los papeles relativos de la cognición, la

emoción y la conducta, se estarán dando los pasos hacia una mayor integración de los enfoques terapéuticos.

Terapias biológicas

En el capítulo 2 se analizó la orientación biológica de la conducta desadaptativa y las terapias que se generan a partir de este punto de vista. En la actualidad, las terapias biológicas que se utilizan con mayor frecuencia son la **terapia electroconvulsiva (TEC)** y una variedad cada vez mayor de drogas que influyen en el funcionamiento psicológico.

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Durante 20 años, y hasta hace poco, el uso de la TEC había disminuido. La base de esta disminución era la percepción por parte del público (que compartían muchos clínicos) de que la TEC es peligrosa, inhumana y que se empleaba con exceso. Algunos municipios pidieron con urgencia que se limite su uso. No obstante, en la actualidad la TEC se encuentra en medio de un resurgimiento silencioso. En formas mejoradas, surge como el tratamiento por excelencia para la depresión más severa, cuando no ayudan las drogas ni otras terapias (ver el capítulo 11). Los pacientes para quienes se recomienda la TEC muestran una depresión tan severa que no comen, duermen muy poco y tienen tendencias suicidas. Muchos padecen de delirios. En un gran porcentaje de los casos, la TEC puede aliviar la depresión en unas cuantas semanas.

La evidencia disponible sugiere que la TEC es un procedimiento relativamente seguro, en especial cuando se utiliza con anestésicos y relajantes musculares que reducen en forma sustancial los efectos traumáticos del tratamiento (ver la figura 3-9). Los riesgos disminuyen aún más debido a los cambios en la cantidad y duración de la descarga eléctrica. Varias de estas mejoras para

TABLA 3-9

Mejoras en la TEC que aumentan su seguridad

1. **Duración de la descarga eléctrica:** se redujo de un segundo a una vigésimaquinta parte de un segundo.
2. **Intensidad de la descarga eléctrica:** se redujo en gran medida.
3. **Programación de las sesiones:** se redujo de sesiones diarias, o incluso dos o tres al día, hasta no más de tres veces por semana.
4. **Duración del tratamiento:** antes, duraba 20 sesiones o más; ahora, por lo regular, son 10 o menos.
5. **Uso de anestésicos y relajantes musculares:** antes no se utilizaban anestésicos ni relajantes musculares; en la actualidad, se emplean ambos.
6. **Monitoreo:** en la actualidad se monitorean tanto las ondas cerebrales como el funcionamiento eléctrico del corazón, por medio de electroencefalogramas y electrocardiogramas.
7. **Colocación de los electrodos:** antes, en ambos lados de la cabeza; ahora, sólo en el lado no dominante, o del lado derecho o izquierdo de la frente.

reducir los efectos secundarios de la TEC contribuyeron a su regreso (ver la tabla 3-9). Existe preocupación por las consecuencias cognitivas de aplicar una corriente eléctrica en la cabeza de una persona (por ejemplo, pérdida de memoria). Sin embargo, parece haber poca probabilidad de una pérdida de memoria permanente debido a la TEC moderna. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001).

A pesar que se ha utilizado durante varios años, el mecanismo mediante el cual funciona la TEC todavía no está claro. Sin embargo, la evidencia reciente sugiere que los ingredientes activos de la TEC son los eventos eléctricos-bioquímicos que siguen a las reacciones desencadenadas por los impulsos eléctricos. En la actualidad, se realiza un progreso hacia la comprensión de estos eventos.

Un clínico que considera la posibilidad de utilizar la TEC debe realizar un análisis de los riesgos y beneficios. Entre los beneficios se encuentra la probabilidad de una mejoría rápida y, para los pacientes con depresión, una reducción de la probabilidad de muerte por suicidio. No obstante, entre los riesgos, existe la posibilidad de muerte en el curso de la TEC (el riesgo es bajo, con una frecuencia de uno en 10 000 tratamientos aproximadamente), la probabilidad de deterioro de la memoria (que es a corto plazo y se hace menos notorio con el tiempo) y el riesgo de reacciones espontáneas (que son poco frecuentes). Al comparar las ventajas con los riesgos, los clínicos lógicamente consideran la TEC cuando existe una depresión severa o una posibilidad de suicidio, o bien cuando las drogas y otras terapias no son eficaces o parecen inadecuadas.



Figura 3-9 Paciente tratado con terapia electroconvulsiva (TEC).

FUENTE: George Ruhe/New York Times.

Terapias con medicamentos

La **terapia con medicamentos** ha sido muy eficaz con cuatro tipos de trastornos, aquellos en los que la esquizofrenia, la manía, la depresión y la ansiedad desempeñan un papel importante:

1. Los **antipsicóticos** se emplean sobre todo para dar tratamiento a las personas que tienen esquizofrenia. (Estas drogas se describen en el capítulo 12).
2. Los **antimaniacos** se utilizan para dar tratamiento a aquellas personas que padecen un trastorno bipolar (comúnmente conocido como trastorno maniaco-depresivo). (El capítulo 11 incluye una descripción de estas drogas).
3. Los **antidepresivos** se emplean para dar tratamiento a los pacientes a quienes se diagnosticó un trastorno del estado de ánimo de tipo unipolar, es decir, que se caracteriza por una depresión relativamente duradera pero sin antecedentes de episodios maniacos o hipomaniacos. (El capítulo 11 proporciona mayor información sobre estas drogas).
4. Los **ansiolíticos** se utilizan con las personas que presentan un nivel muy alto o un estado prolongado de ansiedad lo suficientemente fuerte para incapacitarlas o al menos provocarles dificultades para realizar las distintas actividades de la vida diaria. (Véase el capítulo 8 para mayor información sobre estas drogas.)

Estos tipos de medicamentos difieren en su eficacia, mecanismos de acción y efectos secundarios (ver la tabla 3-10). Los medicamentos antipsicóticos por lo general producen una mejoría en cuatro o seis semanas. Los efectos de los antimaniacos casi siempre se observan después de una semana. Los antimaniacos, por lo general, son eficaces por sí mismos, pero en ocasiones es necesario combinarlos con un medicamento antipsicótico en los pacientes que están muy agitados. Los efectos terapéuticos de los antidepresivos por lo regular requieren entre dos y cuatro semanas para poder observarse. Los ansiolíticos, cuyos efectos terapéuticos se pueden observar en una semana, por lo general se utilizan durante periodos limitados (hasta unos cuantos meses) para evitar el problema de dependencia de la droga.

TABLA 3-10

Las drogas interactúan con los tejidos corporales para lograr su efecto en el pensamiento y la conducta
Éstos son los pasos del cuerpo en respuesta a la presencia de una droga.
1. Absorción: la droga entra en el torrente sanguíneo.
2. Distribución: una vez que ingresa en el torrente sanguíneo, la droga viaja hacia el sitio deseado en el cuerpo y comienza a actuar.
3. Metabolismo: el cuerpo divide la estructura química de la droga en subproductos que el cuerpo puede eliminar.
4. Excreción: el cuerpo elimina los subproductos.

Aun cuando los medicamentos psicoactivos han ayudado a muchas personas a llevar una vida normal, o casi, y han aumentado la seguridad de su uso, existen muchas preguntas sin responder acerca de ellos. Todavía se deben tomar en cuenta muchos riesgos que incluyen diversos efectos secundarios. Dependiendo del medicamento que se utilice, los efectos secundarios pueden provocar somnolencia, confusión, pesadillas, poco apetito, insomnio, visión borrosa, aletargamiento y cambios en la presión sanguínea. Algunos medicamentos pueden ser fatales si la condición del paciente no se monitorea en forma regular, mientras que otros lo exponen al riesgo de ingerir una dosis mortal.

Al igual que en las terapias psicológicas, los efectos de la terapia con medicamentos no siempre son predecibles. Los factores como edad, sexo y antecedentes genéticos pueden influir en la respuesta de una persona hacia la medicina. La eficacia de un medicamento en particular también puede depender de la forma en que se metaboliza, ya sea que el paciente lo tome como se le prescribe o que al mismo tiempo tome otras medicinas (Cookson y otros, 2002).

Anteriormente, en este capítulo, se mencionó que los sistemas de atención médica administrados por lo regular prefieren reembolsar el costo de psicoterapias breves, que de terapias a largo plazo. En programas de atención administrados, la decisión final sobre el tipo y duración del tratamiento la tiene el asegurador, no el clínico. Es comprensible que el asegurador deba prestar atención a los costos económicos de los diferentes tipos de terapia. Debido a que se puede demostrar que, con frecuencia, las terapias con medicamentos son eficaces (particularmente ante trastornos graves), que requieren contacto mínimo entre el paciente y el terapeuta y son relativamente económicas comparadas con el costo de la psicoterapia, son populares en los programas de atención administrados. Mientras que los programas de atención administrada parecen haber tenido éxito manteniendo bajo control los costos de tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental, algunos observadores han expresado su preocupación de que organizaciones como las compañías de seguros (más que los clínicos que aplican los tratamientos) están tomando las decisiones sobre el tratamiento de los pacientes. En la actualidad se están debatiendo extensamente los aspectos filosóficos y prácticos de la atención administrada (ver la figura 3-10).

Investigación sobre los medicamentos Los clínicos que prescriben medicinas desean maximizar sus efectos terapéuticos y reducir al mínimo sus consecuencias adversas. Estos objetivos requieren del uso de procedimientos de investigación diseñados con detenimiento. Primero, se realiza una investigación preliminar extensa para estudiar los efectos de las distintas dosis en animales de laboratorio. Si la prueba sugiere que el medicamento es eficaz y no tiene efectos secundarios dañinos, cuando se emplea de manera apropiada, se administra a seres humanos en condiciones muy controladas. Si los resultados también son positivos, la medicina se puede aprobar para pruebas clínicas en gran escala, en las cuales su eficacia se compara científicamente con otros métodos de tratamiento.

Los **experimentos clínicos** que involucran medicamentos y otros procedimientos terapéuticos pueden ser complejas y costosas, además de durar varios años (ver el capítulo 1). Con frecuencia



Figura 3-10 En los programas de atención administrada, las aseguradoras toman las decisiones finales con respecto al tratamiento y su duración.

FUENTE: Roy Delgado del *The Wall Street Journal*, con permiso de Cartoon Features Syndicate.

incluyen muestras de sujetos distribuidos en todo el país e incluso en todo el mundo. Requieren de una planeación cuidadosa, decisiones acerca de medidas dependientes, reclutamiento de sujetos y su asignación aleatoria a diferentes condiciones de tratamiento, el uso de condiciones de placebo si es posible, y asegurar que todo el personal clínico esté “a ciegas”, cuando sea posible, respecto del tratamiento asignado.

Las pruebas clínicas controladas de la mayoría de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la conducta desadaptada señalan un porcentaje promedio de eficacia de aproximadamente 70% (Erickson y Goodwin, 1994). Aunque muchos medicamentos de una categoría (por ejemplo, los antidepresivos) pueden ser calificados de aproximadamente igual eficacia, todavía hay variaciones significativas en las respuestas individuales a medicamentos particulares. La tabla 3-11 presenta las cuatro direcciones que actualmente se siguen en el estudio de los efectos de los medicamentos.

¿Qué tan eficaces son las terapias biológicas?

Muchos trastornos se pueden tratar de manera eficaz con terapias biológicas. Las TEC pueden aliviar la depresión grave. Los antidepresivos también pueden ser útiles para tratar la depresión. Los trastornos de pánico se tratan exitosamente con medicamentos antidepresivos tricíclicos. Los síntomas de ansiedad, especialmente después de un trauma, se pueden tratar con ansiolíticos o tranquilizantes. Los cambios extremos de ánimo del trastorno bipolar se pueden moderar con litio. Algunos síntomas de la esquizofrenia se

TABLA 3-11

Cuatro direcciones que se siguen en la investigación de los efectos de los medicamentos en la conducta desadaptada

1. **Medicamentos mejor dirigidos:** desarrollar medicamentos que logren objetivos específicos, como dirigirse a los receptores y neurotransmisores que tengan influencia en tipos particulares de pensamiento y conducta.
2. **Acción más rápida del medicamento:** reducir el tiempo para que comience el efecto del medicamento.
3. **Descubrir la combinación más efectiva de medicamentos:** combinar medicamentos puede mejorar los resultados clínicos y reducir los efectos secundarios.
4. **Combinar medicamentos y psicoterapia:** determinar las condiciones clínicas que mejor respondan a las combinaciones de intervenciones psicológicas y medicamentos.

pueden disminuir con antipsicóticos; sin embargo, incluso con estos medicamentos muchas personas con esquizofrenia continúan con impedimentos sociales crónicos. Aun si los medicamentos comprueban que son eficaces para reducir los síntomas de la esquizofrenia y del trastorno bipolar en particular, son potencialmente negativos; por ejemplo, la posibilidad de provocar *disquinesia tardía*, un trastorno irreversible que produce gestos incontrolables y grotescos y otros movimientos corporales. Muchas personas deciden por sí mismas suspender el uso del medicamento por la variedad de efectos secundarios desagradables (ver el cuadro 3-2).

Combinación de enfoques terapéuticos Aun cuando la evidencia sugiere que varios enfoques psicológicos pueden ser eficaces para tratar los casos que no implican psicología anormal extrema, no se debe concluir que no existe diferencia entre las técnicas que se emplean en el trabajo clínico. Las terapias psicológicas que se utilizan solas han sido poco exitosas en condiciones graves como la esquizofrenia, algunos tipos de trastornos afectivos, alcoholismo y abuso de drogas. Sin embargo, las terapias psicológicas pueden jugar un papel importante en el tratamiento de algunas de estas condiciones cuando se utilizan en combinación con tratamientos con base biológica como la terapia con medicamentos y TEC. Con frecuencia, el valor del componente psicológico de estas combinaciones radica en ayudar al paciente a lidiar de forma realista con los problemas de la vida diaria. Se ha utilizado con eficacia la capacitación en habilidades sociales, por ejemplo, para ayudar a los individuos psicóticos que también toman antipsicóticos para que se adapten mejor a los ambientes de hospitales o comunidades. Tal vez, mientras más se aprenda sobre las características distintivas de terapias particulares, será posible combinarlas en formas que sean óptimas para los pacientes (Sammons y Schmidt, 2001).

Las terapias combinadas no necesitan limitarse a integrar los tratamientos con bases biológicas y psicológicas. Con frecuencia existe considerable mérito en combinar las características de dife-

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

¿Por qué los pacientes no siempre toman sus medicinas?

Los clínicos e investigadores están preocupados por la frecuencia con la que los pacientes fracasan cuando se les prescribe medicamentos para ayudarlos. La falta de *adherencia* a un régimen prescrito o el incumplimiento de un programa clínico es un problema importante para todos los tipos de medicinas (McDonald y otros, 2002). En la actualidad, en el área de la conducta desadaptada se reconoce ampliamente que el fracaso al tomar las medicinas prescritas es especialmente común de muchas condiciones psiquiátricas crónicas graves (Cookson y cols., 2002). Por ejemplo, los porcentajes de no adherencia a las medicinas para trastornos del estado de ánimo que incluyen tanto depresión como trastornos bipolares puede ser de hasta 60% (Lingam y Scott, 2002). ¿Por qué las personas no siguen las instrucciones de un profesional al que han consultado, alguien que trata de ayudarlos?

Para algunas personas puede ser un punto de vista bastante negativo acerca de las medicinas en general. Puede ser que las perciban como sustancias nocivas en general que son prescritas en exceso por los médicos. Para otros, los efectos secundarios o las consecuencias incidentales desagradables de los efectos principales de las medicinas puede hacerlos pensar que no vale la pena continuar. Los fracasos en la adherencia son particularmente comunes en individuos que tal vez no entiendan su condición o por qué les prescribieron una medicina. Las personas que sufren

por los tipos de trastornos que abordamos en este libro pueden también tener concentración deficiente, mala memoria, trastorno de pensamiento o ansiedad. Todos estos estados interfieren con la adherencia. Las expectativas también pueden ser un problema. En la mayoría de las enfermedades agudas las personas esperan sólo tener que tomar la medicina hasta que se sientan bien y después suspender su uso. En contraste, en el caso de muchos trastornos psiquiátricos la medicina se debe continuar tomando más allá de la restauración de la función normal, con frecuencia por meses o indefinidamente.

Los investigadores han comprobado que una buena relación entre el clínico y el paciente es importante para motivar la adherencia. Es importante que el clínico indague acerca del conocimiento del paciente, actitudes, creencias y realice preguntas acerca del trastorno particular y su tratamiento. Con frecuencia los pacientes no quieren aceptar la idea de que están enfermos o pueden pensar que la medicina prescrita tendrá efectos adversos (Makela y Griffith, 2003). Por ejemplo, a los pacientes con trastorno bipolar a quienes se les ha prescrito litio (un tratamiento eficaz) se les pidió que completaran un cuestionario sobre la razón por la que dejaron o considerarían dejar de tomar la medicina (Pope y Scott, 2003). La respuesta más común fue que les molestaba lo

que decía acerca de ellos el hecho de tener el trastorno y tomar la medicina.

Es probable que los beneficios de la medicina no sean claros para los pacientes a menos que les sean explicados en lenguaje común y con ejemplos concretos (por ejemplo, sueño tranquilo, aumento de la energía y ausencia de las voces o ideas extrañas). Se necesita ver a las medicinas como parte de una alianza entre el clínico y el paciente, que presta atención a creencias, experiencia y estilo de vida pertinentes. Es más factible que los pacientes se adhieran a un programa de medicinas si su clínico escucha con atención sus problemas y preocupaciones y si confía en su clínico. La cultura y etnia pueden jugar papeles significativos en la adherencia, en parte porque un clínico puede no tener una idea clara del significado de la enfermedad y las medicinas para el paciente. Esta situación se describe en el caso de una mujer hispanoamericana de 55 años, la señora A.

La señora A., cubana, desarrolló los síntomas una mañana que se despertó con crisis de llanto, pérdida de apetito y peso después de la muerte de su madre en Cuba. La remitieron a un clínico quien le diagnosticó depresión y le prescribió anti-depresivos. La señora A. no tomó la medicina ni regresó con el psiquiatra, quien no hablaba español ni tenía conciencia del contexto cultural del problema de la señora. Cuando empeoró la condición de la

rentes intervenciones psicológicas. Algunos miembros de la familia pueden no solamente participar en la terapia familiar, sino también recibir alguna forma de terapia individual. Este enfoque parece razonable cuando notamos que la psicología anormal individual y la disfunción familiar son casi siempre interdependientes. En el siguiente caso, la terapia con medicamentos para una esposa llevó a la terapia de la pareja, y por último a la terapia familiar:

Una mujer casada de 43 años, con depresión y dos hijos respondió a la Imipramina en forma positiva (un medicamento antidepresivo) después de 3 semanas de tratamiento. Ella negó que la relación con su esposo jugara algún papel en sus síntomas, y en realidad, afirmó: "Tenemos una excelente comunicación". Su psiquiatra le preguntó sobre la respuesta de su esposo a la Imipramina. Ella respondió: "No ha dicho na-

da". Esta respuesta se contraponía a su afirmación de que tenían una excelente comunicación. El psiquiatra le pidió al esposo que participara en la siguiente sesión. En esa sesión el esposo reportó que le había dicho a su cónyuge lo complacido que estaba con el cambio en su estado de ánimo, pero [dijo,] "tal vez no lo señalé claramente". En la terapia de pareja exploraron la disforia (infelicidad) del esposo respecto del trabajo, y su miedo de agobiar a su deprimida esposa con más dificultades. Tenían dificultades de comunicación en la casa porque sus hijos interrumpían sus conversaciones con frecuencia. Los hijos también dominaban gran parte de la toma de decisiones. Su psiquiatra trabajó con ellos para que recuperaran la jerarquía de padres sobre los hijos sugiriendo que los excluyeran de las decisiones importantes y fomentando la discusión de los padres y el acuerdo sobre el manejo de la conducta de los hijos (Beitman, 1993, p. 651).

CUADRO 3-2



Figura 3-11 La adherencia al tratamiento o medicinas de miembros de grupos minoritarios no depende tanto de tener contacto con un clínico de un grupo similar, sino más bien con uno que esté consciente de las diferencias culturales y que tome tiempo para entender el significado del trastorno y del tratamiento para el paciente.

señora A., la llevaron con otro psiquiatra que pudiera comunicarse en español (aunque la señora A. podía entender y hablar inglés bastante bien), el cual indagó acerca de las circunstancias de la depresión que la rodeaban, que se podían observar con facilidad. En respuesta a estas preguntas la señora A. pudo expresar su infelicidad y culpa ya sea por no haber podido visitar a su madre en Cuba antes de que muriera o asistir a su funeral. Ella pensaba que sus síntomas eran resultado

del castigo de Dios por abandonar a su madre en Cuba. El psiquiatra le explicó a su familia la importancia de respetar los sentimientos y pensamientos de la señora A. con respecto a su madre, y también impulsaron a la señora A., que era católica, a ir a la iglesia con regularidad y hablar con el sacerdote. El psiquiatra también prescribió un antidepresivo y le dijo que le ayudaría a dormir mejor. Probablemente porque la señora A. vio al segundo psiquiatra como una persona que

entendió su situación, tomó la medicina y se recuperó completamente. Un año después de ver varias veces al segundo psiquiatra y tomar las medicinas ya no mostró signos de depresión (adaptado por Ruiz, 1998).

La falta de suficiente atención a los factores culturales probablemente explican la no adherencia de la señora A. a las medicinas prescritas por el primer psiquiatra. Un clínico no necesariamente tiene que compartir los antecedentes étnicos del paciente para ser eficaz (Maramba y Hall, 2002), pero necesita tener conocimiento acerca de los principales aspectos de la cultura del paciente y ser sensible a ella (Canino e Insan, 2001).

Cualquier aspecto adicional relacionado con el origen étnico es relevante tanto en el fracaso del tratamiento como para la no adherencia. Los factores genéticos pueden provocar que las personas de diferentes antecedentes étnicos/raciales reaccionen en diferentes formas a la medicina. Por ejemplo, los asiático-estadounidenses pueden tener respuestas metabólicas únicas a drogas prescritas por médicos de salud mental (Lin y Cheung, 1999). Por lo regular responden mejor a dosis más bajas de muchas drogas psicoactivas que las que se prescriben usualmente a euroestadounidenses. Los clínicos que no están conscientes de esta sensibilidad a algunas medicinas con frecuencia prescriben una dosis elevada inicial. Es probable que este desconocimiento provoque una reacción adversa y la decisión del paciente de suspender la medicina sin avisarle al clínico.

Los clínicos pueden mejorar en forma significativa la calidad de los tratamientos que proporcionan, utilizando técnicas derivadas de las diferentes perspectivas.

Hospitalización

Las enfermedades psicológicas graves pueden requerir hospitalización, no sólo porque el hospital proporciona un cuidado de tiempo completo, sino porque además puede ofrecer todas las terapias complejas que el paciente podría necesitar. Pero mientras que algunos hospitales mentales ofrecen programas enriquecidos, con beneficios como psicoterapia, terapia con medicamentos y programas sociales, educativos y recreativos activos, el presupuesto de la

mayor parte de los hospitales estatales no permite tal variedad. Como resultado de ello, muchos pacientes que se encuentran en hospitales del estado reciben medicamentos pero pocas terapias psicológicas y viven en un entorno social relativamente pobre y sin estímulos. Ésta es una situación poco afortunada porque un hospital puede ser un lugar que ayuda a la persona a controlar una crisis y experimentar crecimiento personal.

Las principales razones de hospitalización psiquiátrica son las siguientes:

- Conducta que representa una amenaza para sí mismo y los demás.
- Comportamiento que es intolerable para los miembros de la comunidad a la que pertenece el paciente.

- Fracaso del tratamiento como paciente externo y la esperanza de que el tratamiento como paciente interno revierta el proceso.
- Un proceso de tratamiento que requiere de un grado de control que es posible sólo en un hospital.
- Abstinencia del alcohol o drogas.
- Enfermedad física que se complica con un trastorno mental que requiere de un cuidado continuo.

La investigación sobre los hospitales mentales puede dar respuesta a cuestiones tales como qué pasos pueden ayudar para que los pacientes se ajusten con éxito a la comunidad. Gordon Paul (1969) sugiere las 10 etapas que los hospitales mentales deben cubrir para dar mayor alegría y eficacia a sus pacientes, una moral más elevada entre los miembros de su personal y un papel de rehabilitación social más positivo para la institución:

1. Hacer hincapié en la condición de “residente” más que de “paciente” por medio de la vestimenta informal del personal, canales de comunicación abiertos en todas direcciones y una estructura de autoridad amplia (pero clara).
2. Dejar en claro, por medio de un conjunto de reglas y actitudes, que los residentes son seres humanos responsables; se espera que sigan ciertas normas mínimas para la convivencia en grupo y que cumplan con su parte al participar en actividades de cuidado personal, trabajo, recreativas y sociales.
3. Utilizar sistemas por pasos que aumenten en forma gradual las expectativas que se tienen de los residentes en términos del grado de independencia y el nivel de responsabilidad; hacer hincapié, desde el principio, en el regreso a la comunidad.
4. Alentar las interacciones y habilidades sociales y proporcionar un rango de actividades, así como reuniones regulares de grupo grandes y pequeñas.
5. Destacar la claridad de la comunicación, con una instrucción concreta en el comportamiento apropiado que se concentra en la “acción” utilitaria más que en la “explicación”.
6. Dar la oportunidad de practicar habilidades vocacionales y domésticas, con retroalimentación y capacitación en las habilidades comerciales cuando sea necesaria.
7. Volver a familiarizar a los residentes con el “mundo exterior” exponiéndolos a la comunidad e invitar a voluntarios de ésta para que den pláticas.
8. Identificar las áreas específicas para el cambio y apoyo en términos concretos para cada individuo.
9. Preparar a los residentes y a sus seres queridos para crear una red de apoyo en la comunidad, por medio de una capacitación antes de la salida y un cuidado posterior programado.
10. Cuando no existan otras personas importantes en la vida de los residentes, capacitarlos y darlos de alta en grupos de dos o

tres como una “familia” para que sean seres importantes unos para otros (Paul, 1969, p. 91).

Aunque Paul demostró que estas directivas podrían producir una mejoría en los pacientes y ayudarles a ir hacia una vida independiente, aun ahora pocas instituciones se acercan a cumplir con algunos de estos estándares.

La eficacia de un hospital depende de las necesidades de sus residentes, la calidad y alcance de sus programas y los recursos disponibles de la comunidad y la familia para los pacientes. Debido a las variaciones en todas estas áreas, no es sorprendente que existan fuertes diferencias de opinión sobre la eficacia de la hospitalización. Cuando se toman en cuenta todos los factores, parece razonable llegar a la conclusión de que algunas personas que padecen desequilibrios severos se pueden beneficiar de la vida en un hospital terapéutico socialmente activo. Es muy difícil calcular el porcentaje exacto de individuos que se pueden beneficiar de esta experiencia.

Si un pabellón se maneja principalmente para satisfacer al personal o si un objetivo latente del hospital es conservar el orden y la estabilidad de la institución, los pacientes pueden recibir el mensaje. Ninguna terapia tiene lugar; más bien la conducta de los pacientes se dirige a reducir al mínimo el conflicto con el sistema y la interrupción de la rutina.

Cuando no se requiere de hospitalización total, se puede utilizar la **hospitalización parcial**. Ésta puede incluir hospitalización diurna o nocturna y quizá cuidados vespertinos o durante los fines de semana en el hospital.

Los hospitales de día se utilizan para proporcionar tratamiento a los pacientes que pueden vivir en sus hogares pero necesitan de la estructura e interacción social disponibles en el centro de tratamiento. Estos hospitales también permiten que los familiares de los pacientes funcionen de manera normal porque pueden realizar sus actividades regulares durante el día. Con frecuencia, los hospitales de día se concentran en enseñar las conductas sociales e interpersonales, así como en ayudar a los pacientes a aprender habilidades prácticas (como utilizar el sistema de transporte colectivo o pagar el teléfono). Quizá también incluyan la capacitación en habilidades laborales básicas, de modo que los pacientes puedan conseguir empleo en los talleres de los albergues que les dan la satisfacción de realizar un trabajo útil y recibir algún salario.

Los programas de hospitalización parcial son diseñados principalmente para ayudar a los pacientes hospitalizados a hacer la transición del hospital a la comunidad. Dichos programas son útiles en especial en el caso de personas que pueden regresar a sus trabajos, escuelas o programas de capacitación pero que no tienen un soporte familiar o social adecuado para pasar del estatus de ser un paciente internado en un hospital a un paciente externo sin un periodo de transición parcialmente protegido.

La hospitalización de los enfermos mentales es menos frecuente de lo que solía ser, y el acceso al cuidado de un hospital está distribuido en forma dispareja entre la población. Los pacientes de

los hospitales públicos se dan de alta después de breves periodos de hospitalización, en gran parte por la eficacia de las drogas psicoactivas y un incremento del esfuerzo por regresar a los pacientes a la comunidad tan rápido como sea posible. Este proceso de **desinstitucionalización** puede ser un beneficio para el desarrollo personal si el individuo tiene un buen lugar para vivir, apoyo social suficiente y supervisión cuando es necesaria. Desafortunadamente, muchas personas que fueron dadas de alta de los hospitales mentales viven en cuartos amueblados en vecindarios que dejan mucho que desear, se encuentran socialmente aislados y reciben poca ayuda profesional más allá de los contactos breves con los médicos que les prescriben antipsicóticos.

La falta de cuidado adecuado de los pacientes mentales crónicos en la comunidad contribuye a incrementar la gran cantidad de personas sin hogar en las ciudades de Estados Unidos. Miles de personas que salieron de las instituciones no tienen un lugar para vivir. Vagan en el centro de las ciudades, duermen donde pueden y cargan con sus pertenencias. En tanto que el problema de las personas sin hogar es complejo, la “llegada” de las personas que salen de las instituciones a la comunidad sólo contribuye a la miseria

humana. En el capítulo 17 se analizará con mayor detalle este problema.

El mensaje con el que nos quedamos

El capítulo 1 mostró que durante los últimos siglos hemos avanzado en el cuidado humanitario de los enfermos mentales. Este capítulo muestra los grandes avances realizados en el siglo XX y más allá hacia tratamientos basados en la ciencia para la conducta desadaptada. Un reto del siglo XXI es el mejoramiento de los métodos clínicos existentes y el descubrimiento de nuevos y mejores métodos. Mientras que las nuevas terapias pueden aparecer de la nada, con frecuencia surgen de nuevas teorías y de esfuerzos para combinar e integrar las existentes. Ésta es una de las razones por las que el reciente interés es motivante para combinar los enfoques terapéuticos que anteriormente eran considerados como separados, distintos y hasta competitivos. La tabla 3-12 muestra algunos de los desarrollos importantes del pasado reciente y el presente. Hemos incluido las contribuciones de Pinel a la cronología de la tabla como una línea base para apreciar el reciente progreso en el logro de terapias racionales.

Entre los desarrollos motivantes actuales se puede mencionar el comienzo de una conceptualización de las clases de variables que se deben tomar en cuenta al crear tratamientos eficaces. La figura 3-12 señala la necesidad de integrar tanto al paciente, al terapeuta y a los factores técnicos que tienen influencia en los resultados terapéuticos tanto en la terapia como en la investigación.

TABLA 3-12	
Algunos hitos en el desarrollo de terapias para conducta desadaptada	
Segunda mitad del siglo XVIII	Pinel sostiene que mantener encadenados a los enfermos mentales hospitalizados es inhumano.
Principios del siglo XX	Freud señala al inconsciente como una fuente importante de fracasos.
Mediados del siglo XX	Los conductistas desarrollan técnicas para modificar la conducta manifiesta desadaptada.
Segunda mitad del siglo XX	Los terapeutas cognitivos dirigen su atención al papel negativo de los errores de pensamiento, autoculpa excesiva y esquemas distorsionados del funcionamiento personal. Desarrollan técnicas para corregir estos errores.
Segunda mitad del siglo XX	Se desarrollan medicamentos para el tratamiento de diversas condiciones (como la ansiedad, la depresión y la esquizofrenia).
Principios del siglo XXI	Se realizan esfuerzos para 1) combinar en forma óptima varios elementos terapéuticos, y 2) evaluar en forma objetiva los componentes terapéuticos, lo cual incluye al terapeuta.

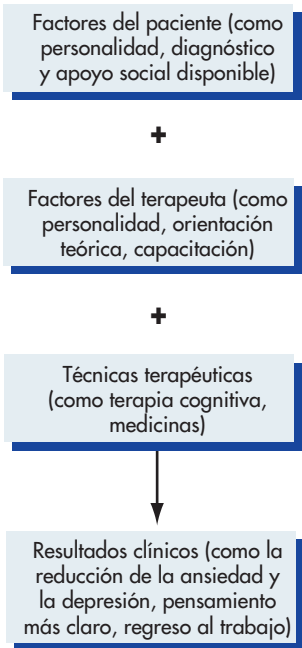


Figura 3-12 Factores involucrados en la producción de resultados de la terapia.

R esumen del capítulo

Psicoterapia

Sin importar cuáles son sus orientaciones teóricas, los psicoterapeutas realizan tres tareas: escuchar, comprender y responder al paciente.

Terapia psicodinámica y psicoanálisis El psicoanálisis es un tipo especial de **terapia psicodinámica** que aplican terapeutas con capacitación especial que utilizan la técnica de la **libre asociación** y hacen hincapié particular en el análisis tanto de los sueños como de las fantasías. Todos los terapeutas con orientación psicodinámica destacan la importancia del **insight**, la comprensión de la propia motivación y las necesidades de los demás como objetivo de la psicoterapia. Utilizan la interpretación de la **transferencia**, el desplazamiento de afecto y sentimiento que el paciente experimenta por los demás hacia el terapeuta como una parte importante de la terapia. También toman en cuenta la **contratransferencia**, la respuesta emocional del terapeuta al paciente. Algunos psicoterapeutas utilizan la **hipnosis** para descubrir y trabajar con el material que los pacientes han reprimido.

Terapia humanista y existencial Las terapias humanistas hacen hincapié en el deseo de las personas por lograr respeto a sí mismas. Un ejemplo de una terapia humanista es la **terapia centrada en el cliente**, de Rogers, que destaca un planteamiento no directivo y no crítico en el cual el terapeuta ofrece una atmósfera de **aceptación incondicional**. La terapia se concentra en aumentar la aceptación propia y el conocimiento de sí mismo por parte de los pacientes como una manera de facilitar cambios en su comportamiento. Las **terapias existenciales** otorgan la máxima importancia a las necesidades del paciente de hacer frente a cuestiones básicas relacionadas con el significado y la dirección de sus vidas. La **terapia Gestalt**, de Perls, hace hincapié en que los problemas surgen cuando las personas disocian partes de ellas mismas de la conciencia, en especial sus necesidades de gratificación personal.

Psicoterapia cognitiva La teoría de la **psicoterapia cognitiva** sostiene que la mejor manera de resolver los problemas emocionales es cambiar el pensamiento del paciente a través de la reestructuración cognitiva. La terapia cognitiva de Aaron Beck se enfoca en los pensamientos automáticos que pueden regir el comportamiento aunque no sean producto de consideraciones racionales. El paciente y el terapeuta exploran juntos la validez de las falsas creencias de los pacientes sobre ellos mismos, el mundo y el futuro. La **terapia racional emotiva**, hace hincapié en la necesidad de los pacientes de preguntar y cambiar su pensamiento de autoderrota y creencias equivocadas.

Psicoterapias breves La mayor parte de la psicoterapia involucra menos de 12 sesiones. Los programas de seguros de salud que pagan por la psicoterapia del paciente ejercen presión sobre los proveedores para que la psicoterapia sea lo más breve posible. La psicoterapia breve normalmente tiene metas específicas, como ayudar a los pacientes a enfrentar problemas actualmente importantes en sus vidas. La terapia interpersonal es un tipo de psicoterapia breve que se utilizó originalmente para la depresión pero que ahora se ha extendido a otros problemas. Hace hincapié en las relaciones sociales clave en la vida de una persona.

¿Qué tan eficaz es la psicoterapia? La investigación sobre la eficacia de la psicoterapia indica que por lo general es de utilidad para los pacientes. En el caso de una amplia variedad de problemas clínicos, ningún enfoque terapéutico es claramente superior a otro. Las características del terapeuta y su enfoque son factores importantes para el éxito de las intervenciones psicoterapéuticas. El **meta-análisis** es un procedimiento estadístico utilizado para resumir los estudios de resultados de terapia.

Los **factores técnicos** (los procedimientos usados por los terapeutas) y los **factores interpersonales** (la dinámica social entre terapeuta y paciente) influyen en la eficacia terapéutica. La **investigación del proceso** está relacionada con lo que realmente sucede en la terapia y cuáles aspectos del proceso terapéutico son facilitadores del crecimiento personal del paciente.

Enfoques cognitivo-conductuales

Terapia conductual La **terapia conductual**, la precursora de las terapias cognitivo conductuales, empezó como una manera de utilizar técnicas de condicionamiento operante y clásico para cambiar la conducta. La **modificación de conducta** se desarrolló a partir de las técnicas operantes. Muchos métodos de condicionamiento operante utilizan el reforzamiento y el moldeamiento para lograr una respuesta deseada en forma gradual. El **desvanecimiento** es el procedimiento utilizado para eliminar señales especiales que se emplean en el proceso de modelamiento. La **economía de fichas** utiliza métodos operantes para reforzar conductas deseadas. La **biofeedback** es un método que sirve para desarrollar el control de los procesos internos.

Terapia cognitivo-conductual El enfoque terapéutico cognitivo-conductual integra varios elementos cognitivos y conductuales. En el **entrenamiento en relajación** el efecto de la relajación se logra ya sea al enfocarse en los grupos de músculos o por medio de técnicas de **meditación**. La **terapia de exposición** se basa en la idea de que la exposición continua a los estímulos que provocan ansiedad la reducirá. La **inundación** es una forma de terapia de exposición en la cual el paciente se expone a un alto nivel de estímulos que provocan temor y que no termina cuando el paciente se torna ansioso. La inundación se basa en la idea de que la **extinción** de los temores ocurrirá si el paciente permanece en la situación que le provoca ansiedad durante el tiempo suficiente. En la **terapia implosiva** el paciente imagina escenas de comportamientos o situaciones que evitaba en el pasado y después experimenta una ansiedad intensa que crean hasta que ésta se extingue. La **desensibilización sistemática** combina la relajación muscular con la actividad cognitiva en la cual el paciente imagina una serie de escenas que cada vez le provocan mayor ansiedad y se relacionan con temores específicos. La **exposición in vivo** comprende las mismas técnicas cuando el estímulo que provoca temor está realmente presente.

El **modelamiento** es una estrategia de "cómo hacerlo" que comprende la demostración de los comportamientos que involucran habilidades sociales específicas para el paciente. El procedimiento se puede llevar a cabo por medio del **modelamiento vivo** o la observación directa del modelo, o el **modelamiento simbólico**, o la observación de una grabación de la ejecución de modelo, o el **modelamiento encubierto**, en el cual se pide al paciente que imagine que observa un modelo

y las consecuencias de la conducta de éste. Los **ensayos conductuales** permiten al paciente practicar el comportamiento que se modeló. El **entrenamiento asertivo** consiste en el uso del modelamiento y el ensayo para enseñar a una persona las habilidades interpersonales necesarias para evitar que los demás la presionen.

¿Qué tan eficaces son los enfoques cognitivo y conductual? Las intervenciones cognitivo conductuales parecen ser particularmente efectivas en el tratamiento de trastornos en los que la ansiedad juega un papel importante. Se necesita más información respecto a qué componentes terapéuticos contribuyen a la eficacia terapéutica.

Integración y extensión de las terapias psicológicas

Existe un interés creciente en integrar diversos enfoques terapéuticos para maximizar la eficacia terapéutica. También existe interés en la posibilidad de transferir las técnicas que han sido útiles con individuos a escenarios de grupos.

Enfoques integradores del tratamiento Los casos de estudio y las experiencias de los terapeutas han demostrado el valor de la **terapia multimodal**, en la que se utiliza una amplia variedad de herramientas para tratar a individuos.

Enfoques de grupo Las sesiones de **terapia de grupo** incluyen un grupo de varias personas que por lo general tienen problemas similares y se reúnen con un terapeuta en sesiones regulares. Además de ser más económica que la terapia individual, la terapia de grupo puede ser más eficaz para resolver algunos problemas. Ser miembro de un grupo permite aceptación y apoyo, contar con información normativa sobre los comportamientos y sentimientos y una oportunidad para aprender por medio del modelamiento y el ensayo conductual. La terapia de grupo en un inicio se llevó a cabo desde una perspectiva psicodinámica, aunque algunos terapeutas que utilizan otros enfoques han desarrollado técnicas. La terapia de grupo cognitivo-conductual asigna la mayor importancia al desarrollo de las habilidades sociales y la comodidad en las situaciones sociales. Tanto la **terapia familiar como la marital** se concentran en los individuos que ya constituyen un grupo. Los terapeutas familiares consideran a la familia como un sistema. En la terapia familiar, los miembros de la familia trabajan junto con el terapeuta para manejar sus actitudes y sentimientos entre sí y para comprender la forma en que el comportamiento de cada uno afecta a los demás. Una terapia de pareja se puede considerar como un subtipo de la terapia familiar. Esta última es probable que incluya un enfoque psicodinámico o cognitivo-conductual. El **psicodrama** es un tipo especial de terapia de grupo en el cual el grupo representa los sucesos de importancia emocional, con el objeto de expresar las emociones fuertes.

¿Qué tan eficaces son los enfoques en grupo? Tal vez debido a la complejidad para estudiar la interacción de varios pacientes se sabe menos sobre la eficacia de la terapia de grupo que sobre los enfoques terapéuticos individuales. Se necesita más información sobre los conceptos básicos que se pueden aplicar al proceso de grupo y los “ingredientes activos” de la terapia de grupo. Por lo menos, la mayoría de los enfoques de grupo parecen servir para algunas personas y no se han encontrado grandes diferencias en eficacia de los diversos enfoques de terapia de grupo.

Investigación sobre las terapias psicológicas

Características comunes y únicas de las terapias Una tarea importante de los investigadores es distinguir entre las características comunes de diversos enfoques terapéuticos de las características únicas de terapias particulares. Existen razones para creer que es necesario separar los efectos de las características personales del terapeuta y la relación terapeuta-paciente de aquellas que se pueden atribuir a los procedimientos terapéuticos particulares utilizados. Existe también un creciente interés en determinar los factores que contribuyen a la eficacia terapéutica que pudieran ser independientes de los enfoques clínicos específicos utilizados.

Resultados terapéuticos Una de las preguntas más importantes en los estudios de la terapia es cuáles deben ser las medidas de los resultados. Algunas elecciones posibles son la opinión del terapeuta, el comportamiento o los sentimientos del cliente o el punto de vista de otras personas como familiares o compañeros de trabajo. Con frecuencia, existe un desacuerdo sobre los resultados entre estas fuentes.

Comparación de las terapias Existe una fuerte tendencia que las mediciones demuestren que no hay diferencia en la cantidad de cambio producida por los diversos enfoques terapéuticos. Sin embargo, en algunos casos, los enfoques cognitivo-conductuales parecen ser superiores. Existe una diferencia considerable en el porcentaje de éxito de los terapeutas individuales, incluso entre aquellos que emplean el mismo enfoque terapéutico. En general, se ha comprobado que los enfoques psicológicos son útiles en los casos que no presentan una psicología anormal extrema.

Reconocimiento de la diversidad cultural y étnica Debido a la creciente diversidad cultural y étnica dentro de la población de Estados Unidos es importante que los terapeutas estén más conscientes de los valores, creencias y necesidades de grupos particulares como los afroestadounidenses, hispanicos, nativos y asiático-americanos. Se requiere de investigación para determinar hasta qué grado los factores culturales y étnicos juegan un papel importante en los procesos y resultados de las intervenciones terapéuticas.

Integración de los enfoques terapéuticos con bases psicológicas

Algunos aspectos de los distintos enfoques terapéuticos son útiles. La mayoría de los terapeutas cree que todas las técnicas que se dirigen hacia la emoción, la cognición y el comportamiento son importantes para ayudar a los pacientes. Como resultado de ello, existe una tendencia hacia una mayor integración de las técnicas terapéuticas que se basan en las distintas perspectivas.

Terapias biológicas

Terapia electroconvulsiva La **terapia electroconvulsiva (TEC)** es más probable que se utilice para tratar la depresión severa, en especial como tratamiento para quienes presentan un alto riesgo de suicidio y cuando las drogas y otros tipos de terapia no han sido de utilidad.

Terapias con medicamentos Se conocen cuatro tipos generales de medicinas que han demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos mentales: los **antipsicóticos**, **antimaniacos**, **antidepresivos** y **ansiolíticos**. Antes de poder utilizar las medicinas para tratar a los pacientes, éstas se deben poner a prueba en forma exhaustiva para observar su eficacia y los efectos secundarios negativos. Los medicamentos y otros procedimientos terapéuticos se evalúan por medio de experimentos clínicos que comparan los resultados entre los pacientes que reciben distintos tratamientos.

¿Qué tan eficaces son las terapias biológicas? Con frecuencia la terapia electroconvulsiva y los medicamentos son eficaces para el tratamiento de trastornos particulares. Algunos medicamentos son eficaces a corto plazo pero no a largo plazo. Otros pueden tener graves efectos secundarios; por ejemplo, el desarrollo de disquinesia tardía en esquizofrénicos que reciben tratamiento con ciertos antipsicóticos. Las terapias psicológicas no siempre son exitosas por sí solas en el tratamiento de la esquizofrenia, de algunos tipos de trastornos afectivos, alcoholismo y abuso de drogas, pero con frecuencia dan un mejor resultado cuando se utilizan en combinación con terapias

con medicamentos o TEC. Los investigadores exploran la posibilidad de que las combinaciones de intervenciones biológicas y psicológicas (**tratamiento multimodal**) sean más eficaces que cualquier tipo de intervención por sí sola. Existe evidencia de que este enfoque es el correcto. También hay evidencia que sugiere que las combinaciones de intervenciones psicológicas puedan ser más eficaces que las intervenciones por sí solas.

Hospitalización

Algunas de las razones por las que se recomienda la hospitalización psiquiátrica incluyen la conducta que representa una amenaza para sí mismo y los demás, fracaso del tratamiento como paciente externo o un procedimiento de tratamiento que requiere de un grado de control más elevado. La eficacia de un hospital depende de las necesidades de sus residentes, la calidad y alcance de sus programas y los recursos comunitarios y familiares disponibles para los pacientes. La **desinstitucionalización** y falta de cuidados comunitarios adecuados de pacientes mentales crónicos ha llevado al surgimiento de una gran cantidad de personas sin hogar en las ciudades de Estados Unidos.



Conceptos clave

Aceptación incondicional, p. 98
 Ansiolíticos, p. 116
 Antidepresivos, p. 116
 Antimaniacos, p. 116
 Antipsicóticos, p. 116
 Biorretroalimentación, p. 103
 Contratransferencia, p. 96
 Desensibilización sistemática, p. 105
 Desinstitucionalización, p. 121
 Desvanecimiento, p. 103
 Economía de fichas, p. 103
 Enfoque de sistemas familiares, p. 110
 Ensayos conductuales, p. 105
 Ensayos guiados, p. 105
 Entrenamiento asertivo, p. 106
 Entrenamiento en relajación, p. 104
 Experimentos clínicos, p. 116
 Exposición fantaseada, p. 104
 Exposición in vivo, p. 104
 Extinción, p. 105
 Factores interpersonales, p. 102

Factores técnicos, p. 102
 Hipnosis, p. 97
 Hospitalización parcial, p. 120
 Insight, p. 96
 Inundación, p. 104
 Investigación del proceso, p. 102
 Libre asociación, p. 96
 Magnitud del efecto, p. 101
 Meditación, p. 104
 Meta-análisis, p. 101
 Modelamiento, p. 105
 Modelamiento en vivo, p. 105
 Modelamiento encubierto, p. 105
 Modelamiento participativo, p. 105
 Modelamiento simbólico, p. 105
 Modificación de la conducta, p. 103
 Psicoanálisis, p. 96
 Psicodrama, p. 111
 Psicoterapia, p. 95
 Psicoterapia cognitiva, p. 98
 Terapia centrada en el cliente, p. 97

Terapia cognitivo-conductual, p. 104
 Terapia con medicamentos, p. 116
 Terapia conductual, p. 103
 Terapia de exposición, p. 104
 Terapia de grupo, p. 107
 Terapia de pareja, p. 110
 Terapia electroconvulsiva (TEC), p. 115
 Terapia familiar, p. 109
 Terapia Gestalt, p. 98
 Terapia implosiva, p. 105
 Terapia interpersonal, p. 99
 Terapia multimodal, p. 107
 Terapia psicodinámica, p. 96
 Terapia racional-emotiva, p. 98
 Terapias existenciales, p. 97
 Terapias humanistas, p. 97
 Transferencia, p. 96
 Transferencia negativa, p. 96
 Transferencia positiva, p. 96

Un buen libro

The Art of Psychotherapy es otro pequeño pero incisivo libro de Anthony Storr. En él no sólo proporciona mucha información sobre lo que realmente sucede en la psicoterapia sino que trae a la vida diaria lo que es ser en realidad un terapeuta. Storr (1920-2001) fue un psicoanalista y psicoterapeuta que después de descubrir que tenía talento como escritor escribió 11 libros (incluyendo las biografías de Freud y Jung, un estudio de lo que hace que los gurúes sean atractivos para

muchas personas y por qué la solidaridad puede ser una experiencia positiva). Entre los escritos de Storr existe un análisis fascinante de la depresión que aquejó a Winston Churchill durante gran parte de su vida (*Churchill's Black Dog, Kafka's Mice, and Other Phenomena of the Human Mind*). Durante muchos años, Storr enseñó a los médicos en capacitación en la Oxford University.

4

Clasificación y evaluación



CORBIS Images.com

Clasificación: categorías de conductas desadaptadas

Ventajas y desventajas de la clasificación

Vulnerabilidad, resiliencia y afrontamiento

El enfoque multiaxial

DSM-IV-TR

Las principales categorías de diagnóstico

Evaluación del enfoque multiaxial del DSM

Investigación sobre la clasificación

Evaluación: base de la clasificación

La entrevista

Pruebas de inteligencia

Pruebas neuropsicológicas

Evaluación de la personalidad

Evaluación conductual

Evaluación cognitiva

Evaluación de las relaciones

Evaluación corporal

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

La primera parte de este capítulo trata sobre la forma en que se clasifican diversos tipos de conducta desadaptada. La clasificación de un problema clínico depende de ciertos factores, como su conjunto particular de características y su severidad. La segunda parte del capítulo revisa las herramientas y las técnicas (por ejemplo, entrevistas y pruebas) que se utilizan para obtener la información clínica necesaria.

“Yo conozco el estigma y la etiqueta psiquiátrica desde una perspectiva personal y profesional. A los 14 años me diagnosticaron erróneamente con esquizofrenia. Pasé los siguientes dos años con este diagnóstico como etiqueta, que de hecho tomó vida por sí sola, y me persiguió a través de muchos hospitales y psiquiatras e influyó en los planes de tratamiento.

“Antes de que me diagnosticaran correctamente con trastorno del estado de ánimo bipolar a los 16 años, permanecí cautivo del modelo médico. La etiqueta de “esquizofrénico” me estereotipó y prejuició la forma en que los clínicos me consideraban. Durante esos dos años me trataron sólo como paciente esquizofrénico y me relegaron a un estatus poco prometedor y poco esperanzador. La etiqueta había madurado y tomado el control de mi identidad adolescente. (...)”

“La etiqueta, que era mi sombra en todo momento, me deshumanizó y devaluó en forma radical. Este proceso me transformó de ser una persona a ser una enfermedad; de ser Robert Bjorklund a ser ‘un esquizofrénico’, perdido en una baraja de planes de tratamiento miopes. (...)”

“El diagnóstico psiquiátrico tiene un efecto profundo en la forma en la que se evalúa y el tratamiento que se le da a una persona dentro del sistema de salud mental y en cualquier parte. Las etiquetas que los clínicos utilizan para separar a los individuos deben ser más que sólo temas de conveniencia médica” (Bjorklund, 1996, pp. 1329-1330).

Durante un mes, Pete Harnisch, un pitcher de los New York Mets había luchado contra una enfermedad misteriosa que había trastornado su sueño, patrones de alimentación y juego: “Me sentí muy retraído y muy solo. El problema del sueño había regresado la semana anterior, y tenía mucha ansiedad. (...) No comía nada, y muchas cosas sucedían a un tiempo.”

Debido a que Harnisch había cedido tres jonrones seguidos en un juego después de haber pitcheado cinco entradas empatadas a cero, relacionó su repentino ago-

tamiento con la abstinencia de nicotina; recién había dejado de masticar tabaco. Pero volver a masticarlo no eliminó los síntomas, que fueron atribuidos de varias formas a una condición de la tiroides y enfermedad de Lyme. Finalmente, un examen psicológico aclaró el misterio, y Harnisch expresó en una conferencia de prensa: “Sólo quiero informar a todo el mundo que me han diagnosticado depresión”. También dijo: “En realidad nunca pensé que no era una persona normal. Nunca consideré que. (...) Es difícil señalar con exactitud por qué pasó” (*New York Times*, 1 de mayo de 1997, p. A21).

El diagnóstico es un paso importante en el proceso de identificación y clasificación de una condición clínica. Un diagnóstico correcto es útil, no sólo como una forma de clasificar una condición, sino también como base de un tratamiento eficaz. El diagnóstico equivocado de Robert Bjorklund llevó a la estigmatización y a una terapia inadecuada. El diagnóstico correcto, trastorno del estado de ánimo bipolar, llevó al tratamiento que le permitió a Bjorklund participar completamente en la vida de la comunidad y promover su educación. Cuando se le dio el tratamiento adecuado, la depresión de Pete Harnisch mejoró. El diagnóstico correcto orientó el tratamiento que también hizo maravillas con su pitcheo.

El hecho de que en ocasiones se realicen diagnósticos equivocados no niega el valor del proceso. Al hacer un diagnóstico, el clínico trata de contestar la siguiente pregunta: ¿Cuál es el problema del paciente? Todos pueden apreciar el significado personal de esta pregunta porque todos han tenido la experiencia de ir al médico para encontrar la causa del conjunto de síntomas que experimentan. Cuando el médico indica cuál es el problema y receta con seguridad una medicina para eliminarlo, los pacientes suspiran con alivio.

En este capítulo se estudia el proceso de diagnóstico aplicado a los problemas conductuales, cognitivos y emocionales. El capítulo tiene dos partes: (1) un examen del sistema de diagnóstico psiquiátrico actual, y (2) un examen de los tipos de información y procedimientos utilizados para hacer un diagnóstico.

Se comenzará con el sistema de diagnóstico utilizado para clasificar las condiciones clínicas. Los sistemas de diagnóstico son de particular valor porque representan intentos para organizar lo que una gran cantidad de trabajadores clínicos saben acerca de los diferentes tipos de problemas con los que tratan. La clasificación de los problemas personales se basa en la evaluación de lo que dicen los pacientes y su conducta. Se toman en cuenta tanto las condiciones de vida actuales como las experiencias del pasado. Sin embargo, la clasificación no es simplemente un ejercicio intelectual. Tiene efectos de gran alcance en las vidas de las personas que muestran conducta desadaptada, y también en las actividades de los trabajadores clínicos.

Los trabajadores clínicos valoran el diagnóstico y la clasificación porque, con frecuencia, el aislamiento de un conjunto diferenciado de características que define los problemas de una persona pone en claro el camino del tratamiento. La adopción de significados

TABLA 4-1	
Cuatro contribuciones del diagnóstico y la clasificación	
1.	Se redujo la complejidad de los fenómenos clínicos, lo que permitió una mejor planeación del tratamiento.
2.	Se facilitaron las comunicaciones entre los clínicos (es más probable que se entiendan mutuamente).
3.	Se puede predecir el curso y resultado de una condición clínica con mayor seguridad.
4.	Se proporcionaron claves con respecto a la causa de la condición.

TABLA 4-2	
Algunos términos que se utilizan en los análisis de los casos clínicos	
Diagnóstico	La conclusión a la que se llega en relación con la naturaleza del problema del paciente, basada en observaciones clínicas.
Clasificación	Colocación de una condición clínica en una categoría basada en características compartidas.
Síndrome	Grupo de signos y síntomas que en conjunto indican o describen un trastorno.
Sistema multiaxial	Sistema de clasificación que tiene dimensiones múltiples.
Etiología	Causa(s) u origen(es) de una condición.

uniformes se debe a que facilitan las comunicaciones entre los clínicos, con frecuencia hay una mejor predicción sobre el curso y los resultados de una condición clínica y las claves sobre las causas de una condición se vuelven más evidentes (ver la tabla 4-1). La tabla 4-2 define los términos que se utilizan con frecuencia en las discusiones relacionadas con el diagnóstico de casos clínicos.

Clasificación: categorías de conductas desadaptadas

Durante mucho tiempo se ha reconocido la necesidad de clasificar los distintos tipos de personalidad y de problemas personales. Desde la época de Hipócrates, los sistemas de clasificación se han revisado de manera continua para incluir nuevos conocimientos y puntos de vista cambiantes. No obstante, la clasificación de la conducta anormal se encuentra todavía en una etapa inicial de evolución, en parte debido a la naturaleza arbitraria del proceso de etiquetar a las personas. Por ejemplo, no existe un punto preciso en el que un bebedor en exceso se convierte en un alcohólico declarado o cuando la tensión que se siente al estar solo en una habitación extraña se convierte en un miedo intenso conocido como claustrofobia.

Un informe de clasificación, o diagnóstico, coloca a un trastorno dentro de un sistema de agrupaciones convencionales que se basan en similitudes significativas de los síntomas. La mayor parte de los sistemas de clasificación se organizan de manera jerárquica, igual que se hace en las ciencias naturales. De este modo, en el sistema que se emplea para clasificar la vida animal, los seres humanos son miembros de la especie *Homo sapiens*, género *Homo*, que es una subdivisión de la familia de los homínidos, del orden de los primates, de la clase de los mamíferos, del filo de los Cordados, del reino animal. En forma similar, el episodio maniaco es una subdivisión del trastorno bipolar, que a su vez es uno de los principales trastornos de la familia de los trastornos del estado de ánimo. La clasificación es una manera de tratar de entender y aprender de la experiencia. Sin un sistema de clasificación, todo lo que nos sucede sería único y no podríamos prepararnos para el futuro en ninguna forma.

Mientras que las referencias al valor de la clasificación de trastornos se pueden encontrar en escritos que se originan desde tiempos antiguos, se han realizado varias contribuciones relativamente recientes al desarrollo de formas objetivas para describir lo que en la actualidad se puede reconocer como problemas de salud mental. Algunos de ellos se presentan en la tabla 4-3.

Ventajas y desventajas de la clasificación

Si cada trabajador clínico desarrollara su propio sistema, los problemas de comunicación serían enormes. Por ejemplo, sería difícil

TABLA 4-3	
Algunos hitos en la historia de los intentos por clasificar la conducta desadaptada	
1796	William Cullen, médico de Edinburgo, intenta clasificar los trastornos mentales utilizando un enfoque basado en los sistemas biológicos para clasificar a las plantas y los animales.
1879	William Maudsley, psiquiatra inglés, sugiere clasificar los trastornos mentales en términos de síntomas identificables.
1883	Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, publica la primera edición de un influyente libro de texto que describe y clasifica varios trastornos mentales.
1957	Se publica la sexta edición de <i>International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death</i> que incluye por primera vez una sección dedicada a los trastornos mentales.
1980	Se publica la tercera edición del <i>Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana</i> Basada en el énfasis que da Maudsley a los síntomas observables, y establece, en una tabla, el curso de los sistemas de clasificación, que son de amplio uso en la actualidad.

utilizar los datos de las investigaciones sobre los tratamientos eficaces. Los sistemas de clasificación también son útiles para propósitos estadísticos. El gobierno y otras oficinas de planeación necesitan registrar la frecuencia con que se presentan los distintos tipos de inadaptación. Sin esos registros sería imposible decir si la incidencia de ciertas formas de inadaptación aumenta o se reduce. Además, según el grado en que las categorías que se emplean en la clasificación establecida son distintivas y se pueden calificar de manera confiable, contribuyen a la facilitación y planeación de los programas de tratamiento.

Aun así, el empleo de la clasificación para comprender las causas de algunos trastornos y darles tratamiento es objeto de controversias, como lo demuestran los siguientes comentarios por parte de un médico clínico con experiencia:

Podría creer que después de trabajar durante 20 años con personas que tienen problemas, sé cuáles son sus problemas principales y lo que debo diagnosticar. Sin embargo, en realidad no estoy seguro de lo que es el diagnóstico, lo que debe ser o cómo se puede emplear para algo más que designar y clasificar. Clasifico los casos porque me ayuda a llevar los registros y a comunicarme con otros clínicos. Al mismo tiempo, mi labor principal es dar tratamiento a las personas, decidir qué puedo hacer para ayudarles a planear lo que deben hacer para lograr que su vida sea más feliz y tenga más valor. Las personas tienen más diferencias que similitudes. Es probable que dos personas acudan a mí con un síntoma similar, como ilusiones de grandeza, pero el mecanismo que lo produce puede ser diferente. Espero que el diagnóstico me ayude a comprender mejor las bases para las condiciones que diagnosticó.

Se ha criticado mucho la idea de clasificar las conductas desadaptadas. Para muchas personas, lo más importante es el hecho que un diagnóstico etiqueta a una persona. Con una etiqueta, puede ser más difícil para un ex paciente conseguir trabajo, lograr la admisión a un programa profesional u obtener la custodia de un niño. Otro argumento es que muchos diagnósticos no son útiles porque las categorías de diagnóstico son imperfectas y se puede asignar la misma etiqueta a conductas que parecen similares, pero que tienen distintas causas y diferentes tratamientos.

No obstante, al realizar un balance, el marco de la clasificación es considerable. Es fácil defender la idea de que cada paciente es único; sin embargo, no se puede hacer nada para ayudar al individuo sin referirse a los principios generales. Lo que se sabe sobre el caso de un individuo, aunque sea con detalle, se puede utilizar sólo si el caso se considera dentro del contexto del conocimiento existente. Al mismo tiempo, los principios generales tendrán validez sólo si se basan en la observación de los individuos.

En el diagnóstico existen dos fuentes principales de falta de confiabilidad. Una se refiere al juicio clínico: las diferencias en la capacitación clínica de los terapeutas y la orientación teórica pueden llevar a diagnósticos diferentes. La otra fuente importante de falta de confiabilidad es el hecho de que se asignen etiquetas de diagnóstico a las personas y, ninguna persona (ni sus problemas) es igual a otra. Es probable que el mismo individuo describa sus problemas de manera diferente en dos ocasiones, dependiendo de cómo se sienta en el momento o qué eventos que se relacionan con el problema ocurrieron hace poco tiempo. Quienes diagnostican pueden

TABLA 4-4

Características de un buen sistema de clasificación clínica

1. Proporciona información sobre la causa o causas de una condición
2. Ofrece un lenguaje común para la comunicación entre los clínicos y los investigadores
3. Permite a los clínicos dar a los pacientes y sus familias un panorama a corto y largo plazos
4. Señala el tratamiento posible
5. Sugiere formas para la prevención

cambiar su evaluación original de un caso o, dos personas con problemas similares pueden describir su condición de manera diferente y, por lo tanto, recibir una clasificación distinta.

Las ambigüedades e inconsistencias surgen también porque la mayor parte de las clínicas y hospitales tienen más casos de los que pueden manejar. Con frecuencia, es imposible el estudio pausado y prolongado que tiene como objeto la clasificación exacta. Otro factor que dificulta la clasificación radica en la gama de problemas para los que ofrece tratamiento una institución en particular. El personal de una institución que ofrece tratamiento para un rango limitado de trastornos puede presentar una tendencia a describir e interpretar sus casos en forma diferente que como lo haría el personal de una institución con bases más amplias. Los métodos de diagnóstico lograrán una base científica más firme a medida que la evaluación se vuelva más estandarizada y menos susceptible a la distorsión provocada por esos factores. La tabla 4-4 menciona algunas de las características importantes de un buen sistema de clasificación. En la actualidad, para la mayor parte de los tipos de conducta desadaptada, las características que se mencionan en la tabla 4-4 siguen siendo objetivas y todavía no son logros. Por ejemplo, todavía no han sido identificadas las causas de la mayoría de los trastornos psiquiátricos.

Vulnerabilidad, resiliencia y afrontamiento

El enfoque de los autores hacia la psicología anormal tiene implicaciones definidas para el proceso de clasificación. Este enfoque sostiene que la conducta anormal se debe entender en el contexto de varios factores: los eventos estresantes recientes en la vida de una persona, como el duelo o la pérdida del trabajo; las vulnerabilidades generales de la persona, tales como una tendencia hacia la baja autoestima (que tal vez se genere por experiencias durante los primeros años de la niñez o por un sistema nervioso muy reactivo); y aquello con lo que cuenta el individuo, como las habilidades para el **afrontamiento**, la capacidad intelectual y la familia y los amigos que quieren y pueden ayudar. Un valor especialmente importante al afrontar el estrés es la **resiliencia**, la habilidad para pensar con claridad y funcionar bien, a pesar de las circunstancias adversas.

La clasificación de la conducta anormal debería consistir en crear un perfil total de una persona, en lugar de sólo marcar un punto en una gráfica. Al clasificar a una persona que tiene un problema, deseamos conocer no sólo cuál es el problema, sino también el contexto del mismo. El contexto incluye 1) experiencias recientes que pueden haber causado estrés y provocar el empeoramiento de su condición, 2) sus vulnerabilidades o debilidades y 3) sus valores y puntos fuertes. El hecho de que una persona que actualmente está bastante trastornada e inadaptada que haya experimentado en el pasado largos periodos de buen ajuste (por ejemplo, ser capaz de conservar su trabajo) es alentador y no se debe ignorar. De manera óptima, la forma como se clasifica a las personas debe decir algo sobre sus proyectos futuros y las respuestas probables a los esfuerzos terapéuticos.

El enfoque multiaxial

A través de los años, la clasificación o diagnóstico ha tenido varios significados: la simple asignación de un nombre o etiqueta, así como una afirmación que proporciona información sobre varios aspectos de un caso en particular. (Las raíces de la palabra *diagnóstico* significan “conocimiento detallado”). Las clasificaciones oficiales de las enfermedades mentales se empezaron a usar en Estados Unidos en 1840, con la adopción de un esquema de clasificación de un concepto. En el censo de ese año, “idiotez” fue la única categoría que se dio a las enfermedades mentales. Para el censo de 1880, existían ocho categorías para designar los trastornos mentales.

Emil Kraepelin (1856-1926) contribuyó en forma importante a la clasificación psiquiátrica señalando dos patrones de síntomas que parecían mantenerse unidos y ser recurrentes. Describió una condición, *dementia praecox*, en la que parece haber deterioro mental a temprana edad; en la actualidad se le conoce como esquizofrenia. También describió una condición en la que se destacan fuertes cambios de ánimo, a la que denominó *locura maniaco-depresiva*; hoy en día se le conoce como trastorno bipolar. Kraepelin consideraba que la patología cerebral causaba ambos trastornos. En la actualidad sabemos mucho más acerca de los factores tanto orgánicos como ambientales implicados en estos trastornos. Los enfoques modernos de la clasificación abarcan una gran variedad de problemas de la vida, con múltiples causas y una probabilidad de recuperación variable, además de la información adicional que provee el sistema de diagnóstico.

En la actualidad, los practicantes utilizan un **sistema de clasificación multiaxial** diseñada para resumir la información diversa importante para el caso de un individuo, más que para ofrecer una simple etiqueta. En lugar de sólo asignar un caso a una categoría (como la esquizofrenia), los clínicos que emplean un sistema multiaxial pueden describir a un individuo en términos de un conjunto de factores importantes en el aspecto clínico, o ejes. El sistema de clasificación multiaxial de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría se acepta tanto en la actualidad, que es fácil olvidar el hecho de que la característica multiaxial es un desarrollo relativamente nuevo en la clasificación de los trastornos mentales. El primer sistema multiaxial, una revisión del *Manual Diagnóstico y*

Estadístico de los Trastornos Mentales (que se conoce como DSM-III) se presentó en 1980, el DSM-IV, que contiene varios cambios al DSM-II, se publicó en 1994, y la revisión más reciente, el DSM-IV-TR se publicó en 2000. El DSM-IV-TR, como sus predecesores, es un sistema multiaxial con cinco ejes.

Las categorías adicionales del sistema multiaxial proporcionan información sobre el contexto en el cual se presenta la conducta anormal, así como una descripción de la misma. Hacen posible que se señale de manera formal la etiología, o causa, del trastorno cuando se puede identificar (a pesar que algunos críticos del DSM sostienen que este sistema no presta suficiente atención a la etiología), así como las experiencias subjetivas de los pacientes (por ejemplo, qué tan preocupados o enojados parecen estar), y sus factores favorables y desfavorables.

DSM-IV-TR

Los ejes del **DSM-IV-TR** proporcionan información sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la condición de una persona.

- El eje I reporta la mayoría de los trastornos o condiciones incluidos en el sistema de clasificación, excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Cuando es necesario describir exactamente a un individuo en particular, se puede listar más de un trastorno en el eje I. En tal caso, el diagnóstico principal se presenta primero.
- El eje II trata con trastornos de la personalidad y retraso mental, que empiezan ambos en la niñez o en la adolescencia y que, por lo general, continúan hasta la edad adulta. Un ejemplo sería el trastorno de la personalidad en el cual existe una tendencia injustificada a interpretar las acciones de los demás como una amenaza. El eje II también se puede utilizar para señalar características de la personalidad desadaptada y mecanismos de defensa que no cumplen con todos los criterios de un trastorno de la personalidad.
- El eje III describe condiciones médicas generales que parecen relevantes para un caso (por ejemplo, los antecedentes de un paciente con respecto de los ataques cardíacos).
- El eje IV describe los problemas psicosociales y ambientales (por ejemplo, problemas de vivienda, un evento negativo de vida o estrés familiar). En algunos casos, estos problemas pueden ser el resultado de dificultades de ajuste creados por el trastorno.
- El eje V es una evaluación global del funcionamiento psicológico, social y de las actividades ocupacionales del paciente. El clínico lleva a cabo una **evaluación global de funcionamiento (EGF)** al cual califica con una escala del 1 al 100. Las calificaciones bajas indican que los individuos representan un peligro para ellos mismos y para los demás. Las calificaciones altas indican un funcionamiento bueno o superior (por ejemplo, intervenir en una variedad de actividades y ser eficaz en las relaciones interpersonales).

En el siguiente ejemplo utilizamos el DSM-IV-TR para caracterizar un caso en particular.

Robert Frank, un hombre casado de 37 años de edad, asiste a un centro mental comunitario porque le inquietan algunos de sus pensamientos.

Hasta donde recuerda, ha sido introvertido y de alguna manera temeroso de la gente. Ha deseado el contacto social, pero debido a su temor, por lo general nunca tiene éxito al establecer relaciones. En la época en que comenzó a venir al centro, había tenido ciertos pensamientos inquietantes sobre sí mismo. En el pasado, platicó sobre éstos con su esposa y con clínicos de un hospital mental. Piensa que lo espía un grupo desconocido, cree que es una agencia de inteligencia del gobierno. Además, siente que su televisor le transmite mensajes especiales y que se hace un intento por controlar su voluntad y pensamiento. Ocupa un puesto en una corporación importante. A juicio de su supervisor, en el pasado se desempeñó bien, pero de un tiempo a esta parte su trabajo, de alguna manera, se ha deteriorado.

Frank ha sido hospitalizado en dos ocasiones, después de las cuales parece haber tenido un buen ajuste al regresar a la comunidad. Hace seis meses, la muerte de su madre lo perturbó en gran medida. Durante los últimos meses ha restringido cada vez más sus actividades sociales a los miembros de su familia e incluso se ha aislado de ellos. Asistió al centro de salud mental comunitaria porque sus pensamientos se hicieron más persistentes. Su nivel de inquietud aumentaba y se dio cuenta de que aumentaba su nivel de incoherencia; en lo posible deseaba evitar otra hospitalización.

La trabajadora clínica que platicó con Frank deseaba evaluar la seriedad de su problema y los factores de vulnerabilidad y resiliencia en su vida. El hecho de que haya sido hospitalizado dos veces refleja su vulnerabilidad a preocuparse por pensamientos paranoicos. Pero también parece ser resiliente en formas importantes: tiene un trabajo, que hasta hace poco desempeñó bien, y se ha recuperado bien de sus dos hospitalizaciones. Ella espera utilizar toda la información que tenga a su disposición para recomendar el programa terapéutico más práctico y eficaz. Además, llevó a cabo una serie de actividades en las cuales recopiló e interpretó la información sobre Frank, y llegó a estas clasificaciones DSM-IV-TR:

Eje I: Esquizofrenia paranoide

Eje II: Trastorno de personalidad antisocial

Eje III: Sin condiciones médicas aparentes

Eje IV: Varios problemas graves

Eje V: EGF 55 (síntomas moderados a graves)

El sistema DSM-IV-TR ofrece criterios para codificar los factores relativamente subjetivos de los ejes IV y V. El eje IV proporciona guías para calificar la severidad global de los eventos recientes (por ejemplo, la muerte de un hijo, la jubilación) y las circunstancias perdurables (por ejemplo, el desempleo o una enfermedad crónica grave). Los lineamientos para el eje V pertenecen al nivel del funcionamiento (por ejemplo, violencia contra sí mismo o los demás, conflictos con los compañeros de trabajo). La conducta de dos personas con trastornos severos probablemente se interprete de diferente forma y hasta se les trate diferente si uno de ellos tie-



Figura 4-1 Las juntas sobre los casos juegan un papel importante en las decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento.

ne antecedentes de buenas relaciones con otros y un excelente historial de trabajo, mientras que la otra persona tiene un historial de mala adecuación social e incapacidad para mantener un trabajo.

Cuanto más completa sea la información disponible sobre un caso determinado, más confiables serán la clasificación y los registros. Con frecuencia, sobre todo en casos agudos o de emergencia, la clasificación se realiza aunque existan grandes lagunas de información. En estos casos, se considera que la clasificación es tentativa y quizá deba revisarse cuando se tengan más datos.

Las juntas sobre los casos son valiosas porque proporcionan a todos los trabajadores clínicos que han tenido contacto con el paciente una oportunidad de comparar sus puntos de vista tanto con respecto al diagnóstico como al tratamiento. (ver la figura 4-1). Los cambios en el diagnóstico de un paciente pueden ser el resultado de la presentación de los argumentos de los psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeras para la formulación de sus diagnósticos respectivos.

Las principales categorías de diagnóstico

Empezando con la revisión del DSM de 1980 (DSM-III), se realiza un esfuerzo especial para que sea tan específico como sea posible al describir las principales categorías de diagnóstico y, al enumerar los síntomas y factores relevantes para los trastornos en particular. Éstos incluyen las características típicas del trastorno, la edad en la cual por lo general se desarrolla, su probable pronóstico o resultado, el grado de deterioro social y ocupacional que comprende, las posibles complicaciones (por ejemplo, los intentos de suicidio por parte de los individuos deprimidos), los aspectos de la vida de una persona que aumentan el riesgo de un trastorno severo, las diferencias sexuales y los patrones familiares relevantes. La tabla 4-5 menciona indicadores como éstos, a los cuales presta atención el clínico para realizar las clasificaciones.

TABLA 4-5

Observaciones clínicas y síntomas que se utilizan en la clasificación del DSM-IV

Aun cuando un síntoma determinado puede ser parte de varios cuadros clínicos diferentes (por ejemplo, los dolores de cabeza se pueden presentar en casos marcados por ansiedad elevada, hipocondriasis o molestias somáticas), esta lista sugiere las clases de datos a los que los clínicos prestan atención y que los guían hacia un diagnóstico psiquiátrico. La presencia de grupos de síntomas característicos de un trastorno en particular, aumenta la probabilidad de una clasificación acertada.

Ansiedad	Estado de ánimo	Rasgos de personalidad
Conducta	Actividad motriz	Síntomas físicos
Funcionamiento cognitivo (atención, memoria)	Impedimento ocupacional y social	Trastorno del sueño
Trastorno de la alimentación	Trastorno de la percepción	Forma de hablar
Nivel de energía	Apariencia personal	Contenido del pensamiento

Categorías del eje I El eje I incluye todos los trastornos clínicos, excepto trastornos de la personalidad y el retraso mental.

➤ **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.** (No incluye retraso mental, el cual se diagnostica en el eje II). Éstos incluyen conducta problemática, trastorno del autismo y trastornos del aprendizaje.

➤ **Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos.** Impedimentos de la cognición (por ejemplo, déficit de la memoria, incapacidad para reconocer o identificar objetos o un trastorno de la percepción) cuya causa parece ser una o más sustancias y/o condiciones médicas generales.

➤ **Trastornos mentales que se deben a una condición médica general no clasificada en otro apartado.** Trastorno mental asociado a una condición médica general, la cual se considera su causa.

➤ **Trastornos relacionados con el uso de sustancias.** Condiciones acusadas por los efectos sociales, conductuales, psicológicos y fisiológicos adversos, causados por buscar o usar una o más sustancias (por ejemplo, alcohol, cocaína y anfetaminas).

➤ **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.** Distorsión significativa de la percepción de la realidad; impedimento para razonar, hablar y comportarse razonable o espontáneamente; impedimento para responder con gusto y motivación apropiados (por ejemplo, delirios, alucinaciones, incoherencia y aislamiento social).

➤ **Trastornos del estado de ánimo.** Estado de ánimo anormal caracterizado por depresión, manía o ambos síntomas de forma alternada. La depresión se caracteriza por tristeza, melancolía y abatimiento; la manía se caracteriza por excitación, irritabilidad y efusividad.

➤ **Trastornos por ansiedad.** Altos niveles de ansiedad, tensión o preocupación durante largos periodos que pueden estar acom-

pañados de evitación de situaciones de temor, actos rituales o pensamientos repetitivos.

➤ **Trastornos somatomorfos.** Síntomas físicos para los cuales no se pueden encontrar causas médicas; preocupación constante de tener una enfermedad física; preocupación exagerada por defectos físicos menores o imaginarios de una persona que por lo demás parece normal.

➤ **Trastornos facticios.** Síntomas físicos o conductuales que produce el individuo en forma voluntaria, en apariencia con el objeto de representar el papel de paciente y que, con frecuencia, comprenden la mentira crónica y flagrante.

➤ **Trastornos disociativos.** Cambio repentino y temporal de las funciones normales de la conciencia (por ejemplo, pérdida de la memoria, conciencia o identidad).

➤ **Trastornos sexuales y de identidad de género.** Dificultad para expresar la sexualidad normal (por ejemplo, confusión sobre la identidad de género, deseo o excitación sexual disminuida, actos sexuales y fantasías que incluyen hacer sufrir o humillar a cualquiera de los compañeros sexuales, y actividades sexuales con niños o con adultos sin su consentimiento).

➤ **Trastornos de la alimentación.** Alteraciones significativas en la alimentación (por ejemplo, anorexia, comer en exceso).

➤ **Trastornos del sueño.** Alteraciones en el proceso del sueño (por ejemplo, dificultad para dormirse o permanecer dormido, somnolencia excesiva durante el día, trastorno del ciclo sueño-vigilia).

➤ **Trastornos del control de los impulsos que no están clasificados en ninguna otro apartado.** Expresión constante de actos impulsivos que llevan al daño físico o financiero del individuo u otra persona y, con frecuencia, dan como resultado una sensación de alivio o liberación de tensión (por ejemplo, actos de

agresión, robo de objetos que no se necesitan, piromanía y apostar en forma desadaptada y recurrente).

► **Trastornos adaptativos.** Reacciones emocionales o conductuales persistentes en respuesta a un causante de estrés identificable (por ejemplo, un evento de vida negativo). Las reacciones pueden estar dominadas por un estado de ánimo depresivo, ansiedad o retraimiento).

► **Otras condiciones que pueden ser un foco de atención clínica.** Presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales que afectan a una condición médica general en forma adversa; trastornos del movimiento causados por medicamentos; problemas de relaciones familiares; problemas relacionados con el abuso o el abandono; reacciones prolongadas de duelo.

Categorías del Eje II Los trastornos de la personalidad y retraso mental están codificados en el eje II. Estas condiciones empiezan en la niñez o adolescencia y continúan hasta la edad adulta sin sufrir muchos cambios. Los ejes I y II están separados, de modo que, cuando se evalúa a los adultos, se toman en cuenta estas características continuas, que pueden afectar las habilidades cognitivas, sociales o motrices o la habilidad para adaptarse. El eje II también se puede utilizar para señalar características prominentes de la personalidad desadaptada que no llegan a los límites de un trastorno de la personalidad. Este eje puede no distinguir con suficiente claridad entre los estilos o rasgos de la personalidad que se observan comúnmente, que parecen provocar pocos problemas para el individuo, y los estilos de personalidad rígidos y desadaptados en forma evidente que llevan a la infelicidad o ineficiencia personal. Sin embargo, con todas sus imperfecciones, este intento por incluir los factores de la personalidad en la clasificación psiquiátrica es un paso adelante.

► **Trastornos de la personalidad.** Con frecuencia, ciertos patrones dominantes y duraderos de conducta y pensamientos inadaptados que empiezan a principios de la edad adulta interfieren con las relaciones interpersonales normales y reducen la eficacia personal. Puede o no estar presente angustia subjetiva. Los trastornos de la personalidad especificados en el DSM-IV-TR incluyen trastornos de la personalidad paranoide; trastorno de la personalidad esquizoide; trastorno de la personalidad esquizotípico; trastorno de la personalidad antisocial; trastorno de la personalidad limítrofe; trastorno de la personalidad histriónica; trastorno de la personalidad narcisista; trastorno de la personalidad evasiva; trastorno de la personalidad dependiente; trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva; y trastorno de la personalidad no especificado en otro apartado.

► **Retraso mental.** Trastornos caracterizados por retrasos en el desarrollo en muchas áreas. Estos trastornos se caracterizan en forma predominante por un funcionamiento intelectual reducido dominante así como problemas de aprendizaje específicos. Los niveles de retraso varían desde leves (CI que varían de 50 a 70) hasta profundo (CI por debajo de 20 o 25).

Evaluación del enfoque multiaxial del DSM

El DSM-IV-TR, como todas las versiones del DSM desde el DSM-III en adelante, tratan de describir los problemas clínicos en lugar de interpretarlos; enumera los criterios descriptivos específicos de cada categoría diagnóstica. El hincapié en la descripción exacta de las condiciones clínicas se dio como resultado de la preocupación generalizada de que los diagnósticos psiquiátricos, con frecuencia son poco confiables porque se basan en supuestos sobre las causas subyacentes de los problemas. El lenguaje de las dos primeras versiones del DSM (DSM-I y DSM-II) tenía gran influencia de la teoría psicoanalítica, y los manuales centraban la atención en procesos internos que no se pueden observar. Como resultado, con frecuencia los diagnósticos de los clínicos variaban mucho. Los DSM recientes utilizan un lenguaje mucho más preciso además de agregar el enfoque multiaxial. En el desarrollo de los DSM más recientes se llevaron a cabo extensas pruebas de campo. Estas pruebas en las que participaron miles de pacientes y cientos de clínicos hicieron posible buscar la facilidad de uso y confiabilidad, y para corregir las deficiencias antes de la publicación.

A pesar que representan avances en la clasificación clínica, nadie cree que los DSM recientes sean definitivos en materia de diagnóstico. Entre sus limitaciones se encuentran la confianza continua en los juicios clínicos basados en la impresión del clínico (por ejemplo, al calcular la severidad de un trastorno). Quizá sea mejor considerar al DSM-IV-TR como un conjunto de lineamientos para caracterizar los problemas clínicos y que se preocupa principalmente de la descripción de estos problemas.

En tanto que el primer DSM multiaxial (el DSM-III) representó una innovación importante en el concepto de clasificación, el DSM-IV-TR refleja un continuo ajuste del sistema de diagnóstico. Las versiones posteriores del DSM también se desarrollaron para relacionarse más estrechamente con la versión más nueva de otros sistemas de diagnóstico importantes que se utilizan hoy en día, la **Clasificación Internacional de Enfermedades** de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). El CIE incluye la conducta desadaptada así como otros tipos de trastornos, y se utiliza bastante en gran parte del mundo. Las extensas investigaciones alrededor del mundo sobre los trastornos mentales requieren que los sistemas de diagnóstico mundiales sean tan similares como sea posible para que los investigadores de todos los países puedan aprovechar la nueva información. El CIE-10 tiene varias características que también se pueden observar en el DSM-IV-TR, pero los dos sistemas no son idénticos. Por ejemplo, además de las descripciones de los trastornos y los lineamientos diagnósticos para el trabajo clínico, el CIE-10 también incluye un conjunto de criterios de diagnóstico de investigación. Estos criterios hacen posible que los investigadores seleccionen grupos muy homogéneos de individuos cuyos síntomas y otras características se parezcan entre sí en formas claramente establecidas.

Los creadores del DSM-IV-TR tratan de ser muy específicos acerca de los criterios para emplear cada categoría diagnóstica. Y parece que alcanzaron este objetivo con éxito. Al destacar las des-

cripciones de la conducta en lugar de las ideas teóricas sobre su causa, el enfoque del DSM redujo la cantidad de inferencias necesarias para realizar un diagnóstico en particular y aumentó la confiabilidad. Además de incrementar las dimensiones para describir trastornos particulares, los manuales recientes tienen mayor cobertura del rango de los trastornos. Este aumento es especialmente evidente en la extensa cobertura de los trastornos de la niñez.

A pesar de que se requieren muchas más investigaciones para realizar una evaluación definitiva del enfoque multiaxial del DSM, los practicantes están de acuerdo en que ha tenido éxito al facilitar la comunicación entre los clínicos y al contribuir con una clasificación más confiable.

Sin embargo, es posible que la comprensión del enfoque multiaxial presente sus aspectos positivos y negativos. Los clínicos presentan un alto nivel de concordancia al clasificar a los pacientes en amplias categorías diagnósticas generales, como depresión y delincuencia juvenil, pero menor consistencia al clasificar las subdivisiones más pequeñas dentro de estas categorías generales. Esta cobertura aumentada de la gran cantidad de dificultades y problemas que no se consideraban trastornos (pero que hoy en día tienen un lugar en el DSM) también ha provocado preocupación entre muchos clínicos.

El sistema DSM ha sido objeto de críticas debido a que proporciona poca información sobre las causas de la conducta anormal. Los críticos argumentan que desde la publicación del DSM-III, se ha prestado poca atención a la etiología en la clasificación y que es necesaria, tanto la descripción como las inferencias sobre los procesos que participan en la conducta desadaptada.

A pesar de estas críticas, la mayoría de los practicantes reconoce el valor único del enfoque multiaxial. Al incluir ejes que se refieren a la severidad del estrés y al nivel de adaptación anterior, así como patrones de personalidad que perduran, el DSM-IV-TR refleja la necesidad de integrar lo que se conoce sobre las vulnerabilidades, puntos fuertes y eventos estresantes de la vida con lo que se observa en su conducta. Continúan los esfuerzos por mejorar los ejes existentes a la luz, tanto de los descubrimientos de la investigación, como de las necesidades de los clínicos practicantes.

En el capítulo 2 se presentó un enfoque interaccional de la conducta desadaptada que se basa en las principales teorías actuales de la psicología anormal. Señalamos que, aunque estas teorías difieren en los determinantes de la conducta que destacan, todos los determinantes tienen valor potencial. Por ejemplo, mientras que los factores biológicos pueden ser especialmente importantes para ciertos trastornos, los factores comunitarios y culturales pueden ser particularmente relevantes para otros. Es necesario destacar que para la mayoría de las condiciones se deben tomar en cuenta combinaciones de factores. Una característica notable del DSM-IV-TR es su intento por prestar atención a los múltiples aspectos de la vida de una persona que juegan importantes papeles en las condiciones clínicas. Además de describir cada condición clínica (ejes I y II), el DSM-IV-TR también trata con relevancia la condición del estatus médico del individuo (eje III), problemas psicológicos y ambientales (eje IV) y qué tan bien funciona el individuo en las esferas importantes de la vida (eje V). Por lo tanto, el DSM-IV-TR proporciona para cada caso cinco piezas de información sobre

los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de los problemas humanos. Mientras existan diferencias de opinión acerca de cuáles determinantes son pertinentes en cada caso en particular, el beneficio importante de la clasificación DSM se ha convertido en una tarea de reconocimiento e integración de varias piezas de información más que simplemente ponerle una etiqueta a una condición.

A pesar de sus deficiencias, no parece haber dudas de que el DSM-IV-TR se ha perfeccionado con respecto a los sistemas de diagnóstico anteriores. Muchas de sus limitaciones surgen de las limitaciones en nuestra comprensión de lo que son los trastornos y la salud mental. Ningún sistema de clasificación puede ser mejor que el conocimiento disponible y las actitudes con respecto de lo que se clasifica. Como veremos más adelante, los expertos que han dedicado toda su vida a estudiar un tema específico (como la esquizofrenia) presentan grandes diferencias de opinión acerca de qué tipos de conducta se deben analizar. Es probable que las principales contribuciones del sistema DSM resulten ser el conocimiento nuevo, creado por los argumentos que han estimulado.

Investigación sobre la clasificación

La investigación sobre la clasificación de la conducta anormal se enfoca en el papel del juicio clínico en la clasificación y en los efectos del proceso de etiquetamiento. También se necesita información sobre lo complejo que debe ser un sistema de clasificación. ¿Cuántas categorías debe tener? ¿Qué variables se deben evaluar al realizar un diagnóstico? ¿Cuáles deben ser opcionales? ¿En qué forma se deben tomar en cuenta los antecedentes de la vida de un individuo cuando se evalúa su conducta actual? Es probable que la perspectiva psicoanalítica nos lleve a la conclusión de que la información sobre los primeros años de la niñez es esencial para la evaluación, en tanto que un punto de vista conductista tal vez haga hincapié en una descripción detallada de la conducta actual. Un diagnóstico no es sólo una etiqueta que da un clínico a un paciente: es un producto complejo del conocimiento y la opinión actual sobre la conducta desadaptada. Como tal, el diagnóstico no es un proceso inmutable. En vez de ello, cambia con los avances en el conocimiento y las alteraciones de lo que la sociedad define como un problema.

Con anterioridad se mencionó la importancia de lograr un acuerdo entre los clínicos en la clasificación de los casos. Hace aproximadamente 20 años, el diagnóstico estaba en desventaja por la poca confiabilidad en el acuerdo sobre él. La **confiabilidad** se ocupa de determinar si una decisión de clasificación se puede reproducir, ya sea por parte del mismo clínico en un momento diferente o por clínicos distintos. Con el objeto de tener mayor confiabilidad, se deben precisar con claridad las características que definen a una clase y los criterios que se deben cumplir a fin de establecer la inclusión de ella. Por ejemplo, se debe especificar con claridad qué síntomas específicos tendrán en común todos los pacientes en esta clase y qué síntomas darán lugar a su exclusión de la misma. La confiabilidad se puede evaluar con varios instrumentos estadísticos específicos. Con frecuencia, la confiabilidad se eva-

lúa simplemente por el grado de acuerdo, cuando el mismo paciente recibe el diagnóstico de varios clínicos diferentes. Sin embargo, utilizar sólo el porcentaje de acuerdo deja de lado la posibilidad de que ocurra el acuerdo clínico por el azar. Un clínico que detecta esquizofrenia en un porcentaje elevado de sus casos, demostrará una gran probabilidad de estar de acuerdo con otros clínicos al utilizar la etiqueta de la esquizofrenia. Un índice de confiabilidad, el **estadístico Kappa**, corrige el nivel de acuerdo observado por el nivel de acuerdo de probabilidad. Esta corrección se basa en la información sobre la frecuencia total con la que los clínicos utilizan clasificaciones particulares. Al corregir los acuerdos de probabilidad, el uso del estadístico Kappa proporciona una estimación real de la confiabilidad del diagnóstico y se ha convertido en el método estándar para establecer el acuerdo en los estudios con respecto de la clasificación.

La **validez** se ocupa de determinar si el sistema de clasificación es apropiado, si agrupa o no a personas cuyos síntomas tienen las mismas causas y responden a tratamientos similares. Una demostración ideal de la validez del diagnóstico requiere causas similares y los mecanismos subyacentes detrás de los síntomas de aquellas personas que tienen el mismo diagnóstico. Una forma más común de considerar la validez, es el poder de la inclusión de clase que se asigna para predecir el curso clínico y el resultado, así como el tratamiento más eficaz. Las descripciones muy específicas de la mayor parte de las categorías del DSM aumentan en gran medida la confiabilidad de los diagnósticos que se realizan usando el sistema, pero todavía es necesario establecer la validez de muchas de las clasificaciones del DSM. Una de las razones es que el conocimiento sobre las causas de muchos trastornos es insuficiente. Por ejemplo, es probable que algunas categorías del DSM-IV-TR contengan trastornos con causas muy diferentes a pesar de los síntomas similares que constituyen la base para la clasificación. Otro problema es que el sistema del DSM permite emitir un diagnóstico si la persona tiene cierta cantidad de síntomas de una lista mucho más extensa. Esto significa que dos personas que presentan el mismo diagnóstico pueden tener sólo unos cuantos síntomas en común. En la actualidad, determinar más acerca de la similitud de las causas dentro del mismo grupo de diagnóstico es uno de los principales intereses de la investigación.

Juicio clínico En el informe de clasificación intervienen una gran variedad de datos. Para lograr el diagnóstico, el clínico debe cubrir una serie de fases de resolución de problemas y toma de decisiones. Mientras más completos y estandarizados sean los datos y más explícitas las fases cognitivas que es necesario superar, el diagnóstico tendrá mayor confiabilidad. Esto es verdad, ya sea que hablemos de un clínico que realiza un diagnóstico en dos ocasiones diferentes, utilizando los mismos datos o de dos clínicos que realizan diagnósticos independientes con base en la misma información.

Se han realizado estudios del **juicio clínico** con objeto de determinar la forma en que el papel del profesional afecta la confiabilidad de la clasificación. Cuando los criterios de diagnóstico se describen con claridad y se ofrece una capacitación intensiva en su uso y los clínicos que los aplican emplean métodos comparables, la confiabilidad del diagnóstico aumenta significativamente. Factores

adicionales también afectan los juicios clínicos. Uno de éstos es el hecho de que ciertos trastornos se clasifican con mayor facilidad que otros (por ejemplo, la confiabilidad del diagnóstico de los síndromes orgánicos cerebrales es más elevada que el de la esquizofrenia). La información irrelevante o tangencial, como las etiquetas, pueden desviar el curso del clínico. Además, con frecuencia, las actitudes y características de los clínicos ejercen influencia en los juicios que se realizan. Un estudio que utilizó el CIE-10 demostró que los criterios de diagnóstico explícitos contribuyeron al acuerdo entre los clínicos en la clasificación de pacientes (Sartorius y cols., 1993). Sin embargo, hubo menos acuerdo respecto de los trastornos de la personalidad que en la mayoría de las demás condiciones, porque los clínicos participantes consideraron que las categorías de estos trastornos eran más difíciles de utilizar.

La investigación sobre el juicio clínico sugiere que, a pesar de que quizá no lleven a cabo proyectos de investigación formal, los clínicos emplean un proceso de investigación para realizar sus diagnósticos. Al igual que los científicos orientados hacia la investigación, los clínicos hacen observaciones, las integran y derivan conclusiones con base en la evidencia que recopilan. La investigación formal con base en el juicio clínico ayuda a identificar los factores que contribuyen al desacuerdo y al error en el diagnóstico clínico. Éstos incluyen diferencias en la conducta de un paciente en diferentes momentos, la personalidad y capacitación del clínico y los procedimientos de diagnóstico utilizados.

La clasificación es un primer paso necesario para poner orden en las discusiones sobre la naturaleza, causas y tratamiento de la conducta desadaptada. La clasificación es esencial para determinar y aumentar la confiabilidad y validez de las etiquetas aplicadas por los clínicos a los patrones de la conducta desadaptada y a las personas.

Contexto étnico-cultural La composición de las poblaciones de Estados Unidos, Canadá y muchas otras naciones han sufrido grandes cambios en las últimas décadas, y hay muchos más por venir. El DSM tiende a reflejar el punto de vista de la civilización occidental respecto de los trastornos mentales, pero su aplicabilidad está limitada a los diferentes grupos étnicos, raciales y culturales en Estados Unidos (Regier y cols., 2002). Aunque hay muchas similitudes entre los miembros de estos grupos, también hay importantes diferencias culturales y étnicas. Las *diferencias culturales* comprenden los sistemas de creencias y valores, así como los estilos conductuales. Las *diferencias étnicas* comprenden la descendencia, características físicas y la herencia. El alcance e importancia de estas diferencias es cada vez más notable. La evidencia sugiere que a pesar de que los factores sociales y culturales están controlados, se deben considerar los antecedentes étnicos o raciales al hacer las evaluaciones diagnósticas y los planes de tratamiento (Fletcher-Janzen y cols., 2000).

Entre los pacientes de diferentes grupos raciales/étnicos en búsqueda de tratamiento de salud mental, existen diferencias en los síntomas que se reportan, la severidad clínica de los problemas y el diagnóstico clínico (Minsky y otros, 2003). A los afroamericanos se les diagnostica con más frecuencia con trastornos de esquizofrenia que a los hispanos o europeoamericanos. Es probable que a los hombres afroamericanos en particular se les den dosis más altas de

medicamentos antipsicóticos que a otros grupos. A los hispanoamericanos se les diagnostica con mucho más frecuencia con depresión mayor que a los afroamericanos o a los europeoamericanos. Los asiático-americanos tienen bajos niveles de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental. Las posibles razones de estas diferencias incluyen autoselección, síntomas de expresión determinados culturalmente, dificultad para utilizar los criterios del DSM con algunos grupos y tendencias relacionadas con la falta de competencia cultural del clínico o tendencias de éste.

Tiene mucho sentido tomar en consideración las diferencias culturales y étnicas. El contexto cultural en el que ocurre la conducta puede ser un factor crucial al juzgar si representa un problema o no. Las poblaciones raciales y étnicas pueden diferir en forma significativa una de otra y de sociedades más grandes con respecto a las creencias, valores, normas y estilos conductuales. El lenguaje, el país de origen, género, edad, clase social, creencias religiosas/espirituales, la orientación sexual y los problemas físicos juegan importantes papeles en la identidad cultural de la persona. Muchas de ellas tienen múltiples identidades étnicas o culturales. La identidad cultural transmite distintos patrones de creencias y prácticas que tienen implicaciones en la disposición para buscar servicios de salud mental y la habilidad para responder a los mismos (ver la figura 4-2). Estos patrones incluyen los estilos de afrontamiento y las relaciones con la familia y la comunidad.

La necesidad de contar con un sistema de clasificación que sea culturalmente más sensible y que reconozca los papeles que juegan los factores culturales y étnicos tanto en los trastornos mentales como en sus juicios clínicos, sigue siendo un tema de debate. Mientras que el DSM-IV-TR trata con las variaciones culturales en la expresión de la conducta desadaptada al señalar las características relacionadas con la cultura de trastornos en particular, es probable que mientras los sistemas de clasificación se desarrollen, se otorgue creciente atención a los factores culturales.

La **identidad étnica** influye en el concepto de sí mismo de una persona y el sentido de pertenencia con otros miembros de un grupo étnico, y tanto la disposición de una persona para buscar ayuda respecto de un problema de salud mental y la forma en la que éste se describe a un trabajador profesional. El siguiente caso demues-



Figura 4-2 Los terapeutas necesitan tomar en cuenta la identidad étnica, punto de vista cultural y los problemas especiales de sus pacientes.

tra que la identidad étnica también puede jugar un papel en la naturaleza del problema. El caso comprende a una niña japonesa-americana de cuarta generación, de 7 años de edad, que evalúa negativamente las características físicas de su grupo étnico.

La niña, con frecuencia, no quiere ir a la escuela y es introvertida tanto en la casa como en la escuela. Cuando va a ésta, evita jugar con otros niños, no participa en clase y trata de regresar a casa temprano. Su familia la envió a terapia. Durante la terapia de juego, selecciona una muñeca con cabello oscuro y otra con cabello rubio. Las dos muñecas pelean. La muñeca rubia siempre sale victoriosa y la muñeca de cabello oscuro acaba en el suelo. Cuando la niña escoge animales de peluche, los de colores claros siempre ganan. Finalmente reveló que, en la escuela, los niños se burlan de sus “diminutos ojos” y su cabello oscuro y no la escogen para los equipos de deporte. Sus sesiones [de juego en terapia] indican que no desea ser japonesa y que siente enojo hacia sus padres y los responsabiliza por la diferencia de sus ojos. [Ella razonó que] si sus padres no fueran japoneses, ella no experimentaría el aislamiento que enfrenta en este momento” (Nagata, 1989, p. 103).

Este caso muestra la necesidad de que los clínicos sean sensibles a la forma en que la persona ve el mundo. Los siguientes comentarios, hechos por un psicólogo que trabaja en un ambiente urbano de diversidad cultural, ejemplifica el creciente reconocimiento de los clínicos sobre el papel de la identidad étnica en las interacciones clínicas:

Con frecuencia, las personas con diferentes antecedentes étnicos representan un reto especial para mí. Pueden haber tenido experiencias inusuales o dañinas. Por ejemplo, es menos probable que los ambientes que encuentran los niños afroamericanos promuevan las habilidades necesarias para salir bien en las pruebas de CI, que los de los niños blancos. Yo debo estar consciente de que las personas de ciertos grupos étnicos o culturales pueden venir para pruebas psicológicas o terapias con ciertos supuestos, preocupaciones y creencias. De lo contrario puedo llegar a supuestos injustificados acerca de ellos y la naturaleza de sus problemas. He tenido algunos pacientes afroamericanos y asiático-americanos, y algunas de sus características de personalidad parecían inusuales. En cuanto conocí bien a estas personas, me di cuenta de que lo que parecía inusual para mí era más un reflejo de sus antecedentes culturales que de sus problemas psicológicos.

No se han realizado suficientes investigaciones sobre los papeles que juegan las diferencias étnicas y culturales en el diagnóstico y tratamiento de la conducta anormal. En algunos aspectos, los miembros de grupos minoritarios pueden ver y reaccionar al mundo como lo haría el resto de las personas; pero en otros aspectos, pueden ver las cosas de otra forma (por ejemplo, como resultado de exposición al racismo). En los últimos años, la investigación sobre la personalidad y la conducta desadaptada se ha enfocado en forma creciente en las similitudes y diferencias étnicas/culturales, el efecto de sentirse diferente a la mayoría de las personas en una comunidad. La investigación sobre las comparaciones interculturales en alteraciones emocionales y su expresión va en aumento. Se ha demostrado, por ejemplo, que, con frecuencia, la depresión tiene diferentes significados y formas de expresión en diferentes sociedades. La mayoría de los casos de depresión alrededor del mundo se experimentan y expresan en términos corporales como dolor de espalda, dolores de cabeza, fatiga y una amplia variedad de otros sín-

tomas somáticos que llevan a los pacientes a considerar esta condición como un problema físico. Sólo en las sociedades occidentales contemporáneas se ve a la depresión, principalmente, como una experiencia intrapsíquica (“me siento deprimido”), y aun en estas sociedades, muchos casos de depresión todavía se viven y afrontan como condiciones físicas (Hall y Okazaki, 2003).

Las comparaciones de grupos asiático-americanos con otros grupos de la población han dado como resultado información valiosa. En general, la investigación demuestra que muchos asiático-americanos tienden a somatizar sus problemas de salud mental mediante la manifestación de sus preocupaciones, sentimientos de culpa y fuertes emociones negativas (como la depresión) en forma de afecciones físicas (Uba, 1994). La tendencia a somatizar los problemas de salud mental puede ser un reflejo de los valores culturales asiático-americanos que hacen hincapié en evitar la vergüenza y mantener el honor de la familia. Tal vez este grupo presenta sus problemas como somáticos en lugar de emocionales porque sus miembros se sienten más cómodos hablando sobre problemas físicos que sobre problemas psicológicos. Los problemas somáticos no cargan con el estigma o las consecuencias sociales negativas que recaen sobre los problemas psicológicos. Los clínicos deben tomar en cuenta los significados que las personas de los diversos grupos le dan a expresar pensamientos cargados de emoción, y a tener ciertos tipos de dificultades.

En la búsqueda de diagnóstico y recepción de tratamiento apropiado para los problemas de salud mental existen varios obstáculos en grupos minoritarios raciales y étnicos, a saber: 1) resistencia a buscar ayuda por el estigma que se percibe y las barreras de lenguaje, 2) desconfianza y miedo al personal de salud mental, 3) falta de seguro o fondos para pagar por servicios de salud mental, y 4) diagnóstico exagerado o equivocado de los problemas que presentan los miembros de los grupos minoritarios porque los clínicos no toman suficientemente en cuenta el papel de los factores culturales. Pueden surgir problemas adicionales al utilizar medicamentos para tratar los problemas de salud mental de miembros de diferentes grupos raciales. Por ejemplo, puede haber variaciones genéticas entre los grupos en el metabolismo de las drogas, diferencias culturales en la disposición para prescribir medicamentos y uso simultáneo de métodos de curación tradicional y alternativa.

A pesar de la atención que el DSM-IV-TR le da a los factores culturales, algunos clínicos cometen el error de suponer incondicionalmente que las diferentes categorías y medidas diagnósticas se pueden aplicar universalmente (Thakker y Ward, 1998). Hasta cierto punto, este error es comprensible en vista de que, en la actualidad, se sabe muy poco sobre cómo opera y los efectos del contexto cultural en las situaciones clínicas. Se requiere más investigación sobre este tema, desde las sensibilidades culturales hasta los significados que se relacionan con la cultura (Rogler, 1999).

Evaluación: la base de la clasificación

Mientras se esfuerzan por mejorar los sistemas de clasificación, los clínicos deben emplear en su trabajo los métodos disponibles en la actualidad. Los métodos principales que se emplean para evaluar

la conducta en los ambientes clínicos incluyen las entrevistas, las pruebas de inteligencia, pruebas neuropsicológicas y evaluación de la conducta y la personalidad. También se han desarrollado evaluaciones de otros aspectos de la conducta de un individuo, las cuales se analizan más adelante en este capítulo.

A pesar de que hay acuerdo en la necesidad de desarrollar formas válidas para caracterizar a los individuos, los clínicos no están de acuerdo en cómo lograr este objetivo de la mejor manera. Debido a que ningún instrumento para evaluar se considera infalible, la evaluación casi siempre se realiza en más de una forma, con el objeto de que ofrezca una descripción más completa y exacta del individuo.

La entrevista

La entrevista sigue siendo el instrumento de evaluación que se emplea con mayor frecuencia. Las entrevistas clínicas son de dos tipos: de evaluación y terapéuticas. El propósito de la **entrevista de diagnóstico** (o evaluación) es recopilar información y evaluar la conducta. Con base en la conducta verbal y no verbal del paciente durante la entrevista, el entrevistador trata de comprender la razón por la cual éste solicita ayuda y qué se puede hacer desde el punto de vista terapéutico. La **entrevista terapéutica** (o sesión de terapia) ocurre después de que se realizó una evaluación preliminar. Su objetivo es modificar la conducta y las actitudes desadaptadas. Por lo general, en las entrevistas participan dos individuos, el entrevistador y el paciente, aunque en ocasiones se incluyen a otras personas, como los miembros de la familia. Estos últimos también pueden entrevistarse por separado. Con frecuencia, las decisiones sobre el tratamiento se basan en gran medida en los datos que se recopilan durante la entrevista de evaluación, que puede comenzar con una llamada telefónica y continuar después con un encuentro personal. La tabla 4-6 menciona cuatro componentes importantes de la entrevista clínica.

TABLA 4-6

Cuatro componentes de la entrevista clínica

Aunque los siguientes componentes se encuentran en casi todos los tipos de entrevistas clínicas, en especial son adecuados para la entrevista de diagnóstico.

1. **Rapport.** Se refiere a la forma en que el entrevistador y el paciente se relacionan entre sí. Para lograr el *rapport*, el entrevistador trata de que el paciente se sienta cómodo y muestra interés por el problema que se analiza.
2. **Técnica.** Dependiendo del paciente y el problema, el entrevistador elige técnicas para crear el rapport y obtener información. Estas incluyen preguntas abiertas o cerradas para cuestionar, con mucho tacto, algo que dice el paciente.
3. **Estado mental.** Para determinar el nivel mental en el cual funciona el paciente, el entrevistador debe evaluar las respuestas que da a las preguntas. ¿Son claras o confusas, agradables o con enojo, orientadas hacia la realidad o llenas de ideas extrañas?
4. **Diagnóstico.** El entrevistador revisa en forma continua la formulación de los problemas y la personalidad del paciente. Este proceso incluye un diagnóstico.

Contenido de la entrevista Los entrevistadores de evaluación tratan de identificar los problemas y determinar la naturaleza y extensión de la conducta desadaptada. Por lo regular, al principio los entrevistadores intentan descubrir la forma en que el paciente describe, entiende e interpreta su propio problema. En algunos casos, la queja no es específica, como: “Me siento tenso y preocupado todo el tiempo”. En otros, puede parecer demasiado clara, como: “Mi hijo es hiperactivo; no puedo controlarlo”. Entonces, el entrevistador puede preguntar acerca de los antecedentes del problema. Mientras consigue esta información, puede obtener una mejor comprensión de los agentes desencadenantes de estrés que estaban presentes en la vida del paciente mientras se desarrollaba el problema.

Con frecuencia, las entrevistas iniciales no son estructuradas. De acuerdo con el problema y la forma en que se describa, es probable que el entrevistador tenga que avanzar y retroceder entre varios temas. Sin embargo, debe hacer un intento por responder las siguientes preguntas:

1. ¿Quién es el paciente? Es decir, ¿cuál es el nombre, edad, antecedentes étnicos y culturales, estado civil y ocupación? ¿Qué lo llevó a tomar la decisión de buscar ayuda profesional?
2. ¿Qué piensa y siente el paciente de la vida en este momento? ¿Cuáles son sus preocupaciones y sentimientos?
3. ¿Cuál es la historia del problema y los antecedentes del desarrollo del paciente? Dependiendo del problema en particular, se puede realizar una investigación sobre el ambiente físico y emocional del hogar durante la infancia y niñez del paciente, así como sobre sus patrones de sueño, su desarrollo físico, motor, social y sexual.
4. ¿Cuál es el estado psicológico actual del paciente? ¿Qué es necesario hacer notar sobre su lenguaje, pensamiento, juicio, cooperación y habilidades sociales?
5. ¿Qué tan vulnerable y qué tan resiliente es el paciente? ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades?

Durante una entrevista de evaluación, se deben observar y hacer notar muchos aspectos de la conducta. Éstos incluyen la apariencia y el arreglo general del paciente, su voz y patrones de lenguaje, el tipo de pensamiento que describe, así como la expresión del rostro, la postura y el estilo de sus movimientos.

Es necesario que los entrevistadores observen la relación entre las conductas verbales y no verbales del paciente. Con frecuencia, lo que los entrevistadores escuchan se contrapone con lo que ven. La información verbal del paciente puede ser tranquila y serena, aun cuando la tensión sea evidente en los signos no verbales como la sudoración o el movimiento nervioso de las manos. En algunos casos, los gestos, movimientos y expresiones faciales ofrecen claves sobre la fuente de ansiedad del paciente. Los clínicos con experiencia tienden a observar matices de la conducta de los que el paciente no está consciente o cree ocultar con éxito, como se puede ver en la entrevista siguiente:

Durante la entrevista el paciente tenía en el regazo a su hijo pequeño. El niño empezó a jugar con sus órganos genitales. La madre, sin ver al niño de manera directa, retiró su mano y la sostuvo durante un rato. Más adelante, en la misma entrevista se le preguntó a la madre qué hacía por lo general cuando su niño jugaba con su cuerpo. Ella contestó que nunca lo hacía, que era un niño “muy bueno”. Era evidente que no estaba consciente de lo que había sucedido en presencia del entrevistador. (Maccoby y Maccoby, 1954, p. 484)

Otro entrevistador registró la frecuencia con que una paciente se jalaba la blusa durante una entrevista de evaluación (ver la figura 4-3) y mencionó una frecuencia particularmente alta de esta conducta durante una parte de la entrevista (Mahl, 1968). En ese momento, la paciente describió cómo, a los 8 años, les habían dicho a ella y a su hermana gemela que habían “matado a su madre” durante su nacimiento.

El papel del entrevistador Todos los tipos de evaluación comprenden la toma de una muestra de la conducta con el propósito de predecir la conducta futura. Gran parte de la conducta que se observa en una entrevista constituye una autodescripción. Para

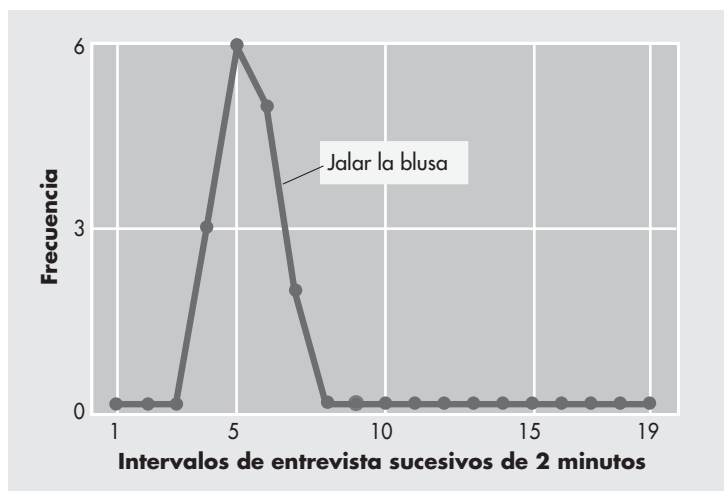


Figura 4-3 Frecuencia de una respuesta no verbal (jalar la blusa) durante una entrevista.

FUENTE: Adaptado de Maccoby, E. y Maccoby N. (1954). “The interview: A tool of social science”, en G. Lindzey (ed.) *Handbook of social psychology*, Cambridge, MA: Addison-Wesley (pp. 449-487).

facilitar la planeación del tratamiento, el entrevistador debe establecer las relaciones válidas entre las respuestas que se dan durante la entrevista y la conducta del paciente en situaciones de la vida actual y futura. Si la conducta en la entrevista no es representativa de las tendencias de respuesta características del paciente, se pueden tomar decisiones de tratamiento equivocadas. El entrevistador intenta crear una situación que, dentro de un periodo corto, ofrezca reflexiones de patrones complejos de toda la vida.

En la mayor parte de las situaciones que se aplican, los entrevistadores toman notas escritas y mentales, y se interpreta de manera subjetiva la muestra de la conducta a medida que se presenta. Sin embargo, una evaluación en verdad objetiva de una entrevista no puede centrar la atención sólo en el paciente. Debido a que cada entrevista comprende el desarrollo de una relación distintiva entre el entrevistador y el paciente, sus características ejercen en conjunto una influencia sobre lo que sucede durante una entrevista. La investigación apoya las impresiones clínicas de que los entrevistadores son un factor importante en la entrevista. ¿Son observadores exactos de la conducta del paciente? ¿Tienen influencia en la conducta de la persona que entrevistan? Estas preguntas surgen con frecuencia en los análisis sobre las entrevistas. Quienes las llevan a cabo no siempre anotan o interpretan de manera correcta lo que sucede en ellas. Tanto en las entrevistas diagnósticas como en las terapéuticas, la conducta del entrevistador puede tener influencia sobre los datos que se obtienen, así como la forma en que se analizan. Las siguientes son algunas características del entrevistador que pueden influir en el curso de una entrevista y su contenido:

- Edad
- Género
- Origen étnico
- Antecedentes profesionales
- Estilo para entrevistar
- Perfil de personalidad
- Actitudes y valores
- Expectativas

Como sugiere el siguiente caso, las características y estilos únicos que tanto el paciente como el entrevistador ofrecen en la situación clínica, dificultan estandarizar a la perfección las entrevistas clínicas.

La entrevistadora no sabía nada sobre Robert Hatton, excepto que tenía 19 años, que acababa de empezar sus estudios en una universidad importante y tenía un problema en la piel que en apariencia era de origen reciente. Esta condición de la piel incluía enrojecimiento, presencia de ronchas grandes y comezón. Hatton acudió al Servicio de Salud para Estudiantes por la condición de la piel, pero el ungüento que le recomendaron le proporcionó sólo un alivio menor y temporal. Debido a que el médico que lo atendió sospechó que el problema podía ser el resultado, al menos en parte, de factores psicológicos, le recomendó que platicara

con una psicóloga clínica que era consultora del personal del Servicio de Salud para Estudiantes, para que investigara si algún factor psicológico tenía algo que ver con sus síntomas.

Lo primero que Hatton mencionó a la psicóloga fue la condición de la piel, lo molesta que era debido a la comezón constante y la confusión que sintió cuando lo enviaron con un psicólogo. Durante la entrevista inicial sudó mucho, en ocasiones tuvo que contener el aliento y golpeó con los pies de manera continua. Al notar la sensación que Hatton parecía experimentar, por platicar con lo que llamaba “un especialista mental”, la psicóloga realizó el siguiente análisis interno de la situación: “Si la condición de la piel de Robert tiene un componente psicológico, debe aprender que está bien hablar conmigo. Por el momento, mi labor principal es escuchar y no hacer muchas preguntas que hagan pensar a Robert que está loco.”

La psicóloga hizo algunas preguntas (“¿Has tenido problemas de la piel en el pasado? ¿En qué circunstancias? ¿Te gusta la universidad?”), pero sobre todo escuchó con paciencia, evitando hacer juicios rápidos sobre lo que el paciente tenía que decir, y observó con detenimiento lo que éste dijo e hizo, así como los temas que parecían molestarlo. Aunque evitó la indiferencia, la psicóloga mantuvo una actitud distante pero amigable. Cuando Hatton expresó preocupación sobre su capacidad para tener éxito en la universidad, ella no dijo, “Es obvio que eres lo suficientemente inteligente para tener éxito en la universidad”, a pesar que el vocabulario de Hatton y la forma de expresarse eran sobresalientes. (Reflexionó para sí misma: “¿Qué bien podría hacerle si le dijera lo que le dicen todos sus amigos y parientes? Lo que dice es que teme y en verdad le preocupa fracasar en los estudios. Debo hacerle saber que me doy cuenta por lo que pasa. La seguridad frívola que le dan otras personas no le hace ningún bien”.)

La entrevista fue incómoda para Hatton y la psicóloga. Hatton estaba tenso y existieron pausas prolongadas durante las cuales no parecía poder pensar en nada que decir. Cada una de estas pausas representó un conflicto para la entrevistadora. (“Si la pausa es demasiado larga e incómoda, es probable que decida no volver a verme. Por otra parte, lo que los pacientes dicen después de las pausas casi siempre es muy importante. Tengo que seguir el camino correcto con Robert”.) La entrevistadora notaba cuando el paciente experimentaba demasiada ansiedad o percibía que necesitaba que demostrara interés y apoyo.

La psicóloga clínica había visto muchos casos en los cuales los problemas físicos (como las condiciones de la piel) se relacionaban con el estrés de la vida universitaria. Pero no quería clasificar a Hatton. Su objetivo principal en la entrevista inicial era establecer una relación de confianza mutua. Le agradaba, deseaba ayudarlo y creía poder hacerlo. Pero su primera tarea era aceptarlo como una persona agradable y única, y deseaba que él quisiera regresar. En apariencia, su estrategia funcionó porque Hatton regresó cuatro veces y como resultado de ello se recopiló mucha información y el panorama clínico se hizo más claro. Quien surgió fue una persona con potencial excepcional para quien la universidad provocaba un estrés intenso por la necesidad que sentía de merecer todos los sacrificios que su familia hacía por él. Mientras deseaba recompensar a sus padres por la ayuda, también se sentía muy molesto por la forma en la que alegremente suponían que sería miembro de la sociedad de estudiantes universitarios si evitaba ser flojo.

Con base en la serie de entrevistas, la psicóloga reunió las piezas del caso de una reacción de estrés intensa por todas las presiones a las que Hatton sentía que lo sometían. La psicóloga no sabía con seguridad qué había provocado la condición en la piel, pero creía que podía ser una combinación de los pensamientos de ansiedad que se relacionaban con el hecho de asistir a la universidad. La recomendación para Hatton y su médico fue que podía ayudar la psicoterapia. Debido a que el Servicio de Salud para Estudiantes no ofrecía sesiones de psicoterapia, la psicóloga recomendó a Hatton que consultara a un psicoterapeuta que le ayudara a decidir sobre sus objetivos en la vida, en lugar de aceptar sin protestar los objetivos que sus padres le habían asignado. Después de 20 sesiones de terapia, Hatton estaba mucho menos ansioso, el problema de la piel había desaparecido y sentía mayor aceptación por sí mismo y sus padres.

La psicóloga clínica que habló con Hatton no siguió un formato estándar de entrevista, y tampoco se sintió presionada para descubrir gran cantidad de material objetivo. Más bien observó rápidamente que necesitaba establecer una relación de trabajo de aceptación con alguien que fue a la entrevista indeciso y con reservas. Una orientación para construir una relación es valiosa en la mayoría de las entrevistas clínicas.

Una habilidad importante para las entrevistas es la capacidad para evaluar una situación con rapidez y desarrollar una estrategia clínica apropiada con base en esa evaluación. En el siguiente caso, el entrevistador captó de inmediato la negación por parte del paciente de que tenía un problema y centró su atención en la forma en que los otros lo percibían. El paciente era un hombre de 25 años de edad a quien se le diagnosticó un episodio maniaco, condición que marca un estado hiperactivo y eufórico, así como el juicio deteriorado.

Paciente: Por cierto, antes de empezar, quisiera decirle que cualquier cosa que yo exprese no es mentira. Es la verdad.

Entrevistador: ¿Por qué no empieza por decirme con exactitud la razón por la que ingresó al hospital?

Paciente: Me transfirieron del City Hospital.

Entrevistador: Muy bien, ¿por qué lo internaron en ese hospital?

Paciente: Fingía ser un policía secreto.

Entrevistador: ¿Fingía ser un policía secreto? ¿Por qué?

Paciente: ¿Por qué? Acababa de ver la película *Serpico* y sabía que podía hacer un mejor trabajo.

Entrevistador: ¿Hace poco que vio la película?

Paciente: Hace más o menos dos meses.

Entrevistador: Entonces, ¿le ha sucedido durante algún tiempo?

Paciente: Sí.

Entrevistador: Bueno, ¿hace cuánto fue la última vez que se sintió bien?

Paciente: ¿Que me sentí bien? ¡Ahora mismo!

Entrevistador: Entonces, ¿se siente bien?

Paciente: Oh, sí. Me sentí bien en el pasado... Me he sentido bien durante mucho tiempo.

Entrevistador: Sin embargo, que lo internaran en el hospital significa que otras personas no están seguras de que esté bien.

Paciente: ¡Desde luego! Eso es lo que he tenido que enfrentar.

Entrevistador: Bueno, entonces cambiemos la pregunta. ¿Desde hace cuánto tiempo los demás sienten que algo le sucede?

Paciente: Empezó hace aproximadamente tres meses. Le dije a mi hermana que podía consumir cualquier cantidad de cianuro o mezcalina o de cualquier otra droga y que no me haría ningún efecto. No me creyó.

Examen del estado mental En especial con nuevos pacientes, es importante evaluar el estado mental actual. ¿Qué tan bien funciona la persona en el presente? ¿Existen puntos fuertes, debilidades y disfunciones? Si se pueden contestar estas preguntas, aumenta la posibilidad de lograr exactitud diagnóstica.

Por lo regular, el **examen del estado mental** (EEM) se realiza en un ambiente de entrevista y no se emplea un formato estructurado en el que se examina formalmente al individuo. El clínico observa con cuidado la conducta del individuo, entabla una conversación informal y explora las áreas pertinentes como el contenido del pensamiento, el estado de ánimo, la percepción y el juicio, y el *insight* del paciente hacia sus problemas. También observa la apariencia del paciente, su higiene, vestimenta, habilidad para mantener contacto visual y su conducta psicomotora (por ejemplo, movimientos anormales). Una razón importante para entablar conversación con el paciente es evaluar su atención y concentración (¿el paciente es capaz de entender lo que se está platicando y responder apropiadamente?), su forma de hablar y patrones de pensamiento, y su orientación hacia el lugar. El clínico busca cuidadosamente lo que puede caer en estas áreas. Por ejemplo, para revisar la orientación hacia el lugar, se les puede preguntar a los pacientes nuevos cómo fue que encontraron la oficina del clínico. Éste trata de determinar la probable exactitud de la información proporcionada por el paciente, buscando distorsiones de la memoria y juzgando su *insight* (por ejemplo, ¿tiene conciencia de delirios o alucinaciones?

En el curso del examen del estado mental, el clínico puede pedirle al paciente que desempeñe ciertas tareas que reflejen funciones psicológicas particulares. Se puede examinar la memoria inmediata pidiéndole que repita letras, números o palabras no relacionadas cinco a diez segundos después de escucharlas. Se puede examinar la memoria visual solicitándole que copie una figura, ya sea con la figura visible o unos minutos después de haberla retirado de la vista. Se puede evaluar la memoria a largo plazo pidiéndole que reconstruya la entrevista o recordar algo que se dijo al princi-

TABLA 4-7

Examen del estado mental: características clave de la conducta del paciente

- Apariencia
- Conciencia o actitud alerta
- Conducta psicomotora
- Atención y concentración
- Habla
- Patrones de pensamiento
- Orientación
- Memoria
- Afecto y estado de ánimo
- Energía
- Percepción
- Juicio e *insight*

pio de ésta. La tabla 4-7 resume los componentes del examen del estado mental.

La entrevista estructurada Los procedimientos estandarizados aumentan la confiabilidad de las clasificaciones de la conducta anormal. Las **entrevistas estructuradas** (estandarizadas) utilizan una serie de preguntas estándar para determinar si están presentes algunos síntomas específicos. La estandarización se logra al proporcionar al entrevistador un glosario de definiciones de síntomas, una serie de preguntas que son pertinentes a los síntomas, un conjunto de temas sobre los cuales se debe obtener información y puntos de interrupción que indican cuándo dejar de insistir en un tema en particular. Además, el clínico da instrucciones para evaluar la presencia y severidad de los síntomas en términos numéricos. La mayor parte de las entrevistas estructuradas permiten que el entrevistador se aparte de un formato estandarizado en circunstancias específicas. El profesional también tiene la opción de seguir líneas de encuesta (que incluyen el regreso a una línea anterior de preguntas o el cambio a una sección totalmente distinta) sugeridas por las respuestas del paciente. La tabla 4-8 da ejemplos de los tipos de preguntas que se hacen en entrevistas estructuradas.

Las entrevistas estructuradas se usan principalmente en dos ambientes, en los cuales la información que se obtiene de forma estandarizada es particularmente importante. Uno de éstos es en instituciones importantes, en las cuales se le asigna al paciente un tratamiento sólo cuando se haya recolectado la información inicial y un grupo de profesionales de la salud hayan analizado el diagnóstico y estén de acuerdo en un plan inicial de tratamiento. En este tipo de ambiente es especialmente importante que se obtenga la información de todos los pacientes en una forma uniforme para que el plan de tratamiento se vea mínimamente afectado por la perso-

TABLA 4-8

Ejemplos de preguntas que se utilizan en las entrevistas estructuradas

¿Qué edad tenía cuando estos miedos se presentaron por primera vez?

¿Alguna vez ha pasado un periodo de dos semanas o más en las que haya sentido que no tiene valor, que es pecador o culpable?

¿Ha participado en peleas mientras bebe?

¿Por cuántas semanas, meses o años se desinteresó de una actividad que antes significaba mucho para usted?

¿Ha experimentado un periodo de dos o más semanas en que haya tenido más dificultades para concentrarse de lo normal?

¿Ha experimentado el deseo de morir durante un periodo de dos semanas o más?

na que recolectó los datos, y también para que se obtenga toda la información necesaria. El otro ambiente importante para entrevistas estructuradas es aquel en el que se esté llevando a cabo una investigación. Nuevamente, la habilidad para obtener datos del paciente que puedan compararse de manera significativa con datos de muchos otros individuos es de crucial importancia.

En contraste con estas situaciones, con frecuencia, los clínicos que llevarán a cabo el programa de tratamiento desarrollan enfoques individuales para recopilar datos. Es posible que una entrevista estandarizada haga más difícil entablar una relación con el paciente. Asimismo, pueden ajustar su enfoque de entrevista a sus propias personalidades y a la información que para ellos es importante al tratar a otros pacientes.

Plan de entrevista diagnóstica El **Plan de Entrevista Diagnóstica, DIS** ilustra el potencial de la entrevista estructurada (Malgady y cols., 1992). El DIS incluye procedimientos, encuestas y criterios apropiados para emplearlos con grupos específicos de síntomas. En forma periódica, se agregan grupos nuevos. También se desarrolló un **Plan de Entrevista Diagnóstica para niños (DISC)** (Luka y otros, 2001). Las preguntas que se formulan en el DIS no son sólo acerca de los síntomas, sino también sobre experiencias pasadas y recientes que se relacionan con la aparición de éstos. Por ejemplo, en el caso de la bulimia, un trastorno cuyo principal síntoma es comer en exceso, se hacen las preguntas respecto del tipo de comida que se consume, el estado de ánimo que presenta la persona durante y después de la comida excesiva, el ambiente en el que se come, cómo terminan estos periodos, cualquier aumento de peso relacionado y los esfuerzos por evitar el aumento de peso. La aparición y presencia más reciente se determinan a partir de la fecha del primero y el más reciente periodo cuando se comió en exceso.

Los entrevistadores profesionales y no profesionales pueden emplear el DIS si recibieron capacitación sobre su uso. Para utilizarlo, se recomiendan capacitación (un curso de una semana), supervisión, control de calidad en la aplicación de la entrevista y sesiones periódicas de actualización. Están disponibles programas de computación para calificar los datos de las entrevistas. Las investigaciones demuestran que los usuarios del DIS no profesionales pueden aplicar la entrevista de modo confiable y que sus juicios tienden a concordar con los de los profesionales y con las impresiones que los clínicos obtienen en las entrevistas psiquiátricas que no se basan en el DIS (Helzer y otros, 1987). Mientras que el objetivo de un instrumento como el DIS es evaluar la ocurrencia de síntomas específicos, determinar si se logra esta meta no es sencillo, ya que no existe ninguna norma objetiva y absoluta con la cual se puedan medir los resultados. No obstante, la especificación clara de las definiciones del diagnóstico es un logro importante porque hace posible aplicar métodos de diagnóstico uniformes para distintos lugares y poblaciones. Instrumentos como el DIS, que se basan en criterios clínicos específicos, tienen el potencial de hacer realidad la comparación de los estudios.

La **Entrevista Clínica Estructurada para el DSM (Las entrevistas diagnósticas varían en su grado de estructura, SCID)** es menos estructurada que la del DIS, y motiva al entrevistador a realizar preguntas de seguimiento basadas en el juicio clínico. Su confiabilidad para realizar diagnósticos parece ser satisfactoria (Spitzer y cols., 1992; Williams y cols., 1992).

Pruebas de inteligencia

Las pruebas psicológicas proporcionan medidas cuantitativas de las características cognitivas, de personalidad y de conducta que contribuyen a la comprensión de la naturaleza de la desadaptación. La importancia de evaluar características personales ha sido reconocida por largo tiempo. La tabla 4-9 menciona algunos hitos en la historia de la evaluación psicológica. A principios del siglo XX, la psicología se preocupó más y más en cuantificar las características personales relacionadas con diversos tipos de situaciones.

TABLA 4-9	
Algunos hitos en la historia de las pruebas psicológicas	
2200 A.C.	El emperador chino introduce el sistema de exámenes competitivos para trabajos en el gobierno
1884	Sir Francis Galton desarrolla la primera batería para evaluar las diferencias individuales en habilidades psicológicas
1905	Alfred Binet, junto con T. Simon, desarrolla la primera prueba de inteligencia
1918	Robert S. Woodworth desarrolla el primer inventario de personalidad
1921	Hermann Rorschach publica su prueba de las manchas de tinta, la primera técnica proyectiva

Las **pruebas de inteligencia** fueron la primera herramienta de evaluación psicológica ampliamente utilizada en las situaciones escolares y clínicas. A medida que ha evolucionado el estudio de la inteligencia, se ha considerado que ésta tiene dos componentes: la inteligencia general, que se demuestra mediante una capacidad global para resolver problemas, y las habilidades específicas, como la percepción espacial. Al analizar la inteligencia, los psicólogos centran su atención en dos áreas principales. La primera es teórica, y se divide en tres categorías generales: qué es la inteligencia, de dónde proviene y cómo funciona. La segunda área es práctica: el objetivo de crear pruebas para medir características que se pueden emplear para predecir los logros futuros.

Las pruebas de Binet A finales del siglo XIX y principios del XX, el psicólogo francés Alfred Binet desarrolló una serie de pruebas que difieren en gran medida de las que se usaban con anterioridad para medir la inteligencia. Binet consideró la inteligencia como algo que aumenta con la edad; los niños más grandes son, en promedio, más inteligentes que los pequeños. Intentó medir el razonamiento, la habilidad para comprender y seguir instrucciones, y el juicio o el sentido común.

En la prueba original de Binet, la calificación del niño se expresaba como un nivel mental, que correspondía a la edad de los niños normales cuyo desempeño alcanzaba el mismo nivel. Más adelante, el término edad mental sustituyó al de nivel mental y se calculó un **cociente intelectual (CI)** dividiendo la calificación que obtuvo la persona en la prueba, o edad mental (EM), entre su edad cronológica (EC) y multiplicando el resultado por 100. En forma de ecuación,

CI = (EM / EC) × 100

Aunque este método ya no se utiliza, el término CI sí. La prueba actual, que se llama escala de Stanford-Binet, se ha sometido a revisiones periódicas. Ahora, las calificaciones de Stanford-Binet se derivan de las normas que se basan en qué tanto se desvía la calificación del individuo de la media de una edad en particular.

En sus primeras ediciones, la prueba de Binet produjo una calificación general de inteligencia, pero el uso de las pruebas de este tipo se redujo a principios de la década de los sesenta debido en parte a que las tareas en las escalas de Binet no se prestaban para el análisis separado, confiable y cuantitativo. Además, estaban diseñadas sobre todo para trabajar con niños. Como resultado de estas críticas, la prueba se modificó para incluir varias calificaciones diferentes, y muchos de los reactivos se redactaron nuevamente para aplicarse tanto a adultos como a niños (Thorndike y cols., 1986). La edición actual se parece más a las pruebas de Wechsler, que se analizan a continuación.

Las pruebas de Wechsler David Wechsler (1955) creía que la inteligencia es una característica global, pero también un conjunto de diferentes habilidades y que se debía medir como tal. Consideró que las pruebas de Binet eran deficientes porque producían sólo una calificación. Las **pruebas de Wechsler** incluyen subpruebas para varias habilidades.

La versión actual de la prueba de Wechsler para las personas de 16 años o más, la **Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos**

tos (WAIS-III) (1997) consta de 14 subpruebas. En esta escala se obtienen tres tipos de CI. El **CI verbal** refleja el nivel de logro de subpruebas, tales como vocabulario y semejanzas. El **CI de ejecución** refleja un nivel de logro de las tareas que requieren de la solución de rompecabezas y otras habilidades no verbales. El **CI total** representa la calificación completa de la prueba. Una ventaja importante de una prueba como el WAIS es que, además de producir una calificación conjunta, cada una de las subpruebas se puede calificar por separado (Flanagan y cols., 2000). Las normas del WAIS-III se han ampliado para que se puedan utilizar con rangos de edad que van desde los 16 hasta los 89 años. La ampliación hacia adultos mayores refleja la creciente expectativa de vida en Estados Unidos. También se han agregado a las subpruebas temas más sencillos para que la prueba sea de mayor utilidad para adultos con varios diagnósticos clínicos que incluyen retraso mental, discapacidad auditiva, trastorno por déficit de atención, problemas de lectura y matemáticas y una variedad de enfermedades que pueden afectar la función cerebral (como la enfermedad de Alzheimer).

El éxito de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos llevó al desarrollo de la **Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC)** (ahora en su cuarta edición, WISC-IV; ver la figura 4-4). El WISC se desarrolló originalmente como una extensión descendente del WAIS, para niños de 6 a 16 años. El WISC-IV proporciona una calificación de CI total así como calificaciones para comprensión verbal, razonamiento perceptual, memoria funcional y velocidad de procesamiento. Hay tres subpruebas de comprensión verbal (semejanzas, vocabulario y comprensión), tres para organización perceptual (matrices, diseño con cubos y registros), dos para la memoria de trabajo (sucesión de letras y números y retención de dígitos), y una para la velocidad de procesamiento (búsqueda de símbolos) así como varias subpruebas complementarias.

Para utilizarse con niños aún más pequeños, se desarrolló la **Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria (WPPSI)**. (La versión actual es la WPPSI-III, publicada en 2002). La prueba está hecha para niños de 2 años y medio a 7 años de edad y cubre las mismas habilidades generales que el WAIS y el



Figura 4-4 Para desarrollar versiones actualizadas del WISC y otras pruebas de inteligencia para niños, los investigadores exploran muchos tipos de tareas, algunas cronometradas y otras no. Un buen desarrollo de pruebas requiere que todos los puntos de la prueba se evalúen en forma objetiva.

FUENTE: Lew Merrim/Photo Researchers, Inc.

WISC (aunque el material se presenta en forma diferente debido a la edad de los niños a los que se aplican las pruebas). La última revisión incluye cambios que reflejan los avances recientes en el estudio del desarrollo cognitivo, la neuropsicología cognitiva y las teorías de la inteligencia. El WPPSI proporciona tanto calificaciones escalares como su conversión en puntuaciones de CI.

Pruebas neuropsicológicas

Muchas de las pruebas que elaboran los psicólogos están relacionadas con teorías sobre el funcionamiento cerebral. Se han elaborado diversas **pruebas neuropsicológicas** para medir las consecuencias cognitivas, sensoriomotoras y perceptuales de una anomalía cerebral, como un tumor o deterioro. Algunas de las pruebas más sencillas se utilizan para propósitos de revisión, y si aparecen indicadores de una anomalía cerebral, se recomendará una batería de evaluación neuropsicológica más detallada. En una prueba de revisión, la **Prueba gestáltica visomotora de Bender**, se le pide a la persona bajo examen que copie una serie de figuras (ver la figura 4-5). La calidad de la copia se compara con el desempeño de un grupo de referencia. Asimismo, se observa cuidadosamente la conducta del individuo para detectar cualesquier conducta inusual en relación con la tarea o las expresiones de preocupación sobre la calidad de sus dibujos.

Las pruebas neuropsicológicas se emplean para evaluar los déficits cognitivos que se cree están relacionados con las anomalías cerebrales. Es cada vez más claro que una sola prueba no puede diagnosticar una función cerebral anormal. Como consecuencia, los perfiles y patrones de respuesta de múltiples pruebas se utilizan para propósitos de diagnóstico. Las pruebas incluyen medidas de atención, pensamiento, planeación, fluidez verbal, memoria y funcionamiento motor. El seguimiento del desempeño de un paciente durante algún tiempo puede proporcionar información sobre la mejoría clínica y la reversibilidad de defectos de desempeño.

Las pruebas que hemos descrito, así como las que describiremos en breve, difieren de las entrevistas en que restringen la libertad de expresión del paciente. Así como es más fácil cuantificar y comparar calificaciones en una prueba de opción múltiple que en una prueba de ensayo, las respuestas que se obtienen en una prueba psicológica se pueden cuantificar y comparar más fácilmente que las respuestas más abiertas y no estructuradas que se obtienen en las entrevistas. La observación de cómo los individuos responden a un reactivo de la prueba, permite al evaluador darse cuenta de los aspectos significativos de su vida diaria. Para lograr una visión completa del individuo, la mayoría de los clínicos interpreta los resultados de la evaluación a la luz de las observaciones conductuales hechas en situaciones menos restrictivas. El cuadro 4-1 proporciona información sobre dos características clave de situaciones de evaluación: la conducta observada mientras el individuo está en la situación y las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación empleado (por ejemplo, una prueba de inteligencia o personalidad).

Evaluación de la personalidad

Piense en cuánto tiempo lleva conocer a una persona; en muchas situaciones los psicólogos no tienen ese tiempo. Las investigacio-

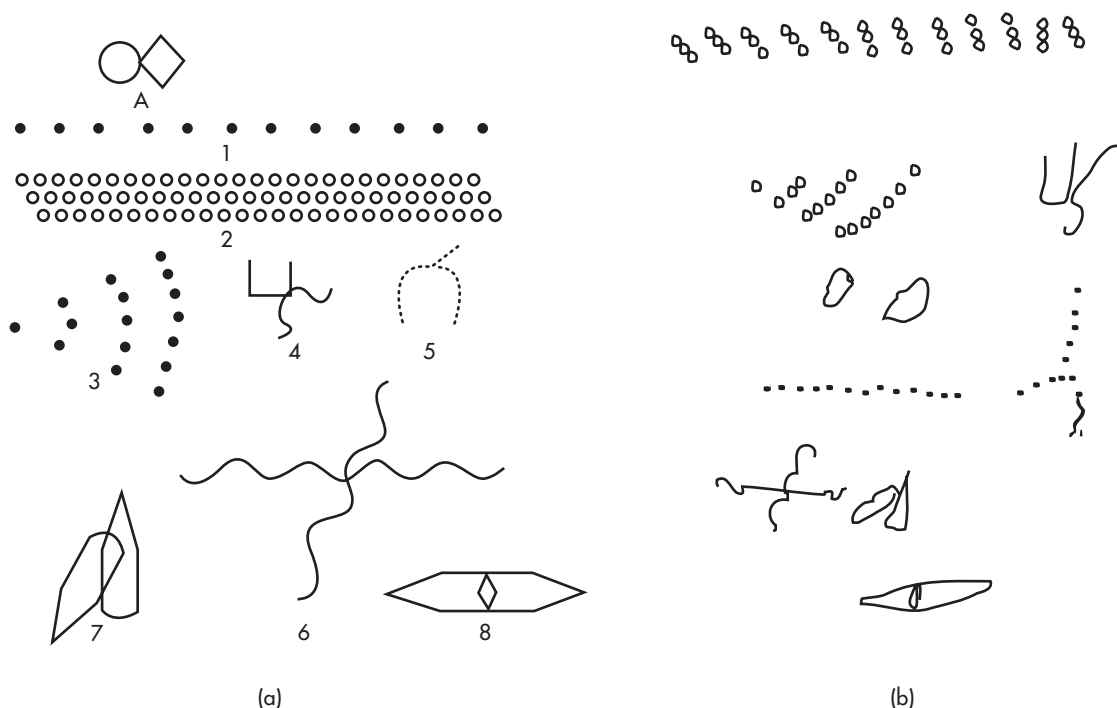


Figura 4-5 Desempeño perceptual en un caso de daño cerebral orgánico. a) La Prueba de gestáltica visomotora de Bender (1938) es una prueba que parece sencilla, en la cual se pide al sujeto que copie formas geométricas como éstas. b) Protocolo de un paciente que sufre de daño cerebral orgánico.

FUENTE: a) de la Prueba de gestáltica visomotora de Bender, que publicó la American Orthopsychiatric Association, 1938) b) de Lacks (1984), p. 34. Derechos reservados © 1984 por John Wiley & Sons. Reimpresión autorizada).

nes sobre la personalidad han estimulado el desarrollo de diversas pruebas, escalas de registro y cuestionarios que se dirigen a evaluar la personalidad (es decir, a la medición de las diferencias de la personalidad). Estos instrumentos tienen valor de predicción y pueden ser medios fáciles para entender la conducta. Las pruebas de personalidad y otros métodos de evaluación se emplean en los ambientes clínicos para realizar diagnósticos, estimar los puntos fuertes y débiles del paciente, decidir si se requiere tratamiento y planear el que se va a utilizar. Por ejemplo, se han desarrollado formas de evaluación para diagnosticar los tipos de trastornos de la personalidad clasificados en el eje II del DSM-IV-TR. La ta-

bla 4-10 nos proporciona ejemplos de los reactivos utilizados para clasificar trastornos de la personalidad particulares.

Inventarios de personalidad El éxito de las pruebas de inteligencia para predecir el desempeño futuro llevó a los investigadores a tratar de desarrollar formas parecidas para medir la personalidad. Pero ésta no es algo que se pueda medir por medio de una calificación total que es alta, media o baja. Las medidas parecidas a las de las pruebas que se emplean en la evaluación de la personalidad intentan indicar las clases de características que se combinan para formar la personalidad de un individuo.

TABLA 4-10

Evaluación de los trastornos de la personalidad del eje II: ejemplos de reactivos

Eje II Clasificación	Reactivos de muestra
Trastorno de la personalidad paranoide	"Algunas personas se aprovecharán injustamente de mí, si les doy la más mínima oportunidad"
Trastorno de la personalidad antisocial	"Antes de tener 15 años, la gente ya me estaba molestando por quebrantar las reglas en la casa o en la escuela".
Trastorno de la personalidad evasiva	"Cuando la gente me ve, temo que me critiquen o se burlen de mí porque soy extraño o raro"
Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva	"Con frecuencia, me involucro tanto en hacer que cada detalle de un proyecto sea absolutamente perfecto que nunca termino".
Trastorno de la personalidad esquizoide	"Los sentimientos de otras personas esquizoides no me importan en lo más mínimo".

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

CUADRO 4-1

Características formales e informales de la situación de evaluación

Cualquier prueba psicológica debe tener ciertas propiedades psicométricas y alcanzar estándares generalmente aceptados de lo que debería ser un instrumento de evaluación satisfactorio. Sin embargo, las calificaciones que reciben los individuos de estos instrumentos también dependen de factores como si están molestos o inseguros sobre lo que se espera en esa situación. El aspecto formal de la evaluación incluye las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados. El aspecto informal es la observación de la persona evaluada, el que está más relacionado con las características que la persona trae consigo a la situación que con el instrumento estandarizado.

Algunas propiedades psicométricas importantes de las pruebas

1. **Confiabilidad.** Un instrumento de evaluación debe mostrar consistencia; es decir, que a pesar de un cambio (como en el estado de salud o circunstancias de vida de la persona), las calificaciones obtenidas en una segunda aplicación de la prueba deben ser similares a las de la primera aplicación. Una prueba confiable es consistente aunque diferentes clínicos estén involucrados y las situaciones de evaluación tengan lugar en diferente momento y aun bajo condiciones diferentes.
2. **Validez.** ¿La prueba mide lo que debe medir? La validez de un instrumento de evaluación se refiere al grado en el que cumple su función. La validez se establece cuando hay una fuerte relación entre la prueba y el criterio independiente apropiado (por ejemplo, la correlación entre las calificaciones obtenidas en una prueba de inteligencia y el éxito académico).

3. **Normas.** Muchas veces, las pruebas psicológicas no tienen estándares predeterminados para decidir si la persona aprueba o falla. Más bien, el resultado de la prueba de un individuo se interpreta mediante la comparación con las calificaciones obtenidas por otros en la misma prueba. Los resultados obtenidos comúnmente por un grupo de personas son el punto de referencia para comparar el rendimiento de los individuos evaluados. Las normas no necesariamente se refieren a lo más deseable, sino a cómo se distribuyen los resultados en un grupo.

4. **Muestreo de grupos normativos.** Las normas son tan buenas como los grupos de donde se derivan. Se hace una distinción entre la muestra y la población de donde se obtuvo la muestra. La muestra en la que se basan las normas debe ser lo suficientemente grande como para proporcionar valores estables y ser representativa de la población que se estudia. Una prueba diseñada para uso universal, por ejemplo, para todo Estados Unidos, debe tener normas óptimas basadas en un grupo normativo que incluya la mayoría de los segmentos de la población del país.

Información que puede ser aportada por las observaciones conductuales del evaluador

¿Qué es lo que advierten los evaluadores? Además de las respuestas de la prueba, deben estar atentos en cómo afrontan las tareas, cómo reaccionan emocionalmente y cómo se relacionan con él. Las siguientes preguntas son algunas observaciones conductuales que el evaluador debe notar y utilizar al redactar el reporte del caso.

1. ¿Qué tan persistente es el paciente? ¿Continúa intentando o se rinde rápidamente?
2. ¿Puede concentrarse en las tareas manuales?
3. ¿Cuál es su actitud hacia la prueba? ¿Es informal o seria? ¿Es competitiva?
4. ¿Cuál es el estilo del paciente para resolver problemas? ¿Metódica? ¿Razonable? ¿Impulsiva? ¿Fragmentada?
5. ¿Qué emociones exhibe? ¿Está ansioso de ser evaluado? ¿Enojado? ¿Deprimido?
6. ¿Cómo reacciona ante el fracaso o posible fracaso? ¿Se molesta con los fracasos o espera fracasar?
7. ¿Cómo reacciona ante el evaluador? ¿Cómo una figura de autoridad? ¿Cómo un adversario?
8. ¿Cómo es su expresión verbal? ¿Qué tan articulado es?

En lugar de poner a prueba el conocimiento general o las habilidades específicas, los **inventarios de personalidad** hacen preguntas a las personas sobre sí mismas. Estas preguntas pueden tener varias formas. Al someterse a una prueba así, quizá tenga que decidir si cada una de una serie de afirmaciones es precisa para una autodescripción o tal vez se le pida que conteste una serie de preguntas de falso-verdadero sobre sí mismo y el mundo. Varios inventarios requieren que la persona que responde califique un grupo de afirmaciones en una escala basada en lo bien que refleja sus características. Los inventarios modernos de la personalidad producen varias calificaciones, cada una de las cuales debe representar un aspecto distinto de la personalidad.

Desde su introducción en 1943, el **Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)** ha sido una de las pruebas psicológicas que más se utilizan. La versión actual, el MMPI-2 incluye 10 escalas que se relacionan con diferentes grupos de trastornos clínicos (por lo general se hace referencia a las escalas por las abreviaturas entre paréntesis): hipocondriasis (Hs), depresión (D), histeria (Hi), desviación psicopática (Dp), masculinidad-feminidad

(Mf), paranoia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Es), hipomanía (Ma) e introversión social (Is). Además de estas escalas clínicas estándar, existen numerosas escalas especiales; por ejemplo, la escala de enojo, de 16 reactivos, refleja irritabilidad, impaciencia, mal humor e impulsividad. Las personas que en ocasiones sienten deseos de maldecir o aventar objetos, tal vez obtengan altas calificaciones en esta escala. Las calificaciones en las escalas del MMPI-2 se pueden comparar con las del grupo de estandarización y con las muestras de casos clínicos con diagnósticos confiables.

Además de las escalas clínicas, el MMPI-2 también incluye varias escalas de validez o control. Éstas se diseñaron para evaluar las actitudes al realizar la prueba, y las desviaciones en las respuestas que pueden distorsionar la imagen presentada sólo por las calificaciones de las escalas clínicas. En estas escalas, las calificaciones altas pueden invalidar los perfiles de las escalas clínicas. Las escalas de validez consideran la tendencia de las personas a crear una impresión favorable y consiste en reactivos que manejan las debilidades menores que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir. Las personas que obtienen calificaciones altas en L (o

mentira) aparecen como imposiblemente buenas y virtuosas. La escala F (o puntaje de validez) se diseñó para detectar las formas desviadas o atípicas de responder a los reactivos de las pruebas. Las calificaciones altas en esta escala indican que las personas se describen a sí mismas como que tienen varias características raras y poco aceptables. En tanto que la escala F se incluyó para reflejar el descuido y la confusión de la gente al presentar el MMPI, también se considera un buen indicador de la psicología anormal.

La escala K (o puntaje de actitud defensiva) es más sutil que las escalas L y F y cubre varias áreas de contenido en las cuales una persona puede negar los problemas (por ejemplo, suspicacia o preocupación). Su construcción se basó en la observación de que algunas personas abiertas y francas pueden obtener calificaciones altas en las escalas clínicas, en tanto que otras que están a la defensiva pueden obtener calificaciones bajas. La escala K se diseñó para reducir estos factores de desviación. Las personas que obtienen calificaciones K altas están a la defensiva; presentan una tendencia a responder “Falso” en reactivos como “Me siento mal cuando los demás me critican”. Las correcciones K se realizan en varias escalas clínicas con el objeto de comparar las calificaciones que obtuvieron personas que difieren en estas tendencias.

Además de las escalas L, F y K, que formaban parte del MMPI original, el MMPI-2 contiene tres escalas de validez nuevas. La

escala Fp se creó para reflejar la tendencia de un sujeto a responder los últimos reactivos de la prueba de manera distinta a los que se presentan antes. La escala VRIN ofrece un indicio de las tendencias del sujeto a responder en forma inconsistente a los reactivos. Las inconsistencias se pueden presentar cuando los sujetos no leen el contenido de los reactivos y, en vez de ello, responden en forma aleatoria o casi aleatoria. La escala TRIN se desarrolló para identificar a los sujetos que responden en forma indiscriminada al dar sobre todo respuestas verdaderas (conformidad), o sobre todo respuestas falsas (inconformidad) sin tomar en cuenta el significado de la afirmación del reactivo.

La tabla 4-11 describe las escalas clínicas y de validez del MMPI-2. La aplicación principal de esta prueba es decidir cómo clasificar un caso determinado. En general, mientras mayor sea la cantidad y la magnitud de las calificaciones desviadas en el MMPI-2, es más probable que el individuo presente un trastorno severo. Al tomar las decisiones de diagnóstico, el usuario del MMPI-2 debe ser experto en la interpretación no sólo de las calificaciones de las escalas individuales, sino también del patrón de esas calificaciones en el perfil de una persona en particular. Por ejemplo, la persona que realiza la evaluación no puede suponer que una calificación elevada en la escala de la esquizofrenia indica la presencia de ésta. Otros grupos de psicóticos pueden mostrar altas calificaciones

TABLA 4-11

MMPI-II: escalas clínicas y de validez

Se proporciona el nombre, la abreviatura y el número de cada escala. (Los clínicos por lo regular se refieren a las escalas clínicas por número, más que por nombre o abreviatura). Se ofrecen las interpretaciones para las calificaciones altas en las escalas.

Nombre y abreviatura	Número de la escala	Interpretación de las calificaciones altas
Escalas clínicas		
Hipocondriasis (Hs)	1	Preocupación corporal; pesimista
Depresión (D)	2	Deprimido; falta de confianza en sí mismo
Histeria (Hi)	3	Síntomas físicos que tienen una motivación psicológica; falta de introspección
Desviación psicopática (Dp)	4	Tendencias antisociales: impulsivo
Masculinidad-feminidad (Mf)	5	Conflicto del rol sexual
Paranoia (Pa)	6	Susplicacia; resentimiento
Psicastenia (Pt)	7	Ansiedad; inseguridad
Esquizofrenia (Es)	8	Pensamiento extraño; retraimiento
Hipomanía (Ma)	9	Actividad psicomotora excesiva; objetivos irreales
Introversión social (Is)	0	Ansiedad social; timidez
Escala de validez		
Escala L	–	Necesidad de dar una impresión favorable irreal
Escala F	–	Trastorno psicológico severo
Escala K	–	Actitud defensiva; inhibición
Escala Fp	–	Falta de atención a algunos reactivos
Escala VRIN	–	Respuestas inconsistentes
Escala TRIN	–	Tendencias de conformidad e inconformidad

en esta escala y, con frecuencia, los esquizofrénicos obtienen calificaciones más altas en otras escalas que no son el Es.

El **Inventario clínico multiaxial Millon (MCMI)** se utiliza para examinar a individuos con dificultades psicológicas graves (Millon y cols., 1994). Consiste en 24 escalas clínicas, así como tres escalas para evaluar las tendencias a distorsionar las respuestas. Una característica del MCMI es el hecho de que sus escalas evalúan todos los trastornos de personalidad importantes del eje II del DSM-IV-TR, así como varios trastornos del eje I. Las escalas del MCMI se diseñaron específicamente para corresponder a las clasificaciones del DSM.

Los inventarios de personalidad son ayudas para describir y comprender a los individuos, identificar sus problemas y tomar decisiones clínicas apropiadas. La creación de nuevos inventarios surge de los avances metodológicos y de los cambios en la conceptualización de la personalidad. Un ejemplo de un enfoque de inventario que ha estimulado una gran cantidad de investigaciones recientes, es el **Inventario revisado de la personalidad NEO (NEO-PI-R)** (Costa y McCrae, 1992) que refleja el creciente análisis sobre los elementos básicos de la individualidad entre los investigadores de la personalidad. El NEO-PI-R utiliza un **modelo de cinco factores** de la personalidad. Los cinco factores son: estabilidad emocional, extroversión, afabilidad, estar abierto a la experiencia y escrupulosidad. La investigación que se lleva a cabo para examinar la relación de las combinaciones de los cinco factores en trastornos particulares, y los enfoques a los tratamientos más eficaces debe alcanzar esta medida, que ya se utiliza ampliamente en la investigación de la personalidad y es también una herramienta clínica.

Escalas de registro Existen muchas otras técnicas de evaluación de la personalidad. La escala de registro es una de las más respetadas y versátiles. Éstas les presentan a las personas que responden la prueba una pregunta que centra la atención en un concepto, una persona o una situación y les pide que elijan entre varias opciones. En algunos aspectos, la escala de registro es similar a las pruebas de opción múltiple, pero sus opciones representan grados de una característica en particular.

Un ejemplo de un reactivo de una escala de registro es: “¿Hasta qué grado es tímido?” Tal vez se pida a las personas que colo-

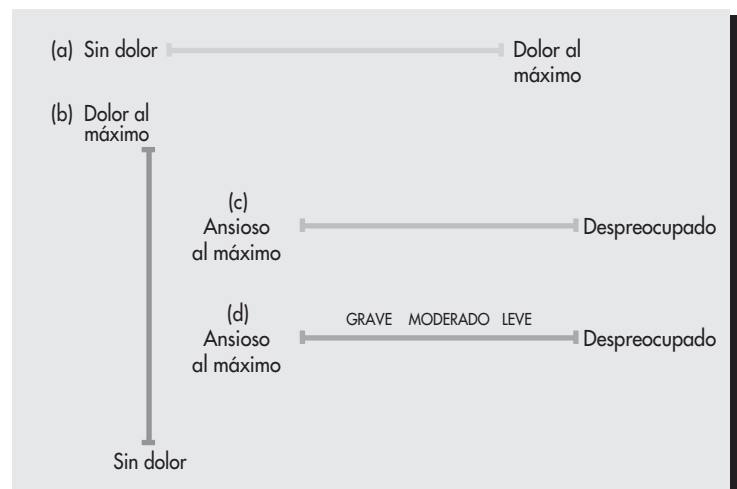
quen este reactivo en una escala que va desde “En absoluto” hasta “En extremo”. Pueden hacer esto en forma gráfica, al colocar una marca en el punto del continuo que considere apropiado. Las **escalas de registro** se pueden utilizar para evaluar la conducta de otras personas, así como la propia. Por ejemplo, un maestro puede emplear las escalas de registro para calificar a los estudiantes. En este caso, el registro anterior puede ser: “¿Hasta qué grado es tímido el estudiante?” Un ejemplo del uso de las escalas de registro en el trabajo clínico es la evaluación de la capacidad de los niños para prestar atención a lo que sucede a su alrededor y ejercer el control de sí mismos. El grado en el cual los niños poseen estas capacidades es un indicador de su desarrollo personal.

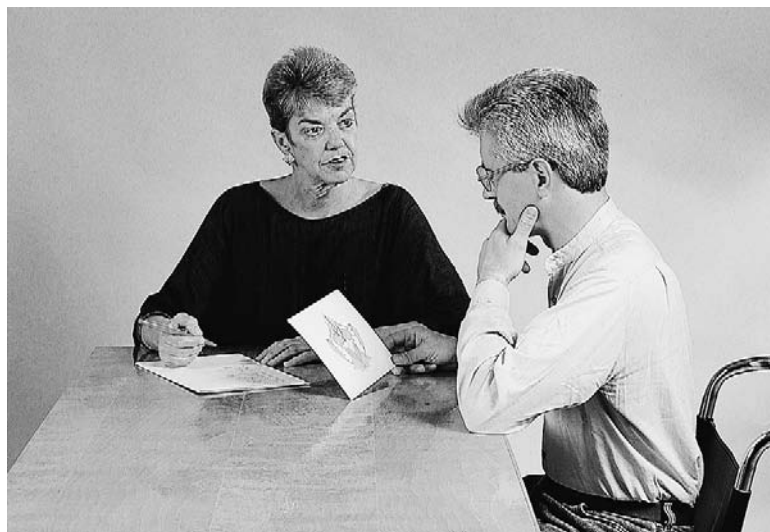
La **escala visual análoga (VAS)** se utiliza en ambientes clínicos y de investigación para medir una variedad de fenómenos subjetivos, como el dolor, la ansiedad y el deseo de consumir productos como la nicotina de los cigarrillos. En un estudio determinado se pueden emplear una o varias VAS. Una VAS proporciona una estrategia de medición conveniente, fácil y de rápida administración. Sin embargo, la aplicabilidad de estas escalas está limitada por la habilidad de los sujetos para comprender y conceptualizar el método en sí; es decir, para ofrecer una representación de una percepción personal de un concepto abstracto como una unidad lineal. La figura 4-6 muestra ejemplos de diferentes tipos de escalas visuales análogas que miden el dolor y la ansiedad.

Las escalas de registro, al igual que los cuestionarios de autorreportes, no son infalibles. Un factor de desviación posible, el **efecto halo**, resulta cuando un individuo califica a una persona de manera más favorable en una característica específica, porque la persona que califica tiene, generalmente, una reacción favorable hacia la que es calificada. Otros problemas metodológicos incluyen la tendencia a querer decir sólo cosas agradables sobre uno mismo o alguien más, y la tendencia a emplear de más la calificación media de las escalas. La investigación ha demostrado que muchos de estos problemas se pueden reducir por medio de la redacción cuidadosa de los reactivos, las instrucciones para quien califica, el uso de muy pocos conceptos y escalas ambiguas y, en algunos casos, una capacitación real para la elaboración de registros.

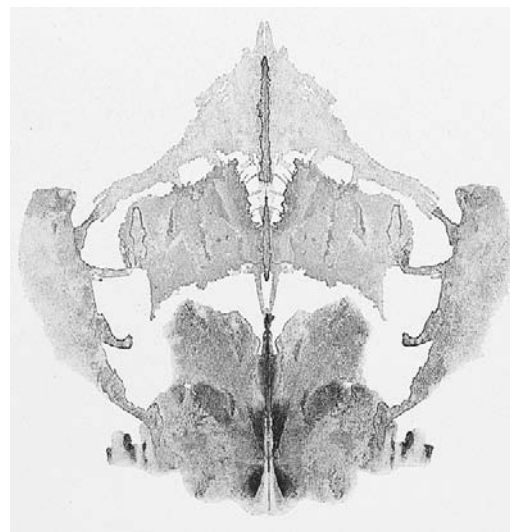
Técnicas proyectivas Algunos especialistas en evaluación creen que mientras más libertad tengan las personas para elegir sus

Figura 4-6 Varias formas de escalas visuales análogas: (a) y (b) miden la percepción del dolor, mientras (c) y (d) miden el grado de ansiedad.





(a)



(b)

Figura 4-7 a) Mientras el paciente responde sobre la lámina de Rorschach, el clínico registra tanto las respuestas verbales como la conducta. b) Esta mancha de tinta Rorschach produjo una variedad de respuestas, que incluyen 1) "En el centro parece un túnel o canal largo." 2) "En este lado, veo a un anciano gruñón que frunce el entrecejo y tiene la nariz grande. No me gusta." 3) "Ahí en el centro hay una cabeza de camello; no tiene cuerpo, sólo cabeza."

respuestas, se pueden obtener descripciones y clasificaciones más significativas. Debido a que los inventarios de personalidad no permiten mucha libertad de elección, algunos psicólogos clínicos prefieren utilizar **técnicas proyectivas** en las cuales a la persona se le muestra un estímulo ambiguo y se le pregunta qué piensa sobre éste. Algunos psicólogos creen que las técnicas proyectivas son muy sensibles a las dimensiones inconscientes de la personalidad. Los mecanismos de defensa, los impulsos latentes y las ansiedades se infieren a partir de los datos que se recopilan en las evaluaciones proyectivas.

Las **manchas de tinta de Rorschach**, que desarrolló el psiquiatra suizo Hermann Rorschach (1884-1922) consisten en 10 láminas, la mitad a color y la mitad en blanco y negro (véase la figura 4-7). La prueba se aplica mostrando las tarjetas, una a la vez, y pidiendo a la persona que describa lo que ve en ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Después de que la persona respondió a las manchas de tinta en forma de asociación libre, el examinador hace preguntas sobre las respuestas en particular ("¿Qué le dio esa impresión?" "¿Que lo hace parecer un ____?"). Además de registrar lo que se dice en relación con las manchas de tinta, el examinador también anota los ademanes, gestos y actitudes de la persona. La figura 4-8 ofrece una vista cómica de la prueba de Rorschach y sus orígenes.

Rorschach desarrolló la prueba de las manchas de tinta como parte de un esfuerzo experimental por relacionar la percepción con la personalidad. Creía que las respuestas de la gente con respecto de las manchas de tinta podían servir como claves para conocer los rasgos básicos de la personalidad. Existen algunos ejemplos sorprendentes de la habilidad del Rorschach para evaluar aspectos importantes de la personalidad. Por ejemplo, Sirhan Sirhan, un inmigrante palestino de 24 años, asesinó al aspirante presidencial Robert F. Kennedy el 5 de junio de 1968. Sirhan tenía una fuerte identidad como árabe y odiaba a los sionistas a quienes equiparaba con los nazis. Su odio hacia los sionistas se generalizó hacia to-

dos los judíos. Sirhan dio la siguiente respuesta a la mancha de tinta que se muestra en la figura 4-7b:

No sé, es una planta del desierto. Crece muy alto, no es un cactus. No sé cual es el nombre. Los colores me horrorizan, no, no sé, me siento muy nervioso, no puedo quedarme quieto, me agitan. Leí un artículo en una revista sobre el vigésimo aniversario del Estado de Israel. Era a color, ese color, odio a los judíos. Había júbilo, sentí que el artículo decía, vencimos a los árabes, me llena de cólera, había alegría y júbilo. (Meloy, 1992)

**Figura 4-8**

FUENTE: The Cartoon Bank.

Debido a la gran cantidad de descubrimientos negativos en los estudios de investigación al utilizar el Rorschach, muchos usuarios de las técnicas proyectivas dudan de la validez de las manchas de tinta de Rorschach como indicadores preceptuales de la personalidad. Sin embargo, la prueba se puede emplear para analizar la conducta social de las personas y el contenido de sus respuestas. Los intentos por obtener ayuda del examinador y el uso de respuestas verbales estereotipadas, son ejemplos de los tipos de conducta que se pueden observar en la situación Rorschach. También se han realizado varios intentos por desarrollar un sistema de calificación Rorschach que parezca más psicométrico; sin embargo, todavía se debe establecer su validez para diagnosticar condiciones clínicas complejas (Hunsley y Bailey, 1999).

Al igual que la prueba de Rorschach, la **Prueba de apercepción temática (TAT)** emplea estímulos ambiguos a los cuales las personas pueden responder de manera libre. El TAT utiliza imágenes que muestran a personas que participan en una variedad de actividades; por lo tanto, es menos ambigua que las manchas de tinta de Rorschach. La prueba total consiste en 30 láminas con imágenes y una en blanco, aunque en la mayoría de las situaciones de prueba no se emplean todas las láminas. Éstas se presentan una a la vez y se pide al paciente que forme una historia que describa la escena que se presenta en cada ilustración, los eventos que llevaron a esa escena y los eventos que se producirán a partir de ella. También se le pide al paciente que describa los pensamientos y sentimientos de las personas que aparecen en la historia. Mientras el paciente ve la lámina y relata la historia, el clínico no sólo registra la historia en sí, sino que anota la conducta, como las pausas, las expresiones faciales y los cambios en el tono de la voz.

Henry A. Murray (1893-1988), autor del TAT (Murray, 1943), describió la imagen en la figura 4-9 (Lámina 12-F) como el retrato de una mujer joven, con una extraña mujer anciana haciendo una mueca al fondo. A continuación presentamos una historia sobre esta lámina que relató una mujer de 37 años a quien se diagnosticó con esquizofrenia paranoide y depresión. ¿Cómo se puede interpretar su historia? Observe la distorsión perceptual que cambió la relación común entre madre e hija por una entre padre e hijo. (Las preguntas del examinador se indican entre paréntesis.)

Es un anciano que está detrás de un hombre joven pensando o sabe lo que este hombre joven debería hacer, lo que tiene frente a él. Está muy cansado [el anciano] y el joven tiene mucho más...no puedo explicarlo. El joven no ha tenido la experiencia ni ha pasado por tanto como el anciano. Eso es todo lo que pienso por ahora. (¿Relación?) No hay ninguna relación. Aunque dije padre e hijo. ¿O no? (¿Están relacionados?) No. (¿Qué sucede?) Ambos se concentran en la vida. (Explique) Bueno, el anciano, como ya dije, se concentra en lo que el joven tiene frente a él. (?) Cualquier cosa que elija. (¿Por qué situaciones pasó el anciano?) Parece que ha sufrido. (Explique) Sufrimiento de la vida. (?) Trabajar de manera ardua. (¿Algo más?) No. (?) Bueno, pensé en otras cosas. El problema que tuvo. (?) Problemas familiares. (¿Historia!) Vivían en un lugar apartado y solitario, trabajaban y existían. No mucho que hacer y se cansaron, eso es todo. (Schaffer, 1948, pp. 188-189)

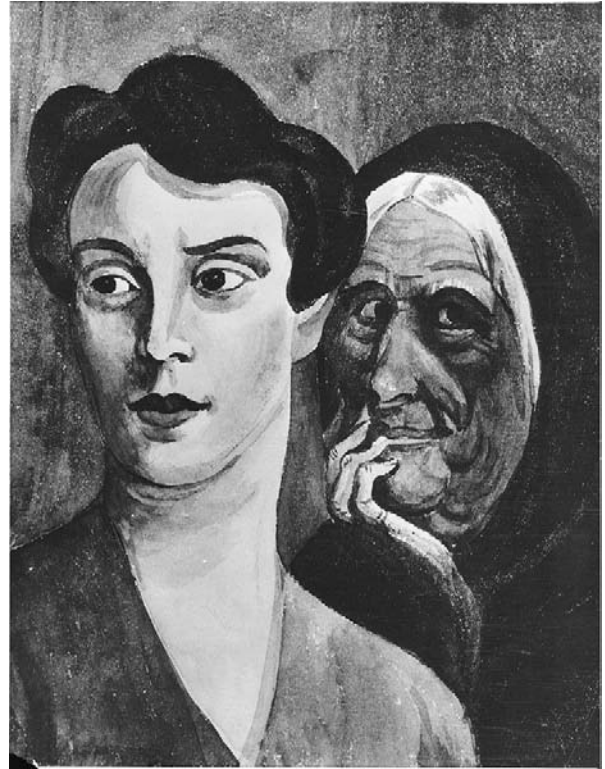


Figura 4-9 Las tarjetas de la Prueba de apercepción temática son más estructuradas que los estimados de Rorschach, y aun así provocan variedad de respuestas. Esta tarjeta dio lugar a dos historias muy diferentes.

FUENTE: Harvard University Press.

Aquí presentamos la respuesta a la misma lámina por parte de una mujer casada de 27 años de edad, a quien probablemente se diagnosticaría un trastorno de ansiedad. ¿Cómo se puede comparar con la primera respuesta?

[Sacude la cabeza, traga saliva.] La anciana debe ser la madre o la abuela de la joven. La joven tiene el rostro fuerte. Tiene mucho carácter. La anciana tiene una expresión de astucia en el rostro o alrededor de la boca. Si no fuera por esa expresión en el rostro, quizá trataría de interpretarla. No me puedo imaginar por qué se ve de esa forma. Parece que la anciana trabajó muy duro toda su vida. (?) No sé, no puedo imaginarlo. Si esta anciana tuviera una expresión diferente en el rostro, digamos, de preocupación... (?) Entonces diría que abriga muchas ambiciones para la chica. Tal vez desearía que la chica hiciera algo que ella siempre quiso hacer. Quizá sus ambiciones se realizarían en esta mujer. (Schaffer, 1948, p. 258)

Estas dos historias atribuidas a la misma imagen difieren en varias formas, además de la distorsión perceptual inusual de la mujer de 37 años. Mientras que su historia revela poco acerca de la relación entre las dos personas de la imagen, la mujer de 27 años está muy involucrada en sus sentimientos, motivaciones y personalidades. La mujer de 27 años parece mucho más absorta en la tarea de la narración que la mujer de 37.

Mientras que Rorschach consideró su prueba como una labor perceptual experimental, Murray definía al TAT como una prue-

ba del inconsciente. Los usuarios contemporáneos de las técnicas proyectivas como éstas, las consideran como métodos para medir los procesos inconscientes, visión que se deriva, en gran parte, de la influencia de la teoría psicoanalítica. Algunos psicoterapeutas emplean las respuestas del TAT como claves hacia áreas problemáticas ocultas que requieren exploración profunda.

Además de las pruebas de Rorschach y el TAT, se utilizan muchos tipos de actividades como estímulos proyectivos. Por ejemplo, en una **prueba de asociación de palabras**, se presenta una lista de palabras, una a la vez, y se pide al paciente que responda con la primera palabra o idea que se le ocurra. Los clínicos se interesan más por el tiempo que emplea una persona en responder y en lo poco comunes que son las asociaciones. La **prueba de frases incompletas** es una extensión lógica de la asociación de palabras. En ésta se presenta al sujeto una serie de enunciados incompletos y se le pide que los complete. Los métodos de frases incompletas se analizan por lo regular en términos de actitudes, conflictos y motivos que se reflejan en éstas. Los siguientes son inicios típicos de estas frases.

- Me preocupo por _____
- Mi madre _____
- Lo que me hace enojar es _____
- De lo que más me arrepiento es _____

Otros métodos proyectivos que se utilizan con frecuencia incluyen pedir a las personas que dibujen retratos de sí mismas y de los demás, que pinten con los dedos o que relaten historias. Estas estrategias se utilizan como medios para aumentar el conocimiento sobre la fantasía, sus determinantes y sus correlatos conductuales. En ocasiones, su aplicación clínica se basa más en la utilidad teórica que en la validez que se demuestra de manera objetiva. Los investigadores que se preocupan por la evaluación de los instrumentos clínicos siguen estudiando estas técnicas.

Evaluación conductual

La **evaluación conductual** se utiliza para identificar los déficits de respuesta, que después se tratan mediante el uso de métodos conductuales como los programas de reforzamiento y el modelamiento. Por lo regular, los clínicos emplean la observación de la conducta para conseguir información que no se puede obtener por otros medios. Ejemplos de esta observación incluyen la frecuencia de un tipo particular de respuesta, como agresiones físicas contra otros en el patio escolar, y observaciones por parte de los maestros de ciertas conductas como las interrupciones frecuentes de un niño en el salón de clases.

Consideremos el caso de un niño de 10 años quien, de acuerdo con su maestra, tiene un mal desempeño en el trabajo escolar y, de acuerdo con sus padres, es difícil de controlar en casa y no se lleva bien con otros niños. Una medida de la inteligencia general del niño, que quizás ayude a explicar su mal desempeño en la escuela; pruebas de la personalidad, que tal vez revelen las tendencias que se asocian con sus relaciones sociales inadecuadas; una entrevista con él para ofrecer un panorama de su punto de vista sobre el problema; y una entrevista con sus padres, ya que el mal comportamiento en la escuela puede ser un síntoma de problemas

en casa, podrían todas complementarse con evaluaciones conductuales para obtener información valiosa. Los tipos apropiados de observaciones conductuales pueden incluir observación de sus actividades y patrones de respuesta en la escuela; observación de su conducta en una situación que se crea en forma especial, como un cuarto para jugar con muchos juguetes y juegos interesantes; y observación de su conducta en casa mientras interactúa con uno o ambos padres y mientras juega solo o con sus amigos.

Realizar todas estas evaluaciones sería una tarea compleja y poco práctica en la mayoría de las circunstancias. Debido a la variedad de datos que están disponibles en forma potencial, la persona que evalúa debe decidir qué tipo de información es más factible y conveniente en un conjunto de circunstancias determinado. En la mayoría de los casos, el clínico se interesa tanto por la información subjetiva como por la objetiva. La información subjetiva incluye lo que los pacientes piensan, las emociones que experimentan y sus preocupaciones. Las entrevistas, los inventarios de personalidad y las técnicas proyectivas ofrecen indicadores de la experiencia subjetiva, a pesar de que es necesario un juicio clínico considerable para inferir lo que sucede en el interior del paciente por la forma en que responde a una prueba. En contraste, la información objetiva incluye la conducta observable de la persona y, por lo general, no requiere que quien realiza la evaluación saque conclusiones complejas sobre estos temas como las actitudes hacia los padres, los deseos inconscientes y los conflictos arraigados. La evaluación conductual se dirige hacia la recolección de información objetiva a través de la observación (ver la figura 4-10). A menudo se utilizan las **observaciones de línea base** (operante) para registrar las frecuencias de respuesta en situaciones particulares antes de que se realice alguna intervención. Se pueden utilizar de varias formas. Las observaciones se pueden llevar a cabo sólo para describir el repertorio de respuestas de una persona en un momento dado. Por ejemplo, se puede comparar la cantidad de respuestas agresivas que da un niño al que se evalúa con la cantidad típica de niños de la misma edad y sexo. Estas observaciones también ofrecen una línea base para juzgar la eficacia de las técnicas de modificación de la conducta. Un conjunto similar de observaciones, que se realiza después de que se utilizan los procedimientos de modificación de la conducta, se podría comparar con la medida de línea base como una forma de determinar qué tan eficaz es el procedimiento de modificación.

Evaluación cognitiva

Así como es importante saber lo que hace una persona y la forma en que su conducta afecta a otras personas, también es necesario evaluar los pensamientos que pueden estar detrás de la conducta (ver la figura 4-11). La **evaluación cognitiva** proporciona información sobre los pensamientos que preceden, acompañan y siguen a la conducta desadaptada. También ofrece información sobre los efectos de los procedimientos cuyo objetivo es modificar tanto la forma como alguien piensa sobre un problema, como la manera en que se comporta.

La evaluación cognitiva se puede realizar de varias formas. Por ejemplo, los cuestionarios se desarrollan para obtener muestras de los pensamientos de las personas después de un suceso molesto. Los timbres electrónicos se han empleado para indicar a los sujetos que



Figura 4-10 (a) A través de un espejo unidireccional, un observador registra la conducta de un niño mientras interactúa con un adulto. La observación conductuales que se realiza en un ambiente controlado es útil para los clínicos porque hacen más significativas las comparaciones entre los niños. (b) La conducta de los niños también se puede observar en un ambiente natural. Los observadores pueden registrar la conducta agresiva en un parque. Debido a que la situación es menos estandarizada y participan otros niños, estos registros naturales se pueden comparar con menos facilidad. Al mismo tiempo, la conducta que se observa puede ofrecer información importante sobre las conductas cotidianas del niño.

registren sus pensamientos en ciertos momentos del día. También existen cuestionarios para evaluar las instrucciones que las personas se dan a sí mismas mientras trabajan en una actividad y sus teorías acerca de la razón por la cual suceden las cosas de la manera que ocurren.

La evaluación de los pensamientos y las ideas recibió el impulso de la evidencia cada vez mayor de que los procesos del pensamiento y su contenido se relacionan con las emociones y la conducta. La evaluación cognitiva proporciona información sobre los aspectos adaptados y desadaptados de los pensamientos de las personas y el papel que desempeñan en los procesos de planeación, toma de decisiones e interpretación de la realidad.

Evaluación de las relaciones

Los clínicos reconocen la importancia de realizar **evaluaciones de las relaciones**, sobre todo de las relaciones más importantes. Ade-



Figura 4-11 Cuando las personas titubean o se sienten incómodas en ciertas situaciones, con frecuencia es por pensamientos perturbadores e inoportunos. Esta persona titubea acerca de unirse a la fiesta por pensamientos como "Nadie se va a interesar en mí", "Soy aburrido", "¿Qué puedo decir que le interese a alguien?", que interfieren con la interacción social relajada.

más, tratan de desarrollar formas de caracterizar las relaciones sociales de una persona, tanto con el ambiente externo como con otros individuos. ¿Estas relaciones son puntos fuertes o débiles? Se necesita información acerca de las características específicas de las relaciones más cercanas de una persona. Cada persona se puede considerar como un componente de las numerosas interacciones entre dos o más individuos que se presentan en la actividad cotidiana. ¿Cómo funciona la persona en estas interacciones? ¿Cuáles son sus habilidades de relación o interpersonales?

La familia es uno de los sistemas de interacción más poderosos que afectan a las personas. Conceptualizar a los pacientes sin considerar su dinámica familiar, es ver a lo sumo la mitad de la imagen. Planear el tratamiento sin tomar en cuenta las necesidades y opiniones de la familia del paciente puede representar el fracaso del tratamiento. Además, ya sea que los clínicos lo admitan o no, con frecuencia la familia del paciente está presente de manera psicológica, representando una fuerza poderosa determinante en su conducta. Por esa razón, los entrevistadores necesitan realizar algún tipo de evaluación que recopile información tanto sobre los miembros individuales de la familia, como de la familia como sistema.

Los investigadores están desarrollando formas para medir de manera objetiva las relaciones estrechas, como las que se traban en el interior de una familia. Por ejemplo, Pierce y sus colegas (1991) desarrollaron el *Inventario de la calidad de las relaciones* para evaluar distintos aspectos de las relaciones cercanas con personas específicas (por ejemplo, con los miembros de la familia, las parejas o los amigos). Este inventario obtiene respuestas cuantificadas por parte de los sujetos a preguntas como:

- ¿Hasta qué punto podría recurrir a su madre para que le aconseje sobre los problemas?
- ¿Qué tanto le agrada a su padre?
- ¿Qué tanto desea su madre que cambie?
- ¿Qué tanto lo critica su hermano?
- ¿Con qué frecuencia lo hace enojar su hermana?

Los clínicos pueden utilizar los resultados de estas evaluaciones para comprender más el sistema social del paciente. Si varios miembros de la familia o del sistema son sometidos a estas mediciones, el clínico tiene una mejor idea de qué tan representativas son las opiniones del paciente sobre la calidad de las relaciones y la atmósfera general en el ambiente social inmediato. Si al paciente se le da tratamiento en un ambiente familiar, con otros miembros de la familia presentes en las sesiones de terapia, las mediciones proporcionan al clínico valiosas claves sobre las relaciones familiares.

Evaluación corporal

En el capítulo 2 describimos la imagenología cerebral y los registros de EEG, cada uno de los cuales proporciona un tipo de evaluación corporal. En adición a los índices de la estructura y función cerebral, la *evaluación corporal* también se puede utilizar para medir cambios fisiológicos como la dilatación de la pupila, la presión sanguínea y las respuestas eléctricas de la piel en condiciones específicas. Estas mediciones se pueden realizar sobre una base continua y, si se desea, se pueden correlacionar con la presencia o ausencia de ciertas condiciones psicológicas como el estrés. Por ejemplo, los baumanómetros pueden mostrar los cambios en la presión arterial de una persona durante el día y mientras duerme. Estos datos son útiles en el diagnóstico de casos de presión arterial alta en los cuales los factores cognitivos y conductuales desempeñan un papel importante. Quizá también sean importantes en la selección y evaluación de los programas de tratamiento.

La figura 4-12 muestra el patrón de los cambios de la presión arterial de una mujer de 45 años de edad durante un día típico. A la paciente se le diagnosticó presión arterial alta crónica, pero como lo muestra la figura, los registros en realidad cubren un amplio rango. Para los pacientes a los cuales se les está dando tratamiento para la presión arterial alta, los autoregistros, combinados con registros tomados en el consultorio del médico, pueden proporcionar mejores predicciones de riesgo de un derrame cerebral o un ataque al corazón que las medidas realizadas sólo en el consultorio del clínico (Clement y cols., 2003). Otros estudios de pacientes a quienes se les diagnosticó presión arterial alta muestran que los registros que se toman en el consultorio médico pueden ser significativamente más altos que los tomados durante la actividad cotidiana normal, a pesar de que los registros en el consultorio por lo general se toman después de un periodo de descanso.

El **polígrafo** o detector de mentiras registra las reacciones fisiológicas (ritmo cardíaco, presión arterial, ritmo de la respiración y respuesta galvánica de la piel). Se utiliza para propósitos de investigación y para examinar la conducta criminal. Sin embargo, el uso del polígrafo en el sistema de justicia penal se ha criticado porque viola el derecho a la privacidad y el derecho a evitar la autoincrimación. Un aspecto más importante es que existen dudas sobre su confiabilidad y validez.

Es probable que la investigación sugiera aplicaciones del polígrafo en el campo de la salud mental. Por ejemplo, sería posible utilizarlo para determinar qué situaciones o temas causan una reacción emocional particular en el paciente. Este conocimiento tal

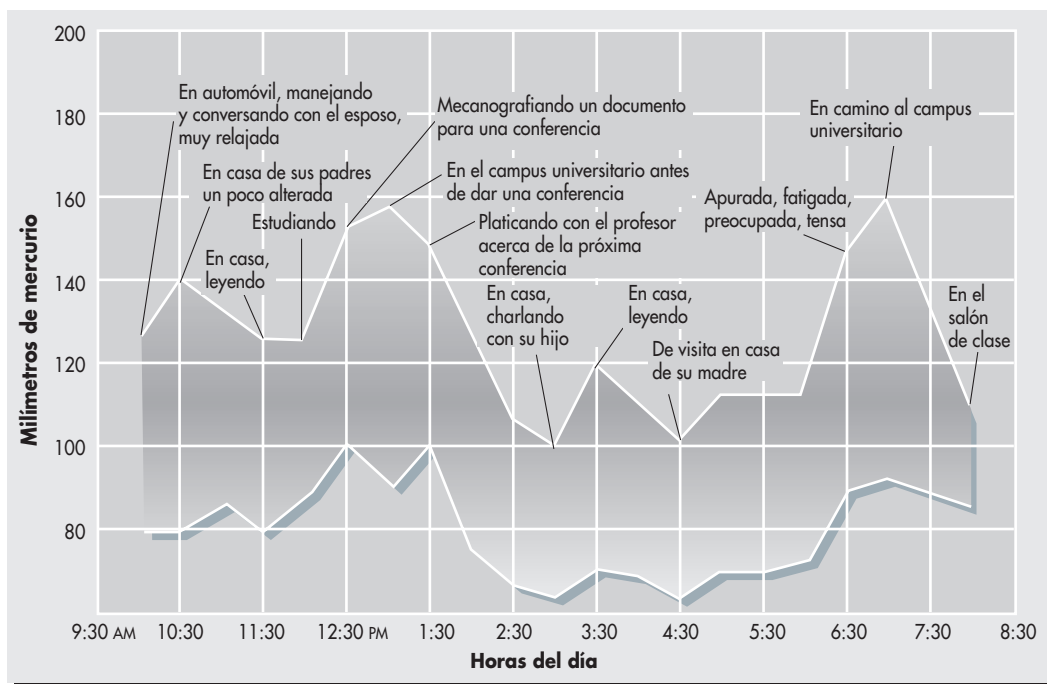


Figura 4-12 Se utilizó un monitor portátil de presión arterial para registrar los cambios en la presión sanguínea de una mujer de 45 años de edad durante un día. En la gráfica se anotaron las descripciones de las actividades cotidianas del sujeto. La línea superior muestra la presión sanguínea sistólica y la inferior la presión sanguínea diastólica. La presión sistólica representa el punto más alto del ciclo de la presión sanguínea cuando el corazón se contrae y envía la sangre a todo el sistema circulatorio. La presión diastólica representa el punto más bajo del ciclo de la presión, que ocurre cuando el corazón se llena de sangre.

FUENTE: Gráfica de Werdegar y cols., 1967, p. 103

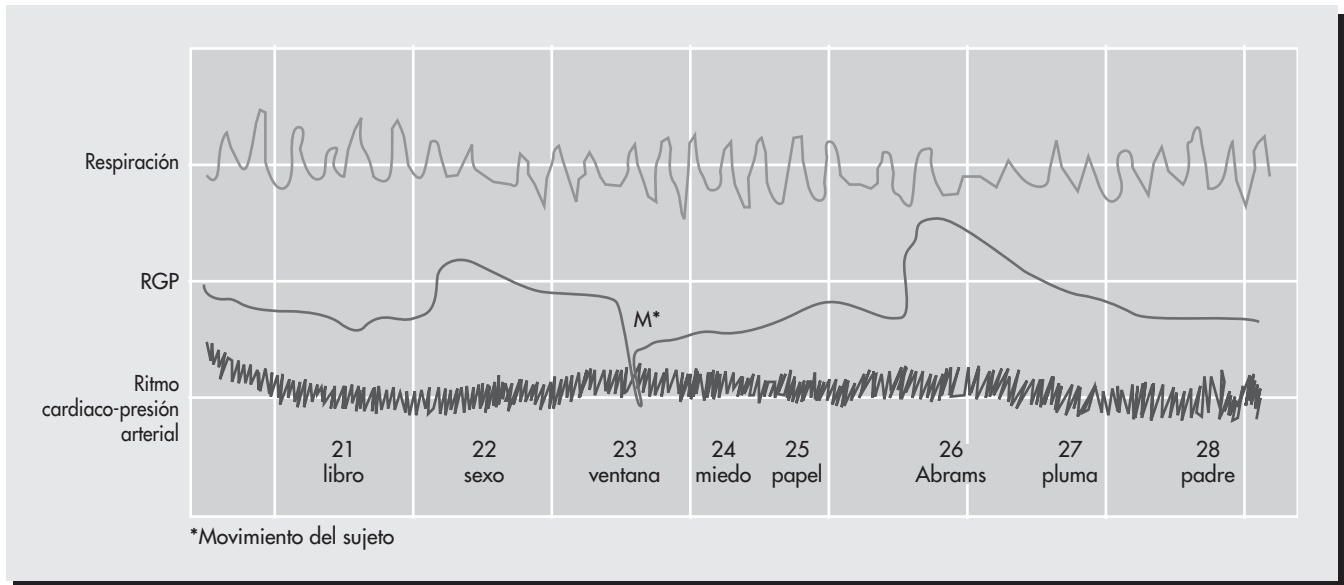


Figura 4-13 Trazos de un polígrafo de un paciente psiquiátrico. Las palabras de estímulo están numeradas.

FUENTE: Abrams, 1973, p. 95.

vez ofrezca algunas claves sobre las áreas que se deben explorar durante la terapia. En un estudio (Abrams, 1973), el polígrafo se utilizó de manera muy similar a una prueba de asociación de palabras. Las palabras que sirvieron de estímulo (algunas neutrales y otras que se consideraron relevantes) se leyeron a cada uno de los 20 pacientes psiquiátricos mientras se encontraban conectados a un polígrafo. La figura 4-13 muestra un grupo típico de trazos del polígrafo durante este estudio. En la parte superior está la respiración, la respuesta galvánica de la piel (RGP) está en el centro y en la parte inferior se encuentra una combinación de ritmo cardiaco y presión arterial. (La respuesta galvánica de la piel [RGP] es un aumento de la conductividad eléctrica de la piel que ocurre cuando las glándulas sudoríparas aumentan su actividad). La palabra estímulo 23, *ventana*, se incluyó como palabra neutral de control. Sin embargo, en lugar de la falta de respuesta que se esperaba, el paciente mostró una reacción definida a ésta. Por otra parte, mientras que hay una respuesta a *sexo*, no se compara con la RGP para *ventana*. Más adelante, el paciente confesó que había considerado la posibilidad de suicidarse al brincar por una ventana. La palabra 26, el nombre del terapeuta, dio como resultado una RGP importante, un ligero aumento en la presión sanguínea e interrupción de la respiración. En contraste, el paciente reaccionó poco a la palabra neutral 27, *pluma*.

La oportunidad de observar la conducta y las funciones corporales propias puede tener un efecto terapéutico. En la **biofeedback** el paciente recibe informes continuos de un índice en particular de las funciones corporales, como la presión arterial, y se le ayuda a encontrar formas para llevarlo a sus límites normales.

Las técnicas de evaluación ayudan a definir la naturaleza y el panorama de los problemas clínicos, a seleccionar los tratamientos apropiados y a evaluar los resultados del tratamiento. El uso de múltiples técnicas (por ejemplo, entrevista, técnicas proyectivas y evaluación corporal) quizás ofrezca una base sólida para juicios clínicos válidos.

El mensaje con el que nos quedamos

Nos impresionan la cantidad y la velocidad con la que están cambiando los dos temas de este capítulo, la clasificación y la evaluación. También nos impresionan tanto las ventajas de los cambios como los cambios en sí. Hemos visto como el DSM-III provocó cambios radicales en la clasificación de pacientes. Esto ha dado como resultado mayor confiabilidad (como el acuerdo entre los clínicos sobre el diagnóstico de casos), un valor definitivo. Además de una mejor confiabilidad, se ha registrado una gran proliferación de categorías diagnósticas. ¿Es esto algo bueno? El manual DSM-IV-TR no solamente es mucho más grueso y pesado que el manual del DSM-I, sino que es significativamente más grande que otras versiones más recientes del DSM. ¿En qué momento serán necesarias las computadoras para ayudar a tener presentes la gran cantidad de categorías diagnósticas y realizar la mejor clasificación posible? Creemos que la clasificación multiaxial es un avance importante que resuelve algunos viejos problemas pero, tal vez inevitablemente, cree nuevos.

El cambio también implica desarrollo en la evaluación. Las propiedades psicométricas de la mayoría de las pruebas psicológicas han mejorado enormemente debido a una mejor construcción de pruebas, métodos de estandarización y normas mucho más integrales. Recientemente se han desarrollado nuevos métodos de evaluación biológica. No sabemos bien hacia dónde nos llevarán la imagenología cerebral y los registros de presión arterial. En cualquier caso, estos nuevos métodos parecen estar destinados a ser muy útiles para los clínicos. El creciente repertorio de métodos de evaluación deberá proporcionar una imagen más integrada de la compleja vida humana.

Mientras más integrales sean las teorías de la conducta desarrolladas y estén más firmemente basadas en descubrimientos cien-

tíficos, con mayor optimismo se podrá esperar que cambien los enfoques a la clasificación. Los métodos de evaluación y clasificación ayudan a los clínicos a describir trastornos de conducta y planear intervenciones terapéuticas para modificar la conducta de manera positiva. Lo que se evalúa y cómo se clasifica y trata a la gente

depende de lo que sabemos sobre los factores involucrados en la conducta anormal. La teoría y la investigación en una variedad de áreas probablemente tengan una influencia deseable en los métodos terapéuticos y de diagnóstico.

R esumen del capítulo

Clasificación: Categorías de conducta desadaptada

La clasificación es necesaria en todas las ramas del conocimiento. En el área de la personalidad y la conducta anormal, la clasificación se basa en la evaluación de lo que dicen los pacientes y la forma en que se comportan; también toma en cuenta los eventos que han experimentado tanto en el presente como en el pasado. En la psicología anormal, la clasificación del trastorno de una persona se conoce como **diagnóstico**. El diagnóstico sitúa el trastorno de la persona dentro de un sistema o conjunto de trastornos ya existente.

Ventajas y desventajas de la clasificación Un sistema de clasificación ideal para la conducta anormal debería agrupar las conductas que tienen causas similares. Debido a que no hay suficiente conocimiento sobre las causas de muchos trastornos en el área de la psicología anormal, la clasificación aún es descriptiva. Un sistema de clasificación descriptivo es importante para la comunicación con respecto del tratamiento, en la investigación y para propósitos estadísticos, aún cuando no se enfoca en la causa del trastorno. Si los agrupamientos en un sistema son incorrectos debido al conocimiento incompleto, se les dificulta a los investigadores detectar las verdaderas relaciones entre los trastornos. La importancia otorgada a la clasificación puede generar el etiquetamiento del paciente y puede dar como resultado la estigmatización.

Vulnerabilidad, resiliencia y afrontamiento Al clasificar a los individuos es importante tener en cuenta los desencadenantes del estrés que experimentan, así como su vulnerabilidad, resiliencia y habilidades de afrontamiento.

El enfoque multiaxial Un sistema de clasificación multiaxial está diseñado no para proporcionar una simple etiqueta, sino para resumir la información sobre varios aspectos de los antecedentes y la conducta de la persona. El sistema de diagnóstico utilizado para la mayoría de los propósitos en los Estados Unidos, el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**, utiliza un sistema multiaxial.

DSM-IV-TR La versión actual del DSM, el **DSM-IV-TR**, tiene cinco ejes: El eje I, trastornos primarios, excepto aquéllos que se incluyen en el eje II; eje II, trastornos de la personalidad y retraso mental; eje III, condiciones médicas relevantes; eje IV, problemas psicosociales y ambientales; y eje V, una evaluación global del funcionamiento psicológico, social y ocupacional, en la actualidad y en el año anterior.

Las principales categorías de diagnóstico El eje I incluye grupos de trastornos del desarrollo, trastornos cognitivos graves, trastornos mentales por una condición médica, trastornos por uso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos facticios, trastornos disociativos, trastornos sexuales, trastor-

nos de la alimentación, trastornos del sueño, trastornos del control de los impulsos que no se clasifican en ninguna otro apartado, trastornos adaptativos y factores psicológicos que afectan el estado físico. El eje II incluye trastornos de la personalidad y retraso mental.

Evaluación del enfoque multiaxial del DSM El enfoque del DSM-IV-TR implica utilizar criterios de diagnóstico descriptivos altamente específicos para cada categoría. Este enfoque aumenta la confiabilidad de los diagnósticos entre los clínicos. El DSM-IV-TR es más completo que las ediciones anteriores e incluye muchos más trastornos y subdivisiones de diferentes trastornos; se requiere más investigación para saber si se justifican estas clasificaciones adicionales.

Investigación sobre la clasificación Son importantes tanto la **confiabilidad** (consistencia) y la **validez** o adecuación de los sistemas de clasificación. El sistema utilizado al igual que las características del clínico afectan la confiabilidad de la clasificación. Para el diagnóstico y los planes de tratamiento se deben tomar en cuenta factores sociales, culturales, étnicos y raciales. Aunque el DSM-IV-TR trata hasta cierto punto con variaciones culturales, se debe prestar mayor atención a estos factores. Además, se debe investigar la **identidad étnica** del paciente.

Evaluación: la base de la clasificación

Ya que ningún instrumento de evaluación por sí solo es perfecto, se han desarrollado diferentes formas para caracterizar a los individuos. Los métodos principales incluyen las entrevistas, pruebas de inteligencia, pruebas neuropsicológicas, evaluación conductual y de la personalidad, así como enfoques más especializados.

La entrevista Las **entrevistas diagnósticas** (en ocasiones llamadas entrevistas de evaluación) se usan para recopilar información y evaluar la conducta. El clínico trata de determinar la razón por la cual el paciente buscó ayuda, su estado ánimo y su visión sobre la vida, los antecedentes del problema y cómo funciona el en la actualidad. La **entrevista terapéutica** se dirige a modificar la conducta y actitudes desadaptadas. Las características personales del entrevistador así como las del paciente determinan cómo procederá la entrevista. Es importante que el clínico tenga sensibilidad cultural, por ejemplo, en relación con las creencias culturales del paciente y a los factores étnicos/raciales. Éstos pueden afectar tanto la respuesta del paciente como el diagnóstico del clínico y las recomendaciones de tratamiento. En el **examen del estado mental**, el clínico evalúa el contenido del pensamiento del paciente, el estado de ánimo, la percepción, el juicio y el *insight*. En algunas circunstancias, un formato de **entrevista estructurada** como el **Plan de entrevista diagnóstica (DIS)** o **entrevista clínica estructurada para el DSM (SCID)** es útil para aumentar la equivalencia a través de entrevistas, y para ayudar a asegurar que se recopilen los mismos tipos de información acerca de cada paciente.

Pruebas de inteligencia Alfred Binet desarrolló las primeras pruebas de inteligencia estandarizadas. Éstas producen una calificación del **cociente intelectual (CI)** al dividir la edad mental del niño con su edad real o cronológica y multiplicada por 100. Aunque este método ya no se utiliza, el término CI sí se emplea. En la actualidad, las calificaciones en las **pruebas de Binet** y en otras pruebas de inteligencia se determinan por la desviación de una norma determinada en forma previa que se basa en los resultados de la prueba en una muestra representativa y amplia de personas. Por el momento, las **pruebas de Wechsler** son las pruebas de inteligencia que se emplean con mayor frecuencia. Estas pruebas reportan tres calificaciones de CI diferentes: un **CI Verbal**, un **CI de Ejecución** y un **CI Total**, que representan una calificación total en la prueba. Existe una serie de pruebas de Wechsler, cada una de las cuales es apropiada para un grupo de edad distinto. Estas incluyen la **Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS)** la **Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-III)** y la **Escala de inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria (WPPSI)**.

Pruebas neuropsicológicas Los efectos cognitivos, sensoriomotores y perceptuales de la anormalidad cerebral (causada por un trauma físico o enfermedad) pueden ser evaluadas para propósitos de filtro con pruebas como la **Prueba de gestáltica visomotora de Bender**, la cual mide la habilidad para copiar una serie de figuras. Si los resultados de la prueba de filtro muestran algunas anomalías en estas funciones, se puede utilizar una batería de pruebas más complejas.

Evaluación de la personalidad Los métodos para evaluar la personalidad incluyen inventarios de la personalidad, escalas de registro y técnicas proyectivas. Los **inventarios de personalidad** hacen preguntas a las personas sobre sí mismas. Ya que la personalidad no se conceptualiza como un solo constructo, la mayor parte de las pruebas de personalidad producen varias calificaciones. El **Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)** es un inventario de la personalidad que se utiliza con mucha frecuencia. Otros inventarios de personalidad incluyen el **Inventario clínico multiaxial Millon (MCMI)**, una prueba que se basa en las categorías del DSM, y el **NEO-PI**, una medida que se basa en el modelo de cinco factores de las di-

mensiones básicas de la personalidad. Las **escalas de registro** presentan una serie de reactivos y permiten que la persona que contesta la prueba elija varias opciones, con frecuencia, respecto del grado en que el reactivo la describe. Una variación de la escala de registro es la **escala visual análoga (VAS)**. Este enfoque se utiliza frecuentemente para medir el grado de alguna sensación que experimenta el paciente. Las **técnicas proyectivas** utilizan estímulos ambiguos que el paciente debe responder. Los clínicos con orientación psicodinámica emplean por lo regular estas técnicas. Dos técnicas proyectivas muy conocidas son las **manchas de tinta de Rorschach** y la **Prueba de apercepción temática (TAT)**.

Evaluación conductual La **evaluación conductual** centra la atención en las observaciones de la frecuencia de los tipos y categorías particulares de respuesta. Con frecuencia se utiliza para identificar el déficit de respuesta. Las **observaciones de línea base** (operante) se emplean para describir el repertorio de respuestas de una persona en un momento dado. La observación de la conducta puede realizarse en un ambiente controlado o en el entorno natural de la persona.

Evaluación cognitiva La **evaluación cognitiva** ofrece información sobre los pensamientos que preceden, acompañan y siguen a una conducta desadaptada. Los cuestionarios y alarmas se usan con frecuencia. La evaluación cognitiva se usa sobre todo en el estudio de los factores que afectan la concentración en las actividades importantes.

Evaluación de las relaciones En razón de que la conducta de las personas es afectada por sus vínculos interpersonales, es importante evaluar las relaciones sociales generales y específicas. Para muchas personas, un área importante de las relaciones es la familia. Las relaciones se pueden evaluar ya sea como categorías generales, como la familia o los amigos, o en el nivel de las relaciones específicas (como la madre, el hermano o el mejor amigo)

Evaluación corporal El estado interno de una persona se puede evaluar al medir ciertas funciones corporales, como la presión arterial, el ritmo cardíaco, la respiración y la respuesta galvánica de la piel. Las técnicas de **biorretroalimentación** se desarrollaron para permitir que una persona observe y aprenda a controlar sus propias respuestas corporales.

Conceptos clave

Afrontamiento, p. 129
Biorretroalimentación, p. 153
Clasificación, p. 128
Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), p. 133
Cociente intelectual (CI), p. 142
Confiabilidad, p. 134
Diagnóstico, p. 129
DSM-IV-TR, p. 130
Efecto halo, p. 147
Entrevista de diagnóstico, p. 137
Entrevista estructurada, p. 141
Entrevista terapéutica, p. 137
Escala visual análoga (VAS), p. 147
Escalas de registro, p. 147
Estadístico Kappa, p. 135

Evaluación, p. 137
Evaluación cognitiva, p. 150
Evaluación conductual, p. 150
Evaluación de la personalidad, p. 143
Evaluación de las relaciones, p. 151
Evaluación global de funcionamiento (EGF), p. 130
Examen del estado mental (EEM), p. 140
Identidad étnica, p. 136
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), p. 145
Inventarios de personalidad, p. 144
Juicio clínico, p. 135
Modelo de cinco factores, p. 147
Observaciones de línea base, p. 150
Polígrafo, p. 152

Prueba de apercepción temática (TAT), p. 148
Prueba de asociación de palabras, p. 150
Prueba de frases incompletas, p. 150
Prueba de manchas de tinta Rorschach, p. 148
Pruebas de Binet, p. 142
Pruebas de inteligencia, p. 142
Pruebas de Wechsler, p. 142
Pruebas neuropsicológicas, p. 143
Resiliencia, p. 129
Sistema de clasificación multiaxial, p. 130
Técnicas proyectivas, p. 147
Validez, p. 135
Vulnerabilidad, p. 129

5

Estrés, afrontamiento y conducta desadaptada



Jaume Quick-to-See Smith (1940-) "Árbol de la vida" 1986, óleo sobre tela, 66 × 88 pulgadas. Jersey City Museum. Donación del Dr. Daniel Fishkoff y señora, 1995. Cortesía del Jersey City Museum.

Bernice Steinbaum Gallery

Estrés y afrontamiento

Habilidades de afrontamiento
El proceso de afrontamiento
Apoyo social

Situaciones estresantes y transiciones en la vida

Situaciones desencadenantes de estrés
Transiciones en la vida

Reacciones clínicas ante el estrés

Trastornos adaptativos
Trastornos por estrés agudo
Trastornos disociativos

Tratamiento de problemas relacionados con el estrés

Terapia de apoyo
Fármacos
Entrenamiento en relajación
Desensibilización sistemática
Modificación cognitiva
Intervención social
Retos en el tratamiento de problemas relacionados con el estrés

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

En este capítulo analizaremos lo que sucede a las personas cuando se deben enfrentar a eventos indeseables y que implican retos. Algunas personas muestran resiliencia bajo estrés; otras parecen muy vulnerables al estrés o los abruma. Cómo afronta una persona las influencias estresantes ya sea que se desarrolle o no una condición clínica relacionada al estrés. Se describen tres condiciones y su tratamiento.



Figura 5-1 Abigail Thomas le echó agua a un oso para que soltara su pierna.

FUENTE: *New York Times*, 21 de junio de 2002, p. 14, edición nacional

Abigail Thomas, una empleada de 30 años de edad de la oficina de correo, estaba parada en el estacionamiento del Parque Nacional de Yellowstone cuando tuvo un enfrentamiento aterrador de cinco minutos con un oso pardo. El oso se acercó y olfateó su pierna derecha y después sus manos, que estaban pegadas a sus piernas tratando de parecer un árbol. Decidió erguir sus dedos para que no se los mordiera. Con una voz normal dijo, “Oye, oso, déjame en paz”. El oso, después de olfatearle otras partes del cuerpo, se retiró y rasguñó la piel de Abigail con sus dientes sin sacarle sangre. Cuando se empezó a preocupar de que se volviera más agresivo, gritó: “Déjame en paz”. Esto no causó ningún efecto. Trató de alcanzar una botella de agua que llevaba al cuello y echó agua al oso. El asustado oso se alejó lentamente y Abigail, más asustada que lastimada, fue a la clínica a que le revisaran trataran los rasguños que tenía en la pierna. Días después fue a correr, en un área de Yellowstone donde no había osos.

Varias personas que leyeron la historia de este acontecimiento en el periódico han pensado: “Si algo similar me pasara a mí, espero poder pensar tan claramente como lo hizo Abigail.” Abigail conservó el control de sí misma en circunstancias bastante difíciles y se recuperó muy bien de su experiencia traumática (figura 5-1). La forma en que reaccionan las personas a eventos tales como el que sufrió Abigail depende de diversos factores, incluyendo tipo de evento, su severidad y la magnitud en la que el individuo pueda anticiparlo y pensar qué hacer en dicha situación. Este capítulo trata de la diversidad de respuestas con las que se puede afrontar el estrés (desde el aplomo de Abigail hasta un completo colapso) pero da

una especial atención a las condiciones clínicas desencadenadas por el estrés. Presentaremos ejemplos de conducta desadaptada en respuesta a dos tipos de situaciones: aquellas que se originan repentinamente (un terremoto, una enfermedad, ser víctima de un crimen), y aquellas que se desarrollan gradualmente o representan transiciones de vida como el matrimonio. La mayoría de las investigaciones sobre la relación entre el estrés y la conducta desadaptada han involucrado efectos de condiciones agudas o transiciones de vida; sin embargo, existen otros tipos de estrés que, desafortunadamente, no han sido estudiados lo suficiente. Uno de ellos, el estrés por dar servicios de cuidado, recibe hoy gran atención. La información acumulada en relación con el uso y desgaste psicológico y físico causado por el cuidado diario de las necesidades de los individuos con enfermedades incurables severas, como la enfermedad de Alzheimer. Ahora sabemos que este estrés crónico tiene efectos significativos tanto en la salud como en el bienestar.

Otro tipo de estrés que ha recibido atención inadecuada es la estigmatización racial. Hay muchas razones para creer que ser miembro de un grupo minoritario y la exposición al racismo pueden ser un estresante continuo. El racismo se refiere a las creencias, actitudes y condiciones de vida que tienden a humillar y denigrar a los miembros de grupos raciales en particular. ¿Qué se siente crecer como afroamericano? ¿Qué se siente crecer como afroamericano en condiciones sociales y económicas indeseables? ¿Qué se siente crecer sintiéndose despreciado y discriminado? Éstas son preguntas importantes para las que sorpresivamente hay muy poca información. En el capítulo 1, mencionamos que los enfermos mentales se sienten con frecuencia estigmatizados por su condición, como consecuencia no se recuperan tan rápido como pudieran. Debido al estrés asociado con éste, la estigmatización en forma de racismo puede jugar un papel importante en el desarrollo de ciertos tipos de problemas psicológicos.

En este capítulo se examinará el concepto de estrés, se explorarán las diferentes formas en que las personas lo manejan y se revisarán las condiciones clínicas en las que el estrés juega un papel muy importante. Si bien las reacciones de conducta observadas en

estas condiciones parecen bastante diferentes, el estrés juega un papel crucial en cada uno y su eliminación va seguida por una mejoría.

Debido a que éste es el primer capítulo en el que se estudian a fondo ciertos trastornos en particular, vale la pena anticipar una observación que ha sido realizada varias veces tanto por clínicos experimentados como por estudiantes. Están de acuerdo en que el debate de varios trastornos no puede ser arreglado de manera conveniente para que los trastornos tengan características mutuamente exclusivas. Aunque el estrés es el principal tema de este capítulo, también se enfocará en él cuando se hable sobre las otras formas de inadaptación. Lo que es distintivo sobre los trastornos que se analizarán aquí es que las fuentes de estrés generalmente son más evidentes que lo que normalmente son en otras formas de conducta anormal.

Estrés y afrontamiento

El término **estrés** se refiere a experiencias emocionales negativas con cambios conductuales, bioquímicos y psicológicos que están relacionados con retos agudos o crónicos percibidos. Los **factores estresantes** son eventos que estimulan estos cambios. No obstante, una situación desencadenante del estrés para una persona puede ser un evento neutral para otra. Para que una cierta situación sea estresante depende de cómo se aprecia un evento y como se califica la habilidad para manejarlo. Además de los efectos psicológicos, el estrés también tiene múltiples consecuencias corporales. Los investigadores están estudiando la totalidad de la experiencia estresante (ver la tabla 5-1).

Las personas difieren no sólo en los sucesos de la vida que experimentan, sino también en la vulnerabilidad que tienen ante éstos. La **vulnerabilidad** al estrés de una persona está condicionada por su temperamento, resiliencia, habilidades para el afrontamiento y el apoyo social con el que cuenta. La vulnerabilidad aumenta la probabilidad de una respuesta desadaptada ante el estrés.

La vulnerabilidad psicosocial, genética o biológica puede ser en especial relevante ante determinados tipos de estresantes. La figura 5-2 muestra la relación general entre la vulnerabilidad y el estrés. Esta relación se aplica tanto a inadaptaciones graves que requieren ayuda profesional (como una depresión mayor) y a otros problemas menores que disminuyen la calidad de vida pero que por lo general no llevan a la persona a buscar ayuda profesional. Un ejemplo del último tipo de problema es la dificultad para dormir o quedarse dormido. El estrés es la principal causa de insomnio y 40% de las personas que dicen que no pueden dormir lo suficiente atribuyen el problema al estrés (Rosch, 1996). Como se observa en la figura 5-2, las personas que tienden a estar tensas (con gran vulnerabilidad) o que se enfrentan a un reto inesperado (estresante) desarrollan dificultades del sueño con mayor probabilidad.

El estudio de la psicología anormal sería más fácil si pudiéramos clasificar los trastornos en dos grupos, aquellos que están relacionados con el estrés y los que no lo están. Sin embargo, tal distinción sería artificial. Mientras que el estrés juega un papel significativo en los problemas concernientes a este capítulo, un grado de estrés también está presente en la mayoría de las otras condiciones. Por ejemplo, personas que sufren de tendencias de

TABLA 5-1

Algunos hitos en el desarrollo del concepto de estrés

1914	El psicólogo Walter Cannon, de Harvard, publica un artículo en el que utiliza la palabra <i>estrés</i> al describir el papel que juegan las emociones en el funcionamiento del sistema endócrino.
1956	El psicólogo Hans Selye, de Montreal, escribe su influyente libro, <i>The Stress of Life</i> , en el que habla sobre las diferentes formas en que los seres humanos y los animales se adaptan a condiciones estresantes.
1967	Thomas Holmes y Richard Rahe desarrollan el primer cuestionario para evaluar los eventos estresantes que los individuos experimentaron en el pasado reciente.
Década de 1970	Los psicólogos analizan el estrés desde los puntos de vista de 1) desequilibrios entre las demandas del ambiente y las habilidades de respuesta y 2) la percepción y apreciación de los individuos de las amenazas a su bienestar.
Décadas de 1980 y 1990	Los psicólogos desarrollan programas para ayudar a las personas a afrontar de manera óptima el estrés que experimentan en la vida diaria.

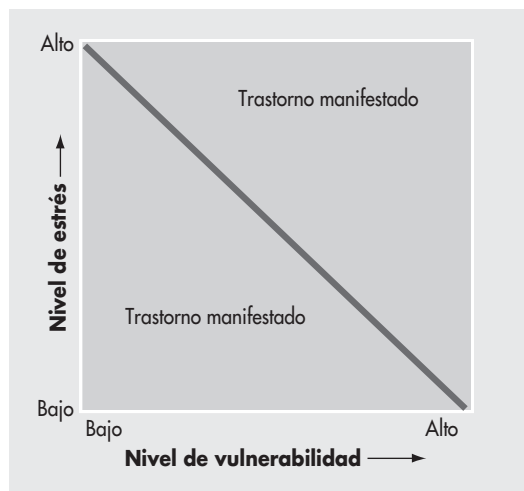


Figura 5-2 El estrés y la vulnerabilidad influyen en la ocurrencia o no de la conducta desadaptada. Cuando hay niveles altos de estrés y vulnerabilidad, es más probable que la conducta desadaptada se presente. Una persona altamente vulnerable, como alguien con esquizofrenia, puede mostrar deterioro significativo en su conducta cuando enfrenta un reto mínimo. Una persona relativamente resiliente puede mostrar deterioro sólo si se enfrenta a un cambio de papeles o reto extraordinario.

toda la vida hacia la ansiedad y la depresión por lo general experimentan la intensificación de estas condiciones cuando tienen que enfrentar retos que causan estrés o cambio de roles. Se utilizarán estos conceptos de estrés y vulnerabilidad a lo largo de este libro y se observarán varios ejemplos de conducta desadaptada que reflejan la relación esquematizada en la figura 5-2.

Habilidades de afrontamiento

Las **habilidades de afrontamiento**, formas características para manejar las dificultades, tienen influencia en la manera en que identificamos y tratamos de resolver los problemas. Las personas que tienen un afrontamiento exitoso no sólo saben cómo hacer las cosas, sino que también saben cómo enfrentar las situaciones para las cuales no tienen una respuesta previa. Como consecuencia, son menos vulnerables.

Las habilidades de afrontamiento que las personas poseen para las experiencias de la vida (sus expectativas, temores, habilidades y deseos) tienen influencia sobre la cantidad de estrés que sienten y cómo lo manejan. La experiencia y el éxito para manejar situaciones similares, la confianza en sí mismo con bases sólidas y la capacidad para permanecer tranquilos y “tener los pies sobre la tierra” en lugar de dejarse vencer cuando se enfrenta un problema, contribuyen a valorar en forma realista las situaciones y las respuestas que se les den. Estas características son un producto del desarrollo de la personalidad que, a su vez, está influido por las relaciones sociales.

Una respuesta informal y orientada hacia una tarea que se da ante una situación difícil, es casi siempre más eficaz que estar ansioso, enojado o a la defensiva. El fracaso para estar orientado hacia una tarea puede suceder por varias razones. Quizás a una persona simplemente le falten los recursos para el afrontamiento que se necesitan para aplicar una estrategia informal. En ese caso, la situación está más allá de su capacidad. También puede ser que ciertos elementos de la situación impidan que un individuo tenga una perspectiva constructiva de ésta. Por ejemplo, es probable que un hombre cuente con los recursos para el afrontamiento que se necesitan para ser asertivo ante otros hombres, pero no ante las mujeres. Su vulnerabilidad con respecto de las mujeres quizá le evite quejarse cuando una mesera le da mal el cambio, en tanto que lo haría de inmediato si se tratara de otro hombre.

Al tratar de identificar las bases para una respuesta de afrontamiento, es necesario analizar con detenimiento qué sucede en la situación, además de los puntos favorables y desfavorables de la persona (recursos para el afrontamiento y vulnerabilidades). Además, se debe prestar atención a la forma en que la persona valora la situación y sus recursos para el afrontamiento. Algunas personas que se encuentran en situaciones estresantes o potencialmente estresantes niegan la presencia de señales de peligro. De manera intencional pueden ignorarlos y tratar de tener pensamientos sin conocimiento de ello o pueden malinterpretarlos. Una respuesta común al dolor en el pecho de un infarto es la negación de su importancia. Se calcula que entre 80 y 90% de las personas que experimentan un dolor así lo atribuyen a otras causas, por lo general indigestión (Hackett y Cassem, 1975). Una vez que la posibilidad de que se trate de un infarto comienza a confirmarse, piensan: “Es-

TABLA 5-2

Tipos de negación del estrés	
Tipo de negación	Ejemplo
Negación de la información que se proporciona	“Nadie me dijo nada al respecto”.
Negación de la información sobre una amenaza	“Nadie me dijo que hubiera algo de qué preocuparse”.
Negación de la relevancia personal	“No se aplica a mí”.
Negación de la emergencia	“No hay necesidad de apurarse”.
Negación de la vulnerabilidad	“No importa lo que suceda, no puede pasarme a mí”
Negación de la emoción	“No tengo miedo”.
Negación de la importancia de la emoción	“Tengo miedo, pero no hay razón para sentirlo”.

to no puede sucederme a mí”. Este pensamiento por sí solo parece ser suficiente para evitar que busquen ayuda médica. Incluso algunos médicos, que deberían saber lo que hacen, han hecho ejercicio cuando sienten dolor en el pecho con el objeto de “probar que no es nada”. De modo que existe una tendencia común a negar el verdadero significado del dolor a pesar de su intensidad o duración.

Este tipo de negación también ocurre con el dolor psicológico. Muchas personas niegan la realidad de un matrimonio infeliz o insatisfactorio, en lugar de buscar asesoría e incluso el divorcio. Las personas que pierden su trabajo tal vez culpen a sus jefes, en lugar de reconocer su propia falla como empleados. Quizá retrasen la búsqueda de otro empleo porque “se merecen un descanso”, negándose a sí mismas que temen que los vuelvan a despedir. Como lo muestra la tabla 5-2, la negación puede representar un papel de distorsión de la realidad en distintas etapas de una experiencia estresante.

El proceso de afrontamiento

Los trastornos psicológicos que se analizan en este capítulo empiezan con un evento específico que tiene características que se pueden definir y un significado especial para la persona afectada. Así, este suceso se valora o procesa y, como resultado de la valoración, surgen los pensamientos o emociones de la persona (temores, planes) y se consideran las estrategias de afrontamiento. El producto final es alguna respuesta que refleja el nivel de estrés, así como los recursos y vulnerabilidad de la persona. El cuadro 5-1 describe las terribles experiencias de tres personas. Dos de ellas la afrontaron de una manera ejemplar y la tercera fue menos exitosa.

En el afrontamiento, las personas utilizan sus recursos personales para dominar un problema, vencer o evitar un obstáculo, contestar una pregunta o resolver un dilema. Distintas estrategias de afrontamiento son eficaces en los diferentes tipos de situaciones. Por lo general, las personas que tienen un afrontamiento exitoso, cuentan con diversos recursos personales que incluyen las siguientes habilidades:

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

Afrontamiento adaptado e inadaptado

Harvey Weinstein

Harvey Weinstein, empresario textil de 68 años, fue secuestrado 20 segundos después de terminar su desayuno, al salir de un restaurante de Nueva York cercano a su oficina. Un hombre le puso un cuchillo en su garganta y lo empujó al interior de un automóvil. Lo llevaron a un sucio bosque urbano cerca de una carretera y un parque de la ciudad. Durante 13 días, el señor Weinstein fue forzado a mantenerse en cuclillas en un foso de cuatro pies de ancho mientras que su familia y los detectives buscaban frenéticamente su libertad y llevaron a cabo negociaciones infructuosas y de pesadilla sobre el rescate que exigían los captores. El señor Weinstein nunca supo dónde estaba o en qué lugar se encontraba atrapado. Cuando la policía lo localizó, había perdido más de 15 libras y no era de sorprenderse que estuviera un poco tembloroso. (Sus captores le habían bajado agua y alguna fruta a su foso durante la dura experiencia). En cuanto lo encontró la policía, mientras todavía se encontraba en el foso, pidió un celular y llamó a su familia. La policía citó lo que dijo: "Disculpenme por las cosas que los hice pasar. Estoy en un foso." Cuando lo ayudaron a salir de él, dijo: "Voy a abrazar y besar a toda mi bella gente".

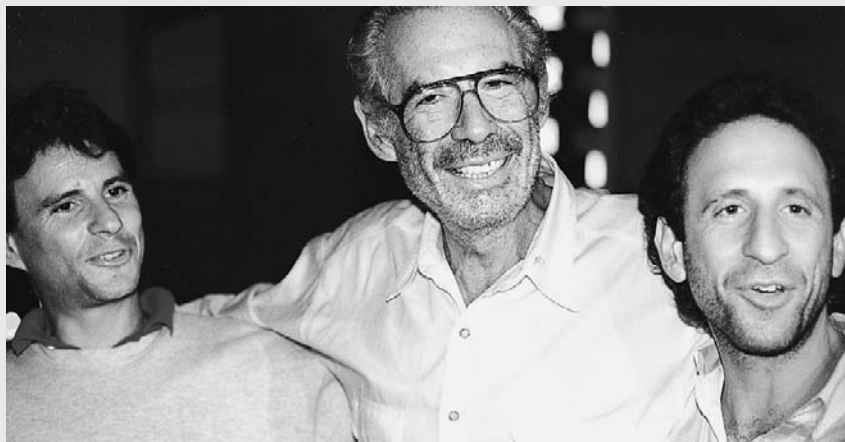


Figura 5-3 Harvey Weinstein, que fue secuestrado y encerrado en un foso bajo tierra, abraza a sus hijos Mark y Dan mientras habla con los reporteros sobre su dura experiencia. Sus pensamientos sobre su familia lo ayudaron a soportar el cautiverio.

Señora A

La señora A, una mujer de aproximadamente 40 años, fue al consultorio de un psiquiatra para hablar sobre la traumática experiencia que tuvo hace casi dos años. Cuando llegó al consultorio parecía estar enojada y desconfiada, aunque su conducta era educada y socialmente correcta. Es-

cogió la silla más alejada del psiquiatra y cerca de la puerta. Hace casi dos años, le habían disparado y herido de gravedad en un incidente con una persona conocida en su propia casa. Después de una larga hospitalización y convalecencia, su recuperación física fue completa pero su vida había cambiado totalmente. Se mudó a otra área. Se

- Buscar la información pertinente.
- Compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando se necesita.
- Redefinir una situación de manera que se facilite su solución.
- Considerar las alternativas y analizar las consecuencias.
- Emplear el sentido del humor para hacer menos tensa una situación.

Un área cada vez mayor de la investigación se dedica a la cuestión de cómo ayudar a las personas a controlar el estrés de manera más eficaz. Un descubrimiento de esta investigación es que aquello que una persona no conoce puede lastimarla. Las personas que saben qué esperar con anterioridad son más capaces de controlar el estrés que aquellas que no saben lo que vendrá después. Por ejemplo, muchos pacientes que requieren cirugía sufren en forma innecesaria porque no se les advierte que experimentarán un dolor considerable después de la operación. Se ha demostrado que los pacientes se sienten menos ansiosos y se recuperan con mayor rapidez cuando se les explican la operación y el proceso de recuperación antes de que éstos tengan lugar.

Aprender las habilidades específicas que se necesitan en las situaciones estresantes también ayuda a los individuos a tener un afrontamiento más eficaz. Muchas personas enfrentan situaciones

peligrosas sin recibir la capacitación adecuada. Por ejemplo, muchos accidentes de alpinismo y excursionismo de montaña son el resultado de una mala preparación. Además de aprender las habilidades específicas, los individuos pueden recibir instrucción sobre situaciones estresantes al tener una serie de experiencias que van de un nivel de estrés relativamente bajo a uno relativamente alto. Además, observar un modelo que maneja el estrés de manera eficaz puede ayudar a las personas que están a punto de enfrentar una situación poco común o peligrosa.

En ocasiones, las personas no pueden manejar el estrés debido a un alto nivel de activación que interfiere con su capacidad de concentración en los pensamientos adaptativos. Debido a que estas personas no observan sus propios pensamientos, sentimientos y conductas en las situaciones desafiantes, no pueden participar en la resolución constructiva de problemas. Aprender habilidades generales para controlar el estrés comprende el aprendizaje sobre cómo pensar en forma constructiva, resolver problemas, comportarse de manera flexible y proporcionarse retroalimentación acerca de las tácticas que funcionan y las que no sirven (ver la tabla 5-3).

Las personas que controlan de manera eficaz las situaciones estresantes aprenden a dirigir sus pensamientos hacia líneas productivas y a evitar que el temor y la preocupación las distraigan. Los actores, mariscales de campo y otras personas que con frecuencia

CUADRO 5-1

queda en su casa. En el mercado, recorre con la mirada los alrededores esperando ser herida. Ver a un hombre con un sombrero parecido al de su asaltante es suficiente para producir una marcada y agitada respuesta fisiológica. Evita el contacto con la familia y antiguos amigos. No ha podido regresar al trabajo. Su sueño es deficiente. Tiene pesadillas sobre el incidente y sus consecuencias. Después de esos sueños, el miedo la puede debilitar por días.

Herbert Greenberg

Herbert Greenberg, en la actualidad de 70 años, ciego desde los 10, es el fundador y dueño de Caliper Management, localizado en Princeton, Nueva Jersey. Esta empresa de asesoría de recursos humanos con 195 empleados ha crecido hasta ser un negocio de \$14 millones de dólares al año. "Cuando tenía 10 años pensé que me meterían a una escuela para ciegos y que estaría tejendo canastas y probablemente atendiendo un puesto de periódicos." (New York Times, 19 de abril de 2000, p. C10). Los padres de Greenberg no aceptaron tal perspectiva. Las escuelas públicas lo rechazaron durante un año hasta que sus padres encontraron una que ofrecía clases de Braille. Greenberg también estaba motivado por la adversidad. Peleó para que lo admitieran en los Boy Scouts

y para ir a un campamento de verano, se graduó de la secundaria con honores y continuó estudiando para lograr un doctorado de la New York University. Después de obtener su doctorado, Greenberg lanzó 600 solicitudes de trabajo pero continuamente lo rechazaban por su discapacidad. Estas adversidades le enseñaron una lección valiosa: no sobrepersonalizar el fracaso. Continuó para lograr un puesto como maestro en Rutgers University. Después, inició Caliper Management que se convirtió en un negocio exitoso (sus clientes incluyen Federal Express y Avis). Hace poco, el señor Greenberg, quien ama el basketbol, compró un equipo profesional de basketbol de liga menor. Antes, compró una estación de radio afroestadounidense en Trenton, Nueva Jersey, a pesar de que no sabía nada sobre la radiodifusión.

Todos estaríamos de acuerdo que estas tres personas han tenido experiencias traumáticas extremas. ¿Por qué el señor Weinstein superó rápidamente su horrible experiencia (días después de recuperar su libertad, dijo: "¡Me siento estupendo!"), mientras que la señora A continúa viviendo la suya? Entre las características sobresalientes del señor Weinstein se destaca su resiliencia, reflejada en su habilidad para mantenerse orientado hacia una tarea cuando enfrenta retos,

basada en su buena y cálida relación con otras personas. Mientras se encontraba atrapado en el foso, el señor Weinstein pensó en sus experiencias en la trinchera como marinero décadas atrás. Fue sargento de la marina por 18 años y durante la Segunda Guerra Mundial había visto crueles batallas. Sentado en el interior de un tanque anfibio blindado parecido a una cueva, había sobrevivido a los bombardeos y al humo. Le dijo a los detectives: "Sobreviví este tipo de situaciones una vez, sabía que lo podía hacer nuevamente. Cerré mis ojos y estaba de regreso. Eso fue lo que me ayudó a soportarlo. Continué pensando que 'Soy un marinero, puedo sobrevivir'". Las prolongadas dificultades de la señora A pueden ser producto de su experiencia traumática en combinación con una personalidad que la predispuso a tener grandes dificultades para hacer a un lado los recuerdos molestos.

Herbert Greenberg no fue víctima de una agresión física (su ceguera fue resultado de una variedad mutante de una bacteria tuberculosa). Su reto fue enfrentar un cambio repentino de sus habilidades físicas. Es posible que su resiliencia haya sido resultado del modelamiento de las respuestas adaptativas de sus padres. Sus padres se rehusaron a aceptar las consecuencias comunes de la adversidad y él también.

TABLA 5-3

Ayudas para la conducta de afrontamiento

1. **Oriéntese hacia la tarea.** Centre su atención sólo en la tarea que enfrenta. No es productivo malgastar el tiempo con pensamientos o sentimientos que no se relacionan con el logro de la tarea. Estar orientado hacia la tarea significa que es necesario concentrarse por completo en su trabajo. Los pensamientos o emociones negativos o que lo distraen son enemigos de la orientación hacia la tarea.
2. **Sea usted mismo.** No represente ningún rol. Será más eficaz si actúa de manera natural que si trata de ajustarse a un rol. Tenga confianza en *sí mismo*, no en el rol.
3. **Automonitoreo.** Preste atención a la forma en que piensa y siente en una situación determinada. Es importante aprender sobre lo que le causa estrés y sobre sus reacciones personales ante éste. El automonitoreo eficaz es su sistema de advertencia. Puede ponerlo en alerta sobre la necesidad de emplear otras habilidades para el afrontamiento a fin de prevenir una crisis.
4. **Sea realista sobre lo que puede lograr.** Conozca sus propios límites y fortalezas.
5. **Use su sentido del humor.** Reír es la mejor medicina, no pierda su sentido del humor.
6. **Tenga un panorama constructivo.** Trate de buscar los aspectos positivos en las personas que le rodean. No se precipite para concluir que ellas se comportan como lo hacen sólo por molestarlo. Póngase en el lugar de la otra persona y desde ese punto de vista, quizá su conducta tenga mucho más sentido.
7. **Emplee las redes de apoyo.** Busque ayuda de sus amigos, intercambie ideas con ellos y libere tensión. No se refugie en sí mismo cuando se sienta estresado. Recuerde que todos "salimos adelante con un poco de ayuda por parte de los amigos".
8. **Sea paciente consigo mismo.** No se castigue por no lograr la perfección. Sus errores deben ser experiencias de aprendizaje, no momentos para la autocrítica. Mantenga las expectativas sobre sí mismo en un nivel razonable.

son objeto de la atención general, aprenden con rapidez que la atención que se presta a la actividad que se desempeña es más constructiva que los pensamientos de preocupación (“Ahí hay 100 000 personas esperando que falle este tiro”). También aprenden a anticipar los problemas que pueden complicar una situación estresante y a pensar en la forma de manejarlos. Los actores llegan a aceptar que, en ocasiones, confunden sus líneas y que restar importancia a sus errores y continuar con la línea siguiente reduce el efecto de su equivocación. Por otra parte, los pensamientos de algunas personas propensas a los trastornos del estrés están saturados de culpa y pesimismo (“Seguro pasará lo peor”).

Algunas veces les suceden cosas malas a las personas y logran adaptarse de manera positiva a la situación indeseada. H. G. Wells, uno de los principales novelistas e historiadores ingleses del siglo XX, fue recluso en su casa por un año cuando era niño debido a que se rompió una pierna y su recuperación fue lenta. Aunque inicialmente vio su reclusión como un desastre, desarrolló una gran afición por los libros y placer al leerlos. Después, en un accidente durante un juego de fútbol lo derribaron, pisotearon y casi lo mataron. Durante 12 años después del accidente estuvo discapacitado. Debido a que no podía ocuparse de otros pasatiempos empezó a escribir, transformando su amarga experiencia en algo deseable y personalmente gratificante. Una catástrofe personal, bien manejada, puede agregar una nueva dimensión a la vida de una persona.

Apoyo social

Nuestro sistema social incluye personas en quienes podemos confiar, personas que nos hacen saber que les importamos, nos valoran y nos aman. Alguien que piensa que pertenece a un sistema social experimenta el **apoyo social**. Existen cada vez más evidencias de que las formas inadaptadas de pensar y comportarse ocurren con mayor frecuencia entre las personas que tienen poco apoyo social, particularmente de sus familias. Los fuertes lazos familiares parecen fomentar seguridad en uno mismo.

La cantidad y eficacia del apoyo social disponible para una persona desempeña un papel tanto en la vulnerabilidad como en el afrontamiento. La vulnerabilidad al colapso físico y psicológico aumenta a medida que se reduce el apoyo social. Es decir, el apoyo social sirve como un amortiguador contra los contratiempos de vivir en un mundo complejo. El apoyo social no sólo es muy útil durante un periodo de estrés (es agradable saber que existen personas con las cuales se puede acudir en una situación difícil), sino que también lo es en momentos de tranquilidad relativa. Ofrece la seguridad y confianza para poner a prueba nuevas estrategias y obtener habilidades adicionales para el afrontamiento. Con un repertorio más amplio de habilidades para el afrontamiento, las personas se encuentran en mejor posición para manejar las demandas, frustraciones y retos cuando surgen. La seguridad en uno mismo y la confianza en otros no son sólo compatibles sino complementarias. El apoyo social facilita el afrontamiento con las crisis y la adaptación al cambio.

¿Por qué algunas personas cuentan con varios lazos que les ayudan a suavizar las asperezas de la vida, en tanto que otras se encuentran solas y aisladas? ¿La cantidad y calidad de los lazos sociales es una simple cuestión de suerte? Hay evidencias de que las per-

sonas con altos y bajos niveles de apoyo social difieren en las habilidades sociales que se necesitan para atraer el interés de los demás (Pierce y cols., 1997; Sarason y cols., 1983). Cuando entablan una conversación con un extraño, las personas que tienen un apoyo social alto se sienten más competentes, cómodas y seguras que aquellas que reportan poco apoyo social. Además, las personas que tienen un apoyo social bajo presentan una tendencia a que los demás las perciban como menos interesantes, confiables, amigables y consideradas que las personas que tienen un alto nivel de apoyo social. Además, los aceptan menos como amigos y compañeros de trabajo e informan que se sienten más solos. Parece existir una estrecha relación entre las habilidades sociales y el apoyo social. Quizá las personas que tienen niveles bajos de apoyo social no piensan que la gente se interesa en ellas. Esta creencia tiende a aumentar su vulnerabilidad al estrés, en especial en situaciones que demandan la interacción con otras personas. El entrenamiento en habilidades sociales puede no sólo incrementar su eficacia personal, sino también ayudar a reducir su percepción de aislamiento social.

Como ya se vio, el proceso de afrontamiento comprende varios factores que interactúan entre sí. La figura 5-4 resume el papel de tres factores que son importantes en este proceso: los recursos para el afrontamiento, la vulnerabilidad y la percepción del apoyo social disponible. Todos ellos son producto de la personalidad del individuo (por ejemplo, qué tanto confían en los demás) y sus experiencias anteriores.

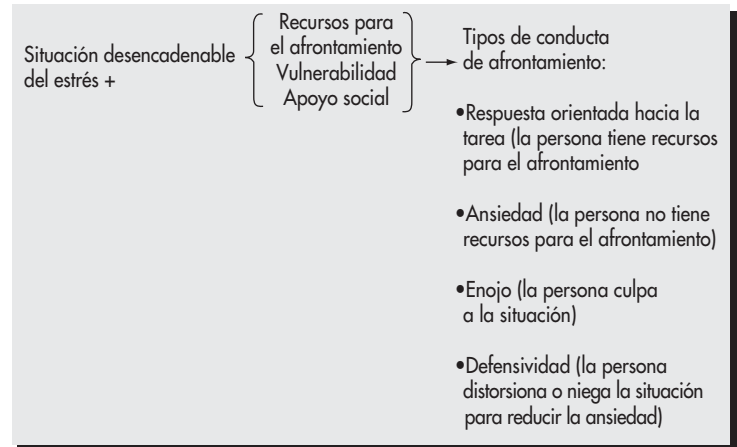
Situaciones estresantes y transiciones en la vida

Los factores que interactúan en la figura 5-4 juegan un papel importante en una variedad de circunstancias que pueden provocar estrés y requieren que los individuos se adapten a éste. Ya que el estrés tiene efectos perjudiciales en la conducta, el pensamiento y el funcionamiento del organismo, es importante construir los recursos para ayudar a la conducta de afrontamiento. Los sentimientos psicológicos molestos se presentan cuando la gente experimenta estrés. Éste también afecta la presión sanguínea, los niveles hormonales y las ondas cerebrales. Los niveles muy elevados de estrés pueden dar como resultado estremecimientos, tartamudeo y una disminución de la eficacia con la que se realizan las actividades.

Con frecuencia, existe muy poca consistencia en las reacciones de la gente ante el estrés. Es decir, una persona tal vez presente reacciones orgánicas; otra quizá desarrolle síntomas psicológicos e incluso alguna puede mostrar un gran deterioro en su desempeño. Las respuestas ante el estrés comprenden sistemas corporales, psicológicos y conductuales, pero, con frecuencia, la correlación entre estos sistemas es baja. La tabla 5-4 menciona las formas en las cuales los tres sistemas pueden reaccionar ante el estrés.

Cada vez hay más razones para creer que los colapsos físicos o psicológicos se podrían predecir si existiera una forma para cuantificar qué tan estresantes son ciertas experiencias de la vida. Por esta razón, los investigadores tratan de encontrar maneras para evaluar el estrés. Debido a que las experiencias recientes con frecuencia ejercen una influencia más poderosa y se recuerdan con

Figura 5-4 El proceso de afrontamiento. La forma en que una persona encara una situación estresante depende de las habilidades o los recursos para el afrontamiento, la vulnerabilidad y la disponibilidad de la red social que lo apoya.



mayor facilidad que aquellas que sucedieron muchos años atrás, se hace un esfuerzo por cuantificar los cambios estresantes de la vida durante periodos específicos. Se elaboran cuestionarios para evaluar no sólo si determinados eventos sucedieron en el pasado reciente, sino también la forma en que el individuo percibió el suceso y sintió su efecto (Cohen y cols., 1995; Sarason y cols., 1978). Estos cuestionarios manejan eventos como ser despedido de un trabajo, conseguir un trabajo nuevo, terminar con un novio o novia y tener dificultades financieras. En tanto que la ocurrencia de uno de estos sucesos en particular quizá no ponga a una persona en mayor riesgo de un resultado adverso (como enfermarse), la ocurrencia de varias clases de eventos juntos durante un cierto periodo representaría un riesgo agregado significativo. Parece existir algo de cierto en la creencia popular de que todos tenemos un punto límite. Mientras más estrés experimente la gente, es mayor la probabilidad de que sufra un colapso, ya sea físico o psicológico. Es obvio que enfrentar varias situaciones estresantes al mismo tiempo representa mayor demanda de los recursos de las personas, pero el estrés también puede tener efectos acumulativos. Las personas que experimentaron múltiples situaciones estresantes en el pasado reciente son en especial susceptibles a la depresión, la ansiedad y la reacción exagerada de los sistemas fisiológicos.

Situaciones desencadenantes de estrés

Las condiciones que desencadenan el estrés requieren de una adaptación a las situaciones que se presentan en la vida. La muerte de un amigo cercano ilustra la necesidad de una adaptación a la situación; asistir al kinder o a la universidad es un ejemplo de una adaptación a una transición. Las condiciones que desencadenan el estrés tienen características que varían, como la duración, severidad, predecibilidad y la pérdida de control del individuo (LaGreca y otros, 2002).

Los accidentes, desastres naturales y combates militares son ejemplos de situaciones que por lo regular provocan niveles elevados de estrés y pueden dar como resultado emociones tan intensas que interfieren con el funcionamiento normal. El cuadro 5-2 describe las experiencias de los individuos directa o indirectamente afectados por la catástrofe del 11 de septiembre y la investigación relacionada a su efecto a largo plazo.

TABLA 5-4

Algunas reacciones psicológicas, orgánicas y conductuales ante el estrés

Respuestas psicológicas

- Sentirse molesto
- Incapacidad para concentrarse
- Irritabilidad
- Pérdida de la confianza en sí mismo
- Preocupación
- Dificultad para tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes
- Distractibilidad

Respuestas orgánicas

- Pulso rápido
- Palpitaciones
- Aumento de la transpiración
- Tensión de los músculos de brazos y piernas
- Respiración entrecortada
- Rechinar los dientes

Respuestas conductuales

- Deterioro de la eficacia del desempeño
- Tabaquismo y consumo de alcohol u otras drogas para "divertirse"
- Propensión a los accidentes
- Movimientos nerviosos (golpear con los pies, morderse las uñas)
- Aumento o reducción del apetito
- Aumento o reducción del sueño

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

11 de septiembre de 2001

La vulnerabilidad y resiliencia se ilustran de manera dramática en las reacciones a la catástrofe del 11 de septiembre de 2001. Algunos individuos afectados de manera directa por ella mostraron una resiliencia notoria mientras que otros que no estaban cerca del lugar del desastre experimentaron reacciones profundas de estrés. Más allá de los eventos reales del 11 de septiembre y las tragedias personales relacionadas con ellos vale la pena tratar de entender la forma en que los eventos influyeron en las personas, las diferencias en el grado en el que las afectaron, cómo las comunidades necesitan mejorar su respuesta a catástrofes repentinas y cómo podrían ser las reacciones personales duraderas.

Desafortunadamente, eventos como los del 11 de septiembre dan más importancia a lo que no sabemos que a lo que sí conocemos. Algo que se confirmó el 11 de septiembre fue que un pensamiento claro y un enfoque dirigido hacia una tarea son los valores más importantes en momentos estresantes.

Un héroe del 11 de septiembre

Brian Clark, comandante de bomberos, se encontraba en el piso 84 del World Trade Center con una linterna y un silbato. Dirigió a un grupo de personas hacia lugares seguros a pesar de los escombros horribles y el aire lleno de polvo y humo. En cierto momento parecía imposible descender más abajo del piso 81 y varios miembros del grupo decidieron subir las escaleras en lugar de bajarlas. El señor Clark continuó dirigiendo al grupo de personas hacia abajo; en su camino liberó en cierto momento a una persona que estaba atrapada en los escombros, para lo cual tuvo que arrancar pedazos de pared. Él le dio al grupo un liderazgo firme y motivación. Por ejemplo, le dijo a una mujer que sentía que ya no podía continuar: "Vamos, tú puedes. Estamos juntos en esto". De cierta manera, el pensamiento claro y el coraje del señor Clark se parecen al de Abigail Thomas cuyo encuentro con el oso pardo fue descrito al principio del capítulo (ver la figura 5-5).

Un trauma a distancia

Algo que se aprendió de los ataques del 11 de septiembre es que la distancia del evento no es ninguna garantía de que las personas no



Figura 5-5 Brian Clark (en el centro, parado) y otros tres sobrevivientes, Donovan Cowan (izquierda), Richard Fern (derecha) y Ling Young (sentado). Ellos se encuentran entre las 18 personas, 17 de las cuales siguen vivos, que se sabe escaparon de los pisos en o sobre el área de impacto en la torre sur del World Trade Center. Esta fotografía fue tomada ocho meses después del 11 de septiembre de 2001.

FUENTE: New York Times Pictures.

van a ser afectadas por él. Michaela Bigsby, una niña de ocho años de tercero de primaria, vive en Omaha, Nebraska. Ella no conocía a nadie que haya sido directamente afectado por estos eventos, pero por más de un año diariamente experimentó ansiedad severa y pesadillas en las que soñaba que estaba atrapada con su mamá en los escombros

torcidos del World Trade Center (ver la figura 5-6).

Ser un experto no te da inmunidad al trauma

Robert Klitzman, un psiquiatra que ha tratado a muchos pacientes que sufren de ansiedad y estrés tuvo que afrontar angustia seve-

CUADRO 5-2



Figura 5-6 Un trauma a distancia. Michaela Bigsby, una estudiante de ocho años de la escuela primaria St. Cecilia Cathedral, de Omaha, Nebraska, tuvo crisis severas de ansiedad, tanto de día como de noche, después del 11 de septiembre de 2001. Muchos niños a lo largo y ancho del país tuvieron reacciones severas ante la catástrofe, a pesar de que vivían lejos de la escena y no tenían amigos o familiares involucrados en ella.

FUENTE: *New York Times Pictures*.

ra después de la muerte de su hermana Karen, en el piso 105 del World Trade Center:

“Durante tres meses no podía dormir. Como resultado, me atacó una gripe que no me dejaba en paz. No podía salir de la cama y no estaba interesado en leer libros, ver películas o escuchar música. A pesar de eso me sorprendí cuando mis amigos me dijeron que pensaban que estaba deprimido.” (New York Times, 10 de septiembre de 2002, p. D5)

Finalmente se sobrepuso a los efectos debilitantes de su tragedia personal, pero

“... las dificultades fueron más complicadas y duraderas de lo que me imaginé; el cierre ha sido mucho más elusivo. Las lecciones fueron dolorosas pero estoy agradecido por ellas.” (Ibid)

¿Es posible la investigación significativa sobre los efectos psicológicos de los desastres?

Sí, definitivamente. Los investigadores han estudiado los efectos a corto y largo plazo de varios desastres del pasado reciente así como las intervenciones preventivas y terapéuticas que podrían ser útiles (van der Kolk y cols., 1996). Estos estudios muestran que los programas preventivos que proveen infor-

mación sobre como manejar las emergencias pueden ser útiles. La oportunidad de hablar sobre las experiencias estresantes con un terapeuta de apoyo ayuda a la mayoría de los individuos a aceptar eventos relacionados con el estrés. Estudios realizados después del 11 de septiembre han encontrado evidencia sólida que apoya esas conclusiones.

Afortunadamente varios investigadores empezaron a recolectar datos poco después de los ataques terroristas del 11 de septiembre. Uno de los estudios examinó una muestra nacional representativa de hogares de Estados Unidos entre tres y cinco días después del 11 de septiembre para determinar las reacciones inmediatas de los adultos a los eventos y sus percepciones de las reacciones de sus hijos (Schuster y cols., 2001). De los adultos entrevistados, 90% reportó haber experimentado uno o más síntomas de estrés hasta cierto grado; 44% reportó un nivel sustancial de por lo menos uno de los síntomas; 30% dijo sentirse bastante molesto cuando algo les recordaba lo que había sucedido, y 16% tuvo recuerdos, pensamientos o sueños perturbadores sobre el evento. Otros síntomas reportados fueron problemas para concentrarse (14%), dificultad para dormirse o mantenerse dormido (11%) y sentirse irritables o tener arranque de enojo (9%). Trein-

ta y cinco por ciento de los padres reportaron que sus hijos mostraron una o más señales de estrés como tener problemas para concentrarse o evitar hablar o escuchar sobre lo que había sucedido. Otro 47% reportó que sus hijos estaban preocupados sobre su seguridad y la de sus seres queridos.

Roxana Silver y sus colegas conducen un estudio a largo plazo sobre las reacciones a esta catástrofe (Silver y cols., 2002). Ellos evaluaron las respuestas emocionales, cognitivas y sociales al ataque del 11 de septiembre utilizando una muestra aleatoria nacional de 1 400 adultos, de nueve a 14 días, dos meses y seis meses después del 11 de septiembre y continuaron con los seguimientos cada seis meses. Como primeros resultados de sus estudios, encontraron que muchas personas que vivían fuera de la ciudad de Nueva York, como Michaela Bigsby, experimentaron síntomas consistentes con el diagnóstico del trastorno postraumático. También descubrieron que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuado (como la negación o la inhabilidad para aceptar la realidad de lo que sucedió, darse por vencido y sentimientos de liberación de su ambiente) predijo angustia durante un largo periodo. La historia de cualquier variedad de dificultades psicológicas también estaba asociada con una angustia continua.

Estos descubrimientos sugieren que las intervenciones tempranas que pueden fortalecer las habilidades de afrontamiento pueden ser valiosas particularmente entre las personas cuyas habilidades de afrontamiento son deficientes. También comprobaron que muchas personas reportaron consecuencias positivas no esperadas, como sentir lazos más cercanos entre los miembros de la familia y mayor aprecio por la libertad del país. La investigación mostró que aunque las respuestas severas postraumáticas se redujeron de manera significativa durante los seis meses después del 11 de septiembre, altos niveles de ansiedad persistían aún entre las personas que no tenían conexión directa con la tragedia. Una razón de ello eran las preocupaciones sobre los futuros ataques terroristas en las que ellos o las personas allegadas a ellos pudieran ser víctimas. Estos resultados son valiosos porque demuestran que muchas personas que no fueron directamente afectadas por el evento pueden necesitar ayuda y apoyo.

El efecto psicológico de eventos como los que sucedieron el 11 de septiembre proviene tanto de la lesión física real como de la amenaza de lesión y la posibilidad de perder la vida. Experiencias anteriores y la personalidad también influyen para que los individuos experimenten o no una respuesta fuerte de estrés ante una situación determinada. Por ejemplo, las personas con historias de depresión y de intensas reacciones a antiguos eventos inesperados o indeseados están en mayor riesgo que los demás de sufrir trastornos relacionados con el estrés tras accidentes automovilísticos (Harvey y Bryant, 1999).

Los desencadenantes extremos del estrés ponen en movimiento un ciclo de reacciones que tienen por objetivo la restauración del equilibrio entre el concepto que la persona tiene de sí misma y las nuevas realidades de su vida. Las características de personalidad preexistentes pueden interferir con una respuesta adaptativa después de un desastre. Las personas que se consideran a sí mismas incompetentes, que tienden a responder de manera defensiva a los retos (por ejemplo, con la negación o la proyección), quienes tienen conflictos que comprenden temas que se relacionan con algún aspecto del desastre o que creen que sus pensamientos pasados quizá tuvieron alguna influencia en lo que sucedió, son propensas a tener reacciones desadaptativas de larga duración ante las situaciones traumáticas. Estas reacciones prolongadas por lo general incluyen sentirse aturrido y tener pensamientos e imágenes intrusivas acerca del evento traumático. Estos pensamientos e imágenes quizás interfieran con la capacidad para dormir.

Crisis personales Los desencadenantes del estrés pueden ser sucesos de largo alcance que afectan a muchas personas (como un accidente aéreo, la catástrofe del 11 de septiembre, etc.), o pueden ser una crisis personal. La muerte de un ser querido, la pérdida del trabajo y la necesidad de cuidar de un padre que sufre una enfermedad incurable son ejemplos de crisis personales. La violación es otro tipo de crisis personal cuya frecuencia y gravedad reciben en la actualidad más atención (Marx y cols., 1996). La violación durante una cita es un problema grave entre los adolescentes y los estudiantes universitarios.

Violación Es difícil obtener estimaciones exactas de la prevalencia de violación debido a que muchas violaciones no se denuncian a las autoridades. Las mujeres universitarias están en uno de los grupos más propensos a la agresión sexual. En el ámbito nacional, el rango de edad con la tasa de victimización de violación más alta es de los 16 a los 19 años y en segundo lugar, el grupo de 20 a 24 (Ward y cols., 1991). En dos encuestas diferentes, alrededor de 15% de mujeres universitarias reportaron que habían sido violadas por alguien que conocían o con quien salían (Koss, 1998). En otra encuesta entre un grupo representativo de estudiantes universitarios, 6% de las mujeres dijeron que “sí” a la pregunta ¿Te han violado en alguna ocasión? Sin embargo, cuando se amplió un poco más la definición, los porcentajes aumentaron sustancialmente: 21% dijo que había tenido relaciones sexuales con el hombre cuando realmente no lo querían porque se sentían presionadas por su insistencia (Koss y Oros, 1982). Por su parte, 11% de los universita-

rios entrevistados dijeron que habían forzado a las mujeres a tener contacto sexual.

Los temores que persisten después de una experiencia de una violación tienden a restringir y controlar la vida de la víctima. Los temores que prevalecen más son el miedo a estar solo, a los extraños, a salir y a la oscuridad. Las mujeres que han sido víctimas de estas agresiones repentinas y violentas por parte de extraños, es probable que permanezcan temerosas y deprimidas por mucho tiempo y también es más probable que eviten salir con personas del sexo opuesto durante un periodo prolongado (Petrak y Hedge, 2002).

Desde el punto de vista conductual, una violación es parte de una situación de condicionamiento clásico in vivo, en la cual la amenaza de muerte o daño físico da lugar a una excitación del sistema nervioso autónomo, el miedo. Cualquier estímulo que esté presente durante la violación (oscuridad, un hombre con un aspecto en particular, estar solo) se relaciona con la respuesta de miedo. De esta forma, estas señales se convierten en estímulos condicionados que evocan de manera independiente el miedo y la ansiedad y, debido a que la víctima encuentra con frecuencia estos estímulos en su vida diaria, es probable que empiece a utilizar la conducta de evitación como un escape. Esto reduce la probabilidad de que con el tiempo desaparezca la respuesta condicionada de miedo. La terapia conductual ofrece un medio eficaz para sobreponerse a estos problemas. Utilizando tanto técnicas cognitivas como conductuales, las víctimas pueden aprender a superar su conducta de evitación y, de esa manera, eliminar su ansiedad.

Se calcula que de 10 a 20% de las víctimas de violación tienen problemas continuos de disfunción sexual hasta varios años después del suceso. Tal vez estas personas también deban recibir ayuda con una terapia sexual que tome en cuenta el enojo y el resentimiento contra los hombres, la culpa y las actitudes hacia su pareja que pueden ser resultado de la violación. Las víctimas de los eventos que no se pueden controlar, como la violación, se culpan a sí mismas por lo que sucedió en mayor grado de lo que la situación objetiva sugiere como real. Ese sentimiento de culpa se ilustra en el relato de la experiencia de una víctima de violación:

La mujer joven que fue víctima de violación después de la fiesta de la hermandad se culpó a sí misma primero por no recordar ningún rasgo de su agresor. Recuerda haberse preguntado si su blusa era muy corta o si había dicho o hecho algo que provocara la agresión. “Me tomó mucho tiempo —dice con tristeza—, darme cuenta de que no era mi culpa”. (Sherman, 1985, p. 19)

Las víctimas de violación necesitan saber qué hacer y a dónde acudir después de la agresión, con el objeto de obtener servicios médicos, de salud mental, social y legal. También requieren de cuidado médico inmediato para el trauma físico, la recopilación de evidencia médica legal, la prevención de enfermedades venéreas y la protección contra un embarazo no deseado. Además, necesitan que las escuchen y les ayuden a hablar sobre su experiencia, así como que les ofrezcan información básica y ayuda para tomar decisiones acerca de los pasos que deben seguir. Una fuente importante de ayuda para las víctimas son los centros donde se puede obtener información y apoyo psicológico.

Luto y duelo Aunque sabemos que una violación es mucho más frecuente de lo que habíamos pensado, la posibilidad siempre presente de experimentar la muerte de un ser querido ha sido obvia. Se estima que más de dos millones de personas mueren al año en los Estados Unidos. De estos, más de 16 000 son niños entre uno y 14 años, alrededor de 38 000 son jóvenes entre 15 y 24 años. Más de 40 000 bebés mueren anualmente antes de cumplir el año. En el caso de cada una de estas muertes, el luto pone a los miembros de la familia en un creciente riesgo de sufrir algún tipo de daño a su salud mental y física (Cox y cols., 2002; Stroebe y cols., 2001).

El **luto** se refiere a la pérdida de una persona importante debido al fallecimiento. Con frecuencia, el curso normal de la recuperación del luto se extiende a un año o más, patrón que no se considera un trastorno adaptativo. El diagnóstico de trastorno adaptativo se emite sólo cuando la respuesta de la persona difiere de este patrón normal y las dificultades para el control y el dolor emocional continúan sin presentar un avance gradual. La tabla 5-5 menciona los cambios conductuales y fisiológicos que se observan con frecuencia en el periodo que sigue a la pérdida de un ser querido.

El **duelo** es la respuesta emocional o afectiva ante la pérdida. Los síntomas del duelo son parte de un proceso normal de recuperación, éstos no son señales patológicas. No obstante, el duelo adquiere formas más prolongadas, profundas y complicadas de las que mucha gente se da cuenta. Estas formas varían mucho; no existe ninguna sucesión uniforme ni ordenada de etapas, a través de las

cuales deban pasar todas las personas que sufrieron una pérdida. Sin embargo, algunas etapas se observan con la suficiente frecuencia para reconocerse si no como típicas, al menos como comunes después del fallecimiento del cónyuge o de un hijo. A menudo, las primeras reacciones son un estado de *shock*, aturdimiento, y una sensación de incredulidad, incluso de negación de la realidad durante un tiempo. Esta reacción es común aun cuando se anticipa la muerte. Después de algunos días, el aturdimiento se convierte en un sufrimiento intenso. Las personas afligidas se sienten vacías; en repetidas ocasiones recuerdan a la persona que falleció. El individuo sufre ataques de llanto con cada recuerdo; incluso quizá tenga sueños y alucinaciones en los cuales la persona que murió está todavía viva.

Después de esta etapa, viene un periodo de desesperación, mientras la persona afligida acepta poco a poco la pérdida. Los sentimientos predominantes son la tristeza y la incapacidad de sentir placer. Una ansiedad tensa e inquieta se puede combinar con letargo y fatiga. Los síntomas físicos son comunes: debilidad, trastornos del sueño, pérdida del apetito, dolores de cabeza y de espalda, indigestión, dificultad para respirar, palpitaciones e incluso mareos y náuseas ocasionales.

Las personas en duelo pueden variar entre la evitación de los recuerdos sobre la persona que falleció y la presencia de éstos (ver la figura 5-7). Algunas buscan compañía con desesperación y otras se aíslan. La tristeza se mezcla con el enojo, hacia los médicos que fallaron, hacia los amigos y parientes a quienes parece no importarles, incluso hacia la persona que murió por abandonar a los vivos. Con frecuencia ven con desconfianza los motivos de quienes tratan de ayudarlas, y quizás alejen a sus amigos por la irritabilidad y la propensión a las disputas. Hay evidencia de que la recuperación por la muerte de uno de los cónyuges es más rápida y completa cuando el matrimonio fue feliz (Stroebe y otros, 2001). El síntoma más doloroso es el reproche a sí mismo por haber tratado mal a la persona que falleció o por no haber hecho lo suficiente por evitar su muerte. Cuando el proceso de duelo adquiere carácter anormal, la persona afligida quizá sufra ansiedad persistente y una depresión producto de un duelo patológico no resuelto. En ese caso, la psicoterapia puede ayudar.

Es necesaria la investigación sobre el duelo y el fracaso para que las personas afligidas puedan recuperar una vida normal en un periodo razonable, porque el luto es muy común y porque las ideas populares acerca de la forma en que las personas responden o deben responder ante una pérdida pueden ser incorrectas. Un enfoque de esta investigación concierne a los factores de alto riesgo que impiden que el luto sea resuelto. La tabla 5-6 resume la evidencia sobre este tema. Se han realizado estudios sobre el papel de la asesoría y la psicoterapia para superar las reacciones intensas del duelo. Puede ser útil permitir que las personas afligidas exploren su pérdida y expresen sus sentimientos sobre ella, y motivarlas a enfocarse en el presente y el futuro.

La investigación sobre la forma en que los individuos afligidos reaccionan a los intentos de otros por confortarlos ha proporcionado algunas ideas sobre lo que “deben” y “no deben hacer” aquellos que tratan de ayudar.

TABLA 5-5

Aspectos conductuales y psicológicos del luto en los adultos

Cambios conductuales

- Llanto
- Agitación, inquietud
- Preocupación con la imagen de la persona que falleció
- Aislamiento social
- Reducción de la concentración y la atención
- Estado de ánimo deprimido
- Ansiedad

Cambios fisiológicos

- Debilidad muscular
- Suspirar
- Trastornos del sueño
- Cambios inmunológicos
- Cambios endocrinos
- Cambios cardiovasculares
- Pérdida de peso

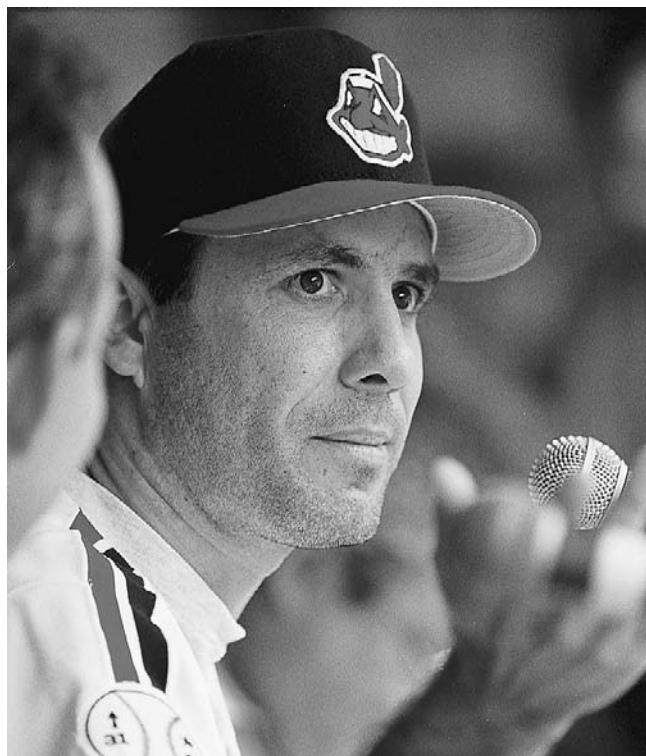


Figura 5-7 Mientras Bob Ojeda era el lanzador de los Indios de Cleveland, fue lesionado en un accidente en bote que causó la muerte de dos de sus compañeros. Ojeda se recuperó de sus lesiones físicas, pero el efecto psicológico de la muerte de sus compañeros persistía. Por un tiempo, quiso escapar del mundo y de sí mismo. Se subió a un avión y se fue a Estocolmo por dos días sin decirle a nadie. Se alejó de su esposa, Ellen, y trató de suprimir el evento esperando que desapareciera. También fue terrible para su esposa, ya que ella quería ayudarlo y no entendía su reacción. Cuando Ojeda regresó al equipo, se sintió indiferente, como si fuera el recordatorio del accidente (un fantasma, una carga) y parecía alejarse. Cuando caminó a la base por primera vez después del accidente, el rugir de la multitud fue ensordecedor y había lágrimas en muchos ojos. Sin embargo, seguía sintiéndose extraño.

TABLA 5-6

Factores que aumentan el riesgo de que el luto no sea resuelto

- Muerte repentina e inesperada como suicidio, asesinato y muertes estigmatizadas (por ejemplo, muerte causada por sida)
- Ambivalencia y dependencia hacia la persona fallecida
- Muerte de un padre
- Percepción de falta de una red social de apoyo
- Crisis actuales (por ejemplo, enfermedad de otros miembros de la familia)
- Recursos materiales limitados
- Género del cónyuge sobreviviente (los viudos con frecuencia están en mayor riesgo que las viudas)

Lo que “se debe hacer” incluye:

- Si se siente a gusto haciéndolo, déle un abrazo a la persona y simplemente diga, “lo siento”.
- Si tiene recuerdos especialmente cálidos o graciosos relacionados con la persona que falleció, cuénteselos a la persona de luto.
- Si hay alguna tarea que pueda usted realizar (como arreglar una perilla rota o desenraizar el jardín), hágalo.
- Después del funeral, habrá pocos visitantes y llamadas telefónicas. Manténgase en contacto.

Lo que “no se debe hacer” son respuestas comunes a intentos bien intencionados para confortar.

- No juzgue la forma en que las personas muestran su aflicción. Alguien que no llora puede estar tan devastado como una persona que no puede dejar de llorar.
- No diga “Sé lo que sientes”. No hay forma de saber lo que una persona en luto siente.
- No diga cosas que intenten hacer la pérdida menos dolorosa (por ejemplo “Su muerte fue para su bien”, “Ya no va a sufrir más”, “Es la voluntad de Dios”).

Transiciones en la vida

En tanto que los desastres y algunas crisis personales llegan desde el exterior, otras circunstancias igualmente funestas se originan a partir de la trayectoria del desarrollo individual. Algunas de las transiciones en el ciclo de la vida que pueden provocar estrés son las siguientes:

- El nacimiento y el desarrollo de una relación madre-hijo.
- Los primeros pasos hacia la independencia y la transición hacia escenarios fuera de casa (escuela, guardería).
- Los cambios biológicos y sociales que marcan la pubertad y adolescencia.
- Las principales transiciones educativas, como asistir a la universidad.
- El ingreso al mundo laboral.
- El matrimonio.
- Procrear y criar a los hijos.
- Mudarse a una nueva residencia.
- Los aspectos importantes del crecimiento de los hijos.
- La jubilación.

El periodo de la adolescencia temprana ilustra el papel que el estrés juega en las transiciones en la vida. Al final de este periodo un adolescente joven ha adquirido el cuerpo que es diferente del que tenía cuando era un niño. Los cambios en la imagen corporal tienen un efecto significativo en el autoconcepto de los adolescentes. Qué tanto le agrade su cuerpo con frecuencia depende de la forma en que los demás respondan ante éste. Por ejemplo, los niños que maduran más tarde muestran mayor desadaptación personal y social en todas las etapas de la adolescencia que los que maduran pronto. Tienden a caracterizarse por tener un concepto negativo de sí mismos, dependencia prolongada y sentimientos de rechazo por parte de grupos de compañeros. El panorama es distinto para las niñas. Las que maduran a una edad temprana con frecuencia carecen de aplomo y son sumisas en sus relaciones sociales. Por el contrario, las niñas que tardan más en madurar parecen más emprendedoras y seguras de sí mismas.

El grado en que el estado de ánimo, la depresión, el enojo y las emociones impredecibles que con frecuencia se observan en la adolescencia temprana se relacionan con los cambios en los niveles de hormonas sexuales no es muy claro. Sin embargo, se ha demostrado que la adolescencia no necesariamente tiene que ser una época tormentosa y estresante. El interés por parte de los padres, los lineamientos razonables y el apoyo, en especial por parte del padre del mismo sexo, desempeñan papeles importantes en la ayuda que se da al adolescente para que realice las transiciones del desarrollo necesarias.

Reacciones clínicas ante el estrés

El estrés desempeña un papel importante en la mayor parte de las condiciones que constituyen la psicología anormal. Los trastornos del estrés que requieren atención médica son patológicos porque van más allá de las reacciones cognitivas y emocionales normales y esperadas, hasta los desafíos personales más severos. La tabla 5-7 menciona algunas de las respuestas normales y anormales al estrés. Como lo deja en claro la tabla, muchas de las respuestas normales se convierten en reacciones anormales cuando los síntomas per-

sisten y son excesivos. Los clínicos enfrentan problemas para diagnosticar anomalías debido a 1) algunas veces, separar las reacciones normales de las anormales es muy difícil y 2) las superposiciones de los síntomas de trastornos relacionados con el estrés (Casey y cols., 2001). Junto con la seriedad de las condiciones desencadenantes del estrés también deben considerarse los recursos de afrontamiento del individuo.

Con frecuencia, el afrontamiento exitoso comprende la forma en que el individuo de alguna manera enfrenta los sentimientos preocupantes como la tristeza o el enojo. Por ejemplo, un investigador informó del caso de un médico que, mientras comunicaba noticias terribles a los familiares de pacientes graves o desahuciados, tenía una gran necesidad de reír. El médico tuvo que aprender a enfrentar la gran aflicción que sentía al dar estas noticias. En un artículo describió cómo finalmente pudo enfrentar su propia aflicción y liberarse de esa necesidad de reír mientras comunicaba malas noticias a la familia de una determinada paciente:

La paciente y su familia eran normales. La niña no era bonita ni inteligente, su familia no era arrogante ni solícita. Su profunda preocupación por la suerte de la niña no estaba embargada por la culpa ni la persecución. Sus daños graves eran comunes, su operación transcurrió con tranquilidad y durante varios días no se presentó ningún problema con algún aspecto de su cuidado. Simplemente no iba a sobrevivir. Sin embargo, esta vez, después de prepararme para la plática decisiva con la familia y deseando no sonreír en forma involuntaria, sucedió algo maravilloso y diferente. Mientras los padres, abuelos y hermanos recibían mi informe y comenzaban a llorar en silencio, las lágrimas empezaron a correr por mi rostro. No sentía ninguna culpa, no tenía nada por qué disculparme; ni siquiera conocía bien a esta familia. Pero ahí estaba, llorando con ellos. No quería llorar, pero sucedió. No me sentí absurdo ni avergonzado. Sólo me sentí muy triste. [...] Desde aquellas lágrimas tardías, nunca más tuve que luchar contra otra risa inapropiada. La desgracia ya no es cuestión de risa. (Bohmfalk, 1991, p. 1245)

Aunque experimentó estrés, este médico logró por sí mismo adaptarse al reto de transmitir malas noticias a los miembros de las familias de los pacientes. Solamente saber que existe un evento estresante (como la necesidad de comunicar malas noticias) no nos

TABLA 5-7

Respuestas normales y anormales ante el estrés	
Respuestas normales	Respuestas anormales
Sentir emociones fuertes después del evento (por ejemplo, miedo, tristeza, ira)	Sentir preocupación excesiva por las emociones intensas; experimentar pánico o agotamiento
Oponerse a pensar en el suceso; algún uso de la negación	Resistencia extrema a pensar en el suceso (por ejemplo, por medio del consumo de drogas); negación masiva
Tener pensamientos indeseables e intrusivos acerca del evento	Tener imágenes y pensamientos persistentes y trastornantes que interfieren con el funcionamiento normal
Síntomas físicos temporales (dolores de cabeza, trastornos estomacales)	Reacciones orgánicas fuertes y persistentes (por ejemplo, dolores de cabeza continuos, dolores de estómago crónicos)
Retomar el patrón normal de vida	Problemas a largo plazo en la capacidad para amar y trabajar.

dice cómo responderá el individuo. Hay importantes diferencias individuales en la forma en que las personas valoran un evento, sus habilidades de afrontamiento y el apoyo social disponible para ellos. Como señalamos, el estrés juega un papel en muchos tipos de conducta desadaptada. A continuación revisaremos tres condiciones que, aunque son diferentes en su presentación clínica y tratados en el DSM-IV-TR de diferentes maneras, están marcados por factores estresantes que sirven como desencadenantes poderosos para la conducta que requiere de atención clínica. Los desencadenantes conducen a fuertes reacciones emocionales, que pueden negarse, y síntomas clínicos. En los trastornos adaptativos, un reciente aumento del estrés de la vida precede a lo que usualmente es una reacción temporal inadaptada. En el trastorno agudo del estrés, hay cambios en la conducta, pensamiento y emoción que están unidos a un estresor extremadamente traumático. Los trastornos disociativos están entre las formas más dramáticas y enigmáticas de conducta anormal y son usualmente precedidos por un despliegue violento de estrés que el individuo no puede manejar.

Los trastornos adaptativos y los trastornos por estrés agudo se consideran más abiertamente que los trastornos disociativos debido a la facilidad de identificar el desencadenante y el relativamente buen pronóstico de recuperación. Las variadas interpretaciones de los trastornos disociativos dependen del peso que se le da a varios factores, incluyendo los estresantes que preceden inmediatamente a la exacerbación clínica, los estresantes que pudieran ocurrir al inicio de la vida de la persona y las causas biológicas. Un importante reto en el mundo real de la conducta desadaptada es la multiplicidad de factores involucrados en la mayoría de los casos.

Trastornos adaptativos

Una persona con un **trastorno adaptativo** es alguien que no se adaptó tan bien como las personas promedio a uno o más desencadenantes del estrés que se presentaron en los tres meses anteriores. Éstos pueden comprender una transición del desarrollo (como el matrimonio, un divorcio, tener un hijo o la menopausia), ser situaciones (como el cambio de escuela, la obtención de un nuevo puesto de supervisor o sufrir el rechazo social) o se puede tratar de desencadenantes múltiples del estrés que se acumularon hace poco tiempo. (El DSM-IV-TR trata con las reacciones de luto como una condición especial y no las categoriza, a pesar de varias similitudes, como un trastorno adaptativo). La mayor parte de las veces, las reacciones desadaptadas de una persona ante estos desencadenantes del estrés tienden a eliminarse cuando estas circunstancias estresantes desaparecen o cuando la persona aprende a vivir en las nuevas condiciones. En el caso siguiente, la transición estresante al matrimonio dio como resultado un trastorno adaptativo.

Mark Catton, de 23 años, estaba recién casado. Su esposa y él se conocieron dos años atrás en la universidad y estaban muy enamorados. Su matrimonio parecía una consecuencia lógica del cariño que sentían entre sí. Las primeras semanas después de la boda fueron maravillosas

para la pareja. Esperaban con emoción que llegara la noche para estar juntos y, con frecuencia, hacían viajes cortos durante el fin de semana.

Una noche, mientras cenaban, Dorothy platicó sobre un nuevo vendedor que trabajaba en su oficina. Lo describió como inteligente, guapo y encantador. Cuando Dorothy empleó el adjetivo “encantador”, algo pareció dispararse dentro de Mark. Se preguntó por qué ella había elegido ese término en particular para describir al nuevo vendedor, al igual que la razón por la que hablaba tanto de alguien a quién sólo tenía un día de conocer. Durante las semanas siguientes, Dorothy se refirió varias veces más al vendedor. Con cada referencia, era más obvio que le agradaba. Cada vez que se trataba el tema, Mark sospechaba más y se sentía deprimido. Cuando Dorothy trabajó hasta tarde dos veces en una semana, sus sospechas y depresión aumentaron. Cuando se enfrentó a ella y le dijo que sospechaba que salía con el vendedor, Dorothy se disgustó y se sintió indignada.

Durante las semanas siguientes, Mark se sintió cada vez más deprimido. Su depresión era interrumpida sólo por explosiones ocasionales de rencor hacia Dorothy. Pronto cesó su vida sexual y sus noches estaban llenas de silencio. El problema alcanzó proporciones clínicas cuando Mark empezó a permanecer en cama todo el día. Le costó mucho trabajo a Dorothy hacerlo que consultara a un psicoterapeuta, aunque para ese momento Mark sabía que algo estaba mal.

Durante sus sesiones con el psicoterapeuta, Mark se dio cuenta qué tan irreales eran sus expectativas con respecto del matrimonio. También, por primera vez fue capaz de expresar de manera abierta todos sus pensamientos y sentimientos. Un recuerdo sobre sus padres pareció importante. Recordó que cuando tenía como seis o siete años, sus padres reñían mucho, en apariencia por la sospecha de su padre acerca de las actividades de su mamá en casa mientras él estaba en el trabajo. Su padre acusaba a su madre de infidelidad y era muy desagradable. Mark no podía recordar con exactitud cómo se resolvió la situación. A pesar de que no había pensado en el incidente durante años, fue muy significativo para él y hablar sobre éste durante la psicoterapia pareció ayudarle.

El caso de Mark Catton es interesante porque muestra con claridad la interacción entre las experiencias pasadas y presentes. Sus propios problemas maritales, provocados por la sospecha irracional acerca de las actividades de su esposa, parecían estar ligados a lo que su esposa le decía sobre el vendedor y a ese temor sin reconocer que en realidad le transmitió su padre. Un punto adicional sobre este caso es que Mark no tenía antecedentes de suspicacia ni depresión. En apariencia, ambos patrones de reacción se iniciaron con el simple hecho de casarse. Su funcionamiento psicológico se deterioró, sobre todo, debido a las expectativas y preocupaciones que llevó a la situación conyugal, no por un desarrollo traumático dentro del matrimonio. El proceso psicoterapéutico, que consistió de 11 sesiones, le permitió a Mark volver a una relación marital normal y gratificante.

La depresión, la ansiedad, los trastornos de la conducta (perezosa, predisposición a las peleas, conducir un auto con imprudencia), los patrones de sueño interrumpido, el deterioro del desempeño en el trabajo o la escuela y el retraimiento social son conductas típicas de los individuos que tienen trastornos adaptativos. La tabla 5-8 presenta información pertinente para hacer un diagnóstico

TABLA 5-8

Información necesaria para realizar el diagnóstico del trastorno adaptativo

- Tiempo de inicio y duración del desencadenante de estrés (los síntomas deben desarrollarse dentro de los tres meses posteriores al evento)
- Duración de los síntomas (por lo general menos de seis meses)
- Estado de ánimo depresivo, y/o ansiedad, y/o conducta inapropiada o antisocial

DSM-IV-TR del trastorno adaptativo. La severidad de éstos no es directamente proporcional a la severidad del desencadenante del estrés, ya que las características de la personalidad, así como las normas culturales o de los grupos condicionan la forma en que un individuo maneja un conjunto determinado de circunstancias. Sin embargo, una característica de los trastornos adaptativos es que la conducta que se demuestra es un exceso de lo que por lo regular se esperaría en esas circunstancias. Se puede esperar un regreso al funcionamiento previo al desencadenante de estrés dentro de un periodo de seis meses y la posibilidad de una recuperación completa es buena cuando el nivel de estrés baja. Por lo general, un trastorno adaptativo no comprende una conducta en extremo extraña y no es parte de un patrón de desadaptación que dura toda la vida. Los estudios han demostrado que individuos que han recibido este diagnóstico por lo general tienen menos problemas clínicos subsecuentes que los individuos con otros diagnósticos psiquiátricos (Jones y cols., 2002).

Una de las preguntas más importantes que los clínicos deben contestar al evaluar la posibilidad de un trastorno adaptativo es: “¿A qué no se puede adaptar el paciente?” Cuando no hay un desencadenante del estrés, no se puede diagnosticar un trastorno adaptativo. La mayoría de los trastornos adaptativos son transitorios y con el tiempo las personas se curan. Al mismo tiempo, debe reconocerse que lo que se observa en los trastornos adaptativos podría también ser parte de otra condición más duradera como el trastorno del estado de ánimo.

Trastornos por estrés agudo

Mientras se experimenta un desencadenante de estrés traumático extremo (como una agresión física, o presenciar un evento que involucra muerte o lesiones) o poco después de que ocurre, una persona puede mostrar cambios importantes en la conducta, pensamiento y emociones. Estos cambios provienen de un miedo intenso, impotencia u horror asociados con el evento. El **trastorno por estrés agudo** es señalado por los síntomas de disociación que incluyen un sentido subjetivo de entumecimiento, desapego y ausencia de respuesta emotiva; sentimientos de aturdimiento; sensación de irrealidad sobre uno mismo o de lo que está pasando en nuestra vida e incapacidad para recordar aspectos importantes del

trauma. Estos síntomas indican una disrupción de la mayoría de las funciones integradas de la conciencia, memoria, identidad y percepción del ambiente y se les conoce como síntomas disociativos. Cuando hay disociación se presenta una falla o fragmentación en la coherencia de la vida mental; un grupo de procesos mentales parecen separarse del resto.

Una estudiante universitaria de 19 años fue atacada y asaltada a punta de pistola mientras caminaba en el campus una noche. El ataque involucró ser empujada al piso y que le dijeran, “¡Haz lo que te digo, o sufrirás las consecuencias!” Más adelante, la estudiante no podía borrar de su mente las imágenes del asalto. Se sentía aturdida y tenía una sensación de irrealidad sobre lo que había sucedido. Además de los alarmantes pensamientos recurrentes, constantemente evaluaba los caminos por los que transitaba para determinar si un asaltante podía estar escondido en los arbustos. Cada mínimo ruido parecía asustarla y sólo caminaba en lugares muy transitados. Después de varias semanas, su sentimiento de sobresalto, pensamientos recurrentes y su vigilia disminuyeron considerablemente.

Mientras otros síntomas también pueden estar presentes en el trastorno por estrés agudo, lo que es clínicamente claro es la unión entre la experiencia traumática y los síntomas disociativos. Para hacer el diagnóstico del trastorno por estrés agudo, el DSM-IV-TR requiere que la alteración dure, como mínimo, dos días, y máximo, cuatro semanas después del evento traumático. Como en el trastorno adaptativo, se espera que las personas diagnosticadas con el trastorno por estrés agudo se recuperen en un periodo relativamente corto. (Los trastornos postraumáticos, en los que los síntomas se observan por más de un mes se analizan más adelante en otro capítulo). Las personas que sufren del trastorno por estrés agudo muestran niveles altos de ansiedad y activación y muchas veces no pueden dejar de pensar con emoción intensa sobre el evento traumático, como consecuencia de lo cual reexperimentan el trauma con persistencia. La tabla 5-9 enumera los principales criterios

TABLA 5-9

Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés agudo

- Exposición a un evento extremo que evoca miedo, impotencia y horror
- Síntomas disociativos (entumecimiento, desapego, sensación de irrealidad, despersonalización, amnesia)
- Reexperimentación persistentemente un evento
- Evasión marcada de los estímulos asociados con un evento traumático
- Ansiedad y activación elevadas
- Síntomas clínicamente significativos que duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas, surgen dentro de las cuatro semanas posteriores al evento traumático y no son causados por los efectos de una sustancia (como los medicamentos o abuso de drogas) o una condición médica general.

para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo. Las entrevistas clínicas con las personas que puedan tener el trastorno por estrés agudo usualmente incluyen los siguientes tipos de preguntas que tienen la intención de determinar si se cumple con el criterio de diagnóstico (Bryant y Harvey, 2000):

1. ¿Durante o desde [el evento traumático] se ha sentido entumecido o distante de sus propias emociones?
2. ¿Durante o desde [el evento traumático] parecen irreales las cosas alrededor de usted?
3. ¿Ha tenido sueños o pesadillas sobre [el evento traumático]?
4. ¿Ha evitado personas o lugares o actividades que le recuerden [el evento traumático]?
5. ¿Desde [el evento traumático] ha tenido dificultad para concentrarse?
6. ¿Desde [el evento traumático] se ha sentido irritable o ha perdido la paciencia más de lo normal?

El trastorno por estrés agudo fue incluido en el sistema de clasificación DSM por primera vez en 1994 y faltan muchas preguntas por responder referente a sus características más importantes y su prevalencia. La prevalencia parece variar con el desencadenante del estrés que causó el trastorno. Por ejemplo, se encontró que la prevalencia era de 6% en el caso de los accidentes industriales; de 4 a 14% por accidentes automovilísticos y 19% por asaltos violentos (Fuglsang y cols., 2002).

Trastornos disociativos

Algunas personas, cuando se agobian por una experiencia traumática, experimentan lo que parece ser un estado alterado de conciencia en el que se separan de la realidad de lo que está sucediendo. La disociación juega un papel importante en este estado alterado. Es un mecanismo de afrontamiento que reduce la ansiedad y el conflicto pero también interfiere con el afrontamiento activo y realista.

El continuo de la disociación La mayoría de las personas han tenido experiencias disociativas que caen dentro del rango normal. Se puede ver la disociación como el corte de las conexiones entre ideas y emoción. Esto sucede cuando se divide la atención entre dos o más tareas simultáneas. Desde esta perspectiva, la disociación puede considerarse como un atributo que facilita la división de nuestra atención. También puede jugar un papel en la fantasía, imaginación y actuación. Un buen actor puede sumergirse en varios tipos de papeles. ¿Podría ser que la disociación adquiere carácter patológico sólo cuando ocurre un trauma significativo y el individuo pierde el control de los procesos disociativos? ¿Podría una persona con una gran habilidad de disociación que sufre un trauma usarla como defensa, de manera que podría ser adaptativa? El primer paso para buscar las respuestas a estas preguntas es la valoración de las diferencias individuales en la disociación. La tabla 5-10 contiene ejemplos de reactivos que en la actualidad se utilizan en la evaluación. Al estudiar cómo se relacionan estos

TABLA 5-10

Ejemplos de reactivos de cuestionarios que tienen la intención de colocar a los individuos en el continuo de la disociación

- Me gusta fantasear que estoy haciendo cosas interesantes y excitantes.
- Algunas veces las cosas a mi alrededor no parecen ser reales.
- Algunas veces, mientras manejo mi automóvil, de repente me doy cuenta de que no me acuerdo qué ha pasado durante todo o parte del viaje.
- Tengo una imaginación tan vívida que podría "convertirme" en otra persona por sólo unos minutos.
- Algunas veces me siento como si alguien dentro de mí estuviera dirigiendo mis acciones.

reactivos con varios tipos de conducta, puede ser posible determinar el grado en el que la tendencia a la disociación es un rasgo básico de la personalidad. Un rasgo disociativo puede tener múltiples componentes que influyen en el alcance hasta el cual las personas pueden dividir en secciones sus experiencias, identidad, memoria, percepción y función motriz.

La disociación no debe considerarse inherentemente patológica y no puede conducir a una angustia significativa, deterioro o necesidad de buscar ayuda. En muchas sociedades, los estados disociativos son una expresión común y aceptada de la actividad cultural o experiencia religiosa. Parece ser razonable que individuos que en el pasado aprendieron a disociarse cuando están bajo estrés lo vuelvan a hacer cuando sean enfrentados con un nuevo trauma. Podrán olvidar parte de o toda la experiencia traumática cuando se sientan amenazados y son propensos a buscar o encontrar nuevas identidades.

Frecuentemente, la disociación comprende sentimientos de irre realidad, extrañamiento y despersonalización, y en ocasiones pérdida o cambio de identidad. Menos dramáticos, pero de alguna manera similares, los ejemplos de disociación se observan por lo general en adultos y niños normales. Cuando la golpea el primer impacto de una mala noticia o una catástrofe, quizá la persona se sienta como si de repente todo fuera extraño, poco natural y diferente (extrañamiento) o como si fuesen irreales y pudieran presenciar o sentir lo que sucede (despersonalización). Estos síntomas no se clasifican como trastornos disociativos, pero son útiles para ayudar a comprender lo que es un trastorno disociativo mucho más severo (ver la figura 5-8).

Tipos de trastornos disociativos El DSM-IV-TR clasifica cuatro condiciones como **trastornos disociativos**:

1. Amnesia disociativa
2. Fuga disociativa
3. Trastorno de identidad disociativo
4. Despersonalización



Figura 5-8 Los desastres naturales, como los terremotos, inundaciones y tornados generalmente dejan a las personas en estado de *shock* y confusión como el registrado en las caras de estas hermanas después de que una de ellas perdió su casa en un terremoto. Para la mayoría de las personas, por lo general estos síntomas de estrés se disipan con el tiempo, pero algunas veces tales experiencias son el origen de los trastornos disociativos.

Todos estos trastornos involucran grandes lagunas mentales y cambios drásticos en los roles sociales. Son trastornos o alteraciones en las funciones de identidad, memoria y conciencia. Las alteraciones pueden acontecer de repente o gradualmente y pueden durar un corto periodo o ser persistentes y crónicas. La identidad de la persona puede ser olvidada temporalmente o asumir una nueva, o puede haber un sentimiento de que el sentido de realidad de uno mismo se ha perdido. Las conductas inadaptadas que se originan a partir de los trastornos disociativos implican un notable contraste con las provocadas por los trastornos adaptativos y por estrés agudo. El estrés juega un papel importante en las tres, pero las reacciones involucradas parecen ser polos opuestos. Una vez más vemos que situaciones similares pueden evocar respuestas drásticamente diferentes en personas con diferentes disposiciones y vulnerabilidad.

Las personas con trastornos disociativos parecen utilizar una variedad de maniobras dramáticas para escapar de las ansiedades y conflictos causados por el estrés. Su conducta involucra alteraciones temporales repentinas de conciencia que sirven para erradicar las experiencias dolorosas. En contraste, los individuos con trastornos por estrés agudo no pueden apartar de su mente las experiencias inquietantes que han padecido, mientras que quienes padecen trastornos adaptativos muestran alteraciones leves y una habilidad reducida para afrontar, pero su conducta se aclara cuando aprenden a adaptarse al desencadenante de estrés o cuando éste es eliminado.

Muchos trastornos disociativos parecen iniciar y terminar de manera abrupta y precipitarse por experiencias estresantes. Aunque estos trastornos por lo general emergen después de la infancia, en la mayoría de los casos existe atrás de ellos una historia de serio disturbio familiar. Se ha reportado la separación de los padres en la infancia y el abuso por parte ellos (Putnam, 1997). De esta manera, tanto traumas recientes como traumas que han ocurrido

en el pasado parecen combinarse para producir la conducta desadaptada seria y extravagante que se presenta en los trastornos disociativos. No hay duda que otras características personales también afectan la forma en que las personas responden ante el estrés. Por ejemplo, se encontró que los jóvenes latinos que están bien adaptados a la vida estadounidense mostraban más resiliencia y menos disociación después de experiencias traumáticas que los latinos menos adaptados (Marshall y Orlando, 2002).

Amnesia disociativa La **amnesia disociativa** comprende pérdidas extensas, pero selectivas, de la memoria en ausencia de indicadores de cambios orgánicos (por ejemplo, heridas en la cabeza). Las pérdidas de memoria características de la amnesia son demasiado extensas para explicarse como un olvido ordinario. Algunas personas no pueden recordar nada sobre su pasado. Otras ya no pueden recordar eventos, personas, lugares u objetos específicos, mientras que su memoria para otros eventos que sucedieron en forma simultánea permanece intacta.

La amnesia es provocada por un accidente físico o un evento emocional traumático, como una desilusión muy dolorosa. Los casos de amnesia demuestran que la unidad de la conciencia es ilusoria. La representación consciente de las acciones es incompleta; casi siempre la atención se divide entre dos o más corrientes de pensamiento o cursos de acción. Los sistemas inconscientes de ideas quizá se separan de la personalidad principal y existen como personalidades subordinadas, capaces de representarse en el consciente en determinadas condiciones. El relato siguiente ilustra el poder de esas fuerzas inconscientes.

Un hombre joven que llevaba puesta ropa para trabajar llegó a la sala de urgencias de un hospital en la ciudad donde vivía diciendo que no sabía quién era. Parecía aturdido, no estaba intoxicado y no llevaba ninguna identificación. Después de permanecer en el hospital durante unos cuantos días, se despertó una mañana con gran aflicción, exigiendo que le dijeran por qué lo tenían allí y anunciando que tenía que irse de inmediato para atender unos negocios urgentes.

Con la recuperación de la memoria, surgieron los hechos que se relacionaban con su amnesia. El día en que ésta empezó, conducía un auto que se accidentó y dio como resultado la muerte de una persona que iba caminando. Los oficiales de policía que estaban presentes en la escena estaban convencidos de que el conductor no tenía la culpa: el accidente había sido culpa del peatón. La policía pidió al conductor que llenara una forma de rutina y que compareciera para las averiguaciones del fallecimiento. El hombre llenó la forma en casa de un amigo y por accidente dejó ahí su billetera. Más tarde, después de enviar la forma por correo, se sintió aturdido y sufrió la amnesia. Un extraño lo llevó al hospital. Es probable que la amnesia estuviera relacionada con el estrés del accidente fatal, el temor a las averiguaciones y la preocupación porque quizá resultara responsable del accidente. (Basado en Cameron, 1963, pp. 355-356)

A pesar de que la amnesia es quizás el trastorno disociativo más común, no existen estadísticas precisas sobre la incidencia de ninguno de los trastornos disociativos. Las amnesias disociativas se

presentan más en los adolescentes y adultos jóvenes que en los niños y la gente mayor, y ocurren con más frecuencia entre las mujeres que entre los hombres.

Hay varios tipos de amnesia disociativa.

- **Amnesia localizada**, en la que el individuo no puede recordar eventos que ocurrieron durante un periodo en particular (por ejemplo, las primeras horas después de un evento profundamente perturbador).
- **Amnesia selectiva**, en la que la persona puede recordar parte pero no todo de los eventos ocurridos durante un periodo en particular.
- **Amnesia generalizada**, involucra una falla que abarca toda la vida de la persona. Ésta raramente ocurre.
- **Amnesia continua**, implica la incapacidad para recordar eventos subsecuentes a un periodo específico, e incluso hasta el presente.
- **Amnesia sistematizada**, pérdida de la memoria de ciertas categorías de información, como los recuerdos relacionados con una persona en particular.

Fuga disociativa La **fuga disociativa** tiene como característica esencial un viaje inesperado lejos de casa y del lugar de trabajo, adaptar una nueva identidad e incapacidad para recordar la anterior. El viaje y la conducta que se observan en una persona que pasa por una fuga tienen mayor propósito que cualquier divagación que tenga lugar durante la amnesia disociativa. Esta persona forma una nueva vida en algún lugar distante como un individuo aparentemente distinto. El estado de fuga, o vuelo amnésico, casi siempre termina cuando la persona despierta de manera repentina, temerosa y afligida por estar en un lugar y circunstancias desconocidos.

Las fugas, al igual que la amnesia, con frecuencia son provocadas por situaciones de estrés intolerables como las disputas conyugales, el rechazo personal, las guerras y los desastres naturales. Por lo general, las fugas tienen una duración breve, con una recuperación completa y poca probabilidad de recurrencia. Después de “despertar”, por lo regular la persona no recuerda los eventos que tuvieron lugar durante la fuga. El caso siguiente ilustra un estado de fuga con amnesia masiva.

Samuel O., estudiante graduado, empobrecido y lejos de casa, recibió la invitación para cenar en casa de un instructor que conoció cuando tenían un nivel socioeconómico igual en otra ciudad. Aceptó la invitación porque se sentía solo y hambriento, pero se arrepintió casi en el momento porque su ropa estaba desgastada. Pensó que el instructor había sido condescendiente. Esa noche salió de su casa con tiempo suficiente para la cena, pero no se presentó en la casa del instructor. Dos días después, lo recogió la policía en un estado vecino. Podía recordar de manera vaga un tren de carga, haber hablado con extraños y compartido su comida, pero no tenía idea de quién era, de dónde venía o hacia dónde iba.

Más tarde pudo recordar los eventos que le llevaron a la fuga y algo de lo que sucedió durante ésta. Cuando se dirigía a la casa del instructor, todavía experimentaba un fuerte conflicto sobre si debía ir. Sentía vergüenza por su apariencia, estaba resentido por su aire de superioridad y temía expresar lo que sentía acerca de la cena. En el trayecto se había encontrado con un tren de carga que se movía con lentitud en un cruce de ferrocarril. Sintió el impulso repentino de subir al tren y huir. Al parecer sufrió la amnesia cuando actuó de acuerdo con este impulso (Basado en Easton, 1959, pp. 505-513).

Las personas que experimentan una fuga por lo general parecen no tener características psicopatológicas y no atraen la atención. La mayoría de las fugas no involucran la formación de una nueva identidad. Sin embargo, la persona puede asumir un nuevo nombre u ocupar una nueva residencia.

Trastorno de identidad disociativo El **trastorno de identidad disociativo**, al que también se conoce como *personalidad múltiple*, es uno de los trastornos disociativos más dramáticos. En este trastorno un individuo asume personalidades alternativas, como el Dr. Jekyll y Mr. Hyde. Cada personalidad tiene su propio grupo de recuerdos y conductas típicas. Con frecuencia, ninguna de las personalidades está consciente de las demás. En otros casos, existe una amnesia en un solo sentido, en la cual la personalidad A es consciente de las experiencias de la personalidad B, en tanto que esta última ignora las de la A.

Aunque la personalidad múltiple es un trastorno raro, el interés por éste es cada vez mayor, debido al marcado incremento en la cantidad de casos que se describen actualmente dentro de la literatura clínica y la relación que existe en muchos de los casos entre la personalidad múltiple y las experiencias traumáticas durante la niñez. Se cree que la precisión de los criterios de diagnóstico para el trastorno contribuyeron al aumento del número de casos que se reportaron (Kluft, 1991). Se informa sobre una mayor ocurrencia de personalidad múltiple en las mujeres que en los hombres, con una relación de cuatro a uno aproximadamente (Kluft, 1988).

En el aspecto clínico, las diferencias conductuales de las personalidades y los conceptos opuestos sobre sí mismas parecen asombrosos y confusos. Tal vez las personalidades se consideran de géneros, edades y orientaciones sexuales diferentes. Quizá tengan guardarropas, propiedades, intereses y estilos interpersonales distintos. Sus valores, creencias y problemas pueden ser opuestos. Incluso, quizá tengan distintas caligrafías, unas empleen la mano derecha con mayor frecuencia y otras la izquierda y quizá cuenten con patrones de lenguaje y acentos diferentes.

En el caso siguiente, una mujer de 38 años que se llamaba Margaret B. ingresó a un hospital con parálisis en las piernas después de un accidente automovilístico menor que ocurrió seis meses antes.

Informó que hasta tres meses antes de su ingreso al hospital, le gustaba fumar, beber, frecuentar centros nocturnos, y asistir a fiestas o actividades sociales. Sin embargo, en esa época ella y su esposo, que era alcohólico, se unieron a una pequeña secta religiosa evangélica. Su esposo

logró controlar su forma de beber, ella dejó sus anteriores actividades sociales y ambos se ocuparon por completo en las actividades de la iglesia.

El relato reveló que, con frecuencia, “escuchaba una voz que le mandaba hacer y decir cosas”. Era, dijo, “una voz terrible” que en ocasiones amenazaba con “tomar por completo el control”. Cuando finalmente se le sugirió a la paciente que dejara que la voz “tomara el control”, cerró los ojos, apretó los puños e hizo muecas durante unos momentos mientras perdía todo contacto con las personas que le rodeaban. De repente, abrió los ojos y estábamos en presencia de otra persona. Dijo que su nombre era “Harriet”. Mientras que Margaret estaba parálitica y se quejaba de fatiga, dolor de cabeza y dolor de espalda, Harriet se sentía bien y empezó a caminar sin ayuda por toda la habitación donde se realizaba la entrevista. Habló con burla sobre la religiosidad de Margaret, su invalidez y su vida puritana, diciendo que a ella le gustaba beber e ir a fiestas, pero que Margaret siempre iba a la iglesia y leía la Biblia. “Pero”, dijo con picardía y orgullo, “provoco que sea miserable; hago que diga y haga cosas que no desea”. Después de un rato, por sugerencia del entrevistador, Harriet accedió con dificultad a “regresar a Margaret” y, después de más muecas y con los puños apretados, Margaret volvió a aparecer, paralizada, quejándose de sus dolores de cabeza y espalda y con amnesia total sobre el breve periodo en que Harriet se liberó de la prisión (Nemiah, 1988, 247-248).

El choque entre la religiosidad de Margaret, por un lado, y sus inclinaciones hacia el placer, por el otro, es un tema frecuente en los casos de personalidad múltiple. Es importante hacer notar que, cuando era niña, Margaret tenía una compañera de juegos, Harriet, con quien tenía una relación muy estrecha. Cuando ambas tenían 6 años, Harriet murió debido a una enfermedad infecciosa aguda. Margaret sufrió mucho por la muerte de su amiga y deseó haber muerto su lugar. Quizá, la internalización de la imagen de su amiga muerta había protegido de alguna manera a Margaret de la desesperación y la pena prolongada por la pérdida. Cuando Margaret creció, esa internalización se convirtió en el depósito de todos sus impulsos y sentimientos no aceptados.

Muchos clínicos consideran que el trastorno de identidad disociativo es una adaptación psicológica a las experiencias traumáticas de los primeros años de la niñez. Estas experiencias son severas y dramáticas; algunos ejemplos son colgarse de una ventana o ser víctima de sadismo sexual. Además de haber experimentado un trauma difícil durante la niñez, las personas con trastorno de identidad disociativo parecen propensas a entrar en trances hipnóticos espontáneos. Esta defensa temporal se puede convertir en personalidades múltiples cuando el niño enfrenta traumas de manera repetida (Draijer y Langeland, 1999). La disociación puede ser una forma eficaz de continuar funcionando mientras el trauma se desarrolla, pero si continúa siendo utilizada después de que el trauma agudo ha pasado, empieza a interferir con el funcionamiento diario. Es posible que ciertos elementos de una experiencia traumática permanezcan por mucho tiempo como un estado mental separado que sólo puede surgir cuando se activan esos elementos.

Algunos investigadores se preguntan si el trastorno de identidad disociativo representa algo más que una forma extrema de la

capacidad normal para presentar una variedad de “yo” diferentes. Una razón importante para que existan esos desacuerdos sobre la personalidad múltiple es que los casos de este trastorno son raros, lo cual dificulta las investigaciones y la comparación de casos que se presentan en momentos y circunstancias diferentes. A pesar de las dificultades metodológicas, los estudios sobre el trastorno de identidad disociativo continúan en varios aspectos. Es necesaria mayor investigación en el futuro para explorar la posibilidad de la existencia de una base biológica de la capacidad de disociación, las formas en que el estrés que se presenta en los primeros años de vida y en los posteriores interactúa con los factores biológicos, y el desarrollo de terapias eficaces. Se necesita mayor conocimiento sobre la naturaleza de la relación paciente-terapeuta en los casos donde la disociación es una característica prominente. Los clínicos creen que establecer una relación segura y de confianza con el terapeuta es esencial para el progreso del paciente. Cuando se logra alguna mejoría, es posible manejar los conflictos entre las personalidades y ayudarlo a avanzar hacia la cooperación entre éstas y, de manera óptima, a la integración de las personalidades (Krakauer, 2001).

En la mayoría de los casos del trastorno de identidad disociativo, el surgimiento de nuevas personalidades comienza en la infancia, con frecuencia en respuesta a abuso físico y sexual severo. El surgimiento de las personalidades que parecen ser la forma de autoprotección en ocasiones crean otro yo para manejar el desencadenante del estrés. Con el tiempo, las funciones protectoras prestadas por la nueva personalidad se mantienen separadas en forma de una personalidad alterna. En la mayoría de los casos del trastorno de identidad disociativo, el individuo trata de esconder sus personalidades alternas. Esta tendencia puede contribuir a un gran número de diagnósticos erróneos.

Despersonalización En tanto que, por lo general, la despersonalización se incluye entre los trastornos disociativos, algunos profesionales dudan que se deba aceptar este enfoque porque no comprende trastornos de la memoria. En la **despersonalización** existe un cambio de la percepción de sí mismo y el sentido de la realidad de la persona se pierde o cambia en forma temporal. Quizás alguien que pasa por un estado de despersonalización diga: “Siento como si estuviera soñando” o “Siento que lo hago de manera mecánica”. Con frecuencia, el individuo tiene la sensación de que no puede controlar por completo sus acciones, inclusive su lenguaje. La aparición de la despersonalización es casi siempre rápida y da lugar a un deterioro social u ocupacional. El estado de extrañamiento hacia sí mismo desaparece gradualmente en algunos casos.

El siguiente caso ilustra varias características de la despersonalización:

Un estudiante de 24 años, graduado, recurrió al tratamiento porque sentía que estaba perdiendo la razón. Había empezado a dudar de su propia realidad. Sentía que vivía en un sueño, en el cual se veía desde afuera y no se sentía unido a su cuerpo ni a sus pensamientos. Cuando se veía a sí mismo, percibía las partes de su cuerpo como distorsionadas; sus manos y pies parecían bastante largas. Cuando caminaba por la

universidad, con frecuencia sentía que las personas con las que se cruzaba podían ser robots; empezó a rumiar palabras confusas. ¿Esto significaba que tenía un tumor cerebral?

[...] Frecuentemente se daba cuenta que pasaba tanto tiempo pensando sobre su situación que perdió el contacto con todos sus sentimientos a excepción de un profundo descontento por su difícil situación...

[...] Estaba preocupado por la percepción de que sus pies habían crecido demasiado para sus zapatos y sentía la inquietud de terminar con su novia porque dudaba de la realidad de sus sentimientos hacia ella, a la que también había empezado a percibir de manera distorsionada. (Kluft, 1988, p. 580)

Como es cierto en la mayoría de los casos clínicos, las explicaciones para varios aspectos de este caso en ningún momento son obvios. ¿Por qué con frecuencia el estudiante veía a las personas como robots? ¿Qué puede explicar las distorsiones de sus percepciones corporales? No obstante, el caso proporciona varios ejemplos de la experiencia de despersonalización. Éstos incluyen dudas sobre nuestra propia realidad, sentirse como si estuviera en un sueño y perder contacto con sus propios sentimientos.

Las personas con este tipo de trastorno pueden presentar una sensación constante de despersonalización o sufrir episodios recurrentes. En cualquier caso, se perciben a sí mismas como si hubieran perdido el sentido de la realidad o experimentado un cambio. Sienten que están en un sueño y temen haber perdido la razón. Se han reportado varios casos en los cuales la despersonalización parece ser una respuesta al estrés extremo (Kluft, 1988).

La tabla 5-11 resume las características más importantes de los trastornos disociativos.

Interpretación de los trastornos disociativos Aunque existe acuerdo en que la disociación es una respuesta frecuente al estrés, aún existe controversia sobre la inclusión de los trastornos disociativos en el DMS-IV-TR. Una revisión de estudios clínicos y experimentales concluyó que la evidencia acumulada señala que estos diagnósticos reflejan de manera exacta los

cuadros clínicos que presentan algunos pacientes (Gleaves y cols., 2001). Por otro lado, un alto porcentaje de psiquiatras estadounidenses y canadienses dudan de la validez científica y de la legitimidad del diagnóstico de la mayoría de las clasificaciones de trastornos disociativos (Lalonde y cols., 2001).

La disociación parece representar un proceso en el cual ciertas funciones mentales, que por lo general se encuentran integradas con otras funciones, en apariencia operan en una forma separada o automática, casi siempre fuera de la esfera de la conciencia y el recuerdo. Quizá se describa como una condición en la cual la información (de entrada, almacenada o de salida) se aparta de manera activa de sus asociaciones normales o esperadas. Este fenómeno da como resultado la alteración de los pensamientos, sentimientos o acciones de la persona de modo que la información no se relaciona ni integra con otra información como lo haría en forma normal o lógica.

Estos trastornos son difíciles de explicar por varias razones. Frecuentemente, no es claro si un caso comprende disociación o si es alguna clase de manifestación psicótica. También es difícil obtener la información que se necesita para sacar conclusiones razonables. Por ejemplo, en el caso de personalidad múltiple de Margaret es necesario preguntarse sobre los causantes de estrés que llevaron a la aparición de Harriet. ¿Qué tan importantes fueron la pérdida de la compañera de juegos a los seis años de edad y los cambios recientes en la vida adulta de Margaret? ¿Hasta qué punto los cambios de Margaret afectaron su vida adulta? En tanto que en los trastornos adaptativos y postraumáticos la fuente de estrés se puede identificar con facilidad, en los trastornos disociativos la fuente puede no ser obvia. Los trastornos disociativos quizá se relacionan con combinaciones de factores de vulnerabilidad (por ejemplo, ciertos aspectos de la constitución biológica) con situaciones de estrés que ocurrieron muchos años antes que la desadaptación alcanzara proporciones clínicas. Debido a que los seres humanos son capaces de distorsionar sus recuerdos, comúnmente se necesitan investigaciones considerables para determinar la verdadera naturaleza del estrés.

TABLA 5-11

Características importantes de los trastornos disociativos	
Trastorno	Características
Amnesia disociativa	A menudo surge después de un estrés severo. Implica incapacidad para recordar eventos significativos, ya sea todo lo que ocurrió durante un periodo específico o cosas que duraron sólo cierto tiempo (como el nacimiento de un niño).
Fuga disociativa	A menudo se presenta después de un estrés severo. Implica salir de casa repentinamente e ir en un viaje que tiene propósito (por ejemplo, el viaje no involucra vagar sin rumbo).
Trastorno de identidad disociativo	Implica la posesión de por lo menos dos personalidades distintas o estados de personalidad. Por lo general, la transición de una personalidad a otra es, repentina, y causada por el estrés.
Despersonalización	Implica un sentido de estar aislado o separado de sí mismo; algunas veces es precipitado por el estrés.

Los trastornos disociativos habitualmente se analizan en términos psicodinámicos (como un mecanismo de defensa) o cognitivos (como una falla de la memoria). Estos trastornos ayudan a que el individuo escape de la realidad y parecen facilitar la expresión de diversas emociones contenidas. Se han interpretado como intentos por escapar de la tensión, la ansiedad y la estimulación excesivas al separar unas partes de la personalidad de otras. Cuando no existen indicios de una experiencia reciente que pudiera funcionar como estresor, estas perspectivas dan lugar a preguntas sobre los estresores anteriores que todavía pueden tener un significado simbólico para el individuo. (La pérdida de Harriet que sufrió Margaret ilustra esta posibilidad). Al dar tratamiento a este tipo de trastornos, muchos clínicos intentan descubrir los recuerdos disociativos y ayudar al individuo a enfrentarlos y manejarlos en forma más directa. El psicoanálisis, la terapia conductual, la hipnosis y las entrevistas que se graban en video, combinados con los sedantes, han sido útiles para este propósito.

Las reacciones al estrés pueden provocar problemas clínicos. Los trastornos adaptativos involucran deterioro en la conducta después de una experiencia estresante. Sin embargo, a medida que disminuye el nivel de estrés, por lo general el individuo regresa a la normalidad. Los trastornos por estrés agudo se desencadenan a partir de experiencias estresantes inusuales y persiste por un periodo relativamente corto. Aunque los trastornos disociativos con frecuencia continúan después de experiencias estresantes, sólo ocurren en personas que tienen vulnerabilidad psicológica, incluyendo una tendencia a sesgar la conexión entre las ideas y emociones, y una fuerte necesidad de escapar de una realidad desagradable.

Tratamiento de problemas relacionados con el estrés

Con frecuencia, las personas se sobreponen a las reacciones desadaptadas ante el estrés con el transcurso del tiempo, pero la ayuda de un experto puede acelerar el proceso. El clínico tiene dos funciones principales: 1) proporcionar apoyo social a las personas que tienen problemas y 2) fortalecer la capacidad para el afrontamiento. Varios procedimientos se utilizan en el tratamiento de los problemas relacionados con el estrés.

Terapia de apoyo

Es difícil recuperarse de un trastorno relacionado con el estrés si se está o se siente aislado en el aspecto social. Debido a que la mayor parte de las reacciones ante el estrés comprenden sentimientos de inadecuación y aislamiento, muchas personas pueden recibir ayuda de la **terapia de apoyo** en la que el terapeuta los escucha y alienta de manera empática. A pesar de que utilizan términos diferentes, tanto los clínicos con orientación psicodinámica, como los humanistas, hacen hincapié en la relación entre el paciente y el terapeuta como un medio para facilitar el control adaptativo. Los seguidores de Freud describen sus esfuerzos en este aspecto como el reforzamiento del *yo* del paciente. Cuando el *yo* puede ma-

nipular la realidad de manera más eficaz, puede controlar las demandas incesantes del *ello* con menos estrés. Por su parte, los terapeutas rogerianos crean un ambiente de apoyo, aceptan a los pacientes tal como son, reconocen sus fortalezas, dan poca importancia a sus debilidades y ayudan a sus clientes a sentirse mejor consigo mismos.

Las personas que reciben terapia de apoyo acostumbran comentar con alivio que el terapeuta no los critica directa ni indirectamente por la forma en que manejan las situaciones difíciles. En un ambiente de apoyo, se pueden relajar lo suficiente para participar en la solución de problemas y la consideración minuciosa de las alternativas que antes parecían imposibles.

Ser comprensivo puede no ser fácil para el terapeuta. Trabajar con trastornos disociativos puede ser difícil y demandante. Muchos terapeutas, sensibles al aislamiento de sus pacientes, encuentran difícil ser accesibles y capaces de poder establecer límites razonables y no disciplinarios. En el trastorno de identidad disociativo es particularmente complicado encontrar la conexión de cada una de las personalidades.

Fármacos

Una variedad de ansiolíticos y antidepresivos están disponibles para ayudar a las personas que experimentaron un trauma. Aunque no representan una cura, estas drogas pueden tener una importancia considerable en la recuperación de los individuos que sufren estados de pánico y otras reacciones desadaptativas ante el estrés intenso a corto plazo. Los tranquilizantes se emplean junto con los enfoques psicológicos como terapia de apoyo.

Entrenamiento en relajación

Es posible que las personas aprendan formas de ayudarse a sí mismas para controlar el estrés. Es un hecho muy conocido que la gente puede aprender a regular en forma voluntaria ciertos efectos del sistema nervioso autónomo. Esa regulación, a su vez, puede afectar su estado emocional. Por ejemplo, la ansiedad puede ser a causa de la sensación de tensión que se experimenta cuando las fibras musculares se acortan o contraen, como lo hacen durante el estrés. Por el contrario, la tensión no se puede presentar cuando las fibras musculares se alargan o relajan. El **entrenamiento en relajación** comprende los siguientes pasos:

1. Centrar la atención en una serie de grupos específicos de músculos.
2. Tensar cada grupo.
3. Mantener la tensión durante cinco o siete segundos.
4. Decirse a sí mismo que se debe relajar, y liberar de inmediato la tensión.
5. Centrar la atención en cada grupo de músculos conforme se relaja.

El entrenamiento en relajación se emplea no sólo como una técnica en sí, sino también como base para otras terapias. Se puede aplicar en una amplia variedad de problemas que se relacionan con el estrés y se puede enseñar de manera individual o en grupos.

Desensibilización sistemática

La **desensibilización sistemática** consiste en una combinación de entrenamiento en relajación y una jerarquía de estímulos que producen ansiedad para eliminar de manera gradual el temor a una situación específica. La persona aprende a mantener el estado de relajación mientras imagina estímulos que se relacionan con la ansiedad en los diferentes niveles de la jerarquía. El resultado es una reducción significativa de sus temores.

Modificación cognitiva

Los problemas conductuales pueden surgir en parte porque el individuo persiste en una línea de pensamiento inadaptado en particular. Si se puede guiar a alguien para que piense sobre una situación en forma más productiva y diferente, puede ser posible el control adaptativo. La **modificación cognitiva** comprende el aprendizaje de nuevos diálogos internos y nuevas formas de pensar sobre las situaciones y sobre sí mismo. En este sentido, la modificación cognitiva es un paso hacia la solución productiva de los problemas.

Intervención social

Algunos terapeutas prefieren dar tratamiento a solas a los individuos con problemas, en tanto que otros sienten que pueden ser más útiles si dan tratamiento a las personas dentro de su contexto social. La **intervención social** es una alternativa de tratamiento que no sólo involucra interactuar con el paciente, sino que intenta modificar su hogar o su ambiente de trabajo. La terapia familiar, en la cual todos los miembros de la familia asisten juntos al tratamiento, se basa en esta idea. En algunos casos, el clínico incluso decide realizar una o más visitas al hogar para observar las interacciones familiares en un ambiente más natural.

Retos en el tratamiento de problemas relacionados con el estrés

Los problemas relacionados con el estrés provienen de una gran variedad de estresores. La selección de un tratamiento apropiado depende de un número de factores asociados con el individuo que experimenta las dificultades. ¿Quiere hablar la persona de lo que pasó? ¿Cuál es su situación interpersonal (por ejemplo, hay algún familiar o amigo que lo pueda apoyar)? ¿Cuál es la combinación de emociones intensas y pensamientos perturbadores que está creando dificultades? ¿Cuáles son las fortalezas y la vulnerabilidad de la persona? Todas estas preguntas plantean problemas para que los clínicos planeen un enfoque terapéutico y para que los investigadores evalúen la eficacia terapéutica.

De vez en cuando, se desarrollan nuevos enfoques terapéuticos que podrían ser útiles pero no tienen verificación empírica. Por ejemplo, la **desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR)** es un tipo de exposición imaginada en la que el individuo se enfoca en un recuerdo traumático mientras que sigue, de manera simultánea, el dedo del terapeuta en su campo visual (Shapiro, 1995). Se propuso originalmente como

un tratamiento específico para el trastorno del estrés postraumático y se ha utilizado desde entonces para manejar otras muchas condiciones. Varios reportes sugieren que algunas personas mejoran rápidamente cuando se les pide que recuerden imágenes de eventos traumáticos mientras de manera sistemática mueven sus ojos rápidamente. En el corazón de la EMDR está la idea de que el procesamiento acelerado de material perturbador puede facilitarse directamente a nivel neuropsicológico utilizando ciertas tareas de atención dual (como imaginar una experiencia traumática mientras se sigue el dedo del terapeuta). El procedimiento EMDR se originó a partir de la observación de Shapiro de que, después de recordar un pensamiento perturbador mientras movían sus ojos deliberadamente, parecían ser menos molestos para los pacientes. Las opiniones de los investigadores y clínicos están divididas sobre la eficacia de la EMDR. La evidencia disponible sugiere que la EMDR tiene un modesto efecto terapéutico en algunas personas que tienen problemas relacionados con el estrés (Cahill, 1999). Lo que se necesita es un fundamento teórico bien desarrollado para el tratamiento y una investigación bien controlada.

La mayoría de los clínicos reconocen la necesidad de más investigación en todos los tratamientos para los trastornos relacionados con el estrés. También ven la necesidad de tratarlos con las combinaciones siguientes: aceptación de lo que el individuo está viviendo, educación y capacitación en relación con las respuestas de afrontamiento a estresores que sean útiles, superar el miedo a los recuerdos traumáticos y reestructuración cognitiva (por ejemplo, mediante preguntas y revisión de los esquemas relacionados con el trauma).

El problema con el estrés es que es muy personal. Los trastornos relacionados con el estrés no pueden ser explicados de manera simple con base en las cosas terribles que le suceden a las personas. Dependen en gran medida de cómo está constituido, psicológica y físicamente, el individuo que experimenta un evento estresante. Además, la misma persona puede manejar eficazmente ciertos estresores pero no otros. Un estresor en particular puede tener un sinnúmero de consecuencias, incluyendo sentimientos de sufrimiento absoluto, pérdida de la esperanza, experiencias disociativas, falla en los procesos corporales, enojo por desilusiones y fracasos, así como el éxito personal. Es posible aprender mucho al estudiar cómo las personas usan sus recursos personales para superar los retos de la vida. El tema del estrés no está restringido a las cosas malas que les suceden a las personas. Aprender más sobre la resiliencia humana y el ingenio puede, en último caso, contribuir a un mejor entendimiento y tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés.

El mensaje con el que nos quedamos

Nuestros dos pensamientos importantes sobre los trastornos relacionados con el estrés pueden parecer contradictorios, aunque realmente no lo son. Creemos que la creciente atención que se le presta actualmente a los efectos que varios tipos de estresores pueden tener en las personas es un desarrollo muy positivo. Esto es verdad desde el punto de vista de las intervenciones terapéuticas y la prevención de las situaciones estresantes (si es factible) o el fortaleci-

miento de las habilidades de afrontamiento que son útiles cuando surgen tales situaciones. Al mismo tiempo, vemos los problemas en ciertos aspectos de la actual conceptualización y clasificación del diagnóstico de estos trastornos. Señalamos con anterioridad que las experiencias estresantes son *subjetivas*: lo que es estresante para una persona puede ser un acontecimiento ordinario para otra. Como resultado, los clínicos deben tener una visión tan clara como sea posible de lo que le sucede a las personas en una experiencia subjetiva en particular. Normalmente esto es difícil. Otro problema que por lo general enfrentamos es decidir cómo responde un individuo desadaptado a una circunstancia difícil. Finalmente, aunque las personas se pueden recuperar relativamente rápido de

los trastornos del estrés, no siempre es clara la forma en que se recuperan. Varios síntomas de estos trastornos están presentes en otros trastornos del DSM-IV-TR (por ejemplo, la depresión está por lo general presente en los trastornos adaptativos, pero es también una característica de definición de otros trastornos, como los del estado de ánimo que se analiza en otro capítulo). Estos desafíos a nuestro entendimiento y los esfuerzos de los clínicos deben, y creemos que lo harán, superarse en los siguientes años. El reconocimiento de la prevalencia y las dimensiones de los efectos del estrés es un primer paso importante para estimular la resiliencia de cara a lo inesperado, lo alarmante y lo peligroso a medida que las personas van por la vida.

R esumen del capítulo

Estrés y afrontamiento

La manera en cómo las personas afrontan el estrés depende de su **vulnerabilidad** y **resiliencia**. La vulnerabilidad aumenta la probabilidad de una respuesta desadaptada al estrés; la resiliencia la disminuye. Tener un concepto de sí mismo positivo, gozar de nuevas experiencias y tener buenas relaciones interpersonales contribuye a la resiliencia.

Habilidades de afrontamiento Las habilidades de afrontamiento se refieren a la capacidad de una persona para manejar diferentes tipos de situaciones. Las personas que afrontan de manera eficaz usualmente tienen una variedad de técnicas a su disposición y pueden escoger la más apropiada para la situación. También aprenden a dirigir sus pensamientos hacia la solución de problemas y pueden evitar la distracción causada por el miedo y la preocupación.

El proceso de afrontamiento El **afrontamiento** es un proceso que incluye la adquisición de información pertinente, consideración de alternativas, decisión del curso de acción y la conducta. Niveles altos de activación emocional muchas veces interfieren con la eficacia del proceso de afrontamiento.

Apoyo social El **apoyo social**, el sentimiento de que somos importantes para otras personas, que nos valoran y que nos aman puede ayudar a que la gente sea menos vulnerable al estrés. La seguridad de contar con apoyo social también alienta a las personas a desarrollar nuevas maneras de afrontamiento durante periodos que no son muy estresantes. Muchos investigadores han demostrado la relación entre la disponibilidad de apoyo social y la salud tanto psicológica como física.

Situaciones desencadenantes del estrés y transiciones en la vida

El estrés puede tener efectos indeseables en la conducta, el pensamiento y el funcionamiento corporal. Diferentes personas reaccionan a los desencadenantes del estrés de distintas maneras, de modo que la correlación entre los desencadenantes particulares y sus efectos en los diversos síntomas corporales frecuentemente es baja. Para las personas

es especialmente difícil manejar varios desencadenantes de estrés que ocurren casi al mismo tiempo. Además, los efectos acumulativos de estos estresores en un periodo prolongado también pueden tener un efecto negativo en la salud mental y física de la persona. A menudo se emplean cuestionarios para evaluar qué eventos ha experimentado una persona en el pasado reciente, y la manera en que los percibió y reaccionó ante ellos.

Situaciones desencadenantes de estrés El estrés puede surgir ya sea de situaciones específicas o de transiciones del desarrollo. Los eventos estresantes varían en muchas dimensiones: duración, severidad, predecibilidad, grado de pérdida de control, confianza en sí mismo y aparición repentina del estrés. Los accidentes, los desastres naturales y las guerras pueden provocar altos niveles de estrés y generar un trastorno. El estrés también puede ser resultado de una crisis personal, como ser víctima de una violación o sufrir una pérdida.

Transiciones en la vida Las *transiciones en la vida*, como asistir a la universidad, obtener un trabajo, tener un bebé y cambiar de domicilio también pueden ser estresantes. La adolescencia es una época de estrés particular como consecuencia de cambios físicos, cambios de rol y cambios en las relaciones entre padres e hijos.

Reacciones clínicas ante el estrés

Los trastornos que parecen relacionarse más con el estrés son los *trastornos adaptativos*, *trastornos por estrés agudo* y *trastornos disociativos*.

Trastorno adaptativo Un **trastorno adaptativo** es una reacción al estrés reciente y por lo regular desaparece cuando el nivel de estrés disminuye. Los síntomas comunes de este tipo de trastorno son depresión, ansiedad, conducta desorganizada o imprudente, problemas de sueño, deterioro en el desempeño y retraimiento social.

Trastorno por estrés agudo El **trastorno por estrés agudo** ocurre en respuesta a un desencadenante de estrés traumático, y se re-

conoce por miedo, horror, o impotencia, junto con síntomas disociativos como aturdimiento, sentimiento de separación, disminución de la conciencia del entorno (como confusión), despersonalización y, con frecuencia, amnesia. Los síntomas comienzan dentro de las primeras cuatro semanas después del trauma y pueden durar de dos días a cuatro semanas.

Trastornos disociativos Las alteraciones temporales repentinas de la conciencia que borran experiencias dolorosas son características de los **trastornos disociativos**. En este grupo se incluyen cuatro condiciones: *amnesia disociativa*, *fuga disociativa*, *trastorno de la personalidad disociativa* y *despersonalización*. La **amnesia disociativa** implica pérdidas de memoria extensas, pero selectivas, que no tienen ninguna causa orgánica conocida. Este trastorno se asocia reiteradamente con un estrés abrumador. En una **fuga disociativa**, la persona pierde su identidad, abandona su hogar y establece una nueva vida en un lugar distante. Por lo general, la fuga termina de manera repentina cuando la persona “despierta” en forma súbita sin recordar los eventos ocurridos durante la fuga. A menudo el **trastorno de identidad disociativo** parece estar relacionado con experiencias traumáticas de la niñez. En este trastorno, la persona asume personalidades alternas, las cuales pueden o no tener conciencia unas de otras. La **despersonalización** implica un estado parecido al de soñar, en el que la persona tiene una sensación de que está separado tanto de sí misma como de la realidad. Este estado puede ser persistente o recurrente; además, con frecuencia es difícil identificar la fuente del estrés.

Tratamiento de problemas relacionados con el estrés

Se emplean diversas estrategias, ya sea solas o en combinación, para tratar los trastornos relacionados con el estrés.

Terapia de apoyo En la **terapia de apoyo**, el terapeuta ofrece aceptación y adopta una actitud no crítica para dar al paciente la oportunidad de relajarse lo suficiente como para participar en la solución de problemas.

Fármacos Los **fármacos** y **sedantes** actúan en el sistema nervioso para permitir que la persona sienta una reducción temporal del estrés. Con frecuencia, el tratamiento se combina con psicoterapia.

Entrenamiento en relajación El **entrenamiento en relajación** es una estrategia estructurada para reducir la tensión, la cual ayuda a disminuir sentimientos de estrés para que la persona se pueda enfocar en la solución de problemas.

Desensibilización sistemática La **desensibilización sistemática** es un proceso diseñado para eliminar el miedo en situaciones específicas por medio de la combinación de técnicas de relajación e imaginación de los estímulos que se asocian con la ansiedad.

Modificación cognitiva La **modificación cognitiva** es el proceso de aprender a pensar o analizar las situaciones que provocan ansiedad de manera distinta.

Intervención social La **intervención social** no sólo implica el tratamiento del individuo con el problema, sino que también incluye a otras personas de su contexto social (generalmente los miembros de su familia).

Retos en el tratamiento de problemas relacionados con el estrés El tratamiento apropiado de los problemas relacionados con el estrés requiere de planes cuidadosos basados en evaluaciones objetivas de los métodos terapéuticos. A menudo, las combinaciones de enfoques de tratamiento son útiles (por ejemplo, psicoterapia y medicamentos). El estrés es muy personal y las reacciones a él dependen de la constitución psicológica y física del individuo. Estudiar la resiliencia de las personas y su ingenio para vencer los retos puede mejorar el entendimiento y el tratamiento de los trastornos relacionados con estrés.



Conceptos clave

Amnesia disociativa, p. 173

Apoyo social, p. 162

Crisis personales, p. 162

Desensibilización sistemática, p. 178

Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR), p. 178

Despersonalización, p. 175

Duelo, p. 167

Entrenamiento en relajación, p. 177

Estrés, p. 158

Fuga disociativa, p. 174

Habilidades de afrontamiento, p. 159

Intervención social, p. 178

Luto, p. 167

Modificación cognitiva, p. 178

Proceso de afrontamiento, p. 159

Terapia de apoyo, p. 177

Trastorno adaptativo, p. 170

Trastorno de identidad disociativo, p. 174

Trastorno por estrés agudo, p. 171

Trastornos disociativos, p. 172

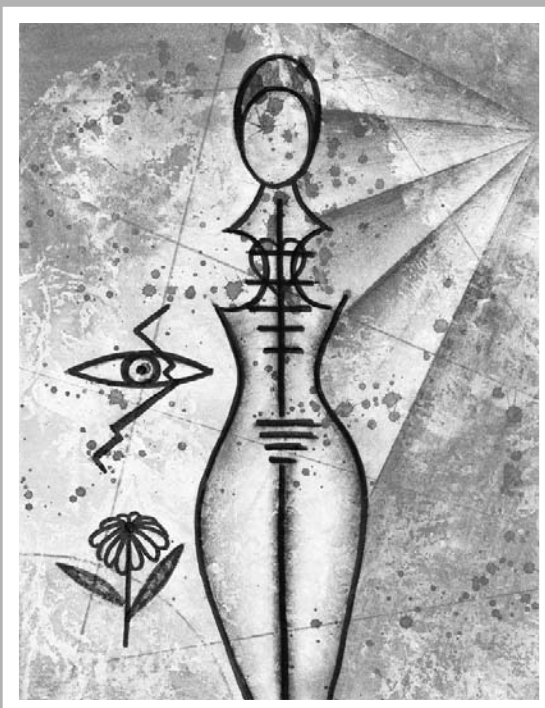
Un buen libro

En abril de 1942, en las Filipinas, las fuerzas estadounidenses resistieron a condiciones muy desfavorables, y después fueron derrotadas por los japoneses. Miles de personas murieron durante la infame Marcha de los muertos de Bataan y los sobrevivientes sólo se dirigieron a otro círculo infernal. Sydney Stewart, que tenía entonces 21 años, soldado de la armada de Estados Unidos, fue un sobreviviente que describió sus ex-

periencias y la de sus camaradas después de la guerra en *Give Us This Day*. Su libro es cautivador e instructivo en lo que se refiere a las diferencias individuales en el afrontamiento, uso de apoyo social y la adaptación al estrés. Provee ejemplos de muchas de las respuestas de afrontamiento adaptado y desadaptado descritas en este capítulo.

6

Desadaptaciones orgánicas: Trastornos de la conducta alimentaria, del sueño y psicofisiológicos



CORBIS Images.com

Interacciones orgánicas, sociales y psicológicas

El modelo biopsicosocial
Medicina conductual y psicología
de la salud
Estrés y enfermedad

Trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia nerviosa
Bulimia nerviosa
Atracones
¿Pueden prevenirse los trastornos de la
conducta alimentaria?

Trastornos del sueño

Procesos del sueño

Disomnias
Parasomnias

Trastornos psicofisiológicos

Trastornos cardiovasculares
Cáncer

Dilemas diagnósticos

Síndrome de fatiga crónica
Dolores de cabeza
Síndrome de intestino irritable

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Sería conveniente hacer una exacta distinción entre lo que son los padecimientos mentales y los físicos. ¡Si fuera tan sencillo! Pero no lo es, y este capítulo muestra la razón. Se explica el modelo psicosocial y después revisamos las tres categorías más importantes de los problemas físicos en los que las variables psicológicas y sociales juegan un papel muy importante junto con las físicas. Dos de estas categorías, los trastornos de la conducta alimentaria y del sueño, ilustran la mezcla de estas variables crean dificultades en dos funciones básicas del organismo, la alimentación y el sueño. La tercera categoría, los trastornos psicofisiológicos, se ejemplifica por medio de trastornos cardiovasculares y cáncer. Se muestra la forma en que las mismas variables se combinan para producir enfermedades importantes marcadas por incapacidad física y riesgo de muerte. Se consideran problemas que están relacionados con la forma en la que operan las tres variables.

A Valery Harris, de 12 años, hija única de padres preocupados y devotos, se le había diagnosticado desde hacía tiempo asma bronquial, una enfermedad respiratoria que surge muchas veces de alergias y que está marcada por crisis caracterizados por problemas al respirar, constricción del pecho y tos. Valery tenía todos los síntomas asmáticos normales, pero los medicamentos habían reducido en cierta forma su severidad. Debido a que pensaban que demasiada actividad física podría provocar un crisis de asma, sus padres habían reducido significativamente su nivel de actividad (estaban secretamente preocupados de que pudiera sufrir un colapso y morir). La conducta de su padre en cuanto llegaba a casa del trabajo era una muestra típica de la ansiedad que sentían ambos padres. Todas las tardes se dedicaba completamente a la tarea de divertir y consentir a su hija de manera que se minimizaran las crisis. En realidad, sus crisis tendieron a incrementarse en frecuencia y severidad después de que éste llegaba a casa. Desafortunadamente, ni Valery ni sus padres sospecharon de una posible conexión entre la conducta de éstos y la ocurrencia de las crisis asmáticas de Valery. Gracias a que el médico había observado y muchas veces mostrado su preocupación acerca de la ansiedad de los padres y de su sobreprotección, recomendó que la familia consultara con un psiquiatra. Una serie de sesiones, algunas de ellas con la participación de

toda la familia y algunas sólo con los padres, ayudaron a todos a ver hasta qué punto Valery se había dado cuenta de que sus padres estaban trabajando muy fuerte —demasiado fuerte— para cuidarla y ayudarla, y que esta situación incrementaba su tensión. Pensaba: “Debe haber algo que los preocupa seriamente.” A medida que los padres comprendieron mejor su ansiedad y su conducta sobreprotectora, pudieron relajarse un poco más respecto de Valery y de su condición. Como resultado de ello, los jadeos del Valery disminuyeron y las crisis severas disminuyeron en frecuencia.

El padecimiento de Valery Harris involucró un conjunto de síntomas físicos observables que se redujeron en cierta forma por medio de medicamentos. El estrés y la vulnerabilidad parecían contribuir a su asma bronquial. Parecía que las reacciones de sus padres (especialmente de él) provocaban estrés e incrementaban los síntomas, los cuales, a su vez, la hicieron especialmente vulnerable a la sobreprotección de sus padres.

El **asma** es una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por la irritabilidad y obstrucción de las vías respiratorias estimulada por diversos tipos de alergias e irritantes. Ilustra muchas relaciones complejas entre factores sociales y psicológicos, por un lado, y orgánicas por el otro. Las crisis asmáticas pueden ser desencadenadas por condiciones específicas y ciertas sustancias, por ejemplo la presencia de perros, gatos y moho. Las emociones negativas, como la depresión y la ansiedad, en asociación con el estrés, pueden también desencadenar el surgimiento de síntomas asmáticos. Aunque se conoce poco acerca del mecanismo mediante el cual el estrés contribuye al asma, aprender habilidades de manejo de estrés resulta de mucha ayuda para quienes la padecen (Lehrer y cols., 2002).

Es lógico pensar que los periodos de estrés intenso o prolongado pueden afectar la forma en que funciona el cuerpo; las cargas adicionales de estrés normalmente provocan un mayor desgaste. Este capítulo trata sobre el papel que juegan el estrés, la vulnerabilidad personal y la resiliencia en la enfermedad física. El foco de atención de este capítulo se concentra en la disfunción orgánica, mientras que en el siguiente capítulo se estudiarán asuntos orgánicos muchas veces intensos que se presentan en ausencia de un trastorno médico diagnosticable.

El capítulo anterior mostró que una combinación de estrés y vulnerabilidad puede provocar resultados psicológicos desadaptados. Esta combinación también puede provocar síntomas físicos o una preocupación por el organismo incluso cuando no hay una disfunción discernible. Aunque la prensa popular y la televisión muchas veces dejan la impresión de que existe una relación casi automática entre estrés y enfermedad (ver la figura 6-1), los síntomas físicos no son necesariamente resultado del estrés. En el caso de Valery Harris su asma es una condición alérgica que le provoca dificultades respiratorias, pero que empeora ante la presencia del estrés.



Figura 6-1 El estrés puede tener consecuencias tanto psicológicas como físicas, pero la relación entre él y estos resultados no es tan sencilla como aparece en esta caricatura.

FUENTE: © Jim Borgman. Reimpreso con permiso especial de King Features Syndicate.

La investigación ha demostrado que los factores psicológicos y sociales juegan un papel importante en la salud y en el estado físico, una idea que ha intrigado tanto a profesionales clínicos como a pacientes durante mucho tiempo. Existe evidencia de que 1) los estresores agudos y crónicos juegan cierto papel en algunos trastornos físicos, 2) la vulnerabilidad y la resiliencia influyen en las funciones orgánicas y en la recuperación de la enfermedad, y 3) para algunas personas las enfermedades del cuerpo parecen ser una forma de manejar el estrés.

Se piensa que muchos de los trastornos cubiertos en este capítulo son resultado de estimulaciones psicológicas prolongadas, intensas y frecuentes. Mientras que algunas personas responden al estrés principalmente con conductas y pensamientos extravagantes, otras lo hacen con enfermedades físicas que van desde el cáncer hasta las migrañas. Sin embargo, aunque se sabe que existen grandes diferencias entre los patrones individuales de reacciones conductuales, cognitivas y fisiológicas al estrés, los mecanismos que se encuentran detrás de estos patrones aún permanecen poco claros. Cualesquiera que resulten ser los mecanismos, ahora queda claro que involucran interacciones entre variables personales (por ejemplo, patrones fisiológicos y actitudes) y variables situacionales (como experiencias de vida recientes y pasadas y apoyo social). Es claro que la enfermedad surge debido a múltiples factores.

Interacciones orgánicas, sociales y psicológicas

La conciencia de que el estado mental de una persona puede influir en el cuerpo tiene una larga historia (ver el capítulo 1). En el siglo XVIII, Franz Anton Mesmer declaró que podía modificar el curso de los síntomas físicos utilizando su “magnetismo personal”. En el siglo XIX, Jean Martin Charcot fue pionero en el uso de la hipnosis para el tratamiento de trastornos orgánicos; a principios del siglo XX, Sigmund Freud aplicó los conceptos psicoanalíticos a los síntomas físicos. Freud pensaba que los síntomas somáticos tenían un significado simbólico; representaban compromisos entre impulsos prohibidos, conflictos intrapsíquicos y la necesidad de defender-

se uno mismo de la ansiedad. En los años treinta y cuarenta diversos profesionales clínicos integraron las ideas freudianas en un cuerpo creciente de conocimiento sobre los aspectos orgánicos de las experiencias emocionales. Durante este periodo, se volvió cada vez más popular la **hipótesis psicósomática**. De acuerdo con esta teoría, los síntomas orgánicos pueden ser provocados por un bloqueo de la expresión emocional.

Una gran parte de la investigación se ha enfocado en la forma en que cambian las reacciones del organismo cuando la persona está expuesta a diferentes estímulos provocados por emociones. Por ejemplo, se ha demostrado que la tensión emocional influye en el sistema nervioso autónomo y en las glándulas endócrinas. Una de las glándulas endócrinas, la médula suprarrenal, libera estas hormonas cuando la situación amerita “luchar o huir”. Como resultado de este fenómeno, se incrementan la respiración, el ritmo cardíaco y la tensión muscular. Éstos y otros cambios orgánicos provocados por respuestas emocionales al estrés preparan al organismo para enfrentar desafíos (Seyle, 1976).

Las respuestas orgánicas exageradas pueden ser producto de cierto tipo de relaciones interpersonales, especialmente cuando el estrés está presente. Las personas que crecieron en un ambiente familiar marcado por el conflicto y la agresión tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud física y mental en su vida adulta (Repetti y cols., 2002). Las relaciones matrimoniales marcadas por el conflicto y por emociones negativas muy fuertes contribuyen no sólo a la depresión y a hábitos de salud deficientes, sino también a la presencia de trastornos inmunológicos, endócrinos y cardiovasculares. La felicidad matrimonial, por otro lado, contribuye de forma positiva a la salud (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001). Cuando el conflicto marital se extiende por un largo periodo, se incrementa la probabilidad de que tanto el esposo como la esposa desarrollen los mismos trastornos médicos serios (Hippisley-Cox y cols., 2002).

El modelo biopsicosocial

Hoy en día la mayor parte de los investigadores analizan los síntomas físicos desde un punto de vista interaccionista: los efectos orgánicos pueden provocar problemas psicológicos, y éstos, a su vez,

pueden causar defectos orgánicos. Cuando los factores psicológicos están presentes en una enfermedad, su papel es normalmente indirecto. Por ejemplo, las características de la personalidad en sí mismas no pueden provocar una enfermedad como el asma, pero si se presentan en combinación con pulmones hipersensibles y ciertos eventos estresantes, pueden jugar un papel muy importante.

En las décadas pasadas, se ha otorgado mucha importancia a la interacción entre los estados psicológicos y las variables biológicas y sociales. De acuerdo con este **modelo biopsicosocial**, una persona puede considerarse como un sistema conformado por subsistemas sociales, psicológicos y biológicos que interactúan entre sí (Engel, 1977). A través de todo el sistema existen fuentes de vulnerabilidad y resiliencia. El modelo puede ilustrarse mediante ciertas actividades complejas involucradas en la función cerebral. Los procesos cerebrales con aportaciones tanto físicas como no físicas (acontecimientos ambientales, ideas) generan pensamientos y conducta y regulan las funciones del organismo. En cualquier momento la organización cerebral permite una “programación” simultánea de datos que pertenece a las esferas social, psicológica y biológica. El desafío que enfrentan los investigadores es identificar los factores y condiciones que juegan cierto papel en este complejo tipo de procesamiento de información.

Los problemas biopsicosociales surgen muchas veces cuando la vida de las personas se ve alterada por cambios ambientales, desafíos y restricciones. La palabra **homeostasis** se refiere al mecanismo mediante el cual un organismo se moviliza para restaurar su equilibrio dinámico frente a cualquiera de estas alteraciones. Actualmente, la mayoría de los investigadores y clínicos piensan que, para cualquier individuo, un conjunto de variables —físicas, psicológicas, y sociales— contribuye a desencadenar el fenómeno que llamamos “enfermarse”. La idea de que la enfermedad se debe simplemente a la influencia de agentes externos parece ser un poco anticuada. Aunque es cierto que existen diferencias individuales en la vulnerabilidad de los órganos del cuerpo hacia la enfermedad, estas diferencias deben considerarse a la luz de las características de la personalidad, los factores ambientales y la condición general del cuerpo.

La progresión de la infección del VIH al SIDA proporciona a los investigadores una oportunidad única para estudiar el modelo biopsicosocial en acción. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ataca al sistema inmunológico y mata sus células huésped. La infección del VIH se desarrolla frecuentemente hasta convertirse en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que hace que la persona afectada sea especialmente susceptible a diversas infecciones que muchas veces tienen un resultado fatal. Desde el punto de vista de la investigación biopsicosocial, el VIH y el SIDA son especialmente interesantes debido a que un gran número de los individuos afectados pueden identificarse en una etapa temprana del proceso de la enfermedad (aun antes de que muestren síntomas). Esto significa que pueden tener un seguimiento longitudinal para revisar la progresión de la enfermedad y la forma en que se relaciona con las variables psicológicas.

Si las creencias y las actitudes juegan un papel muy importante en la progresión de una enfermedad, esto debe ser cierto para las personas infectadas con VIH y ciertamente éste parece ser el caso. Por ejemplo, las personas infectadas con VIH que experimen-

tan la muerte de uno o más amigos cercanos de SIDA es probable que muestren un deterioro físico mucho más rápido que las personas infectadas con VIH que no han experimentado esa pérdida (Taylor y otros., 2001) ¿Por qué? Quizás porque la pérdida de un amigo cercano o de una pareja fortalecen sus propias expectativas negativas, las cuales perturban si hacen que surja la ansiedad y la depresión. Evidencia proveniente de la investigación del SIDA es también consistente con la idea de que las expectativas negativas, a diferencia de las positivas, se asocian con una progresión mucho más rápida del VIH al SIDA y a la aparición mucho más rápida de los síntomas. Los hombres infectados de VIH que fueron capaces de encontrar un significado (“He pensado mucho acerca de lo que esta muerte significa para mí”) en la muerte de un amigo que tuvo SIDA tuvieron mucha más resistencia a la progresión de la enfermedad que los hombres en la misma condición que no encontraron significado alguno a la muerte de una persona que era importante para ellos.

La evidencia disponible sugiere que un punto de vista optimista de la vida, el sentimiento de control en la vida y ver un significado en las pérdidas personales, tienen efectos protectores contra la severidad de los síntomas y la progresión hacia la muerte. Aunque todos los caminos biopsicosociales al VIH y al SIDA no han sido expuestos y explorados resulta claro que morir de esta enfermedad no es simplemente morir de una infección. Los factores psicológicos y sociales como el apoyo social deben también tomarse en cuenta. El punto de vista biopsicosocial no se limita a las causas o a la progresión de la enfermedad. También es importante tomar en cuenta la prevención y el tratamiento, áreas de gran importancia para el campo de las especialidades de la medicina conductual y de la psicología de la salud.

Medicina conductual y psicología de la salud

La **medicina conductual** se ocupa de encontrar formas de mejorar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación mediante el uso de técnicas psicológicas que ayuden a las personas a adoptar formas más sanas de vivir. Una de las metas más importantes de la medicina conductual es proporcionar un servicio adecuado por parte de los profesionales del cuidado de la salud. Los investigadores en medicina conductual están particularmente preocupados por la evaluación directa del paciente y su tratamiento.

El campo relacionado con la **psicología de la salud** tiene por objetivo la prevención de la enfermedad. Los psicólogos de la salud tratan de reducir los riesgos para la salud cambiando la forma de pensar de las personas y sus hábitos. Los investigadores de esta área tienden a preocuparse por temas mucho más amplios, incluyendo la adquisición y modificación de las conductas que influyen en la salud o que son guiadas por preocupaciones acerca de ella. Debido a que 50% de la mortalidad se debe a conductas como la inactividad, la nutrición deficiente y el hábito de fumar, los psicólogos de la salud intentan fortalecer conductas que contribuyan a la buena salud. El cuadro 6-1 describe algunos de los temas en los que se enfocan la medicina conductual y la psicología de la salud.

Tanto la medicina conductual como la psicología de la salud se preocupan por la reducción del estrés por la enfermedad y, siempre

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

Medicina conductual y psicología de la salud: investigación y cuestiones clínicas

Virtualmente toda enfermedad que se presente en el cuerpo —desde un catarro común hasta el cáncer o las enfermedades del corazón— puede ser influida positiva o negativamente por características personales, estilo de vida, nivel social y relaciones interpersonales. Al exponer los mecanismos que se encuentran detrás de estos efectos, la investigación puede señalar nuevas formas para evitar y tratar muchas enfermedades. El género, la raza y la relación médico-paciente ilustran algunos de los tópicos de especial interés para aquellos que trabajan en las áreas de la medicina conductual y la psicología de la salud.

Género, salud y longevidad

El género es un factor significativo en la salud y la longevidad. Las mujeres viven más que los hombres (casi siete años en Estados Unidos), aunque la causa de esta diferencia no está muy clara (ver la figura 6-2). ¿Este fenómeno se debe puramente a diferencias biológicas o a otros factores (tales como los papeles sociales y expectativas personales relacionadas con el género) que contribuyen de manera importante a la salud y a la longevidad? ¿Es posible que la menor longevidad de los hombres se relacione con factores conductuales? Estas preguntas han sido estudiadas de formas muy distintas, aunque no hay respuestas claras todavía. Los hombres hacen menos uso que las mujeres de los servicios de salud, sus estilos de vida pueden ser más propicios a la tensión, y expresan menor interés en realizar cambios relacionados con la salud en sus vidas (Lee y Owens, 2002). Además, generalmente expresan menos emoción y les gustan más las conductas de riesgo (por ejemplo, conducir automóviles), y tienden a sufrir un mayor número de accidentes que las mujeres (ver la figura 6-3). Los hombres parecen manejar peor que las mujeres los cambios importantes de la vida, tales como el divorcio o la muerte de un cónyuge. Esto puede deberse a una mayor tendencia de ellos a suprimir emociones fuertes, debido a diferencias biológicas o a expectativas culturales. Existe la necesidad de obtener mayor información acerca de los aspectos de la vida familiar de los hombres que puedan tener implicaciones en cuanto a su salud.

Además de las diferencias globales en género en cuanto a salud y longevidad, cada uno



Figura 6-2 Una visita a los lugares donde las personas de la tercera edad se reúnen demuestra que las mujeres viven más que los hombres.



Figura 6-3 Parte del hecho de que los hombres mueran a una edad más temprana que las mujeres es que se arriesgan mucho más y sufren más accidentes. Aunque esto resulta especialmente cierto entre los jóvenes, incluso entre los de más de 65 años, los hombres son dos veces más propensos que las mujeres a morir en accidentes automovilísticos (Stevens y cols., 1999). Las lesiones y muertes en las actividades deportivas son más comunes entre hombres y muchachos que entre mujeres y chicas jóvenes. Es necesario comprender mejor los factores sociales y culturales que alientan a los hombres a correr riesgos y que contribuyen a una longevidad relativamente pobre.

de los sexos se enfrenta a problemas de salud específicos. Por ejemplo, los aspectos biopsicosociales de la salud reproductiva de la mujer reciben ahora una atención especial (Stanton y cols., 2002). El tabaquismo durante el embarazo puede tener serias consecuencias en el producto, por lo que se están implementando programas para desalentar el hábito de fumar entre las mujeres embarazadas. La menopausia, es decir la suspensión de la menstruación asociada con la pérdida de la actividad ovárica, tiene aspectos tanto físicos como psicológicos. La terapia de reemplazo hormonal había sido ampliamente recomendada para mujeres que se encontraban en esta etapa con el fin de reducir los síntomas físicos, hasta hace poco tiempo en que se descubrió que incrementa el riesgo de ciertos tipos de cáncer. Se ha sugerido el uso de técnicas de manejo de estrés (como la relajación muscular) como una forma de facilitar la transición biológica sin dichos efectos colaterales potencialmente negativos.

Diferencias raciales, étnicas y culturales

La composición de la población de muchos países (por ejemplo de los Estados Unidos y Canadá) está siendo cada vez más diversa y por ello han comenzado a estudiarse las diferencias y las similitudes entre los grupos étnicos y raciales con respecto a sus necesidades de salud. Una de las diferencias más importantes se refiere al estado de los afroes-

CUADRO 6-1

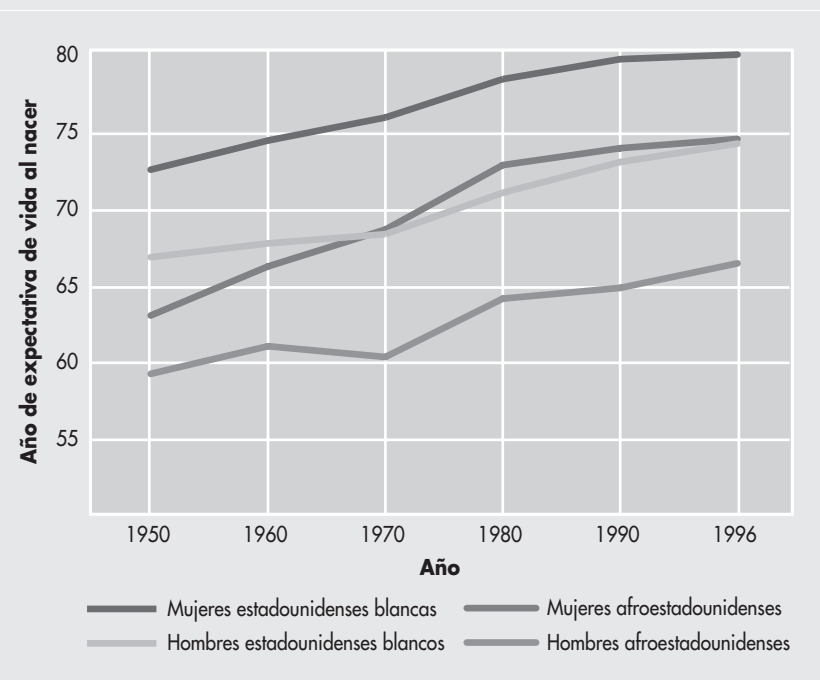


Figura 6-4 Diferencias entre las expectativas de vida en el momento del nacimiento de hombres y mujeres de razas blanca y negra en Estados Unidos.

FUENTE: Basado en Berkman, 2002, p. 5.

tadounidenses. Los porcentajes de muerte son mucho más elevados entre ellos en comparación con los estadounidenses blancos, aun cuando la expectativa de vida se ha incrementado en ambos grupos durante el pasado medio siglo (ver la figura 6-4).

Las diferencias socioeconómicas parecen jugar un papel importante en todos los grupos sin importar cuál sea la raza. En promedio, las personas que no han terminado la preparatoria viven menos que las que se han graduado. Aunque el nivel socioeconómico promedio más bajo de los afroestadounidenses se toma en cuenta en relación con esta diferencia, no la explica por completo (Berkman, 2002). Los investigadores están aclarando y tratando de investigar factores que se relacionen con estas diferencias persistentes. Algunas de las diferencias pueden estar relacionadas con situaciones que inducen el estrés debido a la discriminación. Otras causas de muerte que contribuyen a la disparidad entre las razas son la hipertensión (presión arterial elevada) y la diabetes, que pueden provenir de una vulnerabilidad particular o de factores culturales, el SIDA y el homicidio (Wong y cols., 2002). Los investi-

gadores tienen que desarrollar mensajes de salud pública destinados a grupos especiales con el objetivo de prevenir enfermedades que muestren porcentajes más altos de incidencia entre grupos específicos dentro de la población. Por ejemplo, los afroestadounidenses son más proclives a fumar que sus compatriotas blancos, con los consecuentes efectos negativos en la salud.

Cada uno de los diversos grupos raciales y étnicos tiene cuando menos algunos problemas especiales de salud. Por ejemplo, los porcentajes de diabetes, hipertensión, tuberculosis, enfermedades cardíacas y cáncer son relativamente altos entre los estadounidenses nativos. Los porcentajes de muerte son menores en el caso los chinos, japoneses y filipinoestadounidenses que en el caso de los estadounidenses blancos. Aunque los estadounidenses hispanos tienen un porcentaje más alto de mortalidad en proporción, no hay diferencias notorias dentro de este grupo, especialmente en el caso de los que han inmigrado a Estados Unidos. El porcentaje de mortalidad por enfermedades crónicas del hígado dos veces más alto entre los nacidos en Puerto Rico que entre los nacidos en México y en

Cuba, aunque los de origen mexicano tienen porcentajes de muerte más altos debido a accidentes y a enfermedades cardíacas.

Aunque las diferencias entre los diversos segmentos de la población son médicamente importantes, los trabajadores de los campos de la medicina conductual y la psicología de la salud están especialmente interesados en la contribución de los factores psicosociales a estas diferencias y en el desarrollo de programas de modificación de conducta que puedan cambiarla hacia una dirección deseable. Los cambios en diferentes conductas mejorarán en gran medida la salud de todos los segmentos de la población. En éste y otros capítulos se hablará acerca de ello. Algunas enfermedades y la mortandad pueden reducirse a través de cambios en el estilo de vida. Por ejemplo, la hipertensión, la obesidad y el sexo inseguro tienen componentes fuertemente conductuales. Los cambios conductuales tales como mantener el peso corporal bajo control, comer alimentos balanceados, realizar ejercicio frecuente, evitar los cigarrillos y beber alcohol con moderación pueden llevar a un mejor estado de salud.

que sea posible, por la prevención de dicho estrés. La prevención muchas veces involucra ayudar a la persona a realizar cambios en su estilo de vida. Ejemplos de esfuerzos de objetivos de prevención son: tabaquismo, una forma de conducta voluntaria claramente dañina para la salud y una de las principales causas de cáncer; abuso del alcohol, que contribuye a la cirrosis del hígado; lesiones por accidentes y violencia; y abuso de la comida y falta de ejercicio que contribuyen a la obesidad, a la hipertensión y a la diabetes.

La medicina conductual y la psicología de la salud son campos interdisciplinarios que integran las ciencias biomédica y de la conducta. Ambos campos comparten una filosofía que hace hincapié en la responsabilidad individual como un medio de maximizar la salud. De acuerdo con este punto de vista, la salud es un logro personal, y la conducta de las personas influye en que puedan lograrla o no. Los factores económico, social, mental y físico influyen en la salud y en la recaída de la enfermedad.

Una área de especial interés en la medicina conductual y en la psicología de la salud es el papel de la relación médico-paciente en la promoción de la salud y la recaída de la enfermedad. El que una persona se recupere rápida y completamente de una enfermedad, depende de las habilidades de diagnóstico del médico y de la terapia que emplee. El éxito terapéutico y el diagnóstico, a su vez, se relacionan muchas veces con las interacciones que se presentan entre el médico y el paciente. Cuando éste se siente confortable con él, es más fácil que 1) revele información pertinente para el diagnóstico, y 2) que entienda y se apegue a las recomendaciones del médico. El carácter de la relación entre el médico y el paciente influye en las percepciones que éste tiene de sus problemas y de los resultados clínicos que se obtienen. Una buena relación contribuye a un buen estado de ánimo por parte del paciente y a la percepción de un verdadero interés por parte del médico. La forma en que este paciente percibía al médico contribuyó a fortalecer las emociones negativas:

Pienso que al convertirse en un gran cirujano se olvidó de aquellos primeros cursos destinados al manejo de las relaciones médico-paciente: los pacientes tienden a tener miedo y a imaginar lo peor; ellos necesitan tranquilidad. Usted simplemente me espantó que tenía dos tumores malignos que debían operarse cuanto antes. Eso significaba cáncer. La palabra me hizo sentir pánico. Empecé a sudar. Pero usted ni siquiera lo notó. Frunció el ceño como suele hacerlo y me dijo que la radiación y la quimioterapia no eran opciones. No me dio ninguna explicación y yo me sentía demasiado vapuleado para preguntar.

En cambio, es muy probable que el médico, que se presenta a continuación, juegue un papel positivo e importante en la vida de sus pacientes:

He practicado la medicina durante suficiente tiempo para darme cuenta intuitivamente que incluso cuando una persona con problemas médicos significativos tiene una queja, en más de la mitad de las ocasiones ésta se relaciona con el estrés. Diariamente, por lo tanto, evalúo el proceso de la enfermedad y ajusto el manejo médico de acuerdo a lo que se necesita, pero mi felicidad proviene de escuchar cuidadosamente, de ayudar a las personas a identificar sus estresores, aparte de proporcionarles el mejor consejo posible cuando pienso que es apropiado, esto es, ofrecerles siempre mi cuidado y mi comprensión, especialmente cuando veo que el problema, como se presenta, no tiene solución. Me siento

recompensado al observar a las personas sintiéndose mejor simplemente por sentirse cuidadas y atendidas.

Las relaciones médico-paciente pueden mejorarse si se enseña a los estudiantes de medicina y a los médicos practicantes la forma de comunicarse bien con sus pacientes. Algunas cosas sencillas como llamar a los pacientes por su nombre, explicarles el propósito de un procedimiento y alentarlos a hablar acerca de lo que piensan puede crear una diferencia importante en los resultados clínicos.

Estrés y enfermedad

Cada vez existe mayor evidencia de que el estrés juega un papel importante en la enfermedad y la salud. Se ha observado que el estrés produce diversas reacciones orgánicas. El corazón, los pulmones y los sistemas nervioso, endocrino y digestivo, entre otros, trabajan tiempo extra cuando la persona experimenta estrés. Cuando estos sistemas están permanentemente sobrecargados a lo largo de extensos periodos de la vida de una persona, se incrementa la probabilidad de que se presente alguna debilidad o trastorno físico. Por lo tanto, desde el punto de vista médico tiene sentido estudiar las características personales y los aspectos de vida que se presentan junto con las reacciones persistentes y fuertes ante el estrés o que pueden predisponer a una persona a un desgaste físico o psicológico. El estrés surge cuando las personas enfrentan situaciones difíciles y tienen que preguntarse a sí mismas “¿Cómo voy a manejar esto?” o “¿Cómo puedo hacerlo?” (ver la figura 6-5). Los factores que se presentan a continuación incrementan el estrés y el riesgo de contraer una enfermedad:

1. Incapacidad para adaptarse a los cambios que generan demandas ambientales
2. Incapacidad para manejar emociones y sentimientos fuertes, y para expresarlos de una manera realista
3. Incapacidad para interpretar las demandas, restricciones y oportunidades de manera correcta
4. Incapacidad para establecer lazos interpersonales duraderos y reconfortantes, particularmente en las relaciones amorosas

Sólo algunas personas que están predispuestas biológicamente a un trastorno en particular se enferman, mientras que otros, que son igualmente vulnerables desde el punto de vista biológico, son capaces de manejar las situaciones eficazmente y de esta forma reducen los efectos negativos del estrés en la salud. La posibilidad del surgimiento de una enfermedad puede variar de acuerdo con diversos factores, entre ellos la edad, la forma particular de la enfermedad y lo que está sucediendo en la vida de la persona. Estos factores interactuantes arrojan cierta luz en cuanto a las razones por las cuales es prácticamente imposible hacer declaraciones como: “Juan Pérez contrajo neumonía debido a que ha estado trabajando tiempo extra durante dos meses” o “A María García se le hizo una úlcera debido a que es una persona muy nerviosa.” Muchas personas contraen neumonía sin trabajar tiempo extra y la mayor parte de las personas puede trabajar tiempo extra sin que esto las enferme. De manera similar, muchas personas que desarrollaron úlceras no parecen ser especialmente nerviosas, y la mayoría de las personas nerviosas no las tiene.

Como se explicó anteriormente, el estrés provoca diversos cambios físicos. Entre otras cosas, estimula las secreciones hormonales (particularmente las de la glándula suprarrenal y pituitaria),



Figura 6-5 Estar bien preparado para enfrentar los retos reduce el riesgo de enfermedad a causa del estrés. Por ejemplo, la investigación sobre los policías asignados a brigadas de negociación y tácticas peligrosas han demostrado que los que recibieron capacitación y supervisión intensa no muestran un alto nivel de síntomas físicos y psicológicos relacionados con el estrés.

FUENTE: Messer, 1994.

activa el sistema autónomo, provoca cambios bioquímicos y altera el nivel eléctrico del cerebro. Aunque todas las personas presentan dichas reacciones ante el estrés, la fuerza y el patrón de éstas dependen no sólo de la naturaleza del estímulo estresante sino también de las características biológicas, la personalidad y las experiencias de vida de una persona. Las experiencias recientes y pasadas en su vida juegan un papel importante en el momento de percibir la forma en que se evalúan las situaciones y de elegir los mecanismos para hacer frente al estrés.

Cada vez hay mayor evidencia del papel que juegan las características personales y las experiencias de vida en la forma en que funciona el sistema inmune en el momento de sanar heridas y de resistir agentes que provocan enfermedades. Las presiones académicas y otros estresores comunes a corto plazo, pueden provocar cambios en una diversidad de funciones del sistema inmune que pueden ser importantes para la salud. Los estresores crónicos tales como el encarcelamiento, las tensiones laborales, la proximidad al

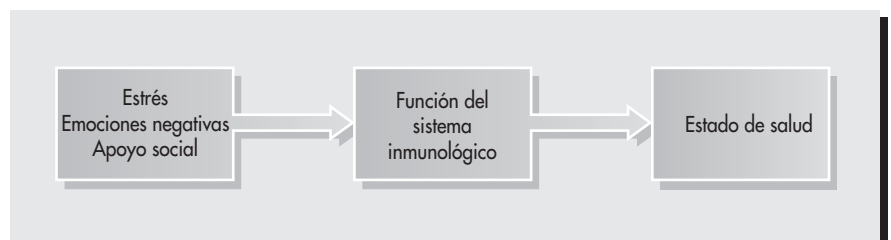
peligro (como vivir cerca de un reactor nuclear dañado), y el desempleo tienen efectos negativos sobre el sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser y cols., 2002). En general, experimentar emociones negativas (tales como la ansiedad, la depresión y la ira) contribuye a una desregulación inmunológica, aun cuando se percibe que un buen apoyo social puede fortalecer el funcionamiento del sistema inmunológico. Estos hallazgos son importantes debido a que fortalecen la creencia de que la salud realmente es un producto biopsicosocial (ver la figura 6-6).

Tanto la observación como los estudios experimentales señalan la importancia del papel del proceso biopsicosocial, incluso en un trastorno tan leve como puede ser el resfriado común. En un estudio de un año realizado a 100 sujetos, se tomaron cultivos de garganta cada tres semanas en búsqueda de bacterias, y se extrajo sangre cada cuatro meses en búsqueda de anticuerpos del virus del resfriado. La presencia de acontecimientos que provocaron estrés, según lo registrado en los diarios de las personas, fue cuatro veces mayor antes que después de nuevas infecciones. Las personas que desarrollaron una infección bacteriana o un resfriado se habían sentido muchas veces más enojadas y tensas que de costumbre aunque estos sentimientos no fueron signos tempranos de la enfermedad, ya que aparecieron en promedio cuatro días antes de los síntomas físicos. El efecto persistió incluso cuando se tomó en cuenta el sexo o el historial familiar de infecciones respiratorias, al igual que el tamaño de la familia y las alergias (S. Cohen y Williamson, 1991).

Otro experimento proporciona evidencia aún más contundente sobre la conexión que existe entre el estrés y los resfriados. Aquí 420 sujetos (154 hombres y 266 mujeres) estuvieron expuestos a uno de cinco virus de resfriado después de haber respondido cuestionarios sobre estrés psicológico, personalidad, prácticas de salud y conducta. Se utilizaron las tres medidas siguientes: presencia de ciertos eventos (pérdida del trabajo, muerte en la familia, cambio de residencia, divorcio, etc.) durante el año anterior; sentirse asustado, molesto, nervioso, triste, enojado o irritado; y sentirse incapaz de enfrentar las demandas actuales (S. Cohen y cols., 1991).

Antes de la exposición y un mes después, los investigadores preguntaron acerca de los síntomas de resfriado y realizaron pruebas de anticuerpos al virus del resfriado. Comprobaron que cuanto mayor era el estrés que sufría una persona, mayor era la posibilidad de adquirir una infección (como lo indica la presencia de anticuerpos). Entre 25% de los sujetos que se encontraban bajo mayor carga de estrés, 90% de ellos resultó infectado. Entre 25% sometido a menor estrés, la infección se presentó sólo en 74% de ellos. Sin embargo, una vez infectadas, las personas que estaban bajo estrés no parecían desarrollar mayores síntomas de resfriado. En otras palabras, el estrés incrementó el peligro de infecciones, pero no las molestias resultantes (lo que es producido por las defensas del sistema inmune en contra del virus).

Figura 6-6 El estrés y las emociones negativas parecen tener una influencia indeseable en el sistema inmunológico mientras que el apoyo social y la tranquilidad mental pueden proporcionar una influencia deseable.



Mientras que el estrés disminuye la resistencia a la infección, el apoyo social parece incrementarla. Personas con diversas redes sociales tienen menor posibilidad de desarrollar enfermedades de las vías respiratorias altas después de una exposición viral que las personas con redes de soporte relativamente restringidas. Esta diferencia en la respuesta a la infección se aplica tanto a reportes subjetivos de enfermedad como a medidas objetivas de la producción de moco (S. Cohen y cols., 1997; S. Cohen y cols., 1999). ¿Pueden los profesionales clínicos, como los médicos, ser capaces de ayudar a los pacientes a resistir infecciones o a recuperarse de ellas? Ésta es una de las posibilidades sugeridas por los hallazgos que hemos revisado referentes a la relación médico-paciente y a la susceptibilidad a la infección. Este tema merece mayores consideraciones y estudio.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los problemas de salud, el aspecto central de este capítulo, pueden 1) ser mayores o menores, 2) ser condiciones a largo plazo o a corto plazo, y (3) tener causas fácilmente identificables o algunas que son vagas y difusas. En algunos casos, existe un daño tisular al que parecen contribuir el estrés, el afrontamiento y la resiliencia. Revisaremos estos trastornos más adelante en este capítulo. Sin embargo, en otros casos, el problema es —o al menos empieza a ser— principalmente conductual, en el sentido de que la persona se comporta de forma tal, que aunque no causa deterioro en principio, puede convertirse en algo serio o incluso fatal a medida que pasa el tiempo. Los trastornos de la conducta alimentaria y del sueño (de los que se hablará más tarde) caen dentro de este grupo. Este tipo de trastornos tiene en común que son poco entendidos y que aún no están bien definidas las contribuciones de los factores psicosociales y biológicos. Son adiciones relativamente recientes al sistema de clasificación psiquiátrica. Hace apenas 30 años que comenzaron a realizarse investigaciones más amplias sobre ellos.

Sin embargo, existe evidencia suficiente que implica las variables sociales y psicológicas en el desarrollo y tratamiento de estas enfermedades y que justifica su inclusión en una encuesta de psicología normal. Las personas con trastornos de la conducta alimentaria, muchas veces preocupadas por convertirse en personas delgadas, se sienten deprimidas la mayor parte del tiempo, tienen una baja autoestima y habilidades sociales limitadas, además de que tienden a ser obsesivas y perfeccionistas. Un diagnóstico clínico de la depresión durante la adolescencia temprana se asocia con un riesgo elevado de desarrollar más adelante un trastorno de la conducta alimentaria (J.G. Johnson y cols., 2002).

Los tres trastornos de la conducta alimentaria más estudiados son:

- **Anorexia nerviosa**, en la cual las personas tienen una imagen corporal distorsionada que los hace verse con sobrepeso aun cuando ya estén peligrosamente delgados. Muchas veces se rehúsan a comer, hacen ejercicio de forma compulsiva y desarrollan hábitos poco usuales (tales como rechazar alimentarse enfrente de los demás). Los anoréxicos pierden grandes cantidades de peso y pueden incluso dejar de comer hasta morir.
- **Bulimia nerviosa**, en la cual las personas comen cantidades excesivas de alimento, para después purgar sus cuerpos de la comida

y las calorías a las que temen mediante el uso de laxantes, enemas o diuréticos, inducción del vómito y/o ejercicio, conducta que muchas veces mantienen en secreto; además, se sienten disgustadas mientras comen, aunque después sienten alivio a su tensión y emociones negativas una vez que sus estómagos están nuevamente vacíos.

- **Atracones**, en la cual, al igual que en la bulimia, existen episodios frecuentes de alimentación fuera de control. La diferencia es que los comedores compulsivos no purgan su cuerpo del exceso de calorías.

Muchas personas clasifican a la comida como uno de los grandes placeres de la vida, pero en este capítulo nos preocupan las dificultades que tienen las personas para controlar el consumo de alimentos. Cada año millones de personas se ven afectadas por diversos trastornos de la conducta. La gran mayoría de aquéllos que los sufren, más de 90%, son adolescentes y mujeres adultas jóvenes. Una razón por la que las mujeres en este grupo de edad son particularmente vulnerables a los trastornos de la conducta alimentaria es su tendencia a llevar a cabo dietas estrictas con el fin de lograr una figura “ideal”. Las dietas estrictas juegan un papel clave como desencadenantes de muchos trastornos de la conducta alimentaria. Los efectos dañinos de estos trastornos representan problemas personales para aquéllos que los padecen, sin embargo la preocupación por mantenerse delgados es también, hasta cierto punto, un problema social debido al amplio valor positivo que se le ha dado a evitar la obesidad y a tener una figura “ideal”. Una manifestación de este problema social es la publicidad de comida, ropa y productos de estilo de vida realizados por empresas comerciales. El enfoque centrado principalmente en la esbeltez dentro de nuestra sociedad puede en ciertos aspectos ser de poco alcance. Los pesos corporales por encima del nivel “ideal” no son necesariamente peligrosos para la salud, aunque los porcentajes extremos de obesidad pueden ser dañinos, no existen evidencia clara de que grados moderados de sobrepeso provoquen daños.

Anorexia nerviosa

Para poder ser diagnosticado con **anorexia nerviosa**, una persona debe tratar de impedir que su peso corporal pase de 85% del peso considerado normal de acuerdo con las tablas de peso y estatura. La tabla 6-1 enumera los criterios de diagnóstico para configurar este trastorno. La característica principal de los que sufren anorexia nerviosa, además de su excesiva delgadez, es un deseo exagerado de ser delgado y la convicción de que, sin importar cuán delgados puedan parecer a los demás, sus cuerpos siempre son demasiado grandes. La característica principal de este trastorno es la preocupación obsesiva con la imagen corporal y con la pérdida de peso. A las personas que sufren anorexia nerviosa les atemoriza morbidamente tener exceso de peso. La mayor parte de los pacientes que la padecen comienzan evitando el consumo de alimentos y restringiendo el tipo de comida que ingieren de la misma manera que lo hace cualquier persona que se somete a una dieta. Sin embargo, a medida que el trastorno progresa, el menú de los anoréxicos se vuelve cada vez más restringido y rígido. Una variedad cada vez menor en el contenido de los alimentos comienza entonces a producir una ansiedad tremenda. A diferencia de la persona promedio que

TABLA 6-1

Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa

1. Rechazo a mantener el peso corporal por encima de 85% del nivel normal generalmente reconocido para la edad y estatura.
2. Miedo intenso a ganar peso o a tener sobrepeso, aun cuando se esté por debajo del peso normal.
3. Alteración en la percepción del peso corporal o la forma, influencia excesiva de estos factores en la autoestima o negación de la seriedad de los riesgos para la salud del bajo peso corporal que se tiene.
4. Si la menstruación ha comenzado, la ausencia de tres periodos menstruales consecutivos.

Se reconocen dos tipos de anorexia: 1) el tipo restrictivo, que principales enfoca en el consumo reducido de alimentos, y 2) el tipo de alimentación compulsivo/purgativo, en la que existe una clase de alimentación compulsiva seguida por vómito, laxantes, etcétera.

SOURCE: Adaptado de DSM-IV-TR.

se somete a una dieta, el que desarrolla anorexia continúa buscando la esbeltez hasta llegar al extremo y se convierte en dependiente de la evidencia de la pérdida diaria de peso. Este comportamiento los lleva a realizar una dieta más restrictiva que muchas veces se complica con otras conductas para reducir el peso. Una de ellas es el ejercicio compulsivo. La debilidad, los dolores musculares, los trastornos del sueño y los problemas gastrointestinales, incluyendo estreñimiento e inflamación por gases después de la comida, son síntomas físicos comunes.

Como se mencionó, una característica psicológica distintiva de la anorexia es el miedo irracional a sufrir sobrepeso, unido con frecuencia, a una visión distorsionada de la persona que se ve a sí misma con sobrepeso. Esta autoimagen persiste aun en presencia de una delgadez severa y de resultados médicos amenazantes para la vida. En muchas ocasiones el paciente muestra una respuesta fóbica ante el alimento, particularmente hacia el grasoso y hacia otros alimentos con muchas calorías.

Los anoréxicos desarrollan una preocupación obsesiva con respecto a la comida, la alimentación, la dieta, el peso y la forma del cuerpo, y frecuentemente muestran conductas ritualistas que involucran la elección, preparación e ingesta de los alimentos. Un ejemplo de conducta ritualista es cortar la comida en pedazos sumamente pequeños o masticar cada uno de ellos un número específico de veces. Un psiquiatra que atiende muchos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria nos comenta lo siguiente acerca de sus pacientes anoréxicas:

Una y otra vez me dicen que desean verse bien en traje de baño. Quieren las caderas firmes. Se someten a dietas y ejercicio todos los días. Nunca están lo suficientemente delgadas, así que llegan a extremos poco naturales. Todas ellas desean sentirse bien acerca de sí mismas, y su apariencia es la forma de lograrlo. Sienten que su ayuno está justificado, lo mismo que sus intentos de drenarse a sí mismas de la grasa y de dar forma a su cuerpo de manera que puedan lograr la perfección que desean. Sus días giran alrededor de calorías, gramos de grasa y los números de la báscula. La mayor parte de ellas no se convertirán en súper modelos y cuando se dan cuenta de esto experimentan sentimientos de ira y vergüenza.

A diferencia de la verdadera reducción del apetito en los casos de depresión, en la anorexia existe un rechazo deliberado y consciente al alimento. Quienes padecen este trastorno no sólo están preocupados por la regulación del peso, sino que también se sienten orgullosos de su capacidad para controlar sus deseos de comer. No parecen percibir las consecuencias de la anorexia —pérdida de peso, suspensión de la menstruación, y otros síntomas— como importantes o se muestran a la defensiva ante este tema. A pesar de la aparente falta de preocupación de las personas acerca de las consecuencias de su conducta, la anorexia trastorna el funcionamiento sus cuerpos en muchas formas. Las consecuencias pueden ser un retraso en el crecimiento óseo, anemia, piel seca, temperatura corporal y porcentaje metabólico basal bajos y bajo ritmo cardíaco. La interrupción de la menstruación refleja una disfunción endocrina, presente en las mujeres, y con frecuencia se observa falta de interés sexual tanto en hombres como en mujeres. En caso de presentarse el vómito, es probable que aparezcan otros efectos serios para la salud. Uno de éstos, un bajo nivel de potasio sérico, puede causar arritmia cardíaca, una tendencia a tener un ritmo cardíaco irregular que puede provocar la muerte. El vómito también puede dañar el esófago y el esmalte de los dientes. La anorexia nerviosa es un trastorno serio: cerca de 20% los pacientes con anorexia que no responden a la terapia pueden morir como resultado de este trastorno.

La anorexia nerviosa raramente se presenta antes de la pubertad. Su primera aparición parece ocurrir en dos periodos clave, cerca de los 14 años y alrededor de los 18, aunque la edad media en que se diagnostica por primera vez es a los 17. El resultado tiende a ser peor en los que desarrollan anorexia en una etapa más temprana de la vida. La anorexia es mucho más común en mujeres que en hombres; cerca de 90% de los pacientes diagnosticados con el trastorno son mujeres.

El caso de Wendy es típico de anorexia:

Wendy tenía 16 años cuando sus padres insistieron en que debía visitar al pediatra de la familia debido a la severa pérdida de peso que había experimentado. Wendy medía un metro sesenta y cinco centímetros y pesaba 36 kilogramos. Había estado a dieta durante los pasados dos años debido a que, cuando pesada 50 kilos, pensaba que estaba demasiado gorda. Empezó a menstruar a los 13 años, pero ya no había tenido ningún periodo menstrual desde hacía año y medio. Indicó que eso no le inquietaba, pero que estaba extremadamente preocupada porque aún estaba demasiado gorda.

Durante el curso de los esfuerzos de dieta de los dos años anteriores, Wendy se volvió cada vez más estricta acerca de la forma en la que debía comer y cada comida terminaba en una batalla con sus padres acerca de la cantidad de comida que ingería [...]. Normalmente, su consumo diario de alimentos consistía en un huevo, una pequeña porción de pan, una zanahoria y un poco de agua o refresco de dieta [...]. A medida que adelgazaba, se ocupaba cada vez más de planear la forma en que iba comer cada día y de la forma en que evitaría situaciones en las que tuviera que estar sometida a presión para comer más de lo que ya tenía considerado. Wendy había comenzado un programa de ejercicio en esa época, cuya rutina diaria, realizada de manera ordenada, cada vez era más larga y más extenuante. Wendy siempre nadaba un cierto número de vueltas cuatro veces al día. Durante el verano nadaba en el exterior incluso si llovía o relampagueaba. Con el tiempo, aun cuan-

do se sentía exhausta, agregó unas sesiones de ejercicio extra en las noches sin que sus padres lo supieran, brincando desde el segundo piso de su habitación para salir a nadar. Wendy se sentía extremadamente hambrienta, cansada e irritable la mayor parte del tiempo. También estaba preocupada por pensamientos de alimentos y por la forma en que se veía. Su peso continuó cayendo y su aprovechamiento en clase se vio afectado. Dejó de interactuar con algunas amigas con las que se llevaba en la escuela y comenzó a aislarse del resto las personas.

A pesar los esfuerzos de sus padres y de su pediatra, Wendy se refusó a abandonar su dieta. Indicó que se sentía muy bien acerca de sí misma y que podría controlar las urgencias de su cuerpo de manera que podía evitar comer cuando tenía hambre y cumplir con su rutina de ejercicios a pesar de que se sentía sumamente cansada. Finalmente, Wendy fue hospitalizada para ser sometida a tratamiento, a pesar de sus fuertes objeciones. Su peso en el momento la hospitalización era de 31 kilos. (Leon y Dinklage, 1989, p. 206)

Aunque el patrón de Wendy de combinar el consumo calórico bajo y una gran cantidad de ejercicio es normal entre las mujeres y las jóvenes con anorexia, el reducido número de hombres con este diagnóstico parece depender principalmente en que utilizan el ejercicio excesivo como estrategia para la pérdida y control de peso (Touyz y cols., 1994). En los años recientes, se han reconocido cada vez más los trastornos de la conducta alimentaria entre los hombres, aunque mucho menos frecuentes que en las mujeres, son lo suficientemente grandes como para merecer mayor atención e investigación clínica.

Epidemiología y factores de riesgo Existen evidencias que sugieren que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria se ha incrementado a lo largo de los últimos cincuenta años (Steiner y Lock, 1998). El trastorno parece haberse triplicado, lo que significa la presencia de cuando menos un caso por cada 100 mujeres jóvenes entre los 16 y los 18 años de edad. Esta restricción persistente y deliberada del consumo de alimentos puede provocar la muerte de 5 a 7% de los pacientes dentro de los 10 años posteriores al surgimiento el trastorno. La tabla 6-2 enumera los síntomas en el caso de la anorexia nerviosa.

Causas Aunque todavía no se conocen las causas específicas de la anorexia nerviosa, tanto los factores de personalidad como los aspectos ambientales parecen desempeñar un papel importante.

TABLA 6-2

Signos de advertencia de la anorexia nerviosa

- Preocupación por el tipo de comida, el alimento y la dieta
- Ejercicio compulsivo
- Pensamientos negativos acerca de sí mismo
- Separación de la familia y de los amigos
- Pérdida de peso que provoca la interrupción de la menstruación en las mujeres
- Dificultad para tolerar el frío

Factores de personalidad En la anorexia existe una alta frecuencia de conductas perfeccionistas y obsesivo-compulsivas que parecen permanecer estables a lo largo del tiempo y que no son una función del problema de peso. En un grupo de adolescentes estudiado durante un periodo de seis años, casi la tercera parte de los que eran anoréxicos también cumplió con los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo en momento del estudio, de acuerdo a lo comparado con 8% de los integrantes del grupo de control (Rastam y cols., 1996). Los síntomas obsesivo-compulsivos estuvieron asociados con un resultado más negativo, y predijeron el resultado final mucho mejor que en los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria en sí. Las personas con anorexia también parecen propensas a deprimirse y a tener una imagen corporal negativa.

Factores familiares Los trastornos de la conducta alimentaria tienden a presentarse en las familias y los miembros femeninos son los más afectados (Strober y cols., 2000). Esto eleva la probabilidad de que existan factores genéticos que puedan predisponer a algunas personas a desarrollar estos trastornos. Sin embargo, la influencia ambiental y conductual también puede jugar cierto papel. Por ejemplo, las madres que están sumamente preocupadas acerca del peso y del atractivo físico de sus hijas pueden exponerlas a un factor de riesgo mucho más alto de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Además, los padres y hermanos de chicas que tienen estos trastornos suelen ser sumamente críticos acerca de su peso. Aunque existen muchas preguntas sin responder, la evidencia disponible sugiere que las relaciones familiares anormales también tienen cierto papel en el surgimiento de la anorexia nerviosa y otros trastornos de este tipo (Ward y cols., 2000).

Factores culturales Los trastornos de la conducta alimentaria se manifiestan con más frecuencia entre los estadounidenses blancos, pero también afectan a los afroestadounidenses y a otros grupos étnicos y raciales. Las personas que buscan actividades que hacen hincapié en un cuerpo delgado —modelaje, gimnasia, lucha libre y carrera de larga distancia— son más susceptibles a estos trastornos. En un estudio de gimnastas universitarias, sólo 22% del grupo informó de conductas alimentarias que podrían ser clasificadas como normales o libres de trastornos (Sundgot, 1994).

La tendencia a la delgadez es predominante en Estados Unidos y muchos otros países. La mujer estadounidense promedio mide 1.65 metros y pesa 63.5 kilos, mientras que la mujer modelo promedio de ese país mide 1.80 metros y pesa 53 kilos. La fotografía que aparece en la figura 6-7 no es un artículo acerca de trastornos de la conducta alimentaria, sino que se presenta como ejemplo de la apariencia deseable de la moda. Las tendencias estéticas que favorecen las figuras más delgadas penetran cada vez más en nuestra sociedad.

Tratamiento Una gran variedad de tratamientos que se han utilizado para combatir la anorexia incluyen la mayoría de las perspectivas teóricas cubiertas en este libro. Estos tratamientos van desde los enfoques biológicos (que involucran antidepresivos, medicamentos ansiolíticos y estimulantes del apetito), hasta la psicoterapia y la terapia familiar basada en principios psicodinámicos, terapias conductuales y cognitivo-conductuales, así como las terapias educativas como la educación nutricional. La mayoría de los enfoques



Figura 6-7 Fotografía que muestra las tendencias de la moda.

FUENTE: *New York Times Magazine*, 10 de enero de 1999.

de tratamiento utiliza una combinación de medicamentos, modificación de conducta o psicoterapia.

Hasta ahora, la utilidad de los medicamentos para cambiar la conducta alimentaria de una manera confiable, ayudar al aumento de peso o alterar las distorsiones de la imagen corporal o el miedo a aumentar de peso, no han sido demostrados en estudios controlados. La terapia conductual se utilizó originalmente como un manejo de contingencias o como una técnica operante para premiar la alimentación con el fin de normalizarla y promover el aumento de peso. A medida que aumentó la comprensión de las distorsiones cognitivas implicadas en la anorexia, se incrementó también el uso en las intervenciones cognitivas. Éstas tratan de reemplazar los pensamientos que aumentan la conducta anoréxica con otros que promuevan una alimentación y actividad saludables. Sin embargo, los estudios cognitivos disponibles no son prueba rigurosa de la eficacia de la terapia cognitiva debido a que son principalmente diseños aplicados a un solo sujeto. Hasta ahora, no existe una evidencia sólida de la eficacia de cualquiera de los tratamientos conductuales o de las intervenciones cognitivas en la producción de un cambio de dimensiones importantes en la conducta anoréxica. Un estudio que comparó los efectos de otros dos enfoques, la terapia familiar y la terapia individual (cada una de ellas combinada con tratamiento médico y dietético), mostró que eran comparables para reducir la insatisfacción con la forma corporal y el conflicto familiar relacionado con la alimentación, aunque la terapia familiar produjo una mayor ganancia de peso (Robin y cols., 1995). Cuando los investigadores evaluaron nuevamente el estado de estos individuos y de sus familias un año después, se dieron cuenta de que la mejoría que se presentó después de la terapia familiar continuaba de forma evidente.

La anorexia nerviosa, como todos los trastornos de la conducta alimentaria, se trata con mayor éxito cuando se diagnostica en una etapa temprana. La rehabilitación nutricional es importante e incluye restaurar el peso, normalizar los patrones alimentarios, lograr la percepción normal del hambre y la saciedad, y corregir cualesquiera consecuencias de la desnutrición. El tratamiento psicológico se utiliza para ayudar a los pacientes a comprender y cooperar con su rehabilitación física y nutricional, cambiar sus actitudes disfuncionales, mejorar el funcionamiento social e interpersonal y enfrentar los conflictos psicológicos que pueden reforzar o mantener las conductas de estos trastornos. Cuando se utiliza la psicoterapia, normalmente se dirige a los pensamientos disfuncionales acerca de la alimentación y de las relaciones interpersonales. La tarea terapéutica tiene como objetivo ayudar al paciente a lograr un balance entre la autoaceptación y las percepciones de aceptación por parte de los demás. La ansiedad y la depresión son frecuentes en la anorexia y, por lo tanto, son también asuntos que el terapeuta debe tratar. Las estrategias eficaces para evitar la recaída están relacionadas con lo que posteriormente aparece en el camino del paciente hacia la recuperación. Una vez corregida la desnutrición e iniciada la ganancia de peso, la psicoterapia puede ser útil para ayudar a los pacientes a comprender qué es lo que tienen que hacer, cuáles son los antecedentes culturales y familiares de su condición, y cómo pueden tratar con mayor eficacia el estrés. (*Lineamientos prácticos para el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*, 2000).

Uno de los principales desafíos que tienen los profesionales clínicos para tratar los trastornos de la conducta alimentaria es la tendencia del paciente a negar su problema. Debido a esta negación, las personas con anorexia pueden no recibir ayuda clínica hasta que ya están peligrosamente delgadas y desnutridas. Cuanto más tiempo persista la conducta alimentaria anormal, mayores dificultades se presentarán para superar el trastorno y sus efectos en el cuerpo. Las familias y los amigos que ofrecen apoyo y aliento pueden jugar un papel muy valioso en el éxito del tratamiento. Otro desafío del tratamiento se refiere a los cambios metabólicos asociados con el trastorno. Como resultado del metabolismo alterado, las personas con anorexia en realidad tienen que consumir más calorías sólo para mantener un peso estable que las que tienen un peso y edad similares pero que no padecen de ningún trastorno alimentario.

Debido a que se conoce muy poco acerca de las causas de la anorexia nerviosa, muchas veces no es posible realizar un tratamiento dirigido a los factores que la provocan. En vista de la amplia mortalidad y morbilidad relacionadas con la anorexia, los profesionales clínicos otorgan gran importancia a que el paciente se alimente. Para lograr este objetivo, se realizan esfuerzos para enfocar la atención de la familia en esta tarea principal. En algunos casos, es necesario hospitalizar al paciente, sobre todo en el caso de aquellos que tienen un peso corporal menor a 75% del promedio.

Bulimia nerviosa

Las dos características esenciales del trastorno de la conducta alimentaria denominado **bulimia nerviosa** son los atracones y los intentos de compensar, a través de métodos inadecuados, la ganan-

cia de peso que dicha conducta puede provocar. Por **atracones** entendemos la ingesta excesiva de alimentos en un periodo relativamente corto (menos de dos horas) comparado con lo que se considera normal. Las personas que tienen atracones no parecen elegir un tipo específico de comida, (como puede ser el chocolate o los cacahuates), sino que simplemente consumen una cantidad anormalmente grande de alimentos al mismo tiempo que sienten una pérdida de control sobre su conducta alimentaria. Este sentimiento parece más propenso a presentarse durante las etapas tempranas del trastorno. Durante el atracón, los que padecen el trastorno pueden sentirse como si estuvieran en un estado frenético. Sin embargo, la pérdida de control no es total. Por ejemplo, si se “cacha” a una persona durante el atracón, por ejemplo, cuando otra persona entra inesperadamente a la habitación, la conducta alimentaria puede detenerse inmediatamente. La tabla 6.3 enumera los criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa. Aunque las personas que sufren este trastorno se sienten avergonzadas de su conducta, también se sienten incapaces de resistir a los atracones. Al igual que la anorexia, la bulimia es mucho más común en mujeres que en hombres. Sin embargo, la bulimia comienza normalmente un poco después que la anorexia nerviosa, normalmente en la etapa tardía de la adolescencia y al principio de la edad adulta. Parece presentarse en un mismo porcentaje en la mayor parte de los países industrializados y se ha reportado en diversos grupos étnicos.

Las personas que la padecen generalmente requieren una cantidad de calorías mucho más grande durante un periodo de compulsión. La ingesta de calorías va de 2000 a 5000 durante un atracón, esto es, el doble de lo que ingiere una persona promedio en un solo día. Una razón de que la ingesta calórica sea tan grande, es que las personas tienden a consumir alimentos con altas calorías (tales como comida rápida y postres) durante los periodos del atracón. Después tratan de controlar cualquier ganancia de peso que pueda resultar de su alta ingesta calórica en una de dos formas: mediante la eliminación de la comida rápidamente de su sistema a través del vómito o el uso inapropiado de laxantes o del ejercicio excesivo para compensar las calorías adicionales. De estas dos estrategias de control de peso, el uso de purgantes (o eliminar del sistema el exceso de calorías a través del vómito forzado o del uso de laxantes) es la más común. Esto se conoce como **ciclo compulsivo-purgativo**. La compulsión oscila de una o dos veces la semana hasta varias veces al día.

La mayoría de las personas diagnosticadas con este trastorno mantiene un peso relativamente promedio. El caso de Lisa es característico de la bulimia:

Lisa comenzó a padecer bulimia a los 18 años. Su extraña conducta alimentaria comenzó cuando empezó una dieta. Aunque cumplió con ella y realizó ejercicio con el fin de perder peso, periódicamente ingería enormes cantidades de comida e intentaba contrarrestar los efectos de las calorías extra y mantener su peso normal forzándose a vomitar.

Muchas veces se sintió como un barril de pólvora, a ratos enojada, a ratos asustada, a ratos deprimida. Algunas veces robaba cosas por impulso; otras, bebía en exceso. En otras ocasiones no podía dejar de comer durante horas. Incapaz de comprender su propia conducta, pensaba que nadie más podría. Se sentía aislada y solitaria. Normalmente, cuando las cosas no iban demasiado bien, se veía presa de un incontro-

TABLA 6-3

Criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa

1. Episodios frecuentes de atracones que se caracterizan tanto por a) comer una cantidad que es definitivamente mayor a lo que la mayoría de las personas comerían dentro de un periodo y circunstancias similares, y b) una sensación de falta de control sobre la ingesta de alimentos durante el episodio de atracón.
2. Conducta recurrente para compensar el hecho de comer compulsivamente y evitar el aumento de peso, que incluye vomitar, laxantes, ayuno y ejercicio excesivo.
3. Los atracones y las conductas compensatorias se presentan por lo menos dos veces a la semana en un periodo mínimo de tres meses.
4. Autoevaluación influida en exceso por el peso y la figura.
5. Conducta bulímica que no sólo se presenta durante los episodios de anorexia nerviosa

Se reconocen dos tipos de bulimia nerviosa: 1) el tipo purgativo, en el cual se utilizan el vómito o dosis de laxantes durante el episodio y 2) el no purgativo, en el que se utiliza el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no la purga, para evitar el aumento de peso.

FUENTE: Adaptado del DSM-IV-TR.

lable deseo de ingerir dulces. Literalmente comía kilos del dulce y un pastel de una sola sentada, y muchas veces no se detenía hasta que estaba totalmente exhausta o se sentía muy dolorida. Después, sobrecogida por la pena, la culpa y el disgusto, se forzaba a sí misma a vomitar.

Sus hábitos de alimentación la avergonzaban tanto que los mantenía en secreto hasta que, deprimida por todos sus problemas, intentó suicidarse. Afortunadamente, no tuvo éxito. Mientras se recuperaba en el hospital, fue transferida a una clínica para trastornos de la conducta alimentaria donde participó en terapia de grupo. Ahí recibió la comprensión y ayuda que necesitaba tan desesperadamente de otras personas que tenían bulimia.

Puede ser difícil para la familia y los amigos darse cuenta de que alguna persona que conocen padece bulimia. Muchos de los que sufren este trastorno permanecen en o sólo ligeramente por encima del peso corporal normal debido a sus frecuentes purgas después de los episodios compulsivos. Someterse a dietas estrictas después de episodios de atracones y purgas también es algo muy común. Muchos anoréxicos desarrollan más tarde la bulimia.

Los clínicos se han dado cuenta de ciertas diferencias entre anorexia y bulimia que parecen estar relacionadas con características subyacentes de la personalidad. Frecuentemente, los pacientes con anorexia nerviosa son descritos como inflexibles, rígidos y testarudos. Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, la ansiedad, la impulsividad y especialmente la depresión se observan a menudo en los casos de bulimia, igual que los problemas relacionados con el uso de sustancias (Romano, 1999).

Epidemiología y factores de riesgo Debido a que la bulimia nerviosa se describió por primera vez en la literatura clínica a finales de los años setenta, no es sorprendente que se hayan rea-

lizado pocos estudios epidemiológicos. Aproximadamente entre 4 y 9% de los estudiantes de preparatoria y universidad mostraron algunos síntomas de bulimia, aunque la mayor parte de ellos no cumplieron con los criterios el diagnóstico del DSM para diagnosticar este trastorno. Entre las mujeres universitarias, aun cuando se cumplía con los criterios de conducta bulímica, el trastorno no duraba mucho. Sólo 1.3% de ellas pueden ser clasificada como bulímicas, aunque dos terceras partes de las mujeres universitarias informó episodios de atracones (Schotte y Stunkard, 1987). Estos episodios no son tan severos o tan frecuentes como los de los bulímicos, y no están acompañados por vómito autoinducido o por el uso de laxantes. Los hombres que representan entre 10 y 15% de los casos diagnosticados, parecen estar afectados con mayor frecuencia por bulimia nerviosa que por anorexia nerviosa. Se observó en los casos de bulimia que tanto hombres como mujeres sufrían ansiedad, impulsividad y, especialmente, depresión, igual que sucede en el caso del abuso de sustancias.

Como hemos visto, existen ciertas similitudes entre las personas que tienen trastornos de bulimia o de anorexia. Al igual que con la anorexia nerviosa, en los casos de bulimia existe una alta incidencia de problemas familiares y de estados anímicos negativos (por ejemplo, depresión). Sin embargo, en la bulimia, la persona parece tener una percepción más sensata de la imagen corporal que en la anorexia, y puede reconocer con mayor facilidad los patrones alimentarios anormales. Los bulímicos parecen tener mayor probabilidad de sostener una relación o a casarse con personas que sufren de anorexia nerviosa. En algunos aspectos, el patrón de buscar comodidad y escape en los atracones puede compararse con la búsqueda de tranquilidad a través del uso del alcohol y drogas en los estados de ansiedad. En contraste con la anorexia, muchos pacientes con bulimia no buscan ayuda clínica hasta que están entre los 20 y 30 años y muchas veces después de haber sufrido el trastorno durante varios años.

La tabla 6-4 enumera los principales métodos de control de peso detectados en una muestra de mujeres bulímicas. El método que se utiliza con mayor frecuencia es el vómito autoinducido, procedimiento que puede tener efectos serios sobre la salud a largo plazo. Por ejemplo, puede llevar finalmente a la pérdida total del esmalte de los dientes. También el uso de ciertos métodos para inducir el vómito —cómo tomar jarabe de *ipêcacuanha*— puede dar como resultado serios problemas cardíacos, especialmente relacionados con el ritmo cardíaco, y contribuir a la pérdida de densidad ósea. El uso crónico de laxantes puede provocar cambios en el balance electrolítico de los fluidos corporales, lo que también contribuye a originar problemas médicos serios y muchas veces fatales, como puede ser la arritmia cardíaca.

Causa de los trastornos de la conducta alimentaria Se han identificado ciertas variables personales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. Entre ellos se destacan baja autoestima, imagen corporal distorsionada y una psicología anormal general. Además, el estrés parece jugar un papel relevante en el desarrollo de los síntomas de este trastorno en quienes estaban propensos a sufrirlo debido a factores personales. En comparación con un grupo control, las mujeres jóvenes que desarrollaron bulimia nerviosa, reportaban acontecimientos negati-

TABLA 6-4

Métodos de control de peso y su frecuencia de uso en mujeres bulímicas

Método	Porcentaje de uso
1. Vómito	100
2. Dieta	95
3. Ejercicio excesivo	83
4. Uso de laxantes	58
5. Píldoras de dieta	40

FUENTE: Cavanaugh y Lemberg, 1999.

tivos durante el año anterior de su vida, especialmente los relacionados con problemas familiares o de relaciones sociales (Welch y cols., 1997). Algunos investigadores sostienen que el abuso sexual durante la infancia puede ser un factor de vulnerabilidad no especificado que puede relacionarse con los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente con la bulimia, aunque esta relación ha sido rechazada por otros. En los individuos que ya sufren el trastorno, el estrés puede precipitar los atracones. Muchas veces, las presiones en el trabajo o en la escuela o problemas en las relaciones personales preceden el surgimiento de los atracones.

Las preocupaciones respecto a la imagen corporal son características que se presentan en menor grado en muchos adolescentes, que en quienes sufren de anorexia y bulimia. En Estados Unidos, una preocupación general acerca de la imagen corporal es más común entre los adolescentes blancos que entre el grupo de adolescentes afroestadounidenses. Las jóvenes adolescentes blancas tienen el doble de propensión que las jóvenes negras a verse a sí mismas como pasadas de peso, y las estudiantes de preparatoria blancas tienen seis veces más propensión que las estudiantes negras a utilizar píldoras para adelgazar y a inducir el vómito como forma de controlar su peso (Neff y cols., 1997). Aunque los trastornos de la conducta alimentaria han sido definidos normalmente como un problema de la adolescencia, hay evidencias que señalan que las preocupaciones acerca de la imagen corporal aparecen antes de la pubertad y puede preceder al surgimiento de alguno de estos trastornos (Sands y cols., 1997). En la juventud, ambos sexos parecen responder de manera diferente a estas cuestiones: los jóvenes lo hacen mediante el incremento de la actividad física y las jóvenes a través de dietas o control de su alimentación.

Algunos factores genéticos también pueden aumentar el riesgo de padecer bulimia. Existe una mayor frecuencia de patología en las familias de quienes fueron diagnosticados con bulimia que en grupos control (Patano y cols., 1997). Otros investigadores han encontrado una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo y de alcoholismo en parientes de personas con bulimia. Estos descubrimientos han dado pie a la teoría de que una disfunción de la serotonina, un neurotransmisor asociado con la depresión, puede ser un factor de vulnerabilidad.

Tratamiento La terapia cognitiva, tanto individual como de grupo, parece ser muy eficaz en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Por ejemplo, en un estudio al azar (un estudio donde los pacientes se asignaron aleatoriamente a las condiciones del tratamiento), la

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

¿Dónde entra la obesidad?

Existe una gran cantidad de evidencias que apoyan la conclusión de que el sobrepeso tiene efectos poco deseables sobre la salud y el bienestar. Cerca de 280 000 muertes al año entre los adultos estadounidenses se atribuyen a la obesidad (Fairburn y Brownell, 2002). Altos niveles de peso corporal y de grasa se asocian con un riesgo cada vez mayor de resultados negativos en la salud. Por ejemplo, las enfermedades cardíacas, la causa más común de muerte en Estados Unidos, se relacionan fuertemente con sobrepeso tanto en hombres como en mujeres. La obesidad también está relacionada con índices más altos de cáncer y diabetes. Desde una perspectiva psicológica, esta condición es indeseable debido a que establece un escenario ideal para una imagen corporal negativa y una baja autoestima. Además, la discriminación social en el empleo y a nivel educativo se asocian muchas veces con ella.

Después de un largo periodo de olvido por parte de los investigadores de la conducta, el tema de la obesidad recibe hoy en día mayor atención. Sin embargo, este esfuerzo parece no ser suficiente en vista de lo que parece ser la actual epidemia de obesidad (Wadden y cols., 2002). Los porcentajes de obesidad se están elevando en los países en desarrollo del mismo modo que sucede en los países industrializados. En Estados Unidos, 64.5% de los adultos y 15% de los niños tienen sobrepeso. El problema es tan agudo que cada año aproximadamente 60 000 estadounidenses que están 50 kilos arriba de su peso normal deben someterse a cirugía mayor para sellar la mayor parte de su estómago y acortar sus intestinos con el fin de perder peso. Para la mayoría de las personas, aumentar de peso no está relacionado con etapas compulsivas sino con las elecciones y circunstancias de la vida diaria. El estilo de vida juega un papel importante en el hecho de que los estadounidenses coman más, se ejerciten menos e incrementen cada vez más su nivel de sedentarismo (por ejemplo, al pasar más tiempo frente al televisor). Durante las últimas tres décadas, el número de personas con sobrepeso en Estados Unidos se incrementó de una forma muy significativa (ver la figura 6-8).

El sobrepeso y la obesidad parecen ser un problema especial en los niños, sobre todo



Figura 6-8 Los estilos de vida sedentarios contribuyen a que las personas sufran sobrepeso. Los alimentos que se ingieren dentro y fuera de casa muchas veces son altos en calorías y contenido de grasa.

CUADRO 6-2

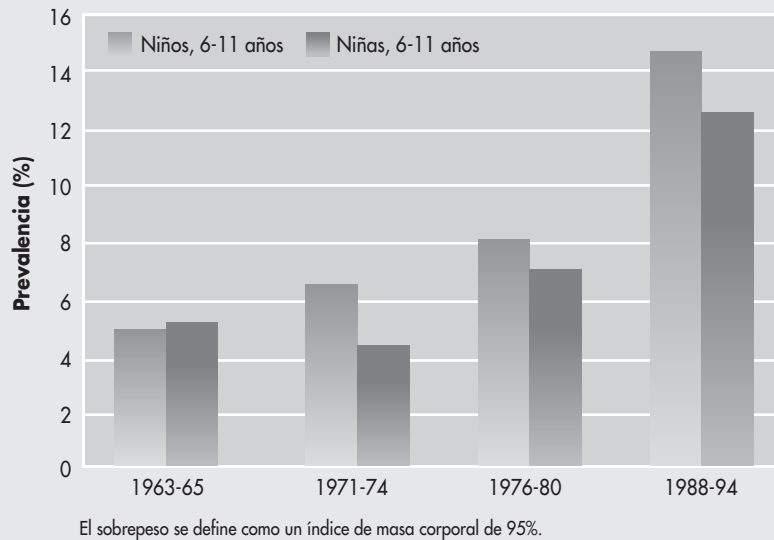


Figura 6-9 Los porcentajes de niños con obesidad en Estados Unidos se han incrementado desde los años sesenta. En los años noventa, el triple de niños presentó obesidad de acuerdo con los estándares establecidos a mediados de los sesenta.

FUENTE: Basado en Berkman, 2002.

en aquellos que viven en comunidades minoritarias, que parecen estar experimentando una epidemia de aumento de peso (ver la figura 6-9). Los niños méxicoestadounidenses y afroestadounidenses tienen dos veces mayor probabilidad que los niños caucásicos no hispano estadounidenses a tener un **índice de masa corporal (IMC)** de más de 25, una definición generalmente aceptada como sobrepeso.*

Durante mucho tiempo se ha sabido que el hambre no es la única razón por la cual come la gente. El estrés, el aburrimiento y el placer entran en juego, factores psicológicos de la conducta alimentaria que necesitan entenderse mejor. La dieta es un enfoque popular para reducir el peso corporal, pero mientras que algunas pueden ser eficaces a corto plazo, las dietas especiales normalmente no son de ayuda para la pérdida permanente del peso. Personas que pierden 15 kilos en una dieta especial tienen muchas probabilidades de recuperarlos a lo largo del tiempo. De hecho, las dietas frecuentes, y el subsecuente

rebote que a menudo se presenta después de la pérdida de peso, puede tener efectos negativos en la salud. La mejor forma de bajar de peso es cuando existe una combinación de cambios graduales en la alimentación y mayor ejercicio. La tabla 6-5 enumera algunas de las ventajas y desventajas de los programas de disminución de peso, especialmente cuando las personas hacen dieta una y otra vez.

Es necesario dar ciertos pasos para tratar la epidemia de la obesidad. Éstos incluyen la regulación de la publicidad alimentaria dirigida a los niños, la prohibición de la venta de comidas rápidas y refrescos en las escuelas, motivación hacia la actividad física entre los niños y los adultos, y proporcionar información nutricional que puedan utilizar niños y adultos. Los padres necesitan estar conscientes de sus propios hábitos alimentarios como modelos de los hábitos de sus hijos.

La obesidad no se incluye como trastorno psiquiátrico en DSM-IV-TR. ¿Debe-

TABLA 6-5

Efectos favorables y desfavorables de los programas de disminución de peso

Efectos favorables

- Reducción de la presión arterial
- Reducción del colesterol dañino
- Incremento del colesterol saludable
- Reducción del riesgo de diabetes en las personas de alto riesgo
- Reducción del riesgo de enfermedades cardíacas
- Reducción de la osteoartritis en las rodillas y en la espalda baja
- Mejora del funcionamiento físico general

Efectos desfavorables

- Mayor riesgo de síntomas cardíacos
- Mayor riesgo de cálculos biliares
- Mayor riesgo de perder masa muscular y densidad ósea
- Reducción de la fuerza muscular

ría estar? Como un medio para comprender mejor los aspectos psicológicos, sociales y biológicos de la sobrealimentación, es necesario responder a esta pregunta de forma más informada.

*En caso de que desee calcular su índice de masa corporal, presentamos a continuación la fórmula para los adultos:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso en libras}}{(\text{altura en pulgadas})^2} \times 703$$

Por ejemplo, si usted pesa 140 libras y mide 5 pies y 4 pulgadas (64 pulgadas), su índice de masa corporal es de 24.03.

terapia cognitivo-conductual pareció ser superior a la psicoterapia de apoyo para reducir tanto la conducta de comer en exceso como de la frecuencia del vómito en la bulimia nerviosa (G.T. Wilson y cols., 2002). La terapia cognitivo-conductual también produjo mejores resultados que la medicación antidepressiva con fluoxetina. (Los medicamentos antidepressivos se han usado ampliamente para el tratamiento de la bulimia nerviosa). La combinación de la terapia cognitivo-conductual y la fluoxetina fue ligeramente más eficaz que el uso de la terapia cognitivo-conductual sin el medicamento. Los tratamientos cognitivo-conductuales se enfocan en romper el ciclo compulsivo-purgativo, bien sea mediante la prevención de los atracones o evitando las purgas. Muchas veces los tratamientos involucran el automonitoreo (mantener registro de antecedentes de consecuencias relacionadas con la alimentación compulsiva y la purga), entrenamiento en relajación, identificación y modificación de distorsiones cognitivas y desarrollo de mejores sentimientos de autoeficacia, y alteración del ambiente según se requiera. Alrededor de 40 a 50% de los pacientes tratados con terapia cognitivo-conductual dejaron de presentar atracones y de purgarse.

Una cuestión importante del tratamiento de todos los trastornos es qué tan bien se mantienen los pacientes ya tratados a medida que pasa el tiempo. Una revisión de 88 estudios de pacientes mujeres tratadas de bulimia reveló que de cinco a diez años después del tratamiento, aproximadamente la mitad de las mujeres se había recuperado, 30% había recaído cuando menos una vez, y cerca de 20% habían mejorado tan poco que seguían cumpliendo con los criterios de diagnóstico de la bulimia (Keel y Mitchell, 1997). El riesgo global de tener una recaída parece disminuir después de cuatro años, pero un historial de abuso de sustancias, ciertas características de la personalidad (como puede ser la impulsividad), o la falta de compromiso para lograr el cambio terapéutico contribuyeron a un resultado menos eficaz a largo plazo (Keel y cols., 1999; Mussell y cols., 1999).

Atracones

Un *atración*, un problema que se ha descrito desde hace relativamente poco tiempo, está caracterizado por episodios de alimentación compulsiva (como se describió antes) pero sin el uso de conductas compensatorias que se presentan en la bulimia nerviosa, como puede ser purgarse. Dos patrones comunes caracterizan un atración: el ir “picando” entre comidas de manera compulsiva durante intervalos muy largos (como puede ser durante el horario de trabajo o en las tardes enfrente de la computadora o de la televisión), y/o un consumo de grandes cantidades de alimentos de una sola vez, éste es significativamente mayor que lo requerido para satisfacer el hambre normal. En muchas ocasiones, los atracones conducen a problemas con la regulación de peso y algunas veces provoca la obesidad (ver el cuadro 6-2).

En la práctica clínica puede ser difícil distinguir entre un atración y una bulimia nerviosa sin purgas. Aunque no existen muchos datos relativos a la epidemiología y los factores de riesgo relacionados con los atracones, puede ser muy común, y probablemente afecta a 1% de la población. Un estudio reciente reveló que las mujeres que se alimentaban compulsivamente experimentaban efectos más negativos (depresión y ansiedad) que las que no lo hacían (Greeno y cols., 2000). Este dato puede sugerir que los enfoques de tratamiento deben dirigirse especialmente a ayudar a los comedores compulsivos a aprender cómo enfrentar de manera más adaptativa un estado de ánimo negativo. Además del estado de

TABLA 6-6

Desencadenantes de los atracones

1. Situaciones estresantes específicas
2. Pensamientos alterados específicos
3. Sentirse culpable por lo que uno ha hecho
4. Sentirse socialmente aislado o excluido
5. Preocupaciones acerca de responsabilidades, problemas o el futuro
6. Aburrimiento

ánimo, los factores situacionales y cognitivos muchas veces juegan papeles importantes en los atracones. La tabla 6-6 resume varios factores que han sido identificados (Stickney y cols., 1999).

¿Pueden prevenirse los trastornos de la conducta alimentaria?

Aunque parece no haber una respuesta definitiva a esta pregunta, es probable que los programas educativos dirigidos a los padres y a los niños sean de mucha ayuda. Ciertos elementos de programas potencialmente valiosos incluyen:

1. Alertar a las familias sobre la naturaleza de los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Aclarar a las familias los riesgos físicos y psicológicos involucrados en las conductas que disparan estos trastornos.
3. Mostrar a las familias cómo reconocer cuando alguien necesita ayuda con respecto a actitudes dañinas hacia la alimentación y hacia su cuerpo.
4. Alentar a las familias a buscar tratamiento para la persona que desarrolla prácticas alimentarias perjudiciales

Las escuelas, los médicos y los medios masivos de comunicación pueden jugar un papel importante en la implementación de programas de tratamiento y en la prevención.

Trastornos del sueño

Al igual que los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del sueño involucran procesos básicos de vida. El sueño es una parte esencial del bienestar, lo mismo que la comida y el agua. Los aspectos científicos y clínicos del sueño y los programas relacionados con él han sido estudiados de manera muy intensa sólo durante los últimos cincuenta años. Hasta los años cincuenta, la mayor parte las personas consideraban el sueño como una parte pasiva, letárgica de nuestras vidas diarias. Sin embargo, aún subsisten percepciones equivocadas acerca de lo que es el sueño, las necesidades con respecto al sueño y los criterios mediante los cuales las personas deciden si tienen un problema de sueño. Por ejemplo, mientras el adulto promedio necesita de 8 a 9 horas de sueño durante la noche para funcionar de manera óptima, la mayor parte de ellos sólo pueden dormir siete o menos horas. (Las necesidades de sueño varían respecto de cada persona y son determinadas biológicamente. Algunas personas necesitan sólo seis horas por noche, mientras que otras necesitan 10).

Muchas personas informan que se sienten tan somnolientas durante el día que este estado interfiere con sus actividades dia-



Figura 6-10 Veinte por ciento de los accidentes automovilísticos están relacionados con el déficit de sueño y la fatiga. Esta pipa de gas explotó y se quemó en el paso superior de la autopista y, como resultado, el fuego provocó el cierre de la autopista interestatal por varias horas. La policía citó al chofer que dijo que se había quedado dormido en el volante.

rias. Dormirse mientras se conduce es una causa común de accidentes automovilísticos. Los conductores somnolientos pueden quedarse dormidos con poco o ningún aviso (ver la figura 6-10). La somnolencia también provocar accidentes industriales, menor productividad y problemas interpersonales. Los adolescentes se encuentran entre las personas con mayores problemas de sueño. En su mayoría tienen suerte de tener de seis a ocho horas del sueño por noche, a pesar de que los estudios han demostrado repetidamente que las personas en la adolescencia e incluso en los primeros años de la década de los veinte necesitan de nueve a 10 horas de sueño. Muchos viven en un estado de déficit crónico de sueño que puede afectar su estado de ánimo, su conducta, rendimiento escolar y salud. Aunque muchos problemas relacionados con el sueño son menores, el número de problemas clínicos importantes es mayor de lo que la gente cree. Muchos de ellos involucran dificultad para ir a dormir o para mantenerse despierto. La tabla 6-7 ofrece sugerencias para las personas con problemas de sueño.

Procesos del sueño

Ciertas sustancias químicas del cerebro, los neurotransmisores, controlan si estamos despiertos o dormidos al actuar sobre diferentes grupos de células nerviosas o neuronas. Las neuronas del tallo cerebral (que conecta el cerebro con la espina dorsal) producen neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina que mantienen activas algunas partes del cerebro mientras estamos despiertos. Otras neuronas que se encuentran en la base del cerebro comienzan a emitir avisos cuando nos vamos a dormir.

Durante el sueño normalmente pasamos a través de cinco etapas del sueño: etapas de sueño 1, 2, 3, 4 y **sueño de movimiento ocular rápido** (*rapid eye movement*, **REM**). Las etapas progresan en un ciclo que va desde de la etapa 1 hasta el sueño REM, después se empieza

TABLA 6-7

Sugerencias para evitar problemas del sueño

Muchas personas tienen problemas del sueño que pueden ser menores, pero que son molestos para ellos. Aquí se ofrecen algunos consejos para las personas con problemas del sueño:

1. Evitar la cafeína, nicotina y el alcohol en la tarde y noche.
2. Hacer ejercicio con regularidad, pero hacerlo por lo menos tres horas antes de ir a la cama.
3. Establecer una rutina relajante para ir a la cama, como tomar un baño caliente o meditar.
4. Utilice su cama sólo para dormir y para tener relaciones sexuales, no para leer ni para ver televisión.
5. Salga de su cama si no concilia el sueño en media hora.
6. Váyase a la cama y despierte a la misma hora, aun en los fines de semana.
7. Evite las siestas durante el día si tiene problemas para conciliar el sueño en la noche.

de nuevo una y otra vez desde la etapa 1. Pasamos casi 50% de nuestro tiempo total de sueño en la etapa de sueño 2, cerca de 20% en sueño REM y el restante 30% en las otras etapas. Los niños, por el contrario, pasan la mitad del tiempo de su sueño en la etapa REM.

Durante la etapa 1, el sueño es ligero, se entra y se sale de él y podemos despertar con facilidad. Nuestros ojos se mueven muy lentamente y la actividad muscular disminuye. Las personas que se despiertan en la etapa uno del sueño casi siempre recuerdan imágenes visuales fragmentadas. Cuando se entra a la etapa 2, el movimiento ocular se detiene y las ondas cerebrales (fluctuaciones de actividad eléctrica que puede medirse mediante electrodos) se reducen, con explosiones ocasionales de ondas rápidas llamadas husos del sueño. En la etapa 3 comienzan a aparecer ondas cerebrales extremadamente lentas llamadas ondas delta, que se intercalan con ondas menores más rápidas. En la etapa 4, el cerebro produce exclusivamente ondas delta. Es difícil despertar a la persona durante las etapas 3 y 4, que de manera conjunta se conocen como sueño profundo. No existen movimiento ocular o actividad muscular. Las personas a quienes se despierta durante el sueño profundo no pueden ajustarse inmediatamente y muchas veces se sienten confundidas y desorientadas durante varios minutos después. Algunos niños experimentan incontinencia urinaria, terrores nocturnos o sonambulismo durante el sueño profundo.

Cuando cambiamos al sueño REM, nuestra respiración se torna rápida, irregular y poco profunda, nuestros ojos se mueven rápidamente en varias direcciones y los músculos de nuestros brazos y piernas se paralizan temporalmente. Nuestro ritmo cardíaco se incrementa, la presión arterial se eleva, y, en el caso de los hombres, se presentan erecciones del pene. Cuando se despierta a las personas durante el sueño REM, muchas veces describen sueños ilógicos y extravagantes.

El primer periodo de sueño REM se presenta por lo general a los 70 o 90 minutos después de haber conciliado el sueño. Un ciclo completo de sueño toma, en promedio, de 90 a 110 minutos. Los primeros ciclos de sueño de cada noche contienen periodos

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

CUADRO 6-3

El sueño REM y los sueños

El sueño REM fue descubierto en el laboratorio del sueño de Nathaniel Kleitman (1895-1999) en la universidad de Chicago en 1953 (ver la figura 6-11). Kleitman y sus estudiantes observaron que durante el sueño se producían periodos regulares de movimiento ocular. Si se despertaba durante estos periodos, normalmente las personas reportaban sueños. Esto no sucedía durante los periodos no REM. Kleitman estimó que la persona promedio soñaba un total de casi dos horas todas las noches. Ésta, y otras evidencias, sugirieron que el sueño era un proceso activo más que pasivo. Kleitman no sólo registró eventos relacionados con las etapas de sueño, sino que también estudió los efectos de las variables experimentales sobre éste. Por ejemplo, en 1938 un grupo de adultos (él y sus estudiantes fueron los primeros sujetos estudiados) vivieron en la Cueva Mam-

moth, Kentucky, durante un mes para ver si los seres humanos podían adaptarse a un día de 28 horas. Debido a que la temperatura de la cueva era de 54 grados y que no existía luz natural, no había claves ambientales para conocer la hora del día (ver la figura 6-12). Kleitman descubrió que mientras algunos sujetos parecían adaptarse de manera satisfactoria a un día de 28 horas, otros no podían hacerlo. Descubrió también que había una ligera fluctuación en la temperatura corporal a lo largo del día. El mayor desempeño en las tareas se presentaba mientras la temperatura corporal estaba en su punto más alto.

Posteriormente, Kleitman estudió los efectos de la falta de sueño. (Una vez per-

maneció despierto durante una semana para ver cómo reaccionaba a la privación del sueño). Descubrió que mientras algunas personas eran muy vulnerables incluso a pérdidas menores de sueño, otras mostraron resiliencia frente a largos periodos de privación de sueño. Descubrió que aunque algunos individuos eran más vulnerables a los efectos que producía un largo periodo de privación de sueño, para muchos a los que se les forzaba a permanecer despiertos, esto podía ser una forma eficaz de tortura. Este tipo de personas podía confesar cualquier cosa con tal de que se les permitiera dormir.



Figura 6-11 Fotografía de Nathaniel Kleitman, tomada en 1961, cuando hacía una de sus mayores contribuciones a la investigación del sueño y al desarrollo de laboratorios científicos. Kleitman falleció en 1999 a la edad de 104 años.

FUENTE: *New York Times*, 19 de agosto de 1999, p. C26.



Figura 6-12 En un experimento que se llevó a cabo en 1938 en la Cueva Mammoth, Kentucky, el factor Nathaniel Kleitman estudió la inquietud de Bruce Richardson, un asistente.

FUENTE: *New York Times*, 16 de agosto de 1999, p. C26.

REM relativamente cortos y periodos más largos de sueño profundo. A medida que la noche transcurre, los periodos de sueño REM se incrementan, mientras que los de sueño profundo disminuyen. Al acercarse la mañana, las personas pasan casi todo el tiempo de sueño en las etapas 1, 2 y REM.

El sueño y los problemas relacionados con él juegan un papel importante en diversos trastornos. Por ejemplo, problemas como las

embolias y las crisis de asma tienden a presentarse con mayor frecuencia durante la noche y las primeras horas de la mañana, debido quizás a cambios hormonales, ritmo cardíaco y otras características asociadas con el sueño. Éste afecta también algunas clases de epilepsia de manera compleja. Las neuronas que controlan el sueño interactúan de manera muy cercana con el sistema inmune. Como sabe cualquiera que haya sufrido un resfriado, las enfermedades in-

fecciosas tienden a hacernos sentir somnolientos. Casi todas las personas con trastornos mentales, incluyendo las que padecen depresión o esquizofrenia, sufren alteraciones del sueño. La gente con depresión, por ejemplo, con frecuencia despierta muy temprano en la mañana y no logran conciliar el sueño nuevamente. La cantidad de sueño de una persona también influye fuertemente en los síntomas de trastornos mentales.

Los especialistas en neurociencias están interesados en el sueño porque es un proceso en el cual influyen múltiples sistemas corporales, así como el estilo de vida y las ansiedades. Las alteraciones del funcionamiento cerebral (por ejemplo, su actividad eléctrica), las secreciones hormonales (por ejemplo, la melatonina, una hormona que produce la glándula pineal en el centro del cerebro) y factores genéticos (por ejemplo, si otros miembros de la familia han tenido ciertos problemas para dormir) son potencialmente relevantes para el tratamiento de estos trastornos.

Los individuos difieren en gran medida en la cantidad de sueño que necesitan y que obtienen. El cuadro 6-3 describe algo del trabajo de Nathaniel Kleitman, uno de los primeros investigadores sobre este tema. En la actualidad, los investigadores estudian varios aspectos de lo que sucede cuando dormimos, entre otros aspectos, el ritmo circadiano, el ciclo diario de cambios en las características corporales como la temperatura, la presión arterial y las secreciones hormonales; los ciclos del sueño, que se reflejan en los patrones de ondas; los procesos cerebrales que se correlacionan con los sueños y los factores genéticos. La figura 2-7 del capítulo 2 muestra los patrones de ondas cerebrales característicos de los diferentes ciclos del sueño. La información sobre lo que sucede cuando uno duerme, proviene de la investigación neurocientífica realizada en laboratorios de sueño (ver la figura 6-13), en los que se monitorean diversos procesos biológicos mientras los sujetos duermen, proceso que se conoce como *polisomnografía*. Los investigadores de las neurociencias han contribuido en forma significativa al entendimiento de los procesos complejos que intervienen en el sueño, por medio de este tipo de estudios.



Figura 6-13 Los electrodos colocados en la cara y cabeza de este participante, en un estudio de laboratorio de sueño, permite a los investigadores monitorear su cerebro y la actividad muscular durante todo el sueño nocturno.

Disomnias

Sea el único problema o parte de un cuadro clínico más complejo, un trastorno del sueño puede incrementar la vulnerabilidad y otros problemas (por ejemplo, bajo desempeño en la escuela). Esto es muy importante porque los trastornos del sueño afectan aproximadamente a una tercera parte de la población de Estados Unidos. Los pacientes con este tipo de problemas se preocupan no sólo por la aflicción y la incomodidad inmediatas que provoca la incapacidad para dormir, sino también por los efectos de la falta de sueño en la vida familiar, la condición de empleo y el ajuste social en general. Los trastornos del sueño también ocurren comúnmente en varios trastornos definidos en el DSM-IV-TR.

Las disomnias y parasomnias son los dos tipos de trastornos del sueño que se estudian más extensamente. Las **disomnias** incluyen anomalías en la cantidad, calidad y horario de sueño, y las **parasomnias** se caracterizan por una conducta anormal o eventos fisiológicos que ocurren en relación con el sueño, ciclos específicos del sueño o las transiciones sueño-vigilia. El DSM-IV-TR describe estos dos conjuntos de condiciones como trastornos primarios del sueño porque no se pueden atribuir a otras condiciones mentales o médicas o a abuso de sustancias. Existen muchos tipos de disomnias, que van desde el insomnio relativamente común hasta la **hipersomnia**, menos frecuente, en la que se experimenta somnolencia excesiva caracterizada por sueño prolongado durante la noche (por ejemplo, 12 horas o más) y/o largos periodos de sueño durante el día.

Insomnio Ocasionalmente, casi todos sufrimos cortos periodos de insomnio. Para muchas personas es difícil conciliar el sueño o mantenerse dormidos, y se quejan de no sentirse restablecidos o descansados al despertar. Aproximadamente 10% de los adultos experimentan dificultad persistente para dormirse o mantenerse dormido (Espie y cols., 2001). Si la condición persiste durante un mes por lo menos, estas personas pueden sufrir de **insomnio** tal como se lo define en el DSM-IV-TR. El insomnio es el trastorno de sueño más común. Las consecuencias del insomnio son la irritabilidad, la ansiedad, la depresión, la dificultad al concentrarse y la preocupación por los problemas del sueño. Shakespeare describió claramente el insomnio:

O sueño, o dulce sueño!

La suave enfermera de la naturaleza, ¿cómo te he asustado,

*que ya no deseas hacer que mis párpados se cierren
y sumes mis sentidos en el olvido?*

Shakespeare: Enrique IV III.i.

El insomnio repentino parece estar relacionado con un conjunto de circunstancias estresantes, pero también persiste después de la experiencia perturbadora. Tiende a prevalecer más en la edad avanzada y entre las mujeres. El curso del insomnio es variable, va desde un mes o dos hasta un patrón de toda la vida, y con frecuencia ocurre en el contexto de otros problemas, como la ansiedad y la depresión. Cuando se manifiesta es difícil diferenciar la causa y el efecto. Los individuos que se quejan de insomnio, con frecuencia

reportan estar afligidos por la incapacidad de funcionar en forma apropiada durante las horas de vigilia.

Como síntoma, el insomnio refleja la percepción inadecuada de duración, continuidad o calidad o dificultad para conciliar el sueño. Las quejas específicas son, con frecuencia, bastante idiosincrásicas, pues algunas personas hacen hincapié en la incapacidad para conciliar el sueño en un tiempo razonable (por ejemplo, 30 minutos), otras en la dificultad para mantenerse dormidas (por ejemplo, despertar a mitad de la noche). Debido a que este trastorno se diagnostica como problema psiquiátrico desde hace poco tiempo, no hay suficiente información respecto de su prevalencia, curso y tratamientos eficaces. Con frecuencia es difícil para los clínicos decidir cuándo las quejas por problemas de sueño adquieren categoría de trastorno diagnosticable. La razón por la que el DSM-IV-TR utiliza el criterio de un problema de sueño que dure un mes o más es que varias condiciones temporales pueden provocar problemas de sueño de corto plazo, por ejemplo, el *jet lag*, un evento estresante reciente, un conflicto con otras personas o condiciones ambientales que llevan a un estado de excitación emocional.

Sin embargo, algunos individuos parecen ser especialmente susceptibles a problemas de sueño persistentes, aun si no padecen de estrés. Estas personas por lo común, tienden a manejar, un nivel de excitación emocional elevado. Esto sucede, por ejemplo, entre las personas que regularmente están tensas y ansiosas. Un distintivo del síndrome de insomnio es el enfoque y la asimilación de la persona con respecto al problema de sueño. Aunque aquellos que son propensos a la ansiedad comprenden un grupo numeroso de personas que sufren de insomnio, otro grupo grande no reporta los problemas familiares o de trabajo que se observan en casos de ansiedad, y no muestran la conducta inadaptada dominante que se observa en muchos pacientes psiquiátricos. La activación emocional, el estado de ánimo, los hábitos de sueño, el ritmo circadiano y los procesos fisiológicos pueden jugar diferentes papeles en los trastornos del sueño. Por esta razón, es importante realizar un historial cuidadoso para hacer un diagnóstico.

Narcolepsia La **narcolepsia** es una condición caracterizada por marcada somnolencia durante el día, que parece involucrar la aparición repentina de sueño REM (por razones que no se entienden muy bien). Cuando las personas con narcolepsia se duermen en la noche, van casi directamente al sueño REM sin pasar por todos los ciclos del sueño que normalmente lo anteceden. Pueden experimentar estados irreales intensos y aterradores, con frecuencia conocidos como **alucinaciones hipnagógicas**. Pueden también experimentar frecuentemente **parálisis del sueño** por lo que no se pueden mover o hablar por algún tiempo. La narcolepsia parece tener un fuerte componente genético, en especial con respecto al grupo de genes del cromosoma número 6. En el siguiente caso, la narcolepsia comprendió periodos de aparición repentina de sueño durante el día, sin experiencias hipnagógicas o parálisis:

Sidney es una estudiante de secundaria de 16 años, que recientemente desarrolló un problema de somnolencia excesiva. Durante el día, se dormía en forma repentina durante varios segundos, hasta un minuto. Esto le ocurre con frecuencia a la mitad de una clase. A veces despierta para encontrar al maestro parado junto a ella llamándola por su nombre, y algunos de los otros estudiantes riéndose.

Varios maestros han hablado con Sidney y sus padres acerca del hecho de que se duerma en clase. Ella les explicó que no puede controlar el sueño, pero sus maestros se resisten a creerle. Los episodios de sueño hacen que sea muy difícil para Sidney mantenerse al día con sus estudios porque pierde información importante durante la clase. Algunos de sus amigos son comprensivos y le ayudan prestándole sus apuntes. Un amigo le dijo: “Me doy cuenta cuando estás dormida, pues tu boca se abre o tu cabeza cae sobre tu pecho”.

Apnea del sueño Muchas otras condiciones están también relacionadas con la disfunción física. Por ejemplo, en los **trastornos del sueño relacionados con la respiración**, los individuos experimentan breves interrupciones respiratorias que pueden interrumpir su sueño varias veces durante la noche. Cuando se padece **apnea del sueño**, esas interrupciones pueden durar de 10 a 30 segundos. (La palabra *apnea* es griega y significa “sin aliento”). La apnea del sueño tiende a ocurrir en personas con sobrepeso y ancianos.

Tratamiento Debido a que los problemas de sueño y sus causas apenas han recibido atención por parte de la investigación, no es de sorprender que se sepa menos acerca del tratamiento, lo que sería deseable. Los medicamentos son probablemente el tratamiento que más se utiliza. Mientras que pueden ser útiles a corto plazo, tienen desventajas a largo plazo. Los ansiolíticos, como la benzodiazepina, pueden causar somnolencia excesiva y provocar dependencia del medicamento. Es probable que los tratamientos cognitivos y conductuales a largo plazo sean más eficaces. Éstos varían desde exponer a la persona con insomnio a una luz muy brillante que puede ayudar a reajustar los patrones de sueño afectados por una interrupción del ritmo circadiano, a cambiar la hora de dormir y hasta tratamientos psicológicos. Con frecuencia el tratamiento cognitivo es útil para los problemas de sueño, si éstos se relacionan con las creencias y expectativas irreales del individuo con respecto al sueño. Por ejemplo, los que creen que deben estar dormidos 10 minutos después de acostarse y que no llenan esta expectativa, pueden alarmarse en exceso. El entrenamiento en relajación (por ejemplo, pensar en imágenes relajantes o la meditación) también es útil. En algunos casos, los medicamentos a corto plazo combinados con tratamiento psicológico son el enfoque clínico elegido.

La investigación neurocientífica permite comprender el sueño, los trastornos de éste y otras condiciones clínicas al dirigir la atención hacia la complejidad de los determinantes. En lugar de buscar sólo una causa biológica para una condición clínica en una región en particular del cerebro, ahora sabemos que las conexiones cerebrales que involucran más de un área, con frecuencia requieren de investigación para explicar las alteraciones conductuales.

Parasomnias

Las parasomnias se caracterizan por eventos conductuales o psicológicos inusuales, que ocurren durante el sueño. Estas condiciones incluyen la activación anormal de sistemas y procesos corporales (por ejemplo, el sistema nervioso autónomo y las transiciones sueño-vigilia). Diferentes parasomnias ocurren a diferentes horas durante el sueño, y parasomnias específicas ocurren durante ciclos específicos de sueño. Quienes la padecen se quejan de experiencias

inusuales y perturbadoras durante el sueño, más que de insomnio o de somnolencia. En las **pesadillas**, hay sueños aterradores que despiertan a la persona; las pesadillas con frecuencia implican la forma típica de un sueño largo y elaborado que es aterrador y deja a la persona totalmente despierta y con mucha ansiedad. Este fenómeno es común en los niños, pero por lo regular se dejan atrás. No se conoce la prevalencia de pesadillas persistentes, pero cuando lo son, el individuo que las experimenta con frecuencia está motivado a buscar ayuda.

Otra parasomnia son los **terrores nocturnos**. Mientras que las pesadillas tienden a ocurrir más tarde en la noche durante el sueño REM y producen imágenes de sueños intensas y despertar, los terrores típicamente ocurren en las etapas tempranas del ciclo del sueño y no producen recuerdos de los sueños o bien, solamente producen imágenes individuales que no están arraigadas en una narrativa de sueño. Estos terrores llevan a despertares parciales, confusión, desorientación y un alto nivel de activación del sistema nervioso autónomo. Durante los terrores nocturnos las personas se incorporan abruptamente en la cama gritando y llorando, pero no responden a los esfuerzos de otros para despertarlos o consolarlos.

Jeremy es un hombre de 25 años de edad que ha trabajado largas horas para terminar un proyecto importante en su empresa. Con frecuencia llega tarde a casa, y se siente exhausto; cena ligero con su esposa y se va a la cama.

En las semanas anteriores ha tenido varias experiencias extrañas y perturbadoras durante la noche. Usualmente se presentan una a dos horas después de conciliar el sueño. Su esposa describe los episodios como sigue: “En la cama, Jeremy repentinamente grita y parece muy nervioso”. La primera vez que sucedió, la esposa se asustó tanto que despertó y saltó fuera de la cama. Continúa su descripción: “Miré a Jeremy. Sus ojos estaban totalmente abiertos, estaba sudando y respiraba muy rápido. Cuando me senté junto a él podía sentir su corazón latiendo aceleradamente. Traté de descubrir qué estaba pasando, pero no respondía.” Después de un minuto o dos Jeremy despertó y miró a su esposa. Cuando ella le preguntó que pasaba, respondió: “Estoy aterrizado, pero no sé por qué”. Ella lo abrazó por unos minutos hasta que se durmió otra vez. En la mañana Jeremy no tenía recuerdos sobre el episodio. Los episodios subsecuentes fueron similares, pero su esposa se acostumbró a ellos y se asustaba menos.

Cuando se sufre **sonambulismo** se presentan episodios reiterados de conducta motora compleja que comienzan durante el sueño y el individuo se levanta de su cama y pasea. Lo más probable es que esto suceda en el primer tercio del ciclo del sueño. El sonambulismo se diagnostica en el DSM-IV-TR cuando las consecuencias implican alteraciones en áreas importantes de la vida como las relaciones interpersonales, y cuando son muy perturbadoras. Las actividades que se desempeñan durante el sonambulismo por lo regular son rutinarias y el individuo no las recuerda por la mañana.

Las encuestas sobre la prevalencia de las parasomnias son poco comunes. Sin embargo, un estudio reciente mostró que son mucho más comunes en personas jóvenes (15-64 años) que en personas mayores (65 y más), y que 2.2% de la población general reporta tener terrores nocturnos, 2% padece sonambulismo y 4.2% reporta des-

pertar en estado de confusión (Ohayon y cols., 1999). Es importante hacer notar que estas cifras se basan en entrevistas realizadas en la comunidad, y no a grupos de pacientes diagnosticados clínicamente. Un descubrimiento interesante es que la depresión es una característica frecuente entre las personas que reportan síntomas que sugieren parasomnias. Otro estudio mostró que, por lo general, las personas que tienen pesadillas tienden a ser más ansiosas que los que no las tienen (Zadra y Donderi, 2000). Estos descubrimientos y observaciones clínicas sugieren que los trastornos del sueño con frecuencia no son “puros”, sino más bien el resultado de complejas interacciones entre los factores psicológicos, físicos y situacionales. Un tratamiento eficaz requiere que se determinen los factores relevantes y sus interacciones.

Trastornos psicofisiológicos

Hemos visto que tanto los trastornos de la conducta alimentaria como del sueño pueden ser abordados desde una perspectiva biopsicosocial. Por lo general, estas condiciones no involucran órganos deteriorados o dañados. Sin embargo, en esta sección se revisará un grupo de trastornos en el que los problemas que involucran defectos corporales específicos juegan papeles importantes. Las dificultades psicológicas pueden ser importantes tanto en la contribución de una falla orgánica como para ajustarse a una enfermedad aunque los factores psicológicos no hayan jugado un papel para causar la enfermedad.

El cuerpo está constituido por muchos millones de células que, juntas, forman órganos cuyas funciones se superponen para producir los sistemas del cuerpo. En esta sección se explicarán varios sistemas del cuerpo que se han analizado desde un punto de vista biopsicosocial y que se cree se relacionan con los procesos psicológicos.

A través de los años, se han estudiado varios grupos de estos trastornos físicos en los cuales la personalidad y los factores sociales juegan un papel. No hay evidencias de que estas condiciones se puedan atribuir de manera directa al estado mental del individuo, o que una persona que padece uno de estos trastornos tenga una personalidad totalmente diferente de otra que sufre uno distinto o que no tiene ninguno. Sin embargo, algo que es cada vez más evidente es que las personas (y no sólo las células o los órganos) sufren enfermedades y que éstas se deben estudiar en el contexto de sus entornos físicos, psicológicos, sociales y culturales.

El término **trastorno psicofisiológico** se aplica tradicionalmente a las condiciones físicas en las cuales los sucesos que tienen una importancia psicológica se relacionan en forma estrecha con los síntomas corporales. Se puede considerar que los trastornos psicofisiológicos son el producto final de los procesos biopsicosociales. Una gran cantidad de problemas físicos se estudia desde un punto de vista psicofisiológico. Éstos incluyen los trastornos de los sistemas cardiovasculares, respiratorio, gastrointestinal, músculoesquelético y genitourinario, así como la piel. Tanto los datos clínicos como las observaciones informales destacan la importancia de los factores psicológicos en muchos de estos trastornos. El caso siguiente es muy ilustrativo:

Una mujer de 38 años, madre de cuatro hijos, tiene un historial de cinco años con crisis de urticaria, una condición de la piel que se caracteriza por comezón, ardor y picazón. Durante estos ataques se hinchan

algunas áreas de su rostro, tronco, cintura, muslos y brazos. Se puede presentar hinchazón incluso en la lengua y en el interior de los conductos respiratorios. Al principio, las crisis ocurrían más o menos una vez al mes, pero en la época en que buscó ayuda, su frecuencia era casi de una vez cada cuatro o cinco días. Cada crisis se presentaba acompañado por depresión y náuseas.

El examen que se realizó en una clínica de especialista en alergias, produjo resultados negativos. Después de que el psiquiatra prescribió a la paciente drogas tranquilizantes, la frecuencia de la urticaria se redujo en forma notoria. Otro estudio indicó que, por lo general, sus crisis ocurrían cuando tenía problemas conyugales o se veía forzada a enfrentar la posibilidad de que su esposo la abandonara, en cuyas circunstancias presentaba una serie de crisis severas. En un momento dado, se sintió tan preocupada por el estrés de la situación que fue hospitalizada. Durante ese tiempo se le protegió de las tensiones familiares y la urticaria desapareció por completo. Después que salió del hospital, la paciente recibió psicoterapia dos veces por semana. En las sesiones podía expresar sus frustraciones por llevar una vida muy limitada debido a las exigencias de sus hijos pequeños y por la incapacidad de su esposo para saber que necesitaba pasar un tiempo fuera de casa. Otro punto que surgió en la terapia fue la incapacidad de la paciente para expresar a su cónyuge la necesidad de que reconociera su valor como persona y no sólo como la madre de sus hijos. Después de varios meses de terapia, se sintió capaz de hablar con su esposo sobre sus necesidades psicológicas insatisfechas, así como de su resentimiento y frustración. En la época en que concluyó la terapia, estuvo por completo libre de la urticaria durante cuatro meses.

En este caso, es evidente que la condición de la piel de esta mujer se relacionaba con los sucesos y condiciones de su vida personal. Una dificultad importante para el investigador es imaginar cómo proceder a partir de las relaciones que pueden funcionar en determinado caso a la generalización que se puede aplicar a grupos completos de personas. Otra dificultad importante es encontrar qué aspectos de la vida de las personas (por ejemplo, sus personalidades y experiencias) contribuyen a mejorar la salud y agravar la enfermedad. Éstos son temas de particular importancia en la psicología de la salud y la medicina conductual. Mientras hay muchas preguntas sin responder, existe una creciente evidencia de que el optimismo, el sentido de control personal y el sentimiento de que la vida tiene sentido, pueden ayudar a las personas a mantenerse mental y físicamente saludables. Éstos parecen funcionar como recursos o intercesores cuando surge el estrés (como inevitablemente sucede) y surge la necesidad de afrontar enfermedades serias. Los resultados de las emociones positivas y la buena salud parecen estar ligados, si bien los caminos todavía no son claros. En general, los estados emocionales negativos están asociados con hábitos y patrones de funcionamiento fisiológico poco saludables, mientras que los estados emocionales positivos están vinculados con patrones de respuesta más saludables en cuanto a la actividad cardiovascular y el sistema inmunológico.

Dos descubrimientos relacionados con el estrés y el sistema inmunológico muestran la complejidad de las relaciones mente-cuerpo involucrada en los trastornos psicofisiológicos. Uno es que hay una variabilidad individual considerable en la respuesta del sistema inmunológico al estrés. La otra es que el estrés agudo y cróni-

co puede tener efectos diferentes en el sistema inmunológico. El estrés crónico (como problemas maritales, estrés relacionado con el trabajo y luto) por lo general suprimen aspectos importantes de la función inmunológica, mientras que el estrés agudo (como el estrés de realizar un examen final) en algunas personas pueden tener un efecto activante en el funcionamiento del sistema inmunológico. Las interacciones complejas entre el sistema nervioso central y las glándulas endocrinas parecen jugar papeles en estas relaciones.

Trastornos cardiovasculares

El corazón es un músculo altamente especializado que bombea sangre a todo el cuerpo. La sangre fluye por el organismo en un circuito infinito de vasos sanguíneos, que se conoce como sistema circulatorio. Cada día, el corazón humano late aproximadamente 100 000 veces, y transporta el equivalente a 16 300 litros de sangre a todas las partes del cuerpo. Las arterias proporcionan alimento y oxígeno a las células, en tanto que las venas retiran el bióxido de carbono y los productos de desecho. El término **trastornos cardiovasculares** se refiere a las condiciones patológicas que se relacionan con el funcionamiento del corazón y los vasos sanguíneos. Cada vez hay más evidencias de que factores psicológicos y sociales desempeñan un papel importante en dos trastornos cardiovasculares: la enfermedad coronaria y la hipertensión. Estas condiciones han provocado más de la mitad de los decesos en Estados Unidos por más de 40 años.

Enfermedad coronaria La causa principal de muerte e incapacidad en Estados Unidos es la **enfermedad coronaria (EC)**, que provoca 40% de todas las muertes. Cada año se detectan un millón de nuevos casos. La EC se produce por lesiones de las arterias coronarias, que son las que transportan la sangre dentro del propio corazón. En la EC, una o más de las tres arterias coronarias se encuentran obstruidas parcial o totalmente por depósitos, llamados **placas**, que engrosan la pared arterial (condición que se conoce como **arteriosclerosis**). Cuando las arterias coronarias se vuelven rígidas y angostas como resultado de estos depósitos de placa, el abastecimiento de sangre a las distintas partes del corazón se suspende en forma temporal o permanente.

La EC adquiere diversas formas. En la **angina de pecho**, las personas sufren dolores de pecho periódicos provocados por un abastecimiento insuficiente de sangre rica en oxígeno al corazón. Un **infarto al miocardio**, que también es causado por un abastecimiento insuficiente de sangre al corazón, es más serio que la angina de pecho porque comprende una reducción más amplia del abastecimiento de sangre al corazón. Cuando la gente habla de un ataque cardíaco, por lo general se refiere a un infarto al miocardio.

Diferencias de género Existen importantes diferencias entre hombres y mujeres. Mientras que la mayoría de las víctimas de ataques cardíacos que tienen una edad media son hombres, los que se presentan en años posteriores son una de las principales causas de muerte tanto de hombres como de mujeres. La enfermedad cardíaca es la causa principal de muerte de las mujeres mayores de 66 años y en los hombres desde los 39 años. Las mujeres padecen dolores de pecho durante mucho tiempo antes del ataque; en los hom-

bres, esos dolores casi siempre son el aviso de que ya comenzó el ataque cardíaco. En la actualidad, los investigadores analizan las razones de estas diferencias. Tal vez existan diferencias biológicas importantes entre los sexos respecto del funcionamiento y desarrollo del corazón y el sistema cardiovascular. Además, hombres y mujeres difieren en sus temperamentos y en la forma en que reaccionan ante el estrés. Por ejemplo, pueden diferir respecto de la *reactividad cardiovascular*, el cambio de una línea base de descanso a una condición cardiovascular activa. Dentro de cada género, las diferencias raciales y étnicas pueden ser significativas. Por ejemplo, proporcionalmente más mujeres afroestadounidenses mueren a causa de enfermedades cardíacas que las mujeres en cualquier otro grupo racial.

Estrés Un factor significativo en los ataques cardíacos es el estrés. Desde la Edad de Piedra hasta nuestros días, los seres humanos han respondido a los retos del ambiente y a las amenazas mediante la secreción de grandes cantidades de hormonas adrenales y otras hormonas relacionadas con el estrés, seguidas por un aumento de la frecuencia cardíaca y la respiración, así como la dilatación de los vasos que transportan la sangre a los músculos. A pesar de que estas respuestas son adaptativas e incluso salvan la vida cuando la amenaza es una manada de lobos, estaría mejor sin ellas cuando se encuentra atrapado en el tráfico pesado. De hecho, estas respuestas fisiológicas primitivas no sólo son de poca ayuda para manejar la mayor parte de los problemas de la vida moderna, sino que además pueden estar relacionadas con el desarrollo de las enfermedades.

El estrés parece contribuir a la enfermedad coronaria por medio de las reacciones generales del organismo ante los estímulos aversivos. En condiciones de activación, se secretan las sustancias hormonales que se conocen como **catecolaminas**. Dos de éstas, la **epinefrina** y la **norepinefrina**, aceleran el índice de daño arterial y con el tiempo pueden provocar ataques cardíacos. Qué personas son más propensas a sufrirlos ante niveles elevados de estrés y qué pasos llevan del estrés psicológico al daño cardíaco, son temas de las investigaciones actuales. En la actualidad se reconoce que esta investigación necesita ser sumamente compleja para incorporar los diversos factores que con frecuencia interactúan para producir síntomas coronarios. La tabla 6-8 enumera factores que de manera individual y combinada contribuyen al riesgo de EC, particularmen-

te en el contexto del estrés. Lo preocupante de estos factores es el grado hasta el cual pertenecen a varias de las seis perspectivas teóricas descritas en el capítulo 2. Mientras que todas las perspectivas teóricas pueden no ser de mucha ayuda en un caso particular de EC, varias de ellas, de manera individual o en interacción, pueden ser útiles para interpretar muchos casos individuales.

Uno de los retos que enfrenta la investigación en los resultados de la salud es cómo evaluar las contribuciones de varios factores pertinentes para provocar una enfermedad. Por ejemplo, las personas que han sufrido crisis importantes de depresión son hasta cuatro veces más propensas que otros a sufrir un ataque cardíaco (Pratt y cols., 1996). Sin embargo, no es evidente por qué éste es el caso. Una posibilidad es que la depresión sea una reacción severa al estrés y éste aumenta el riesgo de un ataque cardíaco. Si la depresión juega un papel importante en causar ataques cardíacos, el tratamiento para la depresión puede disminuir la probabilidad de que ocurra (Musselman y cols., 1998). El estudio de Pratt y sus colegas es valioso porque a diferencia de la investigación previa sobre la depresión y la EC, evaluó la depresión antes, y en forma independiente de que ocurriera un ataque cardíaco. Sus resultados son congruentes con la creciente evidencia que tanto los riesgos biológicos como los psicológicos necesitan ser considerados al pronosticar EC. Los predictores biológicos establecidos incluyen factores metabólicos, presión arterial alta, factores de la coagulación sanguínea, obesidad, género e historia familiar. Los factores psicológicos que aparecen cada vez más como predictores son la depresión, hostilidad, aislamiento social, conflicto interpersonal y la necesidad de dominio social (la necesidad de controlar a los demás). Los factores de conducta importantes incluyen: fumar, dieta y ejercicio.

Estilo de vida y EC Los fallecimientos que se deben a la EC se redujeron más de 35% en los últimos 40 años y, en años recientes, ese decremento se ha acelerado. Los factores que tal vez contribuyan a la reducción de la mortalidad son mejores servicios médicos, el desarrollo de unidades de cuidado para las enfermedades coronarias en los hospitales, avances en el tratamiento quirúrgico y médico de la EC y un mejor control de la presión arterial. Los cambios en el estilo de vida como fumar menos, mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la condición física también parecen jugar un importante papel preventivo.

Con base en sus observaciones clínicas como cardiólogos, Meyer Friedman y Ray Rosenman (1974) desarrollaron una teoría sobre la existencia de un patrón de personalidad propensa a ataques cardíacos. Ellos pensaban que personas que por costumbre están aceleradas, son competitivas y hostiles tienden a ser propensas a ataques cardíacos. A estas personas las clasificaron con personalidades **tipo A**. A aquellas que viven bajo menos presión y vidas ajetreadas se les conocen como personalidades **tipo B**. La conducta del tipo A incluye enojo e impaciencia con otros a los que se perciben como “que toman las cosas con calma”.

La investigación reciente sugiere que la hostilidad puede ser más crítica en relación con la EC que la cualidad de apresurados y competitivos que Friedman y Rosenman observaron en muchos de

TABLA 6-8

Cuatro factores de riesgo de enfermedades coronarias (EC)

Factores de riesgo	Ejemplos
Características corporales	Edad, hipertensión, colesterol, obesidad, herencia
Hábitos de salud	Fumar, consumo de alcohol
Comunidad, estilo de vida y factores culturales	Estatus socioeconómico, educación
Personalidad	Ansiedad, hostilidad, metas

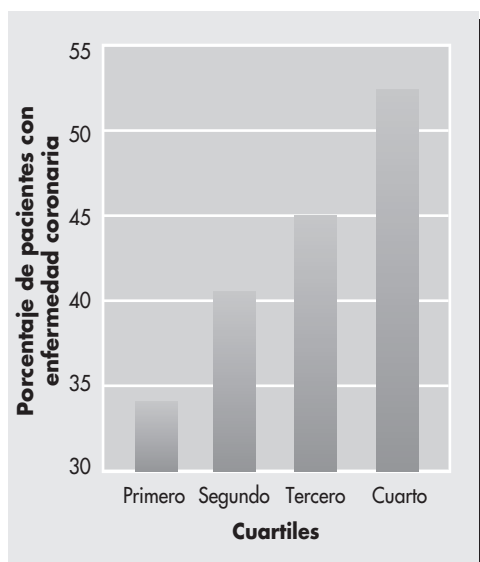


Figura 6-14 Los porcentajes de pacientes con enfermedad coronaria, como una función de la calificación de la hostilidad del cónyuge percibida por su pareja. El primer cuartil incluye las calificaciones más bajas de hostilidad y el cuarto las más altas.

FUENTE: Basado en Kneip y cols., 1993.

sus pacientes (Smith y Ruiz, 2002). Las personas que son hostiles, irritables, cínicas y desconfían de otros tienen un riesgo especialmente alto de enfermedades coronarias fatales (Barefoot y cols., 1987). En un estudio, los cónyuges calificaron los niveles de hostilidad del otro. Como se muestra en la figura 6-14, mientras más alta sea la hostilidad del cónyuge, mayor probabilidad de la EC (Kneip y cols., 1993). Se ha encontrado que la hostilidad está generalmente asociada con el declive de la salud física (T.Q. Miller y cols., 1996).

Se ha explorado el rol de las pérdidas sociales y el aislamiento social en la recuperación de ataques cardíacos en una gran cantidad de estudios. En una investigación se evaluó a 2320 hombres

que sobrevivieron a un infarto al miocardio para identificar los factores que predecían cuánto tiempo vivirían después del infarto (Ruberman y cols., 1984). Un factor importante fue la educación, es decir, los sujetos que tenían mejor educación vivían más tiempo. El estrés de la vida y el aislamiento, solos y combinados, también surgieron como predictores significativos de la mortalidad. Los sujetos definieron el estrés de la vida como dificultades en el trabajo, divorcios y separaciones, accidentes y ser víctimas de delincuentes. El aislamiento social se definió en términos de contactos con los amigos y parientes, así como ser miembro de organizaciones sociales, de la iglesia o fraternas.

En la figura 6-15, las gráficas a) y b) muestran que cuando los efectos del estrés y el aislamiento social se evaluaron por separado, cada uno de estos factores se relacionó en forma significativa con un aumento de la probabilidad de muerte. El riesgo de muerte de los hombres que enfrentaron un nivel de estrés alto duplicó el de los hombres que tuvieron un nivel de estrés bajo. Se encontró una relación similar cuando se comparó a los hombres con nivel de aislamiento social alto y bajo. El efecto combinado de estos dos factores se muestra en la gráfica c). En el caso de los hombres que presentaron altos niveles de estrés y aislamiento social, el riesgo de muerte fue cuatro veces mayor que el de los que manifestaron un nivel bajo en los dos aspectos. La línea media de la gráfica c) presenta el riesgo de fallecimiento para los hombres que tuvieron un nivel elevado de estrés o aislamiento social. Como es evidente en la figura 6-15, es de gran valor contar con evidencias que muestran la relación entre los desastres personales repentinos, como la muerte de un ser querido o la pérdida del trabajo, y las enfermedades coronarias; de igual importancia es la información sobre los efectos de los aspectos menos intensos, pero persistentes, del estilo de vida de una persona.

El mecanismo con el que el estrés contribuye a las enfermedades del corazón no se ha resuelto. Una posibilidad es que los altos niveles de actividad del sistema nervioso autónomo causados por eventos de vida estresantes subyacen a muchos casos de EC. Una ac-

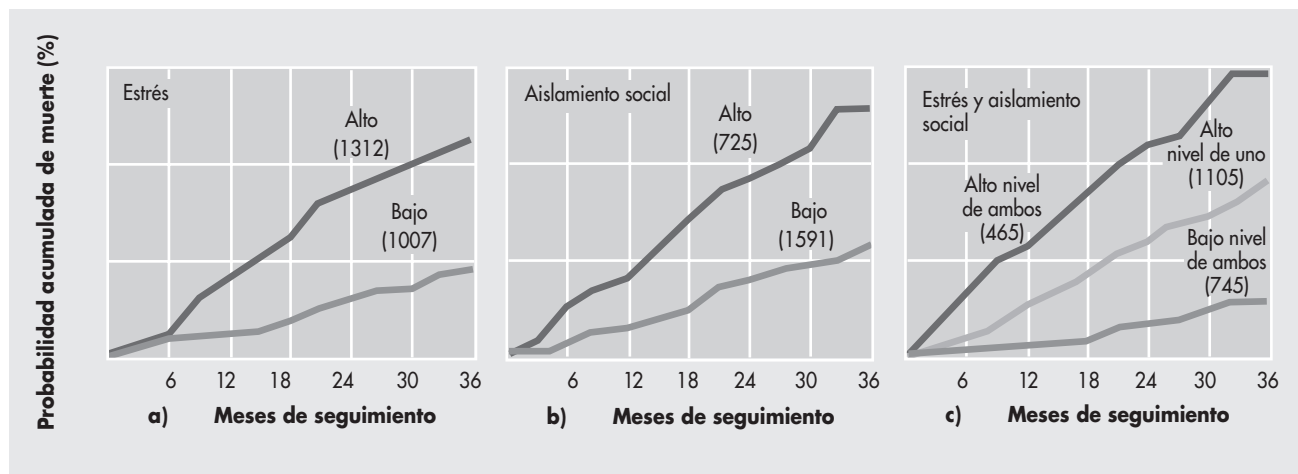


Figura 6-15 La probabilidad acumulada de muerte en condiciones de estrés, aislamiento social o ambos en función de los meses en que se dio seguimiento a los sujetos después de un infarto al miocardio.

FUENTE: Adaptación de Ruberman y cols., 1984, p. 555. Reimpresión con autorización de *New England Journal of Medicine*.

tividad autónoma elevada puede llegar a pasar ya sea por la extraordinaria naturaleza de los factores estresantes o debido a las características de personalidad, como una tendencia a reaccionar con altos niveles de hostilidad e irritación a insultos y rechazos percibidos.

Eventos estresantes y EC Los investigadores han descubierto que los episodios particularmente estresantes (por ejemplo, llegar al final de un plazo o ser despedido) afectan al sistema cardiovascular en forma temporal (elevan la presión arterial). También, algunos sucesos repentinos que son significativos para la persona parecen provocar reacciones cardiovasculares importantes. Por ejemplo, la separación o pérdida de un ser querido generan la necesidad de llevar a cabo cambios repentinos del estilo de vida y pueden culminar en un ataque cardíaco, como lo demuestra el siguiente caso.

La esposa de Harry Allen había padecido cáncer en los pulmones durante varios meses. Su muerte se presentó en forma lenta y dolorosa. Para Allen, de 54 años, la pérdida y la aflicción fueron abrumadoras. Todos sabían que el cáncer era incurable y que su muerte se acercaba; sin embargo, para Allen fue un choque terrible. Cuatro meses antes de la muerte de su esposa, Harry se había sometido a un examen físico completo que incluía un electrocardiograma. Éste, al igual que los otros estudios de la función cardíaca, presentó resultados por completo normales. Sin embargo, dos días después de la muerte de su esposa, Allen sufrió un colapso y falleció debido a un ataque cardíaco masivo.

Mientras que el papel de las redes y el apoyo sociales han sido examinados en muchos estudios de enfermedades, estos factores se han ligado de manera consistente con EC en hombres más que en mujeres (Berkman y cols., 1993). Es especialmente interesante el descubrimiento de que el apoyo social proporcionado por mujeres parece reducir las respuestas cardiovasculares al estrés tanto de hombres como de mujeres bastante mayor que en el caso del apoyo proporcionado por hombres (Glynn y cols., 1999).

Factores culturales y ECC Los estudios que comparan las distintas culturas y los procesos de cambio social también ofrecen evidencias con respecto al papel de los factores del estilo de vida en la enfermedad. En general, los índices bajos de EC tienden a presentarse en partes del mundo donde la tradición y los lazos familiares son fuertes. Los datos sobre las diferentes culturas proporcionan una perspectiva más amplia sobre la relación entre la experiencia psicosocial y el colapso físico. Japón, por ejemplo, tiene uno de los índices más bajos de enfermedades cardíacas en el mundo, en tanto que Estados Unidos tiene uno de los más altos. El índice de muertes por EC de los hombres japoneses entre los 35 y 64 años es de 64 por cada 100 000 personas, mientras que el de los estadounidenses es de 400 por cada 100 000 personas.

En un país como Estados Unidos existen grandes diferencias regionales y culturales. Por ejemplo, de acuerdo con un estudio que se realizó hace algunos años, la ciudad de Roseto, Pennsylvania, tenía un índice de mortalidad bastante más bajo, sobre todo por ataque cardíaco. Estos índices bajos pueden parecer sorprendentes, ya que tanto los hombres como las mujeres de Roseto presenta-

ban una tendencia al sobrepeso y sus patrones de dieta, tabaquismo y ejercicio eran similares a los de otras comunidades. Lo que parecía contribuir en mayor medida al índice de mortalidad relativamente bajo era la forma en que vivía la gente. Casi todos los habitantes de Roseto eran descendientes de italianos y los vecinos de la ciudad eran muy tradicionalistas. Los hombres eran la cabeza de su familia sin lugar a dudas. Los problemas personales y familiares se solucionaban con ayuda de parientes, amigos y el sacerdote de la localidad.

A pesar de que Roseto presentaba estas características estables, como todas las comunidades estadounidenses, empezaba a experimentar cambios constantes. Los hombres y mujeres jóvenes se casaban con personas que no eran italianas y que pertenecían a otras ciudades. El índice de nacimientos se reducía, la asistencia a la iglesia era baja y las personas se mudaban fuera del área a vecindarios suburbanos más lejanos. Para mediados de la década de los años setenta, después que ocurrieron muchos de estos cambios, se notó un aumento sorprendente en el índice de ataques cardíacos y fallecimientos repentinos, sobre todo entre los hombres menores de 55 años (Egolf y cols., 1992; Wolf y Bruhn, 1993). Al parecer, el cambio social debilitó las fuentes de seguridad emocional y social con que contaba Roseto, con consecuencias importantes para la salud y longevidad de sus habitantes.

¿Se pueden cambiar los estilos de vida que predisponen a la EC?

Los investigadores estudian la posibilidad de reducir la susceptibilidad a la EC por medio de la capacitación psicológica. Un camino productivo puede ser la educación pública sobre los cambios de estilo de vida que contribuyen a un riesgo más bajo para desarrollar EC. Estos cambios incluyen seleccionar una mejor dieta, hacer ejercicio más seguido y tener una revisión médica regular. (Los hombres generalmente van menos al médico que las mujeres).

Un segundo camino es tratar de ayudar a las personas a obtener mayor control sobre sus emociones (como el enojo). Un grupo de investigadores ha tratado de ayudar a coroneles del ejército sanos y exitosos para que presenten menos comportamientos tipo A (J.J. Gill y cols., 1985). Los coroneles participaron en varias sesiones de asesoría que trataban sobre las formas de modificar las creencias y atribuciones que se encontraban detrás de la conducta tipo A. También se les dio asesoría sobre cómo evitar situaciones potencialmente estresantes y clases para representar papeles en los cuales practicarán formas menos estresantes de afrontar las situaciones. Los descubrimientos apoyan la conclusión de que los atributos de las personas tipo A de enojo, irritación e impaciencia no necesariamente son aspectos del impulso, la ambición, la creatividad y el arduo trabajo que necesitan desempeñar los líderes militares. El estudio demostró que los coroneles presentaban menor propensión a los comportamientos tipo A y que su capacidad para funcionar como líderes no se veía afectada, pero que, en realidad, se podía mejorar.

Un tercer camino tiene como meta ayudar a los individuos a afrontar el primer ataque cardíaco. El Minneapolis Heart Institute llevó a cabo un estudio de intervención después del ataque cardíaco en el que los pacientes participaron en un seguimiento de tres meses. El estudio fue motivado por la observación de que mu-

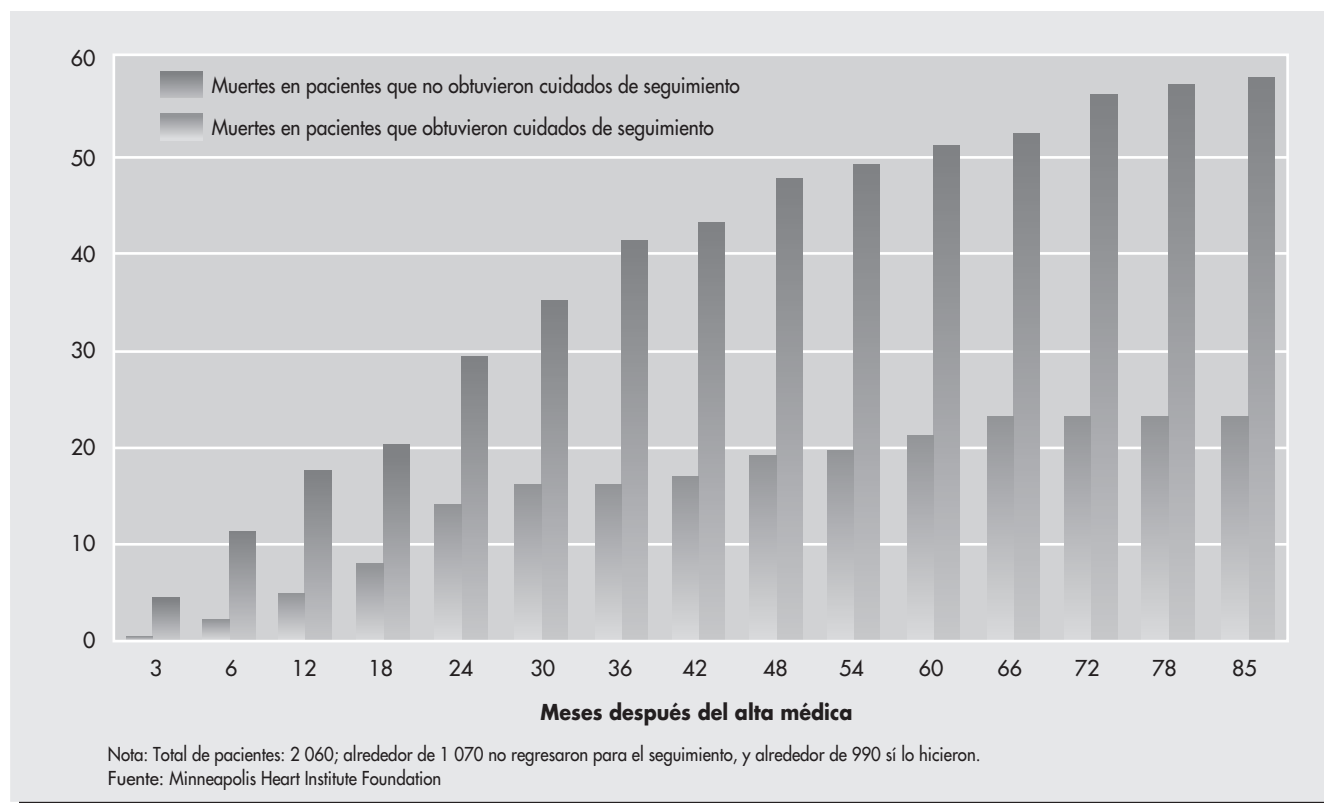


Figura 6-16 Número acumulado de muertes posterior al alta médica del hospital después del ataque cardíaco de pacientes que recibieron cuidados de seguimiento y los que no lo recibieron.

chos pacientes cuyos ataques cardíacos ocurrieron a una edad relativamente joven (menor de 55) no regresan a sus revisiones médicas a pesar de que es recomendable. La figura 6-16 muestra las muertes acumuladas de tres a 85 meses después del ataque cardíaco de pacientes que aprovecharon o no la ventaja del seguimiento de tres meses. En ese seguimiento, a los pacientes que regresaron se les motivó a alejarse del uso del tabaco, adoptar una dieta saludable y controlar su presión arterial y niveles de colesterol. Los pacientes que fueron a la revisión médica de tres meses tuvieron 57% menor probabilidad de morir durante el resto del periodo de estudio que los que no aprovecharon la oferta. Es evidente que este tipo de resultados destacan el hecho de que la EC está relacionada con lo que los pacientes están o no pensando sobre sus conductas y también de lo que está sucediendo en sus sistemas corporales.

Hipertensión La **hipertensión** es lo que la mayoría de las personas describen como presión arterial alta. Por lo general, se considera alto un nivel de presión arterial que se encuentra sobre los 140 cuando el corazón se contrae (presión sistólica) y que no se reduce a menos de 90 cuando el corazón se relaja (presión diastólica) se considera como alta según los lineamientos publicados por el National Heart, Lung, and Blood Institute en 2003. Se considera prehipertensiva o en riesgo de presión arterial alta a una persona con presión arterial sistólica de 120-139 y presión arterial diastólica de 80-89. Esta categoría prehipertensiva incluye alrededor de 20% de los adultos en Estados Unidos.

La presión arterial alta indica que existe una resistencia al flujo de sangre en todo el sistema cardiovascular. Esta condición ejerce presión sobre las arterias y obliga al corazón a trabajar más con el fin de contrarrestar la resistencia. Entre los jóvenes (de 25 a 44 años de edad), los hombres tienen presión arterial más alta que las mujeres. Entre los adultos mayores (entre 65 y 74 años de edad), el patrón se revierte. Las lecturas de la presión arterial de los adultos de raza negra por lo regular exceden a las de los adultos de raza blanca. Una hipótesis para explicar esta diferencia es que la discriminación racial es un estresor crónico que puede tener un efecto negativo en la salud cardiovascular de los afroestadounidenses. De acuerdo con este punto de vista, este efecto puede estar asociado con la tendencia de los afroestadounidenses a ser más reactivos cardiovascularmente al estrés que otros grupos (Fang y Myers, 2001, Guyll y cols., 2001). Sin embargo, la base para explicar las tasas más altas de hipertensión entre afroestadounidenses todavía no se ha identificado. Un factor genético puede contribuir a estas tasas más altas (Ergul y cols., 1996). Los afroestadounidenses con presión arterial alta tienen cuatro veces más endotelina-1, una potente proteína, que las personas de descendencia caucásica con el mismo problema, y ocho veces la cantidad de endotelina-1 que los afroestadounidenses sanos.

La presión arterial alta es un factor importante que contribuye a complicar los trastornos cardiovasculares y es una de las condiciones que provoca un riesgo mayor a los ataques cardíacos. Por

lo general, se trata de un riesgo silencioso o asintomático, porque quizá el individuo hipertenso no muestre señales visibles de un problema médico durante muchos años. En la actualidad, la hipertensión es, quizá, la enfermedad crónica más común en Estados Unidos. Las observaciones clínicas que indican que muchos hipertensos muestran una amplia diferencia en las lecturas de la presión arterial y que gran parte del tiempo parecen tener problemas emocionales han llevado a especular acerca de las causas y el tratamiento de este trastorno. El enojo crónico y la supresión de éste se identifican como factores importantes. De acuerdo con una teoría, mientras que todos estamos expuestos a situaciones que provocan enojo, los hipertensos experimentan enojo crónico debido a su incapacidad para expresarlo o a comportarse en una forma socialmente aceptada.

Por parte de la perspectiva conductual surge cierto apoyo que dirige la atención hacia los tipos específicos de situación relacionados con la alta presión arterial. La incompetencia para manejar las situaciones que requieren asertividad puede ser un déficit conductual específico en el caso de muchos hipertensos. La asertividad, que se define como la capacidad para defender los derechos personales, expresar los sentimientos y evitar el maltrato por parte de los demás, es una habilidad interpersonal vital y un indicador de competencia social. Las personas que no tienen mucha asertividad presentan una tendencia a que se les trate mal, a fracasar en la expresión de sus sentimientos y con frecuencia son incapaces de cubrir sus necesidades. Los investigadores han podido demostrar que los hipertensos responden en forma positiva a la capacitación conductual que comprende el modelado y la representación de papeles de asertividad apropiada. A medida que aumenta la competencia social de estos individuos, en muchos casos se reduce la presión arterial; de esta manera, el reforzamiento de las habilidades sociales de los hipertensos quizá tenga un valor clínico.

Otro aspecto de la investigación se ocupa de la relación entre la relajación y la presión arterial. Se puede lograr cierta reducción en esta última mediante el aprendizaje de técnicas de relajación. Herbert Benson (1977) ha desarrollado ejercicios de relajación que comprenden cuatro elementos: dispositivo mental repetitivo, actitud pasiva, reducción de la tensión muscular y entorno tranquilo. Su estrategia emplea indicaciones como las siguientes:

Siéntese con tranquilidad en una posición cómoda. Cierre los ojos. Relaje todos los músculos en forma profunda, empezando con los pies y subiendo de manera progresiva hasta el rostro. Manténgalos muy relajados.

Respire con la nariz. Sienta su respiración. Al exhalar, diga para usted mismo la palabra "uno". Continúe durante 20 minutos. Puede abrir los ojos para verificar el tiempo: no utilice una alarma. Al terminar, siéntese tranquilo durante varios minutos, primero con los ojos cerrados y después con los ojos abiertos.

No se preocupe si tiene o no éxito en lograr un nivel de relajación profunda. Conserve una actitud pasiva y permita que la relajación se presente a su propio ritmo. Puede haber pensamientos que lo distraigan; cuando se presenten, ignórelos y siga repitiendo "uno".

Practique la técnica una o dos veces todos los días, pero no durante las dos primeras horas después de comer, ya que el proceso digestivo parece interferir con la generación de los cambios anticipados. (Benson, 1977, p. 153)



Figura 6-17 Presión arterial sistólica de hipertensos a los que se dio entrenamiento en relajación y de un grupo de control que no recibió tratamiento. Las lecturas de la presión arterial se tomaron durante seis períodos que empezaron de 7:31 a 9:30 a.m. y terminando después de media noche.

FUENTE: Adaptación de Agras y cols., *Archives of General Psychiatry*, 37, p. 861. © 1980 American Medical Society

El sencillo método que presenta Benson lleva a la reducción de la presión arterial, así como a otros cambios corporales que acompañan a la relajación. La figura 6-17 muestra los tipos de resultados que alientan a los clínicos a emplear las técnicas de relajación con los hipertensos. Como lo ilustra la figura, la relajación provoca un decremento de la presión arterial sistólica durante el día y también mientras los sujetos duermen. En el caso de la presión diastólica se obtienen resultados similares.

El estrés laboral está relacionado tanto con la elevación de la presión arterial como con la mortalidad. Un estudio de 215 trabajadores varones (desde recolectores de basura hasta corredores de bolsa), que tenían entre 30 y 60 años, demostró que los entornos laborales difíciles tienen importantes efectos permanentes sobre la hipertensión (Schnall y cols., 1990). Los entornos laborales más problemáticos fueron los puestos de nivel relativamente bajo, en los cuales las altas demandas psicológicas se combinaron con poco control sobre el proceso laboral y poco empleo de las habilidades. La incapacidad para influir en la situación laboral aumentó la probabilidad de presión arterial alta. Si un trabajo muy estresante incluía la capacidad de controlar la situación no había ningún aumento en la presión arterial. Veintiuno por ciento de todos los sujetos padecieron presiones por el trabajo. Este grupo presentó hasta tres veces más riesgo de tener la presión alta que los que no padecieron tensiones laborales. Los hombres entre 30 y 40 años que desempeñaban trabajos muy estresantes mostraron un engrosamiento del ventrículo, o cámara, izquierdo del corazón, condición que con frecuencia precede a la enfermedad coronaria y los ataques cardíacos. Todos ellos habían ocupado ese puesto durante tres años por lo menos, ninguno tenía un sobrepeso de más de 20%, ni ha-

bía padecido ninguna enfermedad cardíaca antes de comenzar el estudio. El descubrimiento de una relación significativa entre el trabajo muy estresante y el aumento del volumen del corazón es válido sin tomar en cuenta el consumo de alcohol por parte del individuo, ni si se trata de un fumador o no. Un estudio reciente ha mostrado que el estrés laboral (definido como altas demandas de desempeño, poco apoyo, poco control sobre la forma en que se realizan las tareas y bajos salarios) está asociado con un doble incremento en el riesgo de muerte por una enfermedad cardiovascular (Kivimäki y cols., 2002).

Para algunas personas con hipertensión, la principal causa de ello es el estrés, y la relajación y la biorretroalimentación pueden resolver completamente el problema. Para otros, el estrés no es un factor, y los medicamentos pueden ser el mejor tratamiento para el problema. La hipertensión tiene muchas posibles causas y se debe esperar que la respuesta de relajación ayude sólo en casos en que el estrés sea, por lo menos, un componente significativo.

Cáncer

Se investiga cada vez más para tratar de determinar si las variables psicológicas se relacionan de alguna forma con la frecuencia y la aparición del cáncer y con la recuperación de esta enfermedad. El cáncer no es sólo una enfermedad sino un grupo de diferentes enfermedades que comparten un patrón de destrucción común: crecimiento celular descontrolado. En teoría, los factores psicosociales podrían afectar por lo menos dos etapas diferentes del cáncer: la aparición de un nuevo cáncer y la progresión de un cáncer establecido, además de la posibilidad de detectar síntomas y llevar a cabo acciones acerca de ellos cuando se detectan.

Dar atención a los síntomas Los individuos varían ampliamente en la forma en que responden a los cambios corporales que pudieran, o no, indicar que algo está muy mal.

Una mañana, mientras se lavaba los dientes, Sheila Mason se percató de una pequeña tumoración en su encía. No le dolía, pero estaba segura de que no la tenía antes. Se preguntaba si tenía que ver con un malestar estomacal o con un resfriado, pero no había cambios recientes en su dieta y se sentía bien. Estaba preocupada por la tumoración, pero al mismo tiempo no quería informar a su dentista o médico de un síntoma trivial. Después de tres días, la tumoración seguía ahí. No había crecido de cuando la notó por primera vez y seguía sin doler. Sheila concluyó que no era su responsabilidad decidir si la tumoración era o no un síntoma trivial. Eso es la labor de un profesional. Después de tomar la decisión de ir con un experto a que revisaran la tumoración, sólo tenía que preguntarse: ¿Debería de ir con mi médico o con mi dentista?

Grace Dolby, casada y madre de dos niños, sintió una pequeña pero notoria tumoración en su seno derecho. Su primera reacción fue de alarma, casi pánico, pero se dijo a sí misma que en realidad no era nada. “Debo estar equivocada.” Entonces trató simplemente dejar de pensar sobre la tumoración. La borraba de su mente cada vez que sus pensamientos se desviaban a ese tema. Tampoco le dijo nada a nadie

sobre el tema por más de dos meses e hizo un esfuerzo tremendo en desear que se fuera. Por lo general Grace era sociable y alegre, pero durante esos meses su esposo, Jack, notó que se había vuelto temperamental, tensa y deprimida. En momentos parecía distante y preocupada. Hacia el final del periodo de dos meses, el malhumor y su distanciamiento de los demás (incluyendo sus hijos) había aumentado. Su sueño se volvió irregular, y tenía dolores de cabeza frecuentes, aunque antes casi nunca los sufría. Si su esposo insistía en que le dijera qué era lo que estaba pasando, ella siempre respondía “no pasa nada. Estoy perfectamente normal”. Finalmente, una noche mientras tenían relaciones sexuales, Jack sintió la tumoración en el seno de Grace y a pesar de sus protestas de que “no era nada” insistió para que ella fuera con su médico familiar.

Lo único que tienen en común Sheila Mason y Grace Dolby es que encontraron tumoraciones que les preocuparon. Ambas mujeres manejaron sus preocupaciones de manera diferente. Después de cierta duda sobre si debería someterse a un examen clínico, Sheila tomó una decisión racional: buscar ayuda. Se dio cuenta de que existía la posibilidad de que su tumoración fuese seria pero no podía evaluar la situación ella misma. Sabía que mientras más esperara, peor podría ser. En contraste, Grace Dolby parecía incapaz de actuar de manera realista y decisiva. Primero intentó afrontar el descubrimiento de la tumoración en su seno al tratar, de manera poco satisfactoria, de negar que realmente lo tuviera. Después trató de decirse a sí misma que “no era nada”. El estrés proveniente de su descubrimiento podría reducirse de manera temporal con la negación y el secreto. Ella seguía sin poder afrontar la realidad de la tumoración.

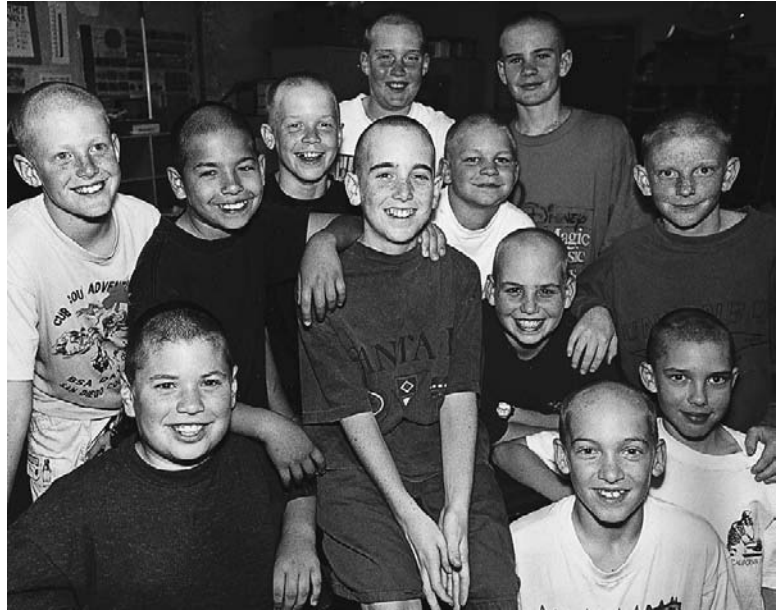
Encontrar una tumoración en el cuerpo de una persona puede ser estresante para cualquiera, pero la mayoría de las personas que se encuentran en tal situación van al médico inmediatamente. La respuesta de Grace Dolby se considera desadaptada básicamente porque no funcionó; la tumoración (o realidad) no desapareció. En realidad, la conducta de Grace simplemente incrementó la cantidad de estrés que experimentaba. Un clínico que trabajara con Grace querría entender las necesidades personales, motivaciones y disposiciones que, combinadas con la situación (descubrimiento de la tumoración), la impulsaron a llegar a la decisión de ser reservada y no actuar. ¿Qué fue lo que hizo que Grace Dolby fuera más vulnerable al estrés que Sheila Mason?

Grace Dolby había experimentado con anterioridad muchos síntomas físicos que requerían acción, como fiebre y erupción cutánea. Sin embargo, la tumoración en su seno fue diferente por las implicaciones que amenazaban su vida. Su madre había muerto cuando ella tenía cuatro años de edad y Grace estaba preocupada de privar a sus hijos de su amor maternal y atención, que ella no tuvo como resultado de la muerte temprana de su madre. Su intensa preocupación de abandonar a sus propios hijos la hizo particularmente vulnerable a preocuparse sobre su síntoma, lo que resultó en la negación de su significado. Identificar las razones por las cuales las personas actúan sobre las posibles amenazas a su salud mientras otros no, representa un reto importante para los investigadores.

Inicio y progresión del cáncer Los estudios con animales sugieren que ciertas experiencias al principio de la vida (el ma-

Figura 6-18 Calvos pero bellos: los compañeros de Ian O'Gorman, de 11 años de edad (centro), paciente de cáncer, se rasuraron la cabeza para que Ian no se sintiera fuera de lugar: El profesor de Ian se inspiró tanto que él también se rasuró la cabeza.

FUENTE: *Seattle Times*, 10 de marzo de 1994, p. A3.



nejo diario del personal del laboratorio o la separación de las ratas jóvenes de sus madres) dan como resultado un aumento o decremento de la susceptibilidad. Otro factor crítico es la capacidad del animal para desarrollar una respuesta adaptativa de afrontamiento. Tanto los estudios con animales como las observaciones clínicas de los seres humanos revelan que el estrés que no se puede controlar se relaciona con la aparición del cáncer (Sklar y Anisman, 1981). Estimulada por estos descubrimientos, la investigación actual se centra sobre los papeles del estrés y la personalidad en el cáncer en los seres humanos. Una de estas investigaciones mostró que los estudiantes de medicina cuyos perfiles psicológicos indicaron una capacidad relativamente limitada para las relaciones interpersonales estrechas eran especialmente propensos a desarrollar cáncer 20 o 25 años más adelante (Shaffer y cols., 1987).

Todavía no es evidente el papel de los factores psicológicos en el desarrollo del cáncer. Sin embargo, no hay duda del efecto estresante de recibir un diagnóstico de cáncer y tener que vivir con la enfermedad:

Sabía desde el principio que tenía alguna forma de cáncer porque el médico me lo dijo de forma clara. Tomé la noticia con calma, aceptando que la hospitalización inmediata era la línea de acción más prudente. Las lágrimas y el terror, que no llegaron sino más tarde, en la primera noche de hospital en la que no dormí, fueron a veces profundas. Pasaron meses antes de que comprendiera la sutileza de su declaración: "Podemos curarlo" en realidad no significa "Vamos a curarlo".

Más allá de la ansiedad creada por la enfermedad misma, el cáncer expone al paciente a estrés físico y emocional, consecuencia de tratamientos dolorosos y en ocasiones emocionalmente difíciles y a sus efectos secundarios. La asesoría y la psicoterapia pueden aminorar la carga. Por ejemplo, un estudio clínico sugirió que la psicoterapia grupal puede ser muy útil para ayudar a los pacientes con cáncer a afrontar su enfermedad (D. Spiegel y cols., 1989). Mientras que puede ser muy útil expresar las preocupaciones por la

salud y las emociones que las acompañan, todavía no es evidente cuáles serían los vehículos más eficaces para que los pacientes 1) expresen sus sentimientos, 2) reciban apoyo y 3) aprendan las habilidades de afrontamiento pertinentes (Anderson, 2002). Sin embargo, existen indicaciones de que estos tres componentes de la adaptación al cáncer pueden ser valiosos psicológicamente en el afrontamiento con el estrés asociado a él (Antoni y cols., 2001). Se necesita más investigación para dar seguimiento a estas indicaciones y determinar si las intervenciones psicológicas pueden contribuir a alargar la vida. La complejidad del aspecto psicológico del cáncer se indica por los efectos positivos del apoyo social para un niño de 11 años (como se ilustra en la figura 6-18) y por las observaciones de una mujer a la que se le diagnosticó cáncer:

Las personas se alteran cuando escuchan que una persona que ellos conocen ha sido diagnosticada con cáncer. A las que se les dijo empezaron a llorar. Dijeron que iban a rezar por mí. Todo esto puede sonar como un flujo de amor y apoyo, pero también era bastante aterrador. Por un momento reaccionaba ante cualquier expresión de otros con enojo, sintiendo que todos pensaban que estaba muriendo. A veces me preocupaba porque suponía que la comprensión de mi enfermedad no era la correcta, pensaba que los otros debían saber algo que yo ignoraba sobre mi pronóstico o que estaba negando la seriedad de mi condición. Pasé mucho tiempo consolando a los demás, tratando de que ellos no me consideraran como una persona "con un pie en la tumba".

Estas reacciones hacen que el apoyo social sea un tema más complejo de lo que puede parecer inicialmente... Mientras tenga personas a mi alrededor que me ayudan y me apoyan es algo valioso pero también es una carga que me resta energía que necesito para otras cosas. No obstante, existe una excepción a esta ambivalencia. Descubrí rápidamente el confort de estar con las personas que han sido diagnosticadas con cáncer.

... Un día algunos colegas me preguntaron sobre mi quimioterapia. Después de contarles el régimen, una de los oyentes me invitó a estar de acuerdo con ella de que era maravilloso que esas drogas potencialmente

salvadoras estuvieran disponibles. No pude contestar. Como podrán ver, odio las drogas de la quimioterapia. Aborrezco pedir las en la farmacia, olerlas, sentir las en mi mano y tomarlas. Pero contarle mi aversión hacia ellas involucraría mucha explicación, asegurarle que no intento parar mis tratamientos, y por supuesto que estoy contenta de tenerlas, etc. No tengo que asumir esa actitud ante otros pacientes con cáncer. Cuando una mujer que también recibe tratamiento para cáncer de mama apenas mencionó el nombre de una de sus drogas entendí lo que sentía. Cuando yo me quejaba de que estaba cansada de estar calva, un colega con cáncer no me decía que me veía bien o me instaba a seguir adelante o se llenaba de lágrimas. Él sólo decía “lo sé”. De manera similar, cuando él y yo bromeábamos sobre nuestras experiencias estamos siendo chistosos, no mordaces, ni nos sentimos conmovidos, ni somos valientes. Es bueno poder quejarse y bromear con naturalidad (Shore, 1989, p. 25).

Así como este relato de una experiencia con cáncer lo transmite, el estrés psicológico con frecuencia acompaña a enfermedades graves sin importar su causa. El apoyo social puede ser de mucha ayuda en tales situaciones, pero debe tomar en cuenta lo que la persona enferma piensa y siente. La complejidad de los factores que interactúan durante la supervivencia y recuperación del cáncer se muestra con la evidencia de que hay diferencias étnicas significativas. En comparación con otros grupos, los afroestadounidenses tienen peores resultados de supervivencia, en cambio los japoneses-estadounidenses tienen mejores resultados (Meyerowitz y cols., 1998). Estas diferencias no pueden ser resultado de la etnicidad en sí; pueden ser mediados por las diferencias entre los grupos étnicos en el estatus socioeconómico, acceso a asistencia médica, actitudes, conocimiento y la adherencia a los regímenes médicos prescritos.

Dilemas diagnósticos

Aunque siguen sin contestarse varias preguntas, condiciones como la enfermedad coronaria y el cáncer, por lo regular se pueden identificar y se conocen varios de los procesos implicados. Se sabe menos acerca de lo que sucede en muchas otras enfermedades. Esto plantea dilemas diagnósticos.

Con frecuencia no se puede determinar de forma categórica si una condición es “puramente” médica. Hay áreas grises, que se originan por la falta de conocimiento médico, la forma en que los pacientes describen sus problemas a los médicos y las habilidades de éstos para obtener información pertinente de sus pacientes. El supuesto de que la mente y el cuerpo están separados y que, por ello, la enfermedad necesita ser categorizada ya sea como física o mental también contribuye a dificultar los diagnósticos. En algunas condiciones que son especialmente difíciles de explicar, los síntomas físicos definitivos son evidentes pero no pueden explicarse convenientemente en términos de clasificaciones diagnósticas tradicionales.

Síndrome de fatiga crónica

Un ejemplo de un dilema diagnóstico es el **síndrome de fatiga crónica (SFC)**, una condición clínica en la que el paciente se queja

de cansancio extremo acompañado de mala concentración, irritabilidad y dolor muscular. Muchos médicos familiares creen que los síntomas de la mayoría de los pacientes que sufren de fatiga crónica severa no se explican fácilmente, ya sea por una enfermedad orgánica reconocida o por depresión, ansiedad, enojo o alguna otra reacción emocional.

Shirley Finley es una paciente del departamento de enfermedades infecciosas de un hospital local. Sus dolencias principales son fatiga, poca concentración y dolor muscular. Estos síntomas parecen exacerbarse con el esfuerzo mental y físico, que la han llevado a reducir de manera sustancial sus actividades diarias. El historial de su caso describe una aparición aguda de síntomas después de una enfermedad viral. Aunque menciona sentirse deprimida y ansiosa en ocasiones, no muestra estados de ánimo importante o inusual. Cree que su enfermedad es más bien médica que psicológica. Explica que su “estrés” es el resultado de una enfermedad más que su causa.

Al menos desde el siglo XIX se ha reconocido un síndrome clínico en el que la queja de fatiga es severa y está acompañada de síntomas similares a los que se observan en Shirley Finley. A finales de ese siglo, este síndrome se diagnosticaba como *neurastenia*, una condición con una causa incierta pero que se atribuía al efecto del estrés de la vida moderna en el sistema nervioso humano. Al paso de los años el diagnóstico de la *neurastenia* ya no era útil puesto que se definía en líneas muy generales, y para principios del siglo XX empezó a dejar de ser de uso común. Sin embargo, un creciente número de médicos se ha visto recientemente confrontado con síntomas como los de Shirley Finley en muchos pacientes, en especial mujeres blancas a comienzo o a mediados de la edad adulta.

Aunque aún no es parte del sistema de clasificación diagnóstica oficial, el síndrome de fatiga crónica (SFC) es objeto de atención considerable. Si bien no existe acuerdo sobre la definición del SFC, en la actualidad puede ser caracterizado por la presencia de ciertos síntomas (criterios de inclusión) y la ausencia de otros (criterios de exclusión). La tabla 6-9 presenta los criterios de inclusión y exclusión del SFC. Se requiere más investigación para determinar la naturaleza y causa del síndrome de fatiga crónica. Hasta el momento no se ha identificado ninguna causa definitiva del trastorno. Sin embargo, lo que se sabe hoy en día sugiere que el agente precipitante parece ser una infección viral. Por lo general, los estudios que se han llevado a cabo no tienen grupos de comparación, tampoco información detallada sobre los pacientes estudiados, o tienen otras limitaciones importantes. Un descubrimiento relevante es que, mientras los pacientes con SFC por lo regular reportan tener problemas de concentración y de memoria, su desempeño cognitivo es normal (Wearden y Appleby, 1997).

Las anomalías inmunológicas son comunes en el SFC, así como las anomalías del funcionamiento autonómico y sentimientos de depresión y ansiedad. Al parecer, es probable que múltiples factores jueguen papeles en su conformación. Por ello, es probable que tengamos otro ejemplo de la necesidad de una amplia perspectiva interaccionista de los determinantes biopsicosociales (Engle-bienne y De Meirleir, 2002). En la actualidad, al SFC se le considera un término descriptivo de un trastorno que se reporta con

TABLA 6-9

Definición del síndrome de fatiga crónica (SFC)**Criterios de inclusión**

- Fatiga médicamente explicada con duración de por lo menos seis meses
- Inicio agudo de los síntomas que no son resultado de un continuo esfuerzo
- No se alivia sustancialmente mediante descanso
- Nivel de actividad sustancialmente reducido en el paciente
- Presencia de cuatro o más de los siguientes síntomas:
 - Dolor de garganta
 - Nódulos linfáticos dolorosos
 - Dolor muscular
 - Dolor en las articulaciones
 - Dolor de cabeza
 - Sueño sin descanso
 - El paciente reporta deterioro de la memoria
 - Empeoramiento de los síntomas después del esfuerzo

Criterios de exclusión

- Enfermedad activa, no resuelta o que se sospecha
- Trastornos psicóticos
- Depresión severa
- Demencia
- Abuso de alcohol u otras sustancias
- Trastornos de la conducta alimentaria (como anorexia o bulimia nerviosa)
- Obesidad severa

frecuencia y que parece involucrar variables heterogéneas. Independientemente de lo que se descubra sobre las causas del SFC, a final de cuentas la atención que está recibiendo ofrece una oportunidad para entender la naturaleza y clasificación de las enfermedades humanas cuyos orígenes son inciertos.

Dolores de cabeza

Los dolores de cabeza son muy comunes y en ocasiones no están asociados con una enfermedad orgánica significativa. ¿A quién no le da de vez en cuando dolor de cabeza? No obstante, los dolores de cabeza pueden ser debilitantes, y probablemente son una de las señales corporales más reportadas. A pesar de que no son fáciles de diagnosticar y de la falta de conocimiento de los mecanismos involucrados, los diferentes tipos de dolores de cabeza son buenos ejemplos de la forma en que el estrés y la vulnerabilidad pueden influir en los síntomas físicos.

Cada año, alrededor de 80% de los estadounidenses padecen por lo menos un dolor de cabeza y entre 10 y 20% acuden al médico con dolores de cabeza como mal principal. Estos dolores son la razón principal del ausentismo laboral o la evitación de otras actividades sociales o personales no deseadas.

El dolor de cabeza tiene tres componentes:

1. Cambios fisiológicos (por lo general, pueden ser contracciones musculares o dilatación de los vasos sanguíneos).
2. La experiencia subjetiva del dolor (aflicción, angustia, fatiga, etcétera).
3. Comportamientos motivados por el dolor (por ejemplo, tomar medicamentos, retiro de la familia y las actividades sociales, ausencia del trabajo).

No todos los dolores de cabeza son iguales y existen grandes diferencias en la sensibilidad de las personas a los cambios fisiológicos que indican el principio de un dolor de cabeza (ver la tabla 6-10).

Los **dolores de cabeza por tensión o contracción muscular**, que se distinguen por cambios en los músculos óseos, son quizá la forma más común de dolor de cabeza. La persona reporta una sensación dolorosa, embotada y opresora; es probable que el cuero cabelludo se sienta blando al oprimirlo con la mano; además, se presentan sensaciones persistentes de dolor en forma de banda o tensión en la cabeza. Aún no se descubre la causa exacta de los dolores de cabeza por contracción muscular, pero se consideran principalmente como una disfunción del sistema nervioso central. Las investigaciones sugieren que las personas que padecen de dolores de cabeza por tensión son hiperreactivas al dolor y al estrés.

Las **migrañas** se localizan en un lado de la cabeza o en la frente. Son severas, tienden a ser recurrentes y suelen estar acompañadas por diversos síntomas somáticos. El dolor palpitante característico de las migrañas puede durar varias horas. Son comunes la náusea y el vómito. En algunos casos, la arteria craneal dilatada está suave y visible. Las migrañas se consideran trastornos en los que una alteración neuronal juega un papel importante como causante del dolor. A diferencia de los dolores de cabeza por contracción muscular, las migrañas a menudo van precedidas por una alteración motora, sensorial o del estado de ánimo llamada aura. Puede escucharse un zumbido; sentir hormigueo, aturdimiento o debilidad de alguna extremidad; sensibilidad extrema a la luz; visión borrosa; percepción distorsionada de la profundidad y cambios emocionales inexplicables.

Muchas personas que padecen migraña tienen antecedentes familiares de dolores de cabeza de este tipo, pero no está claro si se debe a la herencia o a experiencias de la vida cotidiana. Las crisis de migraña pueden empezar con cambios estresantes, como la pubertad, el inicio de los estudios universitarios u obtener un empleo nuevo. Un estudio encontró que era más probable que se experimentaran las crisis de migraña después de una colisión de estresores menores pero molestos y nuevos factores estresantes de vida (Sorbi y cols., 1996). El estado de alerta excesivo, tensión, irritabilidad, pobre calidad de sueño y agotamiento asociado con las molestias diarias parecen desencadenar las crisis.

Las migrañas ocurren con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. Un porcentaje significativo de personas que pade-

TABLA 6-10			
Característica	Características que diferencian los tipos comunes de dolor de cabeza		
	Dolor de cabeza por tensión	Migraña	Dolor de cabeza en racimo
Sexo	No hay diferencia entre mujeres y hombres	Más frecuente en las mujeres	Más frecuente en los hombres
Calidad del dolor	Presión o tensión en forma de banda	Palpitante	Agudo, ardiente, muy doloroso
Hora de aparición	Con frecuencia en la tarde o noche	Con frecuencia en la mañana temprano y durante los fines de semana	Casi siempre después del inicio del sueño y durante el día
Modo de inicio	Gradual	Abrupto o gradual	Abrupto
Duración	Horas, días o semanas	Horas, uno o dos días	De 20 minutos a dos horas
Factores que lo provocan o agravan	Estrés emocional o ninguno aparente	Estrés emocional, menstruación, consumo de alcohol o ciertos alimentos, cambios de clima	Consumo de alcohol, estar recostado o sueño REM
Síntomas o signos relacionados	Ningún síntoma específico excepto dolor del cuero cabelludo o los músculos del cuello	Náusea, vómito, irritabilidad, dolor del cuero cabelludo	Ojos llorosos, congestiónamiento y flujo nasal
Rasgos de la personalidad	Competitivo, meticuloso	Perfeccionista, pulcro, eficiente	No se identifican rasgos específicos
Edad de aparición	Adolescencia; principio de la edad adulta	Pubertad o menopausia	De 20 a 50 años de edad

cen de migraña están propensas a experimentar sentimientos de depresión o ansiedad, aunque la base de esta relación no es muy clara. Para las personas que no están familiarizadas con las migrañas, la agonía de quienes la padecen puede ser difícil de apreciar. Un relato de la famosa novelista Joan Didion describe la experiencia:

Tres, cuatro, en ocasiones cinco veces al mes paso el día en cama con una migraña, insensible al mundo que me rodea. Casi todos los días de todos los meses, entre estas crisis, siento irritación irracional y repentina y el flujo de sangre en las arterias del cerebro que me avisan que la migraña va a comenzar; y tomo ciertos medicamentos para evitar su llegada. Si no los tomara, quizá podría funcionar un día de cuatro...

Una vez que la migraña está en proceso, ningún medicamento lo evita. Cuando tengo el aura de la migraña (para algunas personas el aura dura quince minutos y para otras varias horas), me paso los semáforos en rojo, pierdo las llaves de la casa, derramo cualquier líquido que tome, pierdo la capacidad para enfocar los ojos y para formar frases coherentes; además, por lo general, doy la impresión de estar bajo el efecto del alcohol o de alguna droga. El dolor de cabeza en sí, cuando llega, lo hace con escalofríos, sudoración, náusea, una debilidad que parece acortar los mismos límites de la resistencia. El hecho de que nadie se muera por una migraña parece, hasta cierto punto durante un crisis, una bendición ambigua. (Didion, 1979, pp. 168-172)

En el pasado, se creía que la migraña era provocada por la contracción de los vasos sanguíneos seguida por su dilatación. En la actualidad, este concepto ha sido reemplazado por la idea de que una onda de actividad eléctrica cerebral puede provocar el aura, o la

sensación de advertencia, y los dolores de cabeza se desarrollan cuando la onda alcanza los vasos sanguíneos sensibles al dolor. ¿Qué desencadena esta onda? Los principales sospechosos son estrés, hambre, fluctuaciones hormonales, alimentos, alcohol, dormir demasiado, retiro de la cafeína y ruido. Hace poco tiempo se descubrió que la serotonina, un transmisor de las células nerviosas, disminuye en el cerebro durante una migraña. Algún desequilibrio en la función de la serotonina parece ser un componente central, sino es que la causa principal, en la producción del dolor y otros síntomas en la migraña.

Las migrañas con frecuencia responden de forma positiva a los medicamentos que constriñen las arterias del cuero cabelludo. En algunos pacientes crónicos de migraña, la psicoterapia también ha producido mejoras significativas, no así en quienes la padecen ocasionalmente. Asimismo, ha habido reportes de éxito utilizando terapia conductual y biorretroalimentación en algunos casos de migraña.

Los **dolores de cabeza en racimo** se localizan en un lado de la cabeza. El dolor es muy agudo y llega a su máximo en un periodo de tres a cinco minutos, para desaparecer en una hora o dos, o menos. Algunas veces, los pacientes no sufren ningún dolor durante periodos prolongados, pero después experimentan una serie de dolores de cabeza en un día, en ocasiones por varias semanas. A menudo los dolores ocurren durante la noche y despiertan a las personas del sueño profundo. Muy seguido los pacientes caminan de un lado a otro y en ocasiones se golpean la cabeza contra las paredes en un intento por mitigar el dolor. Este tipo de dolores es más común en los hombres que en las mujeres.

Tratamiento e investigación La mayoría de las personas que padecen dolores de cabeza van con su médico en búsqueda de alivio y muchas veces reciben una prescripción para un medicamento. Desafortunadamente, un tercio de los pacientes que reciben tratamiento médico para los problemas de dolor de cabeza dejan de tomarlo porque se sienten insatisfechos con el cuidado que reciben (Holroyd, 2002). Es poco probable que los avances en los fármacos por sí solos remedien esta situación. El tratamiento psicológico puede jugar un papel cada vez más importante en el tratamiento clínico de los dolores de cabeza pero se necesita más investigación en los enfoques psicológicos que pudieran ser de mayor ayuda para los diferentes tipos de dolores de cabeza y las circunstancias en las que ocurren.

Síndrome de intestino irritable

Con frecuencia, cuando un paciente va al médico con síntomas gastrointestinales, como dolor abdominal, flatulencia, inflamación o sensación de dilatación abdominal o evacuaciones alteradas (duros, suelto, acuosos) tal vez se realicen algunas pruebas y se prescriban medicamentos para aliviar los síntomas. A veces, los síntomas persisten y se realizan pruebas adicionales. Estas pruebas, usualmente no revelan la causa de los síntomas. En ese momento se puede recomendar al paciente que se “relaje” o que vaya con un profesional en salud mental. Cuando esto sucede, el paciente no sólo enfrenta un conjunto de síntomas embarazosos y socialmente indeseables, sino también la implicación de que el problema es psicológico y que “nada está mal realmente”.

Estos tipos de problemas gastrointestinales son comunes, y de 9 a 22% de los pacientes médicos reportan síntomas compatibles con el diagnóstico de **síndrome de intestino irritable (SII)** (Toner y cols., 2000). Los costos de diagnóstico y tratamiento son considerables y, además, el SII es responsable de mucho ausentismo laboral. Hasta el momento no se han identificado predictores fisiológicos o psicológicos del síndrome. Sin embargo, en los casos de SII, con frecuencia se observan estrés, emociones fuertes y pensamientos desadaptados. Los estudios muestran una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con SII, especialmente depresión y trastornos de la ansiedad. Esta comorbilidad plantea preguntas de “el huevo o la gallina” sobre el significado de las correlaciones observadas. El siguiente caso ilustra lo que se observa en muchos casos de SII:

R. S., la esposa de un importante músico, con frecuencia tiene que atender a invitados como parte del trabajo de su esposo. Es un ama de casa meticulosa y siempre se asegura de que no se presenten problemas de ninguna especie durante la velada. Estos eventos parecen provocarle ansiedad y frecuentemente siente que avergüenza a su esposo y que ha fallado como anfitriona y esposa. Con frecuencia, su estómago hace ruidos que le parecen exasperantemente fuertes. Ella supone que los invitados escuchan el ruido de su estómago, pero que son demasiado corteses para mencionarlo. También tiene que salir de la habitación con frecuencia, porque cuando está ansiosa, tiene diarrea ligera y evacuaciones más frecuentes.

Después de estas fiestas, R. S. se siente deprimida y con mucha pena. Se siente culpable por no poder ser una anfitriona perfecta y de que el fuerte ruido de su intestino y sus frecuentes salidas de la sala han hecho un espectáculo de ella y su esposo. Siempre se sorprende y parece algo incrédula cuando los invitados le dicen lo mucho que han disfrutado la velada. (Toner y cols., 2000, p. 128)

En medio de esta incertidumbre relacionada con las causas del SII, existe evidencia de que las intervenciones psicológicas pueden ser valiosas. A veces sirve indicarle al paciente que los síntomas como “hacer ruidos” son comunes (muchas personas, en especial mujeres, sienten que los síntomas gastrointestinales son bastante estigmatizantes). El entrenamiento en relajación también puede ser útil. Existe creciente evidencia de que la terapia cognitivo conductual de corto plazo puede ser benéfica (Toner y cols., 2000). Los ingredientes eficaces de esta terapia incluyen la educación, cuestionar los pensamientos automáticos inadaptados y ayudar a los pacientes a sentirse menos avergonzados de sus síntomas, a adquirir habilidades eficaces de afrontamiento y a sentirse menos ansiosos y deprimidos por sus síntomas y tal vez otros aspectos de su vida. Con frecuencia, la reducción de síntomas ocurre cuando los pacientes pueden cambiar sus actitudes sobre el SII de impotencia y desesperanza a inventiva y optimismo.

El mensaje con el que nos quedamos

Se ha analizado un grupo muy diverso de problemas que tienen dimensiones psicológicas y sociales significativas, aunque tradicionalmente se consideran de naturaleza médica. Mientras que los conceptos de estrés y vulnerabilidad no pueden explicar con certeza todos los trastornos médicos, sí parecen pertinentes para entender diversos tipos de disfunciones corporales. Las creencias y actitudes, ya sea sobre una dificultad física específica o generalmente sobre uno mismo, pueden influir en el curso de la enfermedad física. Como se señaló anteriormente, una sensación de control personal y encontrar sentido a la vida puede tener consecuencias positivas para proteger la salud, mientras que la ansiedad, el enojo y el conflicto (con uno mismo o con otras personas) con frecuencia tienen efectos negativos. Las terapias psicológicas pueden ayudar a la persona a afrontar con más eficiencia la disfunción corporal. Quedan preguntas importantes acerca de la forma exacta en que los factores psicológicos estimulan la enfermedad, así como la forma en que contribuyen a su reducción. Es significativo que se han comenzado a especificar, entender y utilizar estos factores para mejorar la calidad de vida del individuo. Ya no es racional tratar de determinar si los factores psicológicos o fisiológicos causan un determinado conjunto de síntomas. Casi siempre ambos operan y el objetivo es determinar el grado en el que cada uno contribuye y se puede remediar. Se necesita entender a la salud y a la enfermedad desde una perspectiva multifactorial.

R esumen del capítulo

Interacciones fisiológicas, sociales y corporales

La **hipótesis psicosomática** se hizo popular hace más de setenta años; relacionó el desarrollo de ciertos síntomas corporales en una persona con el bloqueo de la expresión corporal. La investigación contemporánea se enfoca en reacciones corporales a varios estímulos que provocan emoción o causan estrés.

El modelo biopsicosocial El modelo biopsicosocial toma en cuenta la interacción de los subsistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Desde este punto de vista, los factores psicológicos por lo regular desempeñan papeles indirectos en la enfermedad, en la que se combinan vulnerabilidades biológicas de la persona. El producto de esta interacción determina los efectos de diferentes niveles de estrés en el individuo. El punto de vista biopsicosocial hace hincapié en la **homeostasis**, mediante la cual un organismo vivo intenta reestablecer su equilibrio dinámico cuando está expuesto a estresores.

Medicina conductual y psicología de la salud La **medicina conductual** se enfoca en mejorar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por medio del uso de técnicas psicológicas. La **psicología de la salud** se preocupa por reducir los riesgos a la salud cambiando la forma en que piensan las personas y sus hábitos de vida en formas que promuevan la salud.

Estrés y enfermedad El **estrés** se presenta cuando una persona piensa que es incapaz de controlar aspectos importantes de su vida. Existe creciente evidencia de que el estrés puede jugar un papel importante en la enfermedad. Las capacidades cuya presencia disminuye el estrés y el riesgo de enfermedad incluyen la habilidad para adaptarse a los cambios ambientales, manejar emociones fuertes, interpretar las situaciones de manera correcta y establecer relaciones positivas cercanas.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los factores psicológicos y las variables sociales juegan un papel importante en los trastornos de la conducta alimentaria.

Anorexia nerviosa Los individuos con **anorexia nerviosa** parecen estar obsesionados con la delgadez, y tienen una imagen corporal distorsionada ya que se consideran gordos a pesar de que estén severamente bajas de peso. Pierden peso al limitar el consumo de alimentos y con frecuencia hacen ejercicio en forma compulsiva. También pueden inducir el vómito o utilizar laxantes para ayudarles a controlar el peso. La anorexia nerviosa puede ser una condición con riesgo de muerte. Se piensa que las características de la personalidad, así como la aprobación cultural de la delgadez extrema, son factores de este trastorno.

Bulimia nerviosa Las personas con **bulimia nerviosa** tienen episodios en los que comen grandes cantidades de alimentos con muchas calorías en periodos cortos en lo que, con frecuencia, parece un estado frenético. Después de comer tratan de eliminar las calorías extras mediante laxantes o inducción del vómito. Las personas que padecen este trastorno, por lo regular mantienen un peso normal. Usualmente se sienten apenadas por su conducta y tratan de ocultarla ante otras personas.

Atracones En los **atracones** se consumen grandes cantidades de comida pero no existe una conducta compensatoria. Con frecuencia, los resultados son problemas de regulación de peso y obesidad.

¿Se pueden prevenir los trastornos de la conducta alimentaria?

La personalidad, la familia y los factores culturales influyen en estos trastornos. Los programas educativos, como medidas preventivas, parecen prometedores. Hasta el momento los tratamientos para manejar estos trastornos no han sido particularmente eficaces.

Trastornos del sueño

El sueño es un proceso en el que influyen múltiples sistemas corporales, factores del estilo de vida y la ansiedad. Los problemas de sueño son comunes en las personas con muchos tipos de trastornos mentales, que se definen en el DSM-IV-TR.

Procesos del sueño Los investigadores del sueño han identificado 5 fases del sueño. La quinta fase, el sueño **REM (movimiento ocular rápido)** es de particular interés para los investigadores preocupados por los procesos básicos involucrados en el sueño. Existen dos categorías principales de trastornos del sueño: las **disomnias** y las **parasomnias**.

Disomnias Las **disomnias** incluyen problemas relacionados con la cantidad, calidad y tiempo de sueño. Las personas con **insomnio** tienen dificultad ya sea para conciliar el sueño o mantenerse dormidas. Puede ser un resultado de corto plazo del estrés o puede ser un problema de largo plazo. Los individuos con **narcolepsia** pueden caer en un sueño profundo con extrema facilidad, con frecuencia durante el día o en medio de una actividad. Durante la noche pueden experimentar **alucinaciones hipnagógicas**, estados de sueño intensos y aterrorizantes, o **parálisis del sueño**. La **apnea del sueño** es un grupo de condiciones en las que se presentan interrupciones en la respiración y con frecuencia se relacionan con factores físicos.

Parasomnias Las **parasomnias** se relacionan con eventos anormales que ocurren en fases del sueño en particular, o en la transición sueño-vigilia. Incluyen **pesadillas**, **terrores nocturnos** y **sonambulismo**.

Trastornos psicofisiológicos

Los **trastornos psicofisiológicos** se refieren a condiciones físicas en las cuales las experiencias psicológicas, con frecuencia estresantes, están estrechamente relacionadas con el mal funcionamiento corporal. El estrés crónico puede tener diferentes efectos en el cuerpo que los que provoca el estrés agudo.

Trastornos cardiovasculares Los **trastornos cardiovasculares** son condiciones patológicas que se relacionan con el funcionamiento del corazón y los vasos sanguíneos. En la **enfermedad coronaria (EC)**, ciertos depósitos, llamados **placas**, engrosan las paredes de las arterias coronarias, lo cual disminuye el abastecimiento de sangre disponible y produce una condición que recibe el nombre de **arteriosclerosis**. Esta condición puede dar como resultado una **angina de pecho** (dolor en el pecho) o un **infarto al miocardio** (conocido como ataque cardíaco). Se cree que el estrés contribuye al riesgo de enfermedad coronaria, porque en situaciones estresantes el cuerpo secreta más sustancias hormonales conocidas como **catecolaminas**. Dos de éstas, la **epinefrina** y la **norepinefrina** aceleran el índice del daño arterial. En la EC intervienen tanto factores de riesgo biológicos como psicológicos. Las per-

sonas que tienen **personalidades tipo A** piden mucho de sí mismas y de los demás y tienden a trabajar con mucha tensión. El alto riesgo de enfermedad coronaria a que están expuestas se debe principalmente a la hostilidad que impregna sus vidas. El aislamiento social también puede ser un factor de riesgo, en especial si se combina con el estrés. Muchos de estos factores de riesgo se pueden reducir por medio de intervenciones con bases psicológicas. La **hipertensión** o presión arterial alta también es un factor de riesgo para la enfermedad cardíaca. En algunos casos, los métodos conductuales, incluyendo el entrenamiento en asertividad, en relajación y la retroalimentación son útiles para disminuir la presión arterial.

Cáncer Se cree que diversos factores psicosociales afectan tanto la aparición de ciertos tipos de cáncer como su progresión, así como la probabilidad de que una persona lleve a cabo acciones para investigar posibles síntomas de cáncer. La asesoría y la psicoterapia también son útiles para ayudar a las personas tanto con el diagnóstico de cáncer como con el estrés de muchos de sus tratamientos.

Dilemas diagnósticos

Muchos pacientes consultan a los médicos por síntomas que son difíciles de precisar en forma objetiva y que parecen tener un fuerte componente psicológico. Estas condiciones plantean *dilemas diagnósticos*.

Síndrome de fatiga crónica El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza por quejas sobre fatiga en ausencia tanto de mucho esfuerzo como de indicadores médicos de enfermedad. Con frecuencia, una infección viral previa es parte del cuadro. Las anomalías inmunológicas, los autorreportes de dificultades cognitivas y los sentimientos de depresión contribuyen a incrementar la heterogeneidad del cuadro clínico.

Dolores de cabeza Existen varios tipos de dolores de cabeza, que incluyen **dolores de cabeza por tensión** o **por contracción de músculos**, **migrañas** y **dolores de cabeza en racimo**. Tanto los factores corporales como los psicológicos inciden en el dolor que experimentan las personas cuando tienen dolores de cabeza. Estos padecimientos son buenos ejemplos de la forma en que el estrés y la vulnerabilidad pueden influir en los síntomas físicos.

Síndrome de intestino irritable Muchos pacientes presentan molestias gastrointestinales para las que no se pueden encontrar causas físicas. El **síndrome de intestino irritable** incluye dolor abdominal, una sensación de inflamación y evacuaciones alteradas, sin una causa física evidente. En estos casos, con frecuencia, se observan estrés, emociones fuertes y pensamientos inadaptados.

C

onceptos clave

Alucinaciones hipnagógicas, p. 202
Angina de pecho, p. 204
Anorexia nerviosa, p. 190
Apnea del sueño, p. 202
Arteriosclerosis, p. 204
Atracones, p. 194
Bulimia nerviosa, p. 193
Catecolaminas, p. 205
Disomnias, p. 201
Dolor de cabeza en racimo, p. 213
Dolor de cabeza por tensión, p. 213
Enfermedad coronaria (EC), p. 204
Epinefrina, p. 205
Hipersomnia, p. 201
Hipertensión, p. 208

Hipótesis psicosomática, p. 184
Homeostasis, p. 185
Índice de masa corporal, p. 197
Infarto al miocardio, p. 204
Insomnio, p. 201
Medicina conductual, p. 185
Migraña, p. 213
Modelo biopsicosocial, p. 185
Narcolepsia, p. 202
Norepinefrina, pp. 199, 205
Parálisis del sueño, p. 202
Parasomnia, p. 201
Personalidad tipo A, p. 205
Personalidad tipo B, p. 205
Pesadillas, p. 203

Placa, p. 204
Presión arterial diastólica, p. 208
Presión arterial sistólica, p. 208
Psicología de la salud, p. 185
Síndrome de fatiga crónica (SFC), p. 212
Síndrome de intestino irritable (SII), p. 215
Sonambulismo, p. 203
Sueño de movimiento ocular rápido (REM), p. 199
Terrores nocturnos, p. 203
Trastorno cardiovascular, p. 204
Trastorno psicofisiológico, p. 203
Trastornos del sueño, p. 198

Jennifer Hendricks fue la estudiante escogida para pronunciar el discurso de despedida en la ceremonia de graduación de su secundaria y durante los últimos 5 años de su vida pasó mucho tiempo en hospitales. Sufrió de anorexia nerviosa por 10 años y en el momento de muerte a la edad de 25 años pesaba sólo 45 libras. La mayoría del libro *Slim to none: A Journey Through the Wasteland of Anorexia Treatment* provie-

ne del diario que escribió durante su enfermedad. (El libro fue editado por su padre). El relato no provee el punto de vista de los clínicos que trataron a Jennifer, pero revela de manera convincente sus pensamientos obsesivos, conflictos internos y las percepciones de lo que experimentó. La fuerza del libro es su subjetividad y la perspectiva relacionada con la forma en que una paciente anoréxica ve su vida.

Un buen libro

7

Trastornos de la preocupación por el cuerpo



Getty Images —Photodisc-

Trastornos somatomorfos

Trastornos del dolor
Trastornos de somatización
Trastornos de conversión
Hipocondría
Trastorno dismórfico corporal

Trastornos facticios y fingimiento

El mensaje con el que nos quedamos
Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

En el capítulo 6 se trataron los aspectos psicológicos de condiciones que se caracterizan, no sólo por síntomas y dolencias, sino también por defectos reales en los tejidos corporales y en la función de los órganos. En este capítulo se revisa un grupo de trastornos que presentan síntomas, pero ninguna disfunción real identificable. Muchas personas que sufren de trastornos somatomorfos no están dispuestas a considerar la posibilidad de que sus dificultades puedan ser psicológicas en vez de “meramente médicas”. Las condiciones examinadas en este capítulo proporcionan evidencia adicional de que términos como “meramente médicas” y “meramente psicológicas” son a menudo simplificaciones excesivas que pueden crear problemas en vez de resolverlos.

Alice Kenton, de 22 años, trabajaba medio tiempo como tenedora de libros en una oficina de contabilidad. Desde su adolescencia, ella ha estado excesivamente preocupada por su acné facial, el tamaño de su nariz y su estatura. Frecuentemente comparaba su apariencia con la de otros, y de manera continua buscaba alguna confirmación de que su piel no era horrible a la vista, su nariz protuberante, ni su estatura extremadamente inusual (ella mide 1.76 m). Como resultado de sus preocupaciones, no concretaba citas con chicos, evitaba la mayoría de las situaciones sociales, tenía dificultad para concentrarse en su trabajo y se encontraba subempleada. En algunas ocasiones tenía pensamientos suicidas. Como resultado de sesiones de psicoterapia con un psicólogo clínico, Alice se dio cuenta de que, aunque algunos de sus rasgos físicos podrían ser un poco inusuales, su mayor problema radicaba en que era muy crítica consigo misma. A medida que sus niveles de ansiedad y preocupación disminuyeron, pudo tomar algunas iniciativas sociales, como invitar a sus colegas a tomar café con ella. Finalmente desarrolló una relación con un joven que vivía en su edificio de departamentos.

Alice Kenton y Valerie Harris, cuyo caso se presentó al inicio del capítulo 6, tienen en común el papel central que el funcionamiento corporal juega en sus vidas. Sin embargo, difieren en muchos sentidos importantes. Valerie sufre una enfermedad médica diagnosticada, mientras que Alice no. La enfermedad de Valerie invo-

lucra una serie de síntomas físicos claramente observables que se reducen con medicamentos; Alice no sufre una enfermedad médica diagnosticada, pero se siente estigmatizada por lo que ella percibe como rasgos físicos desagradables y reacciones negativas de otras personas. Los problemas de Valerie y Alice se pueden considerar en términos de estrés y vulnerabilidad. Ambas experimentan estrés: el de Valerie proviene de un problema físico que empeora debido a las reacciones de sus padres; el de Alice es, en cierto sentido, autoimpuesto por su sensibilidad sobre sus atributos físicos. La condición asmática de Valerie la hace especialmente vulnerable a la sobreprotección de sus padres; la inseguridad de Alice la hace especialmente vulnerable a que las personas lo perciban y respondan con repulsión a su apariencia física.

Sería provechoso poder distinguir fácilmente entre las enfermedades médicas en las cuales la personalidad y el estrés pueden contribuir, y la inconformidad corporal que no puede ser definida por diagnóstico pero en la cual la personalidad y el estrés parecen estar implicados. Los dilemas de diagnóstico que se explicaron en el capítulo previo (por ejemplo, el síndrome de fatiga crónica) ilustran las ambigüedades relacionadas con muchos de los problemas que los pacientes exponen ante sus médicos. Debido a estas ambigüedades y al estado actual del conocimiento, las distinciones rápidas entre las enfermedades “reales” e “irreales” a menudo deben ser consideradas como provisionales. Aun así, vale la pena comparar 1) las condiciones físicas en las que los factores psicológicos pueden desempeñar papeles ya sea como colaboradores de las enfermedades o como apoyo de la recuperación, y 2) las inconformidades corporales que parecen estar relacionadas con el carácter o el estrés, pero que no pueden ser médicamente diagnosticadas de manera clara. Este capítulo trata sobre la segunda de estas dos series de condiciones.

La preocupación por el cuerpo que define esta segunda serie de condiciones puede tomar muchas formas. Se examinarán algunos *trastornos somatomorfos*, incluyendo trastornos del dolor, y también *trastornos facticios* y *fingimiento*. Por supuesto, la preocupación por el cuerpo a menudo acompaña una enfermedad física real en las formas de preocupación excesiva y discapacidad desproporcionada. No obstante, en otros casos, no existe ningún daño visible en el tejido o en el proceso de la enfermedad, y el problema parece ser casi meramente psicológico: por ejemplo, el individuo que piensa que su nariz es anormalmente grande cuando, de hecho, no lo es. La preocupación por el cuerpo con frecuencia se expresa como somatización, mediante la cual un individuo puede usar su cuerpo o síntomas corporales, consciente o inconscientemente, para propósitos psicológicos o beneficio personal. El hecho de que no exista una enfermedad orgánica no significa que el sufrimiento del individuo no sea real. Sin embargo, las causas y vías para curar la condición pueden ser difíciles de identificar (ver la figura 7-1).

Trastornos somatomorfos

El DSM-IV-TR trata con condiciones en las cuales existen síntomas físicos en ausencia de enfermedades físicas. Muchas de las inconformidades corporales que se les pide tratar a los médicos sugieren una patología física, pero ninguna discapacidad real. Los



Figura 7-1 Esta caricatura expresa la frustración que muchos médicos generales experimentan cuando trabajan con pacientes con síntomas imprecisos y para los que no existe una clasificación médica. Este comentario del médico, un poco abrupto, niega el hecho de que la paciente probablemente tenga una preocupación genuina sobre el estado de su salud y necesite ayuda en lugar de críticas o rechazo.

FUENTE: ©The New York Collection 2002 David Sipress de cartoonbank.com. Todos los derechos reservados.

síntomas médicos sin explicación representan de 25 a 50% de los problemas que enfrentan los médicos diariamente (Looper y Kir-mayer, 2002).

Aunque la incapacidad médica para diagnosticar un caso puede deberse a la falta de conocimiento del médico o a una prueba de laboratorio incorrecta, en un gran número de casos los factores psicológicos juegan un papel importante y hasta crucial. Estos casos, que no parecen ser producidos conscientemente, se clasifican como **trastornos somatomorfos**. Esta categoría incluye varias condiciones en las que la inconformidad corporal juega un papel importante. En la tabla 7-1 se resumen los tipos más importantes de trastornos somatomorfos descritos en el DSM-IV-TR.

Trastornos del dolor

El dolor severo y prolongado, ya sea sin ningún síntoma orgánico o con exceso de lo que se esperaría acompañara a los síntomas orgánicos, se clasifica como **trastorno del dolor**. Algunas veces parece existir una relación temporal entre la incidencia de una pérdida personal real, amenazadora o fantasiosa y las dolencias. Éstas pueden ser utilizadas para suscitar respuestas sociales de otros, como la atención. Algunos ejemplos de las discapacidades resultantes del dolor incluyen la incapacidad para trabajar o asistir a la escuela, el uso frecuente del sistema de salud, el dolor que se torna central en la vida del individuo, el uso considerable de medicamentos y los problemas interpersonales (como los problemas de pareja y del estilo de vida normal de la familia).

TABLA 7-1

Trastornos somatomorfos descritos en el DSM-IV

- **Trastornos del dolor.** El dolor es la característica preponderante del cuadro clínico; se considera que los factores psicológicos juegan un papel importante en la aparición, severidad, agravamiento o mantenimiento del dolor
- **Trastornos de somatización.** Son las dolencias somáticas múltiples que se pueden extender por periodos de años; se caracterizan por una combinación de dolor y síntomas gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos
- **Trastornos de conversión.** Síntomas desconocidos o deficiencias que afectan la función motora voluntaria o sensorial que sugieren una enfermedad médica; se considera que los factores psicológicos están asociados con los síntomas o deficiencias
- **Hipocondría.** Preocupación con la idea de que el individuo tiene o puede desarrollar una enfermedad grave, junto con la tergiversación de síntomas o funciones corporales
- **Trastorno dismórfico corporal.** Preocupación por un defecto imaginario o exagerado de la apariencia física.

Algunos factores importantes que parecen ayudar en la recuperación del trastorno del dolor son la participación del individuo en actividades programadas con regularidad (por ejemplo, el trabajo) a pesar del dolor, y la resistencia a permitir que el dolor se convierta en un factor determinante en su vida. El trastorno del dolor puede ser agudo o crónico, y puede ser difícil de diagnosticar: en algunos casos parecen predominar los factores físicos o psicológicos, pero a menudo el médico observa un cuadro mezclado. La tabla 7-2 enumera los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno del dolor. Un **trastorno del dolor agudo** tiene una duración de menos de seis meses. Un **trastorno del dolor crónico** se define por tener una duración de seis meses o más.

TABLA 7-2

Criterios del DSM-IV para el trastorno del dolor

1. El dolor existe en una o más ubicaciones anatómicas con suficiente intensidad para garantizar la atención clínica.
2. El dolor causa una aflicción clínica significativa o discapacidad en el funcionamiento social, profesional u otras áreas importantes.
3. Se considera que los factores psicológicos juegan un papel importante en la aparición, severidad, agravamiento o mantenimiento del dolor.
4. El dolor y las deficiencias relacionadas no son fingidas o producidas intencionalmente.

¿Qué es el dolor? En textos y tratados antiguos se han encontrado debates sobre lo que es el dolor y cómo tratarlo. Por ejemplo, estos temas se mencionan en papiros egipcios que datan del año 4000 a.C. En el siglo quinto a.C., Hipócrates especuló sobre el problema del dolor en las articulaciones del cuerpo de una persona. En 1644, Descartes elaboró el concepto del dolor como un fenómeno específico que ocurría en el sistema nervioso. Él lo vio como una especie de canal “directo” desde la piel hasta el cerebro. Utilizó la analogía de un individuo jalando una cuerda al pie de una torre, que provocaba que sonara la campana del campanario. En el siglo XIX se desarrollaron *teorías precisas* sobre el dolor. De acuerdo con estas teorías, existen receptores sensoriales específicos responsables de la transmisión de sensaciones específicas, como el dolor, calor, tacto y presión.

Con la aceleración de la investigación científica sobre el dolor en el siglo XX, sus complejidades se han hecho más evidentes. Los médicos notaron que los reportes de dolor causados por heridas corporales similares, discrepaban mucho dependiendo de las características del paciente y las circunstancias. El estado emocional de una persona y la ganancia secundaria (beneficios que la persona pudiera recibir de estar enfermo o tener dolor) pueden contribuir a provocar muchos casos de dolor en ausencia de una condición física que lo pudiera explicar. Aunque actualmente el **modelo biopsicosocial** del dolor es ampliamente aceptado y refleja el distanciamiento de las descripciones tradicionales del dolor en términos meramente físicos, las maneras en las que los factores psicológicos y sociales desencadenan la sensación de dolor y las formas en que las personas lo afrontan no han sido aún determinadas.

Un obstáculo para tratamiento del dolor es la dificultad que tienen las personas para describirlo objetivamente. Si usted tiene un bulto o protuberancia, puede señalarlo, o si un hueso se rompe, se puede observar en los rayos X. El dolor no tiene estos indicadores objetivos. Aun así, casi cualquier persona debe afrontar periodos de dolor agudo o crónico. La tabla 7-3 presenta los temas que los médicos exploran cuando realizan entrevistas para evaluar la presencia e intensidad de un trastorno del dolor. El cuadro 7-1 des-

cribe los factores involucrados en la forma en que las personas afrontan el dolor.

Tratamiento de los trastornos del dolor El tratamiento de un trastorno del dolor agudo, relativamente reciente y que se relaciona con un evento específico (como una cirugía), por lo general se enfoca en reducir la ansiedad del paciente a través de una relación de confianza entre médico y paciente, y tal vez también a través del uso de medicamentos para la ansiedad o la depresión. Estos enfoques generalmente son exitosos. Por otro lado, un trastorno del dolor crónico, en el cual la experiencia del dolor se convierte en un aspecto duradero y central en la vida de la persona, puede tener como resultado un trastorno psiquiátrico diagnosticable. Varios enfoques del tratamiento han sido útiles en casos crónicos (Turk y Gatchel, 2002).

Condicionamiento operante Los clínicos que utilizan el condicionamiento operante para tratar el dolor se centran en las conductas del dolor (por ejemplo, quejarse de alguna dolencia) y las condiciones que refuerzan o debilitan estas conductas. En algunos casos, el dolor se relaciona con un trastorno físico que se puede identificar, por ejemplo, el dolor relacionado con el deterioro de los discos que separan y amortiguan los huesos de la columna vertebral. Otros tipos de conductas de dolor no tienen antecedentes tan claros: a pesar de cuidadosas investigaciones médicas, no se pueden encontrar cambios orgánicos. Aun en situaciones donde la fuente del dolor se puede identificar en cambios corporales, algunas personas experimentan un dolor que las incapacita, mientras que otras que padecen lo que parecerían ser cambios muy similares no lo sienten. Los enfoques psicológicos se han concentrado en estas conductas de dolor y en las condiciones que las refuerzan o debilitan.

Terapia cognitivo-conductual Desde la perspectiva del condicionamiento, el dolor es una respuesta aprendida. La perspectiva cognitivo-conductual reconoce que la adquisición de conductas de dolor también ocurre por medio del aprendizaje observacional o modelamiento. Esto es, las expectativas sobre la intensidad del dolor y las respuestas conductuales reales al dolor se basan, por lo menos parcialmente, en una historia de aprendizaje previo (por ejemplo, los niños observan la forma en que sus padres responden al dolor). La mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales incluye los siguientes componentes:

TABLA 7-3

Preguntas realizadas en entrevistas clínicas para evaluar la presencia e intensidad de un trastorno del dolor

1. ¿Cuándo experimenta dolor el paciente?
2. ¿Cuáles son las condiciones que conducen a la aparición del dolor?
3. ¿Qué tan intenso es el dolor?
4. ¿En qué parte del cuerpo se siente el dolor?
5. ¿Qué factores se asocian con el agravamiento o alivio del dolor?
6. ¿Qué tan afectado se encuentra el individuo en su vida diaria, social, con sus relaciones y en el trabajo?
7. ¿Tiene el paciente una historia de otro tipo de conducta desadaptada (como adicción a las drogas o depresión)?

1. El terapeuta explica a quienes sufren de dolor la relevancia de las situaciones, pensamientos, emociones y conductas de la experiencia del dolor.
2. Se alienta al paciente para que reconozca y desafíe los pensamientos desadaptados (como la actitudes catastróficas y no deseadas) que pudieran contribuir a su dolor y sufrimiento.
3. Se le puede enseñar al paciente, como se requiera, una combinación de habilidades específicas, entre ellas autorrelajación, ejercicio, técnicas de distracción, regular las actividades, auto-monitoreo, y la asertividad. En las sesiones de tratamiento se practican y ensayan estas habilidades.

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

Estrés, personalidad y dolor

El dolor se percibe actualmente como un proceso de afrontamiento en el cual el estrés y las características de la personalidad pueden jugar papeles importantes.

Afrontamiento del dolor

El grado en que nuestros cuerpos están heridos o dañados no tiene una relación directa con la cantidad de dolor que experimentamos. El conocimiento amplifica la manera en que las personas tratan sus cuerpos heridos o dañados para reducir o aumentar el do-



Figura 7-2 Estrés y dolor. Este paciente experimentó un alto nivel de dolor después de una cirugía y, quizá, llegó a la conclusión de que la cirugía podía no haber sido exitosa. Después de que el cirujano le explicó que es normal y de esperarse experimentar dolor después de una cirugía, la experiencia de dolor del paciente disminuyó. Preocuparse sobre el significado del dolor puede intensificarlo.

TABLA 7-4**Estrategias para afrontar el dolor**

1. Ignorarlo puede ayudar a una persona a llevar una vida más activa y satisfactoria.
2. Las distracciones (por ejemplo, leer una revista o un libro) ayudan a algunas personas a prestar menos atención al dolor (especialmente al dolor agudo) o a la discapacidad.
3. Las autoafirmaciones positivas, como "No dejaré que esto me moleste", a menudo se asocian con niveles bajos de la severidad autorreportada del dolor.
4. Catastrofizar, esto es, el uso de autoafirmaciones negativas excesivas o exageradas como "Mi condición va a empeorar progresivamente" se correlaciona negativamente con la adaptación al dolor.
5. Tener esperanza o rezar: "Tengo fe en que algún día los médicos encontrarán una cura para mi dolor" se asocia negativamente con la adaptación al dolor.

lor que se experimenta. La manera en la que una persona interpreta la herida o daño tiene influencia en la atención que presta a sentir dolor. La respuesta que obtiene una persona de los demás cuando les comunica su dolor también influye sobre la intensidad de éste y si la situación derivará hacia una discapacidad considerable (por ejemplo, no ser capaz de trabajar).

El **afrontamiento activo**, como permanecer en actividad e ignorar el dolor, se puede asociar con un mejor funcionamiento psicológico y físico, mientras que el afrontamiento pasivo, como el descanso y retraimiento social, se puede asociar con un funcionamiento pobre (Boothby y cols., 1999). (Obviamente, la actividad o pasividad de un paciente debe ser congruente con la asesoría médica.) La tabla 7-4 describe las estrategias que pueden reducir o intensificar el dolor. Las autoafirmaciones activas y optimistas (como "Yo no pienso en el dolor", "Pretendo que no es parte de mí", "Aunque me duele, simplemente sigo adelante") son particularmente eficaces como estrategias cognitivas para afrontar el dolor.

Mientras que algunas variables juegan un papel en el proceso de afrontamiento, exis-

ten dos que recientemente han recibido creciente atención y son el estrés y las diferencias individuales en las características de la personalidad.

Estrés

El estrés puede jugar un papel importante en el proceso desencadenante (Melzack, 1999). Por ejemplo, los efectos del estrés por heridas (como la pérdida de la autoestima, el empleo u otros símbolos de seguridad) pueden tener influencia en la severidad y patrón del dolor que se experimenta. Típicamente, el dolor no es sólo producto de la imaginación del individuo, sino que existen diferentes tipos de estrés que son capaces de intensificarlo de manera considerable. Es posible que el estrés psicológico se convierta en una causa de dolor crónico, porque puede producir sustancias que tienen efectos destructivos sobre los tejidos del cuerpo. Cuando se experimenta dolor, éste puede aumentar el estrés si el individuo lo interpreta como un peligro o amenaza (ver la figura 7.2).

Personalidad

El estado psicológico también está involucrado en la experimentación del dolor, y por

4. Se le ayuda al paciente a identificar las situaciones de alto riesgo que le pueden provocar alteraciones emocionales y estallidos de dolor.
5. Finalmente, si el paciente se ha retraído de una vida normal, se le alienta para que regrese a los patrones anteriores de su vida diaria.

Los terapeutas cognitivo-conductuales concentran su atención en el fortalecimiento de las estrategias que ayudan a modificar la experiencia de dolor, levantar el ánimo y mejorar la calidad de vida en general. Una meta importante de la terapia cognitivo-conductual es ayudar al paciente a lograr un automanejo adaptativo (ver la tabla 7-5).

CUADRO 7-1



(a)

Figura 7-3 a) Auguste Renoir pintando en su estudio hacia el final de su vida y b) uno de sus últimos retratos.

FUENTE: b) Auguste Renoir (1841-1919) "Mme. Gaston Bernheim de Villiers, nee Suzanne Adler (1883-1961)" 1901 óleo sobre lienzo, 93 × 73 cm. Musée d'Orsay, París, Francia. Erich Lessing/Art Resource, Nueva York.



(b)

esta razón el dolor es uno de los aspectos más misteriosos y elusivos de la enfermedad y su tratamiento. Asimismo, los factores sociales también tienen influencia en la percepción del dolor. Cuando un miembro de la familia reporta dolor, los otros pueden responder con atención y muestras de preocupación. Esta respuesta puede servir de estímulo para reportar más dolor.

Los factores psicológicos tienen influencia en la manera en la que se experimenta el dolor, y el grado en el que el individuo se encuentra afectado. Las actitudes y ideas desadaptadas, falta de apoyo social y un alto nivel de activación emocional intensifican el dolor y la discapacidad (Turk y Okifuji, 2002). Haber sido previamente diagnosticado con un trastorno psiquiátrico presagia una pobre capacidad para afrontar el dolor, porque es una psicología anormal no identificada (Dersh y cols., 2002). Existe una fuerte y compleja relación entre dolor, por un lado, y depresión y ansiedad por el otro. Las per-

sonas que sienten dolor no están invariablemente deprimidas, aunque alrededor de un tercio de los pacientes con dolor sí lo está. ¿Es el dolor —especialmente el crónico— el causante de la depresión o la depresión la causante del dolor? Existe evidencia que apoya ambas alternativas. Las personas que generalmente están deprimidas y ansiosas tienen más probabilidad de ser afectadas más severamente por el dolor, pero éste agrava la depresión y la ansiedad en muchas personas que luchan con el dolor. El número de zonas donde se localiza el dolor (esparcimiento del dolor) y el grado en el que interfiere en la vida diaria son las características que más fuertemente predicen la depresión y contribuyen a alteraciones del sueño, poca energía y preocupación.

¿Qué es lo que permite a algunas personas afrontar y adaptarse al dolor, esto es, funcionar adecuadamente? Cuando se responde esta importante pregunta, se les puede enseñar estas habilidades para afrontar el do-

lor a personas menos capaces de funcionar cuando lo experimentan. Durante los últimos diez años de su vida, el gran pintor francés Auguste Renoir sufrió de un severo y atroz reumatismo y artritis muy dolorosos. Y aun así, mientras más intolerable se volvía su sufrimiento, más pintaba. Realizó algunas de sus mejores obras durante estos diez años. A pesar de su dolorosa condición, produjo muchas pinturas joviales y agradables (véase la figura 7-3b).

Chuck Close, un artista estadounidense contemporáneo, ha continuado pintando obras maestras aun después de convertirse en cuadrapléjico en 1988 por una obstrucción de sangre en la columna vertebral. Utilizando un pincel pegado con cinta a una tablilla en su mano, aprendió a realizar diminutas pinturas que más tarde fueron unidas para crear enormes retratos. El dolor y la discapacidad son serios impedimentos. Hay mucho que aprender del estudio de los individuos que no se abrumen con ellos.

Biorretroalimentación El dolor está relacionado con señales corporales que aumentan tanto que nos lastiman. Algunos otros tipos de señales corporales no se perciben tan fácilmente y requieren amplificación. La biorretroalimentación se ha utilizado en medicina conductual para tratar problemas como hipertensión, presión

arterial muy inestable y epilepsia (ver la figura 7-4). Las metas primordiales del entrenamiento en biorretroalimentación son aumentar la conciencia de las muchas veces sutiles conexiones entre el cuerpo y la mente y promover el aprendizaje de estrategias psicofisiológicas y autorreguladoras. Este aprendizaje puede reducir la

TABLA 7-5	
Estrategias de automanejo para el afrontamiento del dolor	
➤	Relajación y biorretroalimentación. La relajación muscular disminuye o previene los espasmos musculares, reduce y controla la tensión muscular y ayuda a controlar otros mecanismos fisiológicos (como cambios en la química cerebral) relacionados con la actividad del sistema nervioso y la producción de dolor. La relajación y biorretroalimentación (descritas en otras partes de este capítulo) pueden ayudar a reducir las formas comunes de dolor crónico.
➤	Reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva implica la revisión de la manera en que se piensa sobre el problema del dolor reescribiendo un "guión" interno. Las personas que experimentan dolor han encontrado útil escribir en un diario cuando el dolor es particularmente severo; la situación en la que se encontraban cuando sufrieron el dolor; qué pensaron sobre, antes, durante y después del episodio de dolor; y qué trataron de hacer para disminuirlo. Cuando lo hicieron, algunas veces fueron capaces de 1) identificar los pensamientos e impulsos que desencadenan la tensión y la ansiedad, y 2) reestructurar o revisar los pensamientos que acentúan el estrés y el dolor.
➤	Distracción. Evocar visiones agradables y libres de dolor y pensar en temas que no se relacionan con él puede distraer a las personas que lo experimentan de preocuparse demasiado sobre la intensidad del mismo. Enfocarse en el ambiente y en tareas específicas (por ejemplo, estudiar para un examen próximo) —en lugar de prestar atención al cuerpo— puede también ayudar.
➤	El ejercicio. Existe evidencia de que hacer ejercicio físico puede aliviar el dolor pues facilita la liberación de neurotransmisores que sirven como analgésicos naturales en el cuerpo. Los regímenes de ejercicio para personas con dolor crónico generalmente implican trabajar cada día hacia una meta específica, la cual es difícil pero alcanzable.

respuesta a estímulos críticos (como los que suscitan el dolor), acelerar la recuperación de una respuesta al estrés y aumentar la percepción de autoeficiencia y el dominio de las habilidades para afrontar el dolor (Arena y Blanchard, 2002).

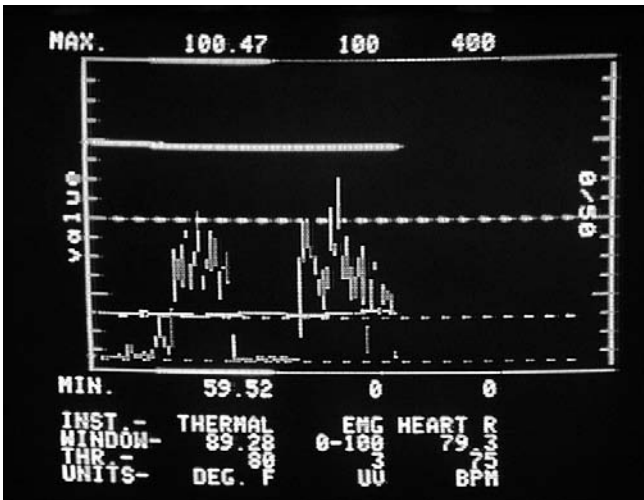
La **biorretroalimentación** proporciona una manera de prolongar los procedimientos de autocontrol para tratar con una variedad de conductas psicológicas que antes se pensaban respuestas involuntarias, como el ritmo cardíaco, la presión arterial y las ondas cerebrales. Dichas conductas se pensaba escapaban del control consciente hasta que los investigadores se percataron de la existencia de ciertos individuos que aparentemente pueden controlarlos. Una de estas personas, un practicante de yoga llamado Swami

Rama, fue estudiado intensamente en la Menninger Foundation (E. Green, 1972). Las pruebas de laboratorio mostraron que, entre otras cosas, Rama era capaz de acelerar y disminuir su ritmo cardíaco a voluntad, detener el bombeo de sangre a su corazón por 17 segundos, causar que dos áreas de la palma de su mano, que estaban separadas por algunas pulgadas, cambiaran de temperatura en direcciones opuestas hasta que su temperatura variaba en 10 °F (la parte “caliente” de su palma se tornaba rosada, mientras que el lado “frío” se tornaba gris), y para producir patrones muy diferentes en las ondas cerebrales a voluntad.

Rama no es único, aunque su grado de control es asombroso. Los seres humanos y los animales pueden aprender a controlar su



(a)



(b)

Figura 7-4 El entrenamiento en biorretroalimentación puede ayudar a los pacientes a controlar una variedad de respuestas fisiológicas. La fotografía (a) muestra a una cliente con el aparato de biorretroalimentación; la fotografía (b) muestra el monitor de video que presenta visualmente las respuestas mientras éstas ocurren.

ritmo cardíaco, presión sanguínea, ondas cerebrales y otras conductas. Para los seres humanos, parece no ser necesario el fortalecimiento externo de la conducta. Todo lo que se requiere es que se le proporcione al individuo información en forma de retroalimentación del sistema de respuesta en cuestión. Así como jamás se podrá aprender a lanzar una pelota de basquetbol con precisión si no se recibe la retroalimentación visual y muscular, no se puede aprender a controlar el ritmo cardíaco o las ondas cerebrales a menos que se reciba algún tipo de retroalimentación de los cambios fisiológicos mientras ocurren. La retroalimentación sirve como un refuerzo para el cambio deseado.

Generalmente no se recibe retroalimentación en respuestas como la presión arterial o las ondas cerebrales, pero con la biorretroalimentación —la cual mide con precisión los eventos fisiológicos y convierte las señales electrónicas en señales visuales o auditivas— es posible darse cuenta de las propias respuestas fisiológicas. Este proceso ha sido utilizado para capacitar a personas a controlar las respuestas fisiológicas del cerebro, músculos y los sistemas glandular y cardiovascular, y ha sido aplicada a una variedad de problemas clínicos, que incluye trastornos cardíacos, presión alta, dolores de cabeza, ansiedad y trastornos neuromusculares, como la parálisis cerebral. Los clientes asisten a sesiones regulares de biorretroalimentación, hasta que aprenden a reconocer y controlar sus reacciones corporales sin la ayuda del aparato de biorretroalimentación.

Aunque ya no existe ninguna duda de que las personas pueden aprender a controlar un gran rango de funciones corporales, existen dudas sobre la eficacia general de la biorretroalimentación. Por ejemplo, existe evidencia de que las habilidades aprendidas durante la ella se pierden fácilmente cuando finaliza la capacitación. Mientras los investigadores continúan identificando las limitaciones de la biorretroalimentación, más evidente será cómo puede ser usada con eficacia (Schwartz, 1995). La biorretroalimentación puede ser aplicada exitosamente a ciertos problemas. Una meta importante de la investigación actual es determinar cómo y cuándo se pueden utilizar las técnicas de biorretroalimentación más eficazmente para aumentar el control de las respuestas fisiológicas y psicológicas.

Psicoterapia Un gran número de pacientes con trastornos del dolor crónico no son orientados psicológicamente, y para ellos la *psicoterapia introspectiva* no es útil. Sin embargo, la *psicoterapia de apoyo* puede ser útil para reafirmar y alentar a los pacientes que sufren dolor a cumplir con los programas de rehabilitación recomendados. Cuando un trastorno del dolor y otra condición psiquiátrica se combinan (ocurren al mismo tiempo), y si la condición es tratable con psicoterapia (por ejemplo, puede ser el caso con el trastorno de ansiedad), este enfoque puede ayudar indirectamente en relación con el trastorno del dolor.

Medicamentos A menudo se prescriben medicamentos para aliviar el dolor. No obstante, algunas drogas que lo alivian son adictivas, y los pacientes pueden exigir dosis cada vez mayores. Muchos clínicos explican a sus pacientes funcionan a largo plazo para aliviar el dolor, y que son preferibles otras técnicas (descritas con

anterioridad). Los pacientes a los que se les prescriben analgésicos sólo para las ocasiones en que sean imprescindibles, suelen recurrir a conductas de dolor para indicar que necesitan el medicamento. Sin embargo, los antidepresivos pueden ser útiles para pacientes con dolor cuando se presentan indicios de depresión.

Realidades de los trastornos del dolor Por lo general, los trastornos del dolor no son simplemente producto de la imaginación. Son fenómenos bioconductuales. Por esta razón, no es muy recomendable enfocarse sólo en los síntomas y la patología corporal, aunque estos factores son importantes. El enfoque debe estar en el paciente y en la forma en que éste responde al trauma físico y al entorno social. La vulnerabilidad del paciente (por ejemplo, tener ciertas características de personalidad, motivaciones y necesidades), los factores que lo causan (lo que acarrea el dolor), y el proceso de mantenimiento (por ejemplo, la atención derivada de sentir dolor), todos son pertinentes para entender y tratar a los pacientes con dolor. Para la mayoría de los pacientes, el dolor está fuera de proporción de lo que normalmente se esperaría y se convierte en el punto focal de sus vidas. El dolor constante crea una situación desalentadora que confronta al individuo con estrés creado por dolor y, muchas veces, una cascada de situaciones de estrés que afecta todos los aspectos de sus vidas.

Sin embargo, ahora se sabe que el dolor no es simplemente una cuestión de sensación pura. Es una experiencia subjetiva de percepción en la cual las emociones negativas (por ejemplo, la ansiedad y la depresión) se pueden vincular rápidamente. Aunque hay mucho que no se sabe sobre el dolor como un fenómeno biopsicosocial, actualmente es estudiado intensamente. Los resultados de esta investigación ilustrarán el entendimiento del dolor y conducirán a valiosos tratamientos.

Trastornos de somatización

Los **trastornos de somatización** han sido definidos de muchas maneras, pero el elemento común de todas las definiciones es la presencia de síntomas somáticos que no pueden ser adecuadamente explicados por descubrimientos orgánicos. Las enfermedades inexplicadas son un reto para el médico y una angustia para el paciente.

Los trastornos de somatización se caracterizan por dolencias somáticas múltiples que son recurrentes o crónicas. A menudo se denomina a esta condición como **síndrome de Briquet** porque un médico de ese apellido lo describió detalladamente en 1859. Las quejas más comunes incluyen dolores de cabeza, fatiga, palpitaciones, periodos de desmayos, náuseas, vómito, dolores abdominales, problemas del intestino, alergias y problemas menstruales y sexuales. Con este amplio rango de dolencias, no es sorprendente que los pacientes con trastornos de somatización continuamente vayan al médico, cambien de médico y se sometan a cirugías probablemente innecesarias (ver la tabla 7-6). La figura 7-5 compara la frecuencia de procedimientos quirúrgicos mayores en pacientes que fueron clasificados con un trastorno de somatización con un grupo control.

Los individuos diagnosticados con este trastorno tienen un historial de muchos años, que empieza antes de los 30 años, de buscar tratamiento o deteriorarse por múltiples dolencias físicas que no

TABLA 7-6
Pautas para el tratamiento de trastornos de somatización Las siguientes pautas son útiles porque muchos pacientes con somatización no coinciden con los criterios de diagnóstico establecidos: 1. El clínico necesita ser cauteloso con la posibilidad de que el paciente pueda tener una enfermedad física aún no diagnosticada o desarrollarla en el futuro. 2. La somatización no debe ser conceptualizada desde una u otra perspectiva. Muchos pacientes tienen algún grado de enfermedad física, la cual puede no estar relacionada con la tendencia a la somatización. 3. No se les debe decir a estos pacientes que sus síntomas son psicógenos o que "todo está en su mente". Estos comentarios generalmente son rechazados, interfieren con el establecimiento de una buena relación entre el paciente y el clínico, y pueden ser erróneos. 4. El estrés agudo muchas veces se asocia con el aumento de la somatización. 5. La somatización crónica rara vez mejora con una psicoterapia tradicional. Muchas veces los enfoques cognitivo conductuales son más útiles para modificar la conducta o enfermedad del paciente. 6. La somatización es a menudo una condición crónica y es muy raro encontrar una cura total para ella.

parecen ser fingidas. Los criterios del DSM-IV-TR para este trastorno incluyen por lo menos cuatro síntomas de dolor en diferentes partes del cuerpo, dos síntomas gastrointestinales sin dolor, un síntoma sexual sin dolor y un síntoma o déficit que sugiere un síntoma neurológico.

Los pacientes con trastornos de somatización creen que están enfermos, proporcionan largas y detalladas historias para apoyar sus ideas, y toman grandes cantidades de medicamentos (ver la tabla 7-7). Casi siempre, las múltiples dolencias crónicas de los pacientes con somatización son acompañadas de patrones de características de la personalidad y de dificultades en sus relaciones sociales. Comparten muchos de los rasgos de los trastornos de la personalidad histriónica (que se describen en el capítulo 10), incluyendo una actitud egocéntrica y exageradas expresiones de emoción. La ansiedad y la depresión son rasgos comunes, como lo es la manipulación, la cual puede tomar la forma de amenazas o intentos de suicidio. Las personas que sufren de somatización dan la impresión de ser inmaduros y demasiado nerviosos. Este trastorno varía de la *hipocondría* (que trataremos más adelante en este capítulo) en que ésta se concentra en el miedo a tener una o más enfermedades específicas, mientras que la persona con trastorno de somatización tiende a estar preocupada por los síntomas.

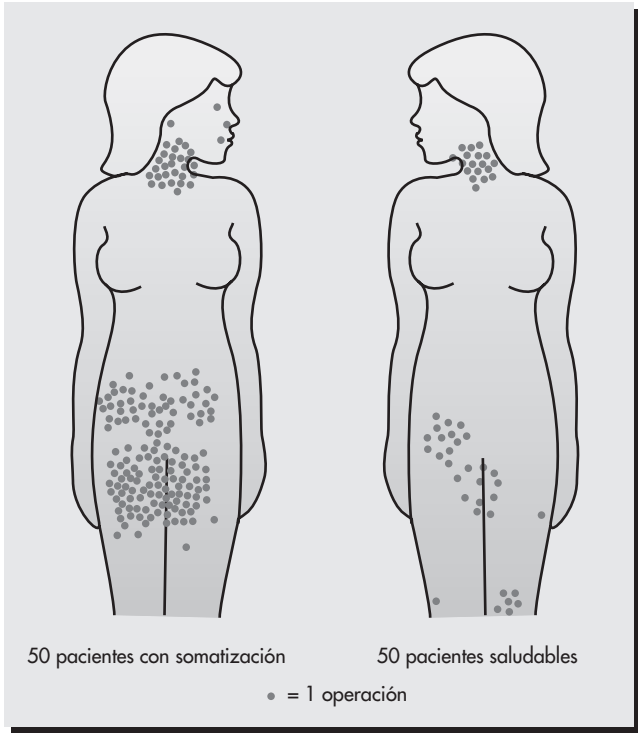


Figura 7-5 Las dolencias de los pacientes con somatización pueden conducirlos a cirugías innecesarias. Estas dos figuras comparan el número y localización de procedimientos quirúrgicos mayores en 50 pacientes con somatización y 50 pacientes con buena salud. Se removi3 tres veces más tejido de los pacientes con somatización que en estos 3ltimos.

FUENTE: Basado en M.E. Cohen y cols., 1953.

TABLA 7-7
¿Por qué las personas sufren de somatización? Algunas personas pueden pensar que por presentarse uno mismo como "enfermo" se pueden obtener beneficios sociales o psicológicos. ➤ La enfermedad permite a una persona socialmente aislada recibir cuidados y apoyo de la familia, amigos y médicos que de otra manera no obtendría. ➤ El papel de enfermo se puede utilizar como una racionalización para justificar fallas profesionales, sociales y sexuales. ➤ La enfermedad se puede utilizar para manipular a otras personas o situaciones sociales. ➤ Como la enfermedad física crea menos estigmas que padecer algún trastorno psicológico, muchos individuos prefieren atribuir sus síntomas psicológicos a causas físicas. ➤ Los síntomas de la somatización pueden representar una conducta aprendida en la niñez (por ejemplo, algunos padres pueden prestarles más atención a sus hijos durante una enfermedad).

Las dolencias en los trastornos de somatización generalmente se presentan de una manera dramática, vaga y exagerada. Las personas con somatización tienden a utilizar imágenes vívidas para describir eventos y sus reacciones hacia ellos. Por ejemplo:

“Me despierto en la mañana duro como una tabla”.

“Mi corazón se siente como si lo estuvieran apretando bandas de metal”.

“Vomito cada media hora”.

“Ni siquiera puedo tomar líquidos”

“Me siento tan débil como un gato”.

“Realmente no lo voy a poder soportar más tiempo”.

Los trastornos de somatización parecen ocurrir principalmente en mujeres; aproximadamente 1% de todas ellas padecen de esta condición. Es común que una familia tenga más de una persona con somatización. Como las personas que padecen un trastorno de somatización tienden a ser influenciadas, el alto predominio del trastorno en ciertas familias puede reflejar la influencia de un padre con somatización (generalmente la madre) más que la herencia. La imprecisión de las dolencias de la somatización dificulta la investigación del trastorno. Por ejemplo, el investigador frecuentemente se pregunta si los síntomas pueden tener causas orgánicas que no han sido identificadas.

Frecuentemente se dice que los pacientes con trastornos de somatización no son adecuados para tratamiento psicoterapéutico porque no son psicológicamente propensos y están desmotivados. Sin embargo, las terapias cognitivas y psicodinámicas pueden ser eficaces para tratar estos trastornos (Looper y Kirmayer, 2002). La mayoría de los pacientes con somatización creen que sus dolencias son causadas por una enfermedad orgánica. Cuando trata de crear afinidad, es útil que el médico o terapeuta le dé la oportunidad de describir sus síntomas en detalle y asegurarse de que los síntomas sean tomados en serio.

Trastornos de conversión

Las personas que padecen **trastornos de conversión** afirman que han perdido parcial o totalmente algunas de las funciones básicas del cuerpo. La alteración no parece tener un control voluntario y no puede explicarse en términos de los principios de la ciencia médica. Entre los síntomas que reportan estos pacientes se encuentran la parálisis, ceguera, sordera y dificultad para caminar. A menudo, la aparición de síntomas en los trastornos de conversión ocurre después de una experiencia estresante y puede ser repentina. Los teóricos psicodinámicos creen que los síntomas representan un conflicto psicológico implícito.

Los síntomas de conversión parecen ser ingenuas invenciones desarrolladas sin considerar los hechos reales de la anatomía. En el caso de la anestesia del guante, por ejemplo, el individuo

puede ser incapaz de sentir algo en una mano, aunque en el brazo las sensaciones son normales. Esto es anatómicamente inverosímil porque el nervio sensorial de esta parte del cuerpo está organizado de manera que la anestesia del guante no pueda ser el resultado de un trastorno neurológico (Halligan y cols., 2000).

Muchas veces, los síntomas de conversión aparecen sin ninguna razón obvia, aunque frecuentemente pueden rastrearse los eventos específicos que los precipitan. Para complicar la tarea de diagnosticar la conversión, existe el hecho de que a veces no pueden distinguirse fácilmente de los síntomas con bases de somatización. Una pista que ayuda a hacer dicha distinción es el rasgo característico del trastorno de conversión que ha sido llamado la *belle indifférence* (la bella indiferencia): aunque el individuo experimente ansiedad intensa en otras áreas de su vida, su falta de preocupación de lo que parece ser una alteración física que lo limita es sorprendente, y no típicamente asociada con síntomas similares causados por trastornos de somatización verdaderos.

Por lo general, las causas de la conversión clínica involucran una sola alteración durante un periodo. Se pueden afectar diferentes partes del cuerpo en episodios posteriores. Los síntomas muchas veces permiten a la persona escapar de situaciones frustrantes o desafiantes a través de la limitación física. Cuando las presiones de estas situaciones disminuyen, los síntomas físicos se debilitan. También pueden lograr un beneficio secundario cuando derivan algo de un síntoma físico (como atención, afecto o una pensión) que no podrían obtener de otra manera. Como las tendencias histriónicas y el nerviosismo son características de las personas que tienen estas reacciones corporales, sus síntomas a menudo tienden a ser mucho más dramáticos y limitantes.

Los trastornos de conversión muestran la forma en que los conceptos de desadaptación pueden cambiar a través de los años. Hasta hace relativamente poco tiempo, estos trastornos fueron considerados como un tipo de categoría más extensa llamada **histeria** o **trastornos de histeria**. El origen del concepto de la histeria se puede rastrear hasta la Edad Media cuando hacían referencia a los trastornos del útero, los cuales se creía estaban relacionados con lo que ahora llamamos trastornos de conversión. La histeria era vista como una condición causada por un defecto en el sistema reproductivo femenino. En tiempos modernos, la amplia categoría de la histeria incluía a individuos que mostraban inmadurez emocional e inestabilidad afectiva como características predominantes. En la terminología antigua estos individuos podían mostrar reacciones disociativas, personalidad múltiple y muchos otros trastornos además de las reacciones de conversión. Hoy en día, el DSM-IV-TR limita el diagnóstico del trastorno de conversión a las condiciones en las cuales existen uno o más síntomas de disfunción motora o sensorial que sugieren pero no pueden relacionarse con un problema médico. Los síntomas, aunque no son producidos intencionalmente, se consideran asociados con factores psicológicos. Por lo tanto, el diagnóstico de la histeria ya no ocupa el lugar importante que una vez ocupó en la clasificación psiquiátrica (ver el cuadro 7-2).

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

CUADRO 7-2

Entendiendo la histeria colectiva

Aunque la idea de la histeria como diagnóstico individual ha caído en desuso, el término **histeria colectiva** o enfermedad psicogenética colectiva, aunque no es una parte del sistema de clasificación psiquiátrico, aún es utilizado para referirse a misteriosos brotes de enfermedades grupales. Los síntomas —a menudo dolores de cabeza, mareos, náuseas, y dificultad para respirar— parecen ser reales pero no son causados por una toxina. En su lugar, los factores clave parecen ser el estrés y la ansiedad. Escuelas, fábricas y oficinas donde las personas se encuentran bajo estrés y comparten espacios comunes son sitios habituales para la histeria colectiva.

Por ejemplo, el 12 de noviembre de 1998, en la Warren County High School (localizada en McMinnville, Tennessee), la maestra Susan Davis se preparaba para su primera clase sobre administración de la comida cuando notó un olor que se parecía al de la gasolina. Se sintió mareada, con náuseas, sin aliento y desarrolló dolor de cabeza. Pronto, muchos estudiantes en su salón empezaron a tener los mismos síntomas. Cuando el director de la escuela fue al salón también notó el olor, que era parecido a un insecticida. Él también desarrolló dolor de cabeza. Los oficiales de la escuela activaron la alarma de fuego, y evacuaron el edificio. Otros estudiantes reportaron los mismos síntomas. Muchas personas fueron llevadas al hospital en ambulancias; 100 personas fueron a la sala de emergencias. Cerca de \$100 000 se gastaron solamente en el cuidado de emergencia.

Bomberos, la compañía de gas y expertos en salud y seguridad estatal pasaron dos días inspeccionando la zona. Analizaron muestras de sangre, el drenaje, los conductos de aire y buscaron alguna variedad de virus, pesticidas y cualquier otra cosa que pudiera haber enfermado a tantas personas tan rápidamente. Pero no encontraron nada malo. Cuando se reabrió la escuela cuatro días después, recomenzó una nueva ola de quejas sobre el olor. Al día siguiente de la reapertura,



Figura 7-6 En un brote de enfermedad similar al de la Warren County High School, los paramédicos de emergencia responden a un brote repentino de enfermedad de alrededor de 50 niños de primaria que asistieron a una presentación musical.

media docena de estudiantes fueron recostados en el vestíbulo porque la clínica estaba llena. Las ambulancias regresaron, la escuela fue de nuevo evacuada y cerrada, y 71 personas fueron llevadas a la sala de emergencia. Esta vez, las dependencias gubernamentales llevaron a cabo una extensa investigación que requirió el cierre de la escuela por dos semanas. Los investigadores no encontraron nada que pudiera haber causado la enfermedad masiva. Después de que la escuela reabrió, los estudiantes mostraron altos niveles de ansiedad por el resto del año escolar. Cuando los investigadores concluyeron que ninguna toxina, químico o virus había propagado la enfermedad a través de la escuela, muchos estudiantes se molestaron y dijeron cosas como: “Ellos dicen que estamos locos.” “Me hacen enojar.” “Cuando estoy enfermo no quiero que alguien más diga

que estoy fingiendo.” “Si no hubiera estado enfermo no me hubieran llevado al hospital ni mi presión arterial hubiera estado tan alta.”

Si bien pudo haber estado presente alguna causa no descubierta por los investigadores, los estudios de los adolescentes sugirieron que, de cualquier modo, en la Warren County High School ocurrió una histeria colectiva (T. F. Jones y cols., 2000a, 2000b). Las víctimas tenían tres veces más probabilidad que otros de haber visto otra persona enferma o de saber que un compañero de clase estaba enfermo. Sesenta y nueve por ciento de los afectados eran mujeres, comparado con 52% de la población estudiantil. Estas conclusiones sugieren que el brote fue el

resultado de una ansiedad contagiosa.

Los acontecimientos de la Warren County High School muestran un tipo de contagio social o emocional, que se propaga en un grupo de personas como un resfriado (ver la figura 7-6). Algunos investigadores creen que las nuevas tecnologías pueden también estimular la frecuencia de aparición de los brotes de histeria grupal. Los mensajes de internet sobre síntomas reales o imaginarios relacionados con sensibilidad química, virus invisibles, químicos y toxinas pueden provocar brotes de histeria colectiva en grupos que se encuentran muy lejos uno del otro. En el pasado, las personas se preocupaban por espíritus y demonios; ahora se enfocan más en los virus y los químicos tóxicos. Aunque los psicólogos sociales están estudiando este tipo de fenómenos, aún permanece incomprendido (Bartholomew, 2000).

Hipocondría

La **hipocondría** se diagnostica si la persona tiene una creencia persistente (que dure seis meses o más) de que padece una enfermedad seria a pesar de la afirmación médica de lo contrario, de la falta de hallazgos físicos y del desarrollo de la enfermedad. A menudo,

dichas personas muestran una pobre comprensión, no reconocen que su preocupación es excesiva. Dirán cosas como “Yo consulto al médico tan pronto como tengo dolencias corporales” y “Si algo parece estar mal con mi cuerpo, inmediatamente me altero.”

Los hipocondríacos tienen preocupaciones e inquietudes obsesivas con la condición de sus órganos corporales, y continuamente se inquietan por su salud. Debido a su miedo a desarrollar una enfermedad, rastrean cuidadosamente todos los síntomas potenciales y se mantienen en alerta ante los mínimos cambios en su funcionamiento corporal. Tienden a malinterpretar la naturaleza de la relevancia de la activación fisiológica y a exagerar los síntomas cuando ocurren. A continuación se presenta la narración de un médico sobre uno de sus pacientes hipocondríacos:

Harold Yocum escribió el más extenso diario de cualquier paciente que jamás haya visto. Harold era un hombrecillo pulcro, que medía más o menos 1.6 m. Era dependiente de una tienda minorista y siempre estaba impecablemente vestido: los pantalones de su traje (siempre usaba traje) tenían muy bien marcadas las rayas, sus corbatas estaban cuidadosamente anudadas, usaba un pañuelo en el bolsillo, las uñas cuidadosamente cortadas y pulidas, y el cabello partido con una porción larga cruzada sobre su lado calvo. Harold era soltero; yo nunca pude obtener mucha historia social de él, porque tal vez él no tenía mucha historia social. Tenía alguna educación universitaria y había trabajado como dependiente por muchos años, pero nunca platicaba sobre sus actividades personales, amigos o pasatiempos. Mis esfuerzos por hablar sobre estos temas lo hacían sentir incómodo, así que después de algunas visitas, dejé de intentarlo. En efecto, después de algunas visitas no había oportunidad para ello. Tuvimos que revisar el diario. ... Empezó a incluir más y más en él: la hora y dosis de su medicamento, sus sentimientos generales, molestias menores y dolores, la comida, café y refrescos de cola que consumía. Incluso desarrolló su propia escala de estrés y describió sus evacuaciones con gran detalle: tiempo, cantidad, color.

Pronto el volumen del material fue demasiado para su cuaderno y comenzó a traerme reportes laboriosamente mecanografiados. (Burnside, 1987, p. 1802).

La hipocondría se diagnostica cuando el individuo 1) persistentemente cree que una enfermedad sería respalda los síntomas que presenta al médico, y 2) ignora el consejo de éste de que ninguna enfermedad física o anomalía respalda los síntomas. Los individuos hipocondríacos poseen tres características importantes: 1) la actividad fisiológica, 2) se centran en su cuerpo y 3) conductas diseñadas para evitar o controlar una enfermedad física. A menudo, la actividad fisiológica se refleja en el aumento de la tensión y la ansiedad, así como en alteraciones del sueño. El centrarse en su cuerpo se ilustra por la estrecha vigilancia de los rasgos corporales, la constante atención a información que es congruente con preocupaciones sobre las enfermedades, y la preocupación y meditación sobre las dolencias físicas. Se observa la evitación y comprobación en autoinspecciones repetidas, consultas médicas frecuentes y la búsqueda de afirmación constante, estrictas opiniones y conductas sobre la dieta o el estilo de vida, y esfuerzos para evitar el ejercicio físico o el contacto con personas que parecen padecer alguna enfermedad.

Las estrategias de tratamiento para la hipocondría varían de un individuo a otro dependiendo de los problemas particulares que presenten. Sin embargo, por lo general, los componentes de la mayoría de los enfoques terapéuticos para manejar este trastorno son los siguientes:

1. Establecer una relación terapéutica. Este paso es importante porque muchos individuos se muestran renuentes a aceptar que sus problemas son causados por otra cosa que no sea una condición médica.
2. Reconocer la angustia causada por las preocupaciones del individuo.
3. Averiguar los miedos del paciente y las ideas sobre su salud física.
4. Presentar explicaciones racionales alternativas y explicar por qué las ideas del paciente pueden ser erróneas.

Seguridad, terapia de apoyo y terapia cognitivo-conductual pueden ser especialmente útiles para tratar la hipocondría. Sin embargo, la mayoría de los estudios de eficacia de la terapia para este trastorno se ha basado en muestras pequeñas, y se necesitan esfuerzos de investigación más extensos para determinar la eficacia del tratamiento. También se requiere más investigación en los antecedentes de la hipocondría. Existe evidencia de pacientes con hipocondría que tienen historias de experiencias adversas tempranas, como experiencias traumáticas (por ejemplo, muertes en la familia), el abuso de sustancias de los padres y miembros de la familia, y la negligencia (Noyes y cols., 2002). A medida que se obtiene más información, se hará más fácil distinguir entre los síntomas de somatización originados por problemas psicológicos y los que son simplemente el resultado de la falta de conocimiento y habilidades médicas (Starcevic y Lipsitt, 2001).

Trastorno dismórfico corporal

La insatisfacción con la propia apariencia es común, pero generalmente no afecta significativamente la vida de las personas. Un estudio encontró que alrededor de 75% de los estudiantes estadounidenses tienen preocupaciones sobre su apariencia, pero sólo una minoría de estas preocupaciones se aproxima al nivel de preocupación seria (Bohne y cols., 2002). Los individuos con un **trastorno dismórfico corporal (BDD)** definitivamente tienen una preocupación con un defecto imaginario, o una preocupación morbosamente excesiva sobre un rasgo menor no deseado de su apariencia física. Alice Kenton, quien fue descrita al principio de este capítulo, fue diagnosticada con este tipo de trastorno. El acné, el adelgazamiento del cabello, arrugas, cicatrices y vello facial excesivo son ejemplos de rasgos no deseados. Otras preocupaciones comunes incluyen el tamaño, forma o algún otro aspecto de la nariz, los ojos, la boca, los dientes o la cabeza. La mayoría de los individuos con este trastorno experimentan una marcada aflicción sobre su supuesta deformidad, y a menudo describen su preocupación como “intensamente dolorosa” y “devastadora”. Los sentimientos de autoconciencia acerca de su “defecto” pueden llevarles a evitar el trabajo o las situaciones públicas.

Un estudio encontró que cuando los pacientes con BDD consultan a profesionales de la salud mental, muchas veces destacan sus sentimientos de depresión, fobias, obsesiones y compulsiones, pero no mencionan sus inconformidades corporales (Veale y cols., 1996). Esto parece ser el resultado de marcados sentimientos de vergüenza y de la creencia de que otras personas no entenderán su

preocupación o no la tomarán en serio. Existen crecientes razones para creer que estos sentimientos son una consecuencia de la personalidad, como las preocupaciones sobre la necesidad de sentirse aceptado, incluso hasta perfecto (L.J. Cohen y cols., 2000).

Imagen corporal El rasgo esencial del BDD es la creencia de que se tiene un defecto imaginario en la apariencia. Si se presenta la más mínima anomalía física, la preocupación de la persona es notoriamente excesiva. A diferencia de las preocupaciones normales sobre la apariencia, en este caso la obsesión consume tiempo y causa bastante aflicción o discapacidad en situaciones sociales. Además del conocimiento de que el BDD se relaciona con la presencia de ciertas características de la personalidad, se sabe poco sobre su condición. Generalmente parece hacerse evidente en la adolescencia, un periodo de desarrollo marcado por la preocupación de cómo le parecemos a los otros, y la necesidad de minimizar las imperfecciones físicas y maximizar los rasgos corporales atractivos.

Aunque el BDD es un trastorno de la imagen corporal —la percepción de uno mismo sobre los rasgos corporales— vale la pena pensar en él dentro del contexto de la diversidad de percepciones corporales en cierta población (Cash y Pruzinsky, 2002). Este punto se explica junto con los trastornos de la conducta alimentaria en el capítulo 6. Es fácil que para los individuos que padecen anorexia nerviosa sea sumamente importante conseguir lo que ellos consideran un nivel ideal de delgadez. Como con muchos atribu-

tos humanos, existen amplias diferencias individuales sobre lo que se considera deseable o indeseable. Gran parte de la infelicidad se debe a opiniones personales erróneas o idiosincrásicas sobre la imagen corporal: ¿Qué es normal? ¿Qué es realista? ¿Qué es admirado? ¿Qué es despreciado? Muchas mujeres creen que ser esbeltas y no musculosas es una característica femenina deseable. No obstante, Jenny Thompson, quien ganó varias medallas olímpicas de oro en natación en 1992, 1996 y 2000, es muy admirada por su físico musculoso y su destreza. Sus logros no hubieran sido posibles si la delgadez y falta de musculatura fueran los ideales que guiaran su vida. Thompson mide 1.78 m y pesa 73 kg, y mientras entrena ingiere seis comidas al día. Es una persona bastante musculosa que está orgullosa de sus logros y su apariencia (ver la figura 7-7). Aunque existen algunos “buenos” y “malos” sobre la imagen corporal, hay muchas opiniones sobre esta cuestión. Son estas opiniones las que tienen influencia sobre la percepción de nuestro cuerpo como admirable o defectuoso.

La investigación sobre la imagen corporal ha arrojado algunos descubrimientos interesantes. Uno de ellos se relaciona con las discrepancias entre los cuerpos que las personas quieren (o piensa que debe tener) y los cuerpos que realmente tienen. En un estudio con hombres realizado en Estados Unidos, Francia y Austria, los sujetos deseaban tener un cuerpo mucho más delgado y musculoso del que realmente tenían o percibían que tenían (Pope y cols., 2000). Además, ellos creían que las mujeres preferían un cuerpo masculino

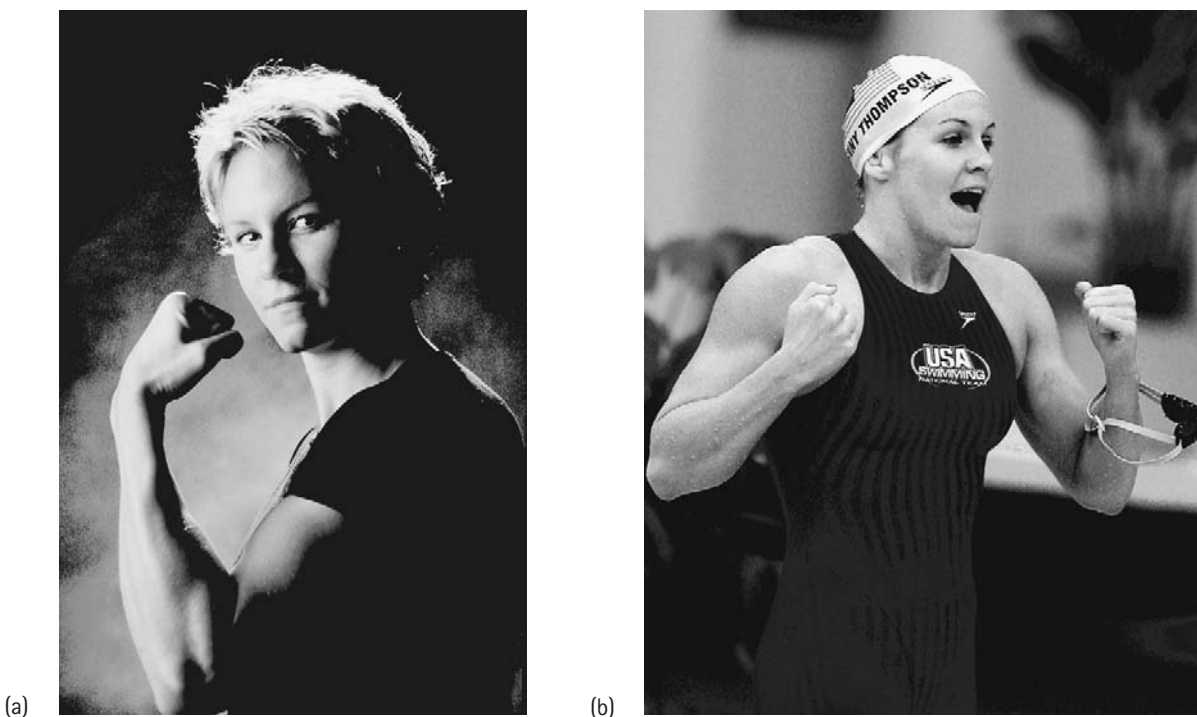


Figura 7-7 ¿Qué tan musculosa debe ser una mujer? Jenny Thompson, campeona olímpica de natación ve su cuerpo musculoso como admirable y un medio por el que puede estar a la altura de su potencial.

FUENTE: *New York Times*, 7 de agosto de 2000, pp. D1, D7.

con mucho más músculos que los de ellas. Cuando se les preguntó sobre sus preferencias, las mujeres no se referían a un hombre con muchos músculos. La amplia discrepancia entre la musculatura real de los hombres y sus ideales corporales puede jugar un papel importante en el aparente aumento de trastornos en los que algunos hombres muestran una preocupación patológica por su musculatura. La condición llamada **dismorfia muscular**, en la cual estas preocupaciones juegan un papel importante, ha sido propuesta para formar un BDD. En un estudio de un grupo de levantadores de pesas, se identificó un subgrupo en el cual existían altos niveles de insatisfacción corporal, el uso de esteroides anabólicos, la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad perturbadora y depresión. Estos síntomas se tomaron como indicadores de la dismorfia muscular (Olivardia y cols., 2000). Los levantadores de pesas normales tenían algunas de estas características y, de hecho, parecían muy similares en comparación con un grupo de hombres que no levantaban pesas. Se requiere de un estudio más avanzado de la dismorfia muscular en hombres y las discrepancias entre los ideales la percepción corporal entre hombres y mujeres y la realidad.

Tratamiento Como el BDD es una condición identificada recientemente, la investigación para tratamientos eficaces apenas comienza. La terapia cognitivo-conductual parece ser un enfoque promisorio. Este tipo de terapia generalmente empieza por proporcionar al paciente información básica sobre la psicología de la apariencia física, el concepto de la imagen corporal y el desarrollo del BDD. De entrada, la mayoría de los pacientes piensan que su estado psicológico (por ejemplo, sentirse tensos e indignos del interés de otros) no puede cambiar hasta que su “defecto” (por ejemplo, nariz larga, un cuerpo deformado) haya sido eliminado. El terapeuta normalmente responde destacando que el problema en el BDD es la manera en que los pacientes se ven a sí mismos, y que la terapia está diseñada para cambiar la imagen corporal, no la apariencia. Después de detectar las actitudes disfuncionales y las situaciones en las que ocurren, se les ayuda a los pacientes a reestructurar sus conocimientos alertándolos sobre la necesidad de reconocer los pensamientos desadaptados y reemplazarlos con mejores alternativas. Para vencer la angustia, los pacientes deben examinar sus ideas sobre las características corporales de una manera más objetiva y ecuánime. A veces ayuda utilizar terapia de exposición, poniendo a los pacientes a mirar sus cuerpos en casa y alentarlos a cuestionar las evaluaciones de ellos. La tabla 7-8 ilustra la aplicación de terapia de exposición a una persona diagnosticada con BDD quien tiene un complejo sobre sus manos. Se espera que el tratamiento del BDD mejore a medida que se vaya entendiendo mejor.

Trastornos facticios y fingimiento

Aunque los trastornos somatomorfos y varios tipos de problemas médicos son diferentes en muchos sentidos, tienen en común el hecho de que la persona que los padece asume el papel del paciente, alguien que recibe atención y cuidado. Otro grupo de condi-

TABLA 7-8

Ejercicios de exposición para un hombre que está avergonzado de sus “horribles” manos

Se alienta al paciente a:

1. Mantener sus manos fuera de los bolsillos en presencia de otros.
2. Permitir que un extraño lo salude estrechándole la mano.
3. Usar un reloj de pulsera y anillos para atraer la atención hacia sus manos.
4. Firmar cheques en frente de los cajeros del banco y dependientes de tiendas.
5. Probarse anillos en joyerías frente a los vendedores.

ciones que se caracterizan por el mismo rasgo son los **trastornos facticios** (la palabra *facticia* se define como “artificial o antinatural”). Sin embargo, en estas condiciones, los síntomas físicos y psicológicos son autoinducidos voluntariamente por el paciente. Esto puede implicar tanto una completa mentira como la exageración de una condición preexistente.

En el trastorno facticio, la única meta aparente es el deseo de asumir el papel de paciente. Las personas con este tipo de trastorno muchas veces tienen historial de mentir de manera incontrolable, demandar atención de profesionales y de describir recuentos dramáticos de dolores vagos. Puede ser muy difícil clasificar una serie de síntomas como los facticios. La manera dramática en la cual el paciente presenta sus problemas normalmente levanta sospechas; sin embargo, muchos individuos con este trastorno han logrado reunir bastante información médica y, en consecuencia, pueden ser tan buenos actores que hacen que sus síntomas sean creíbles.

Los trastornos facticios generalmente empiezan durante la adultez temprana y muchas veces se estimulan con la hospitalización por un problema físico genuino. El trastorno es mucho más común en las mujeres que en los hombres (Krahn y cols., 2003). Por los síntomas tan dramáticamente presentados pero imprecisos, los individuos con trastornos facticios a menudo sufren de frecuentes hospitalizaciones durante las cuales se les pueden practicar cirugías innecesarias. Aunque los síntomas de la somatización y los trastornos facticios son los mismos, las personas que sufren de somatización piensan que están realmente enfermas, mientras que aquellos con trastornos facticios sólo buscan atención al inventar síntomas. Cuando se les confronta sobre su papel en la enfermedad, muy pocas personas con trastornos facticios admiten su comportamiento (Krahn y cols., 2003). En los trastornos facticios, el recuento de algunos eventos de la niñez a menudo revela una historia de inseguridad emocional en esa etapa, negligencia o rechazo emocional de los padres y hogares destruidos que los condujeron a la adopción o a un hogar temporal (Folks y cols., 2000).

El término **síndrome de Munchausen** se refiere a un tipo extremo de trastorno facticio caracterizado por la repetida y consciente simulación de una enfermedad con el único propósito de obtener atención médica. El síndrome fue nombrado en honor al Barón von Munchausen, un oficial alemán de la caballería del siglo XVIII, quien fue un personaje legendario debido a sus elaboradas mentiras. Un paciente con el síndrome de Munchausen puede viajar grandes distancias para aparecerse en hospitales con dramáticas y convincentes historias, que son falsas, que convencen a los médicos y a los miembros del personal de que sufre de una enfermedad grave.

Los pacientes con este síndrome cuentan increíbles historias sobre su historial médico. También fingen síntomas; por ejemplo, pueden pretender sentir dolor, poner sangre en una muestra de orina o manipular el termómetro para dar la impresión de fiebre. Algunas veces van más allá, causándose lesiones reales a sí mismos, ya sea quemándose o cortándose, tomando peligrosas drogas, o inyectando sustancias extrañas en sus venas. Muchas veces convencen a los médicos de realizar cirugías innecesarias. Pueden pasar la mayor parte de sus vidas moviéndose de un hospital a otro, tratando de ser internados. Una vez que lo logran se niegan a seguir las reglas y constantemente demandan atención. El siguiente caso ilustra un ejemplo típico del síndrome Munchausen:

Una mujer entró tambaleándose a la sala de emergencias de un hospital de la Ciudad de Nueva York, sangrando de la boca, agarrándose al estómago y gimiendo de dolor. Vaya entrada. Incluso en ese entorno, en el cual siempre hay personas que sangran y gimen, había algo en ella, alguna terrible cualidad de estrella que ocupaba el escenario central. Su dolor era inmenso.

Ella contó una historia desgarradora: un hombre la había seducido, luego la ató, la golpeó, la obligó a entregarle su dinero y joyas bajo amenaza de muerte. Ella tenía un severo dolor en la parte inferior izquierda del cuerpo y un dolor de cabeza insoportable.

Fue internada, y se le realizaron exhaustivas pruebas. No pudieron encontrar nada; no había ninguna razón para el sangrado o el dolor; los especialistas estaban sorprendidos.

Luego, un día, una ayudante del hospital encontró los siguientes artículos en su mesa de noche: una aguja, jeringa y un adelgazante de sangre llamado heparin. Si usted se inyecta suficiente adelgazador de sangre, también puede ocupar el escenario principal en la sala de emergencias.

Cuando la confrontaron, negó todos los cargos. Esas cosas no le pertenecían a ella, se iría de ese lugar y encontraría médicos a quienes realmente les importara. Y se fue. Más tarde, se descubrió que recientemente había estado en otros dos hospitales: con la misma historia, los mismos síntomas y la misma secuencia de eventos. (Lear, 1988, p. 21)

Una variación particular del síndrome de Munchausen implica que la madre produce los síntomas de enfermedad en su hijo y luego lleva al niño a tratamiento. Esto se le conoce como **trastorno facticio secundario**. La preocupación de la madre puede ser convincente porque ella misma siente deseo de ser cuidada; es como si sintiera que el cuerpo del niño es una extensión del suyo. El niño le sigue la corriente a su madre porque su relación es muy cer-

cana e intensa y la actividad muy excitante. En 1996 se reportó en las noticias un ejemplo de este trastorno:

Jennifer, una niña de ocho años de Florida, tenía un historial de docenas de operaciones y alrededor de 200 visitas a hospitales por lo que parecía ser un problema digestivo. Ella tenía tubos implantados en su abdomen para alimentarla y un tubo en su pecho para los medicamentos. Su condición llamó tanto la atención de los medios de comunicación varios años antes, que ella y su madre habían sido presentadas en una campaña nacional para obtener seguros médicos para quienes no contaban con uno. En su última estancia en el hospital, un médico concluyó que su madre la había enfermado a propósito. Los investigadores creían que su madre la había envenenado con medicinas por prescripción y untado excremento en sus tubos de alimentación para crear infecciones. Después de que se llegó a esta conclusión, la niña llevó una dieta normal durante su estancia en el hospital y no tuvo ningún problema en digerir toda clase de alimentos desde pizza hasta golosinas. Como resultado, un juez ordenó que se le quitaran los tubos de alimentación, fue puesta en custodia protectora y su madre fue arrestada. (Adaptado de Associated Press, 7 de mayo de 1996)

El trastorno facticio no es lo mismo que el **finjimient**. Las personas con trastornos facticios simplemente ansían atención y quieren ser cuidados. Por su parte, las personas que fingen tratan de obtener cuidado médico y hospitalización para alcanzar alguna meta específica como la compensación, la pensión por incapacidad o evitar a la policía. Mientras que muchas dolencias y hospitalizaciones parecen ser casi un patrón continuo del trastorno facticio, el finjimient a menudo termina abruptamente cuando el paciente obtiene lo que quiere. En contraste, las personas con trastornos facticios parecen ser incapaces de detener sus mentiras y fabricación de síntomas. Sin embargo, estas dos condiciones son autoinducidas, y ambas se intensifican como respuesta a altos niveles de estrés.

Suele ser difícil distinguir el trastorno facticio y el finjimient de otras condiciones. A veces se supone que un síntoma particular es controlado voluntariamente al haber excluido todas las demás causas posibles, lo que representa también un problema. Los diagnósticos equivocados pueden aumentar cuando el médico clínico no está totalmente seguro del propósito específico del que finge para fabricar sus síntomas. Un acto de finjimient puede, bajo ciertas circunstancias, ser considerado adaptativo (por ejemplo, cuando un prisionero de guerra finge una enfermedad), pero los trastornos facticios casi siempre ocurren en personas con alteraciones de personalidad que han padecido toda su vida.

El mensaje con el que nos quedamos

Tenemos dos opiniones sobre los trastornos somatomorfos. Por un lado, la creciente atención al vínculo entre las preocupaciones somáticas y el funcionamiento de la personalidad representa un avance en el estudio de la conducta desadaptada. Por otro lado, sabe-

mos menos de las causas de las diferentes preocupaciones por el cuerpo y su tratamiento de lo que nos gustaría. Esto no es una sorpresa por el hecho de que los trastornos somatomorfos representan una clasificación psiquiátrica relativamente reciente. Una clara ventaja de enfocarse en el proceso de somatización es que se presta atención a la relación entre los estados psicológicos y la percepción del cuerpo. La desventaja de este enfoque, que notamos con anterioridad, es que las preocupaciones por el cuerpo inexplicadas —particularmente en la ausencia de ansiedad implícita y depresión algunas veces se deben a la falta de conocimiento del médico en lugar de a una disfunción psicológica.

A pesar de la falta de conocimiento en el entendimiento actual de los trastornos somatomorfos, se han avanzado en el desarrollo de tratamientos psicológicos clínicamente útiles para estos trastornos. Los médicos han empezado a reconocer la necesidad de aceptar a pacientes con somatización, en lugar de criticarlos o rechazarlos (como se ilustró en la figura 7-1). Los tratamientos cognitivo-conductuales parecen ser especialmente prometedores, porque por lo general otorgan prioridad a alentar a los pacientes a explorar y analizar sus esquemas corporales y a utilizar ejercicios conductuales (como el cuestionamiento de estos esquemas, y apreciar sus características personales positivas y logros en lugar de percibirlos como deficiencias). La investigación futura sobre el tratamiento de los trastornos somatomorfos requiere mucha más ambición y más estudios metodológicos de la eficacia terapéutica. Hasta ahora muchos de los estudios involucran un número relativamente pequeño de pacientes, y han comparado a los integrantes de un programa de tratamiento con un grupo control. Sería realmente informativo comparar el enfoque particular de un tratamiento, no sólo con un grupo control, sino también con otros enfoques terapéuticos.

Las personas con trastornos somatomorfos se ven mucho en ambientes de cuidado médico básico, y a menudo los componentes principales de su sintomatología son la ansiedad y la depresión. Estos casos representan una oportunidad para que los médicos y los psicólogos clínicos trabajen en conjunto. Los trastornos somatomorfos son influenciados por una variedad de factores, por ejemplo, la salud objetivamente determinada de los individuos, su actitud para buscar ayuda y su conducta (muchas personas con trastornos somatomorfos se resisten a la idea de que tienen problemas psicológicos), y su grado de angustia.

Una de las más grandes necesidades del trastorno somatomorfo es la conceptualización de qué ocurre cuando se presenta este trastorno. Aún no existe dicha conceptualización. Su desarrollo ayudará al diagnóstico y tratamiento. La figura 7-8 resume nuestro pensamiento actual sobre los mecanismos involucrados en la for-



Figura 7-8 Esquema conceptual para entender los síntomas somatomorfos.

mación y mantenimiento de los síntomas somatomorfos. Aunque es provisional por la inexactitud de nuestro conocimiento, la figura refleja la interpretación de la información actual.

R esumen del capítulo

Trastornos somatomorfos

Los **trastornos somatomorfos** son dolencias corporales para las cuales no se puede encontrar ninguna causa física real. Se incluyen bajo esta clasificación los trastornos del dolor, de somatización, de conversión y dismórficos corporales, así como la hipocondría.

Trastornos del dolor Los **trastornos del dolor** involucran reportes de dolor extremo e incapacita al individuo, ya sea sin ningún síntoma orgánico identificable, o con síntomas que son exagerados basándose en los síntomas orgánicos encontrados. Estos trastornos pueden ser agudos o crónicos y son difíciles de diagnosticar. En la actualidad, el **modelo biopsicosocial** del dolor es comúnmente aceptado, y se enfoca en las maneras en las que los factores psicológicos y sociales desencadenan el dolor. La manera en que las personas interpretan el dolor y su manera de afrontarlo tienen influencia en el ajuste general. Aunque el **trastorno del dolor crónico** se puede tratar con medicamentos, a menudo es más eficaz utilizar un enfoque psicológico. Los principales métodos utilizados son el condicionamiento operante, la terapia cognitivo-conductual, la biorretroalimentación y la psicoterapia de apoyo.

Trastornos de somatización Los pacientes con **trastornos de somatización** (también llamado **síndrome de Briquet**) experimentan múltiples dolencias corporales crónicas o recurrentes. Estas dolencias probablemente se presentan de una manera dramática y exagerada. Por lo general, estos trastornos van acompañados por un patrón de personalidad histriónica y dificultades en las relaciones sociales.

Trastornos de conversión Los síntomas de los **trastornos de conversión** reportan la pérdida parcial o total de funciones corporales básicas, como, por ejemplo, parálisis en alguna parte del cuerpo o pérdida de una función sensorial como la capacidad de ver. Esta pérdida no parece ser controlada de manera voluntaria, aunque los síntomas no

puedan ser explicados físicamente. Un síntoma del trastorno de conversión es *la belle indifférence*, una falta de preocupación de lo que parecen ser síntomas físicos que afectan al individuo.

Hipocondría Las personas que sufren de **hipocondría** muestran miedos poco realistas a enfermarse y se preocupan excesivamente por su salud. La mejor ayuda es establecer una buena relación con su terapeuta quien les proporciona seguridad, cuestiona sus ideas sutilmente y los motiva a evitar ir al médico con preocupaciones hipocondríacas.

Trastornos dismórficos corporales Las personas que sufren de **trastornos dismórficos corporales** se preocupan por sus defectos corporales imaginarios o exagerados. Experimentan gran angustia sobre su supuesta deformidad. Su angustia es una consecuencia de la preocupación por su imagen corporal, la que incluye la inquietud de que tienen una notoria anormalidad física. Demostrar que esta preocupación es injustificada podría ayudar a quien padece este trastorno, así como alentarlos a cuestionar algunos de los componentes de su imagen corporal. La **dismorfia muscular** es una clase de este trastorno. En dicho trastorno los hombres se preocupan por la amplia discrepancia entre sus propios cuerpos (o su percepción de ellos) y un tipo de cuerpo más musculoso el cual ellos piensan es admirado por otros.

Trastornos facticios y fingimiento

En los **trastornos facticios** los síntomas son inducidos voluntariamente por el paciente, en un esfuerzo por recibir atención y cuidado. El **síndrome Munchausen** es una forma extrema de este trastorno, en el cual la persona deliberadamente estimula la enfermedad fingiendo síntomas y hasta manipulando los resultados de exámenes médicos. El **fingimiento** difiere de los trastornos facticios en que la persona reporta los síntomas para lograr alguna meta específica, como un convenio con una aseguradora.

C onceptos clave

Afrontamiento activo, p. 222
Afrontamiento pasivo, p. 222
Biorretroalimentación, p. 223
Condicionamiento operante, p. 221
Dismorfia muscular, p. 231
Fingimiento, p. 232
Hipocondría, p. 228

Histeria, p. 227
Histeria colectiva, p. 228
Psicoterapia de apoyo, p. 225
Síndrome de Briquet, p. 225
Síndrome de Munchausen, p. 232
Terapia cognitivo conductual, p. 221
Trastorno del dolor, p. 220

Trastorno dismórfico corporal (BDD), p. 229
Trastorno somatomorfo, p. 220
Trastornos de conversión, p. 227
Trastornos de histeria, p. 227
Trastornos de somatización, p. 225
Trastornos facticios secundarios, p. 232
Trastornos facticios, p. 231

Un buen libro

The Adonis Complex, de Harrison G. Pope, Jr., Katherine A. Phillips y Roberta Olivardia es tan valioso por las importantes preguntas que plantea como por las respuestas que proporciona sobre el trastorno dismórfico corporal. ¿Dónde termina la preocupación razonable, y hasta deseable, sobre nuestra apariencia y comienza una preocupación corporal patológica? Los hombres con el complejo de Adonis son físico-

culturistas que pueden obsesionarse con esa actividad por los defectos que perciben en su apariencia física. El libro proporciona lúcidos debates sobre la imagen corporal y las causas del descontento innecesario con la apariencia personal. Incluye un autoexamen para evaluar la imagen corporal.

8

Trastornos de ansiedad



Art Resource, N.Y.

La experiencia de la ansiedad

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de angustia

Fobias

Fobias específicas

Fobias sociales

Agorafobia

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno por estrés postraumático

Factores de vulnerabilidad

La experiencia postraumática

Interpretación y tratamiento de los trastornos de ansiedad

Perspectiva psicodinámica

Perspectiva conductista

Perspectiva cognitiva

Perspectiva biológica

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Nerviosismo, miedo y preocupación son respuestas humanas comunes que de alguna manera casi todos experimentamos. En los trastornos de ansiedad, estas respuestas normales se tornan anormales por su intensidad y el grado en que reducen la eficacia personal y la satisfacción con la vida. En este capítulo se describen los cinco principales tipos de trastornos de ansiedad: el *trastorno de ansiedad generalizada*, en el que la tensión y preocupación casi incapacitan al individuo; el *trastorno de angustia*, durante el cual se presentan crisis recurrentes de pánico o ansiedad; las *fobias*, en las que existe un miedo excesivo e irracional; el *trastorno obsesivo-compulsivo*, en el que existen obsesiones y/o compulsiones recurrentes acompañadas de ansiedad y depresión; y el trastorno por *estrés postraumático*, en el que se presentan continuas reacciones psicológicas, conductuales y físicas a eventos traumáticos mucho después de que éstos ocurren. El capítulo concluye con un debate del análisis teórico sobre los trastornos de ansiedad y un repaso de los más importantes enfoques terapéuticos.

Susan: Me gustaría poder decirles con exactitud cuál es el problema. Algunas veces siento como si algo terrible acabara de suceder, cuando en realidad no ha pasado nada. Otras veces espero que el cielo se caiga en cualquier momento. La mayor parte del tiempo no puedo señalar nada específico. Aun así, me siento tensa y nerviosa. El hecho es que estoy tensa y nerviosa casi todo el tiempo. Algunas veces mi corazón late tan rápido que estoy segura de que me va a dar un paro cardíaco.

El suceso más insignificante puede provocarme. El otro día creí que una empleada del supermercado me había cobrado unos centavos de más en un artículo. Ella me mostró que estaba en un error, pero ahí no acabó todo. Estuve preocupada por el resto del día. Seguía repitiendo en mi mente el incidente, sintiéndome terriblemente avergonzada por haber insinuado que la empleada había cometido un error. La tensión era tan grande que no estaba segura de poder ir a trabajar en la tarde. Es doloroso tener que vivir con este tipo de cosas.

Paul: Sucedió sin ninguna advertencia, una repentina ola de terror. Mi corazón latía como loco, no podía respirar, y la tierra bajo mis pies parecía moverse. Estaba seguro de que era un ataque cardíaco. Fue la peor experiencia que he tenido en mi vida.

Sharon: No puedo decirles por qué tengo tanto miedo a las ratas. Me llenan de terror. Incluso si veo la palabra rata, mi corazón empieza a latir con más fuerza. Me preocupo por las ratas en los restaurantes a los que voy, en los estantes de mi cocina y en cualquier lado donde escucho un sonido que parece el de un animal que rasca o corre.

Mike: Antes de regresar a casa del trabajo paso la mitad del tiempo preguntándome si un ladrón ha entrado en mi departamento. Tan pronto como llego a casa reviso cada habitación, bajo la cama, y en los armarios. Antes de dormir reviso la cerradura de la puerta principal 50 veces. Me siento mejor después de cada revisión, pero pronto mi preocupación reaparece y tengo que revisar de nuevo.

Philip Manhard: Yo vivo de las cosas buenas. Me niego a sucumbir a la autocompasión. Revivo mis momentos más felices. Tuve una familia y matrimonio maravillosos. En mi mente, jugaba en campos de golf que conocía. Cuando un pan reemplazaba el arroz en mis alimentos, moldeaba con el migajón un juego de ajedrez. Jugar ajedrez conmigo mismo era una buena terapia; el problema era que siempre sabía el movimiento que el otro jugador iba a realizar. (Manhard, 1996-1997, p. 6)

Si usted piensa que Philip Manhard es un poco diferente de los primeros cuatro individuos, está en lo cierto. Los problemas que éstos experimentan tienen una característica en común: la experiencia de una fuerte ansiedad. En el caso de Susan, que ilustra un *trastorno de ansiedad generalizada*, la ansiedad es crónica y la siente en varias situaciones. Paul describe un *trastorno de angustia*, en el cual la ansiedad es repentina y abrumadora. Las personas que experimentan una o más crisis de pánico se preocupan mucho sobre si ocurrirá otra crisis y dónde se presentará. Sharon tiene una *fobia específica*, en el cual la ansiedad surge ante un tipo específico de situación, animal u objeto. El caso de Mike es un ejemplo del *trastorno obsesivo-compulsivo*, en el cual tener ciertos pensamientos y no llevar a cabo determinadas actividades (como revisar la cerradura de la puerta principal) provocan ansiedad y preocupación intensas.

¿Cuál es el problema de Philip Manhard? En realidad, su relato es una descripción, no un problema, de un extraordinario funcionamiento bajo lo que se podría considerar un estrés insostenible. Manhard describe como afrontó cinco años (1968-1973) de

confinamiento solitario como prisionero de guerra en Vietnam. Cuando se le preguntó en 1996 qué recordaba de su encarcelamiento, dijo: “Siento que lo que pasó está en el pasado. Existen demasiadas cosas interesantes que valen la pena, para estar preocupado por el pasado” (Manhard, 1996-1997, p. 6).

Quizá lo que más distingue a Philip Manhard de Susan, Paul, Sharon y Mike es la falta de preocupación, tensión, autopreocupación y pensamientos catastróficos en la manera en que se describe a sí mismo. Por supuesto, algunas veces todos experimentamos este tipo de pensamientos y sentimientos. Sin embargo, en un trastorno de ansiedad, éstos no son sólo acontecimientos ocasionales sino que forman parte importante de la vida de la persona. En este capítulo se describen y estudian estos trastornos.

La experiencia de la ansiedad

Todos tenemos preocupaciones y temores, incluso los ricos y famosos. Freud afirmaba que la ansiedad puede ser adaptativa si la aflicción que la acompaña motiva a las personas a aprender nuevas formas de enfrentar los retos de la vida. Pero ya sea adaptativa o desadaptada, la aflicción puede ser intensa. Con frecuencia, la persona ansiosa que espera que ocurra lo peor es incapaz de disfrutar de su vida personal y de obtener gratificación del trabajo. Por lo tanto, las personas ansiosas se privan de experimentar los resultados positivos de la vida.

Generalmente, el término **ansiedad** se define como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además, muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos. Todos estos síntomas físicos se presentan tanto en el miedo como en la ansiedad. La diferencia entre miedo y ansiedad es que las personas que tienen miedo pueden decir fácilmente a qué le temen. Por otro lado, las personas que se sienten ansiosas no están conscientes de las razones de sus temores. De manera que, aunque el miedo y la ansiedad tienen reacciones similares, la causa de la preocupación es evidente en el primer caso pero no es muy clara en el segundo. Algunos ejemplos incluyen miedo a ser evaluado de un modo negativo por otros (por ejemplo, en una entrevista de trabajo) y miedo a experimentar alguna herida corporal o enfermedad (por ejemplo, pensar en la posibilidad de un choque durante un vuelo en el que el avión se mueve demasiado).

Para las personas que sufren de trastornos de ansiedad, a menudo los pensamientos intrusivos toman la forma de preocupaciones sobre acontecimientos y consecuencias futuras probables, o interpretaciones catastróficas de acontecimientos pasados que destacan lo negativo, especialmente los errores que el individuo pudo haber cometido. Estas preocupaciones intrusivas e interpretaciones exageradamente angustiosas son características de la experiencia de la ansiedad, que con frecuencia parecen tener un carácter automático que proviene más de los individuos que de lo que realmente está sucediendo en sus vidas. Las características de

la ansiedad incluyen sentimientos de incertidumbre, impotencia y activación fisiológica. Una persona que experimenta ansiedad se queja de sentirse nerviosa, tensa, aprensiva e irritable. A menudo tiene dificultad para conciliar el sueño por las noches. Una persona ansiosa puede fatigarse fácilmente y experimentar “mariposas en el estómago”, así como dolores de cabeza, tensión muscular y dificultad para concentrarse. Existe creciente evidencia de que las personas que sufren de trastornos de ansiedad son muy sensibles a las señales de amenaza. Estos individuos pueden mostrar un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para prestar atención a las amenazas potenciales. La tabla 8-1 presenta los síntomas comunes de la ansiedad y las descripciones proporcionadas por personas con altos niveles de ansiedad. Además de que éstos ocurren

TABLA 8-1

Síntomas de ansiedad comunes y autodescripciones que indican altos niveles de ansiedad

Síntomas

- Nerviosismo, agitación
- Tensión
- Sensación de cansancio
- Mareos
- Micción frecuente
- Palpitaciones cardíacas
- Sensación de desmayo
- Dificultar para respirar
- Sudoración
- Temblores
- Preocupación y aprensión
- Insomnio
- Dificultad para concentrarse
- Hipervigilancia

Autodescripciones

- “Con frecuencia me molestan los latidos de mi corazón.”
- “Molestias pequeñas me irritan y alteran los nervios.”
- “Muy a menudo me asusto sin ninguna razón.”
- “Me preocupo constantemente y me deprimó.”
- “Con frecuencia tengo periodos de agotamiento y fatiga absolutos.”
- “Es muy difícil para mí tomar decisiones.”
- “Parece que siempre le tengo terror a algo.”
- “Todo el tiempo me siento nervioso.”
- “A menudo pienso que no puedo vencer mis dificultades.”
- “Constantemente me siento tenso.”

después de que ha ocurrido un acontecimiento o con anticipación a un evento futuro, la ansiedad intensa puede experimentarse cuando una persona decide resistirse a una idea preocupante, a cambiar un aspecto indeseado de la conducta, o acercarse a estímulos que provocan miedo.

Este capítulo se enfoca en los aspectos desadaptados graves de la ansiedad, pero es útil recordar que ésta tiene varias causas y que todas las personas la experimentan en algún momento de su vida. Es normal que esto ocurra cuando las personas enfrentan situaciones estresantes y amenazadoras, pero no es normal sentir ansiedad intensa y crónica cuando no existe una causa obvia. La ansiedad se ha debatido en muchas culturas por cientos de años. Los romanos usaban la palabra *anxietas*, que indicaba un permanente estado de miedo. Ésta contrastaba con la palabra *angor*, la cual significaba un estado momentáneo de miedo intenso, muy similar a nuestro concepto de pánico. La tabla 8-2 presenta algunos de los acontecimientos importantes del esfuerzo por esclarecer el problema de la ansiedad. Dicha tabla muestra la creciente importancia que se le ha dado en el siglo XX a la investigación científica como un camino para entender y tratar los problemas clínicos.

En el capítulo 5 se analizaron varios trastornos que ocurren después de eventos traumáticos, como accidentes graves y desastres naturales, y se destacó que, normalmente, la recuperación es buena. En este capítulo se tratarán cuatro tipos de trastornos: trastornos de ansiedad generalizada, angustia, fobias y obsesivo-compulsivo, en los que la ansiedad es crónica y sus causas no son muy claras, y

un tipo (el trastorno por estrés postraumático) en el cual ha habido una causa importante de estrés pero la reacción de ansiedad hacia ella es prolongada.

Un *trastorno de ansiedad generalizada* se caracteriza por una ansiedad crónica durante un periodo prolongado (de al menos varios meses). Un *trastorno de angustia* consiste en crisis repentinas y recurrentes en las cuales el individuo experimenta un terror y pavor intensos. En las *fobias específicas*, la ansiedad tiene una causa identificable, por ejemplo, estar cerca de perros o tener que hablar en público. Cuando el estímulo no está presente, el nivel de tensión de la persona es relativamente bajo. En el *trastorno obsesivo-compulsivo*, la ansiedad es consecuencia de los esfuerzos por evitar resultados indeseables. El individuo es invadido por una necesidad recurrente de protegerse de los desastres pensando en ciertas ideas y/o realizando ciertos actos. En el *trastorno por estrés postraumático*, los pensamientos intrusivos, el aturdimiento y la ansiedad persisten mucho después de que ha ocurrido el evento estresante. La tabla 8-3 muestra una breve revisión de los trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV-TR.

Muchos clínicos describían a las personas que sufrían de trastornos de ansiedad como neuróticas. En el DSM-II, una de las primeras versiones del sistema de clasificación DSM que fue fuertemente influida por la perspectiva psicodinámica, la palabra *neurosis* fue utilizada para describir los trastornos caracterizados por ansiedad, insatisfacción personal y conducta inapropiada (pero no psicótica). Estos trastornos se agruparon porque se pensaba que todos surgían de procesos y motivaciones mentales inconscientes similares. Aunque este punto de vista pueda ser corroborado algún día, en la actualidad no es muy aceptado.

TABLA 8-2

Hitos en la historia del concepto de ansiedad

- William Battie (1703-1776), director del Bethlehem (Bedlam) Hospital, de Londres, Inglaterra, distingue la "locura" de la "ansiedad". Sin embargo, reconoce que ambas se pueden presentar en el mismo individuo.
- James Vere (1700-1779), director del Bethlehem Hospital, describe la ansiedad como resultado de un conflicto interno.
- Benjamin Rush (1746-1813), un médico de Filadelfia, distingue los miedos racionales (muerte, operaciones quirúrgicas) de los miedos irracionales (oscuridad, fantasmas, hablar en público).
- Sigmund Freud (1856-1939), describe la *neurosis de angustia*, en la cual la ansiedad y la tensión siempre acechan en el fondo, pero no se especifican claramente como un miedo (por ejemplo, miedo a las arañas).
- Mediados del siglo XX: muchos investigadores demuestran que la ansiedad puede ser resultado del condicionamiento y ciertas influencias ambientales.
- Mediados del siglo XX: los investigadores cognitivos demuestran que los patrones de pensamiento desadaptado sustentan la experiencia de la ansiedad.
- Mediados del siglo XX: se desarrollan fármacos contra la ansiedad, lo cual da como resultado la creciente conciencia de su aspecto biológico.

TABLA 8-3

Breve revisión de los trastornos de ansiedad en el DSM-IV-TR

Trastorno de ansiedad generalizada Preocupación crónica, excesiva e incontrolable sobre actividades y eventos presentes y futuros (por ejemplo, preocupaciones sobre el desempeño en el trabajo y las finanzas).

Trastorno de angustia Crisis de pánico recurrentes e inesperadas, que conducen al miedo de crisis futuras y a la evitación de situaciones ligadas a las crisis.

Trastornos fóbicos Temor y evitación notables de situaciones sociales debidos a vergüenza o humillación (fobias sociales), o temor y evitación notables de objetos o situaciones específicos (fobias específicas).

Trastorno obsesivo-compulsivo Pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes intrusivos (por ejemplo, dudas excesivas, pensamientos de contaminarse con algo) y/o conductas o actos mentales repetitivos diseñados para reducir la aflicción.

Trastorno por estrés postraumático Reexperimentación persistente de angustia (por ejemplo, sueños, *flashbacks*), y evitación de estímulos asociados con la exposición previa al estrés extremo (por ejemplo, un combate militar o una violación).

Aunque el principal interés en este capítulo es la ansiedad que alcanza un nivel tan alto que requiere de la intervención de profesionales capacitados, es necesario recordar que ansiedad, tensión y nerviosismo son comunes y afectan la vida de millones de personas que no buscan ayuda clínica. Una encuesta nacional mostró que 17% de los adultos de Estados Unidos (20% de las mujeres y 14% de los hombres) experimentaron sentimientos de nerviosismo todo, la mayor parte o poco de tiempo en los 30 días que precedieron a la encuesta (Vital and Health Statistics, 2002). Grandes proporciones de adultos hispanos y de blancos no hispanos experimentaron más nerviosismo que los adultos de color. Los adultos con educación e ingresos menores tenían mayor probabilidad de experimentar nerviosismo.

Cerca de 20% de los adultos han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad. Además, con frecuencia estos trastornos ocurren al mismo tiempo que otras condiciones, especialmente la depresión. Muchas personas padecen de más de un trastorno de ansiedad, y las mujeres tienen más probabilidad de contraer algún tipo de trastorno de ansiedad que los hombres.

La mayoría de los esquemas para clasificar la conducta desadaptada involucran la identificación de sus fuentes y el uso de la presencia de marcada ansiedad como criterio para incluir la conducta desadaptada en el grupo de los **trastornos de ansiedad**. Este capítulo se limita al análisis de los trastornos en los cuales el individuo es anormalmente ansioso, ya sea en general o bajo ciertas circunstancias, pero que aún tiene un contacto adecuado con la realidad y rara vez está lo suficientemente incapacitado como para que se le interne en una institución. El papel de la ansiedad en muchos otros trastornos se describe en capítulos posteriores. Primero se observarán las características específicas de los diferentes trastornos de ansiedad y se examinarán algunas de las diferencias y similitudes entre ellos. En la última parte del capítulo se expondrán los enfoques terapéuticos particulares de estos trastornos.

Aunque los trastornos de ansiedad incluyen un amplio rango de conductas desadaptadas, las diferentes condiciones se pueden categorizar en uno de estos dos grupos: 1) la frecuente experimentación de ansiedad, preocupación y aprensión que es más intensa y prolongada que la ansiedad experimentada por la persona normal en la vida cotidiana, y 2) el desarrollo frecuente de actos rituales, evitación o pensamientos repetitivos como medio de protección para no experimentar la ansiedad. A continuación se explicarán los trastornos de ansiedad desde el punto de vista de los problemas clínicos presentados y sus diagnósticos. La sección final del capítulo tratará sobre la forma en que se interpretan y tratan los trastornos de ansiedad.

Trastorno de ansiedad generalizada

El **trastorno de ansiedad generalizada** consiste en miedos prolongados, vagos e inexplicables —pero intensos— que no parecen relacionarse con algún objeto en particular. Se parecen a los miedos normales, pero no existe un peligro real, y en la mayoría de los casos ni siquiera se imagina que el peligro esté presente. Los individuos que sufren de un trastorno de ansiedad no sólo se preocu-



Figura 8-1 La ansiedad puede ocurrir aun cuando no exista un acontecimiento que la estimule.

FUENTE: Chon Day de *The Wall Street Journal*, con permiso del Cartoon Features Syndicate.

pan por cosas sin importancia que han ocurrido, sino que también se sienten tensos y preocupados cuando ni siquiera existe una mínima alarma. Parecen pasar mucho tiempo anticipando alarmas que probablemente no sonarán (ver la figura 8-1).

La tabla 8-4 presenta las características más importantes del trastorno de ansiedad generalizada. Este diagnóstico no se utiliza si existe evidencia de que dichas características se producen por el uso de sustancias o por una condición médica general, o si ocurren exclusivamente en conexión con otro diagnóstico grave del eje I.

En el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad persiste por seis meses o más y no se atribuye a experiencias recientes en la vida del individuo. Sus síntomas generalmente incluyen preocupación, hipervigilancia, tensión motora y actividad excesiva del sis-

TABLA 8-4

Características clínicas del trastorno de ansiedad generalizada

1. Ansiedad y preocupación excesivas que han ocurrido al menos durante seis meses y que afectan muchas áreas de la vida de la persona.
2. Incapacidad para controlar la preocupación.
3. Presencia de tres o más de los siguientes síntomas: (el DSM-IV-TR sólo requiere de un síntoma para el diagnóstico en niños):
 - a. Inquietud; nerviosismo
 - b. Fatigarse con facilidad
 - c. Dificultad para concentrarse; la mente se pone en blanco
 - d. Irritabilidad
 - e. Tensión muscular
 - f. Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo; sueño insatisfactorio)
4. Aflicción o deterioro considerable en la vida social, ocupacional u otras áreas importantes de la vida

tema nervioso autónomo. Estos síntomas, que se describen a continuación, pueden experimentarse en forma individual o combinados:

- **Preocupación o sentimientos aprensivos sobre el futuro.** Las personas con el trastorno de ansiedad generalizada se preocupan por lo que les depara el futuro, por las personas que están cerca de ellas o por sus bienes valiosos.
- **Hipervigilancia.** Quienes padecen ansiedad generalizada adoptan una actitud de centinela en su vida diaria. De manera constante buscan peligros en su entorno (no necesariamente de naturaleza física), aunque muchas veces no pueden especificar los riesgos que pueden existir. Esta vigilancia excesiva se relaciona con su estado hiperactivado. Como siempre están alertas a amenazas potenciales, se distraen fácilmente de las tareas en las que trabajan. Su hipervigilancia también contribuye a la dificultad para conciliar el sueño.
- **Tensión motora.** Los individuos con este síntoma son incapaces de relajarse; están agitados y visiblemente tensos y temblorosos. Las expresiones faciales de tensión son comunes, como lo son el entrecejo fruncido y los suspiros profundos. Dichos individuos se sobresaltan con facilidad.
- **Reactividad autonómica.** En individuos con estos síntomas, los sistemas nerviosos simpático y parasimpático parecen trabajar tiempo extra. Existen combinaciones de sudoración, mareos, ritmo cardíaco acelerado, accesos de calor o frío, manos frías y húmedas, molestias estomacales, aturdimiento, evacuación o micción frecuentes, sensación de tener un nudo en la garganta y pulso y respiración acelerados.

Alrededor de 3% de la población padece del trastorno de ansiedad generalizada al año. Es más común en las mujeres que en los hombres. El curso de los trastornos de ansiedad generalizada en hombres y mujeres es generalmente prolongado, y es común una duración de hasta 20 años. El trastorno tiende a hacerse evidente al final de la adolescencia y principio de la adultez. El siguiente caso ilustra varios de los síntomas del trastorno de ansiedad que hemos descrito:

John Valle, de 32 años y gerente de sección de una tienda de departamento, buscó ayuda profesional porque estaba preocupado pues suponía que se estaba “volviendo loco”. Por casi 10 años había tenido crisis de mareos, sentimientos de debilidad y fatiga, irritabilidad, y —como él mismo lo describió— “se preocupaba por todo”. Desde el año pasado, su agitación había crecido tanto que apenas podía pararse, sentarse o quedarse quieto. Se sentía impulsado a la actividad continua y agotaba a las personas con las que trabajaba. Recientemente había empezado a tomar píldoras para dormir debido a dificultad para dormirse. Aunque cuando empezó la psicoterapia sus principales aflicciones eran síntomas únicamente corporales, su preocupación por su vida actual y futura empezó a predominar en su terapia. Él se percató de su intensa ansiedad, y después de tres meses de terapia de dio cuenta de que continuamente aumentaba su ansiedad involucrándose en situaciones problemáticas y aceptando responsabilidades que, en retrospectiva, creía que eran poco razonables.

John Valle mejoró un poco con la psicoterapia, la cual era de orientación psicodinámica. Sin embargo, el trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia es difícil de tratar, y no existe una técnica clínica que conduzca con regularidad a la cura. La psicoterapia cognitiva y psicodinámica puede ser útil en algunos casos, como también lo puede ser el tratamiento conductual. A menudo, los medicamentos diseñados para contrarrestar la ansiedad son útiles mientras el paciente los toma, pero cuando deja de hacerlo los síntomas generalmente regresan. Además, el uso prolongado de estos medicamentos puede tener efectos secundarios significativos. Al final del capítulo se comparan las diversas influencias teóricas en el estudio de los trastornos de ansiedad y en su tratamiento.

Aunque se necesita mucha información sobre las causas del trastorno de ansiedad generalizada, la biología y el medio ambiente parecen estar involucrados. Ciertos centros cerebrales (especialmente la *amígdala*) parecen jugar un papel importante en la experimentación de la ansiedad, así como la herencia y los procesos de neurotransmisión (Harari y cols., 2003; Hettema y cols., 2001). Además, la crianza y las experiencias traumáticas parecen ser factores importantes en muchos casos. Hasta ahora, no existe una teoría completamente satisfactoria que integre los diversos factores pertinentes (Stein, 2002).

Trastorno de angustia

Se culpaba a Pan, el dios griego de los bosques y los campos, del temor inexplicable que algunas veces sentían los viajeros en lugares solitarios. Se le ha dado su nombre a un trastorno que se identifica por un terror repentino, sobrecogedor y aparentemente sin sentido. La **crisis de pánico** puede presentarse sin ninguna advertencia (ver la figura 8-2), y es una condición crónica y debilitante. Los indicadores del **trastorno de angustia** son similares a los del trastorno de ansiedad generalizada, excepto que son más intensos y casi siempre comienzan de manera repentina. Sin embargo, existen diferencias entre ellos en sus factores de riesgo, los índices de incidencia en la población general y en la familia (Hettema y cols., 2001). Alrededor de 1.7% de la población padece trastornos de angustia.

El término *crisis de pánico* denota el abrupto surgimiento de una intensa ansiedad que aumenta al máximo, que se desencadena por la presencia de estímulos particulares o pensamientos acerca de ellos, o que ocurre sin señales claras y es espontáneo e impredecible. En el primer caso (que es más común), las personas que experimentan pánico a menudo padecen de miedos fóbicos que son evocados por los estímulos. Las personas que sufren crisis de pánico cuando estos estímulos no están presentes generalmente no sufren de fobias.

Algunos eventos estresantes de la vida, como un nuevo trabajo, el matrimonio o cambiarse de casa pueden desencadenar una crisis de pánico. En el trastorno de angustia, existe un intenso miedo a sufrir otra crisis. Según el DSM-IV-TR el trastorno de angustia incluye crisis de pánico recurrentes e inesperadas y al menos un mes de preocupación persistente de sufrirlas de nuevo. La preocupación por las implicaciones y consecuencias de tener crisis de pánico es un aspecto clave de este trastorno.

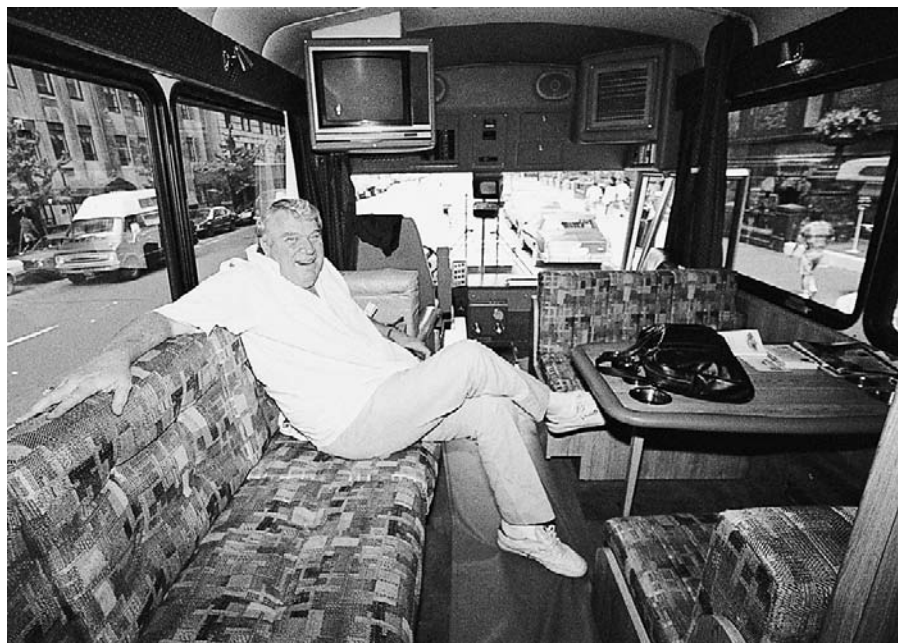


Figura 8-2 John Madden, ex jugador de fútbol americano profesional y entrenador en jefe de los Raiders de Oakland, de 1.93 m de estatura y 110 kg de peso, es ahora una renombrada personalidad en los deportes televisivos. Un día, mientras volaba a través de Estados Unidos, Madden experimentó una severa crisis de pánico, se bajó del avión cuando éste hizo una escala a mitad de su recorrido, y nunca ha vuelto a subirse a un avión. Aquí se puede ver en el lujoso autobús —que le donó Greyhound— que ahora le sirve de hogar mientras viaja por los Estados Unidos.

Las personas con trastorno de angustia no necesariamente están ansiosas todo el tiempo. Algunas veces sufren de crisis inesperadas de pánico que se repiten después de algunos periodos (quizá de varios días) de funcionar con normalidad. Palpitaciones severas, respiración entrecortada exagerada, dolores o molestias en el pecho, temblores, sudoración, mareos y un sentimiento de impotencia caracterizan las crisis de pánico. Las víctimas temen morir, enloquecer o hacer algo fuera de control, y reportan una variedad de síntomas psicosensores inusuales (ver la tabla 8-5). Además de las crisis de pánico inesperadas y recurrentes, los pacientes que sufren este trastorno también se preocupan persistentemente por la aparición de crisis adicionales y por lo que éstas podrían implicar. El

trastorno de angustia afecta más a las mujeres que a los hombres, y a los grupos de menor edad en comparación con el de los ancianos (Robins y Regier, 1991).

Las crisis de pánico varían en duración, de unos cuantos segundos a muchas horas e incluso días. También difieren en su severidad y en el grado de incapacidad que provocan. En el siguiente caso, las crisis de pánico frecuentes tuvieron un efecto que definitivamente incapacitaron al individuo:

Un ama de casa, de 30 años, se presenta en una clínica psiquiátrica quejándose de que tiene miedo de no ser capaz de seguir cuidando a sus tres hijos. En los últimos meses ha padecido repetidos episodios de mareos y respiración entrecortada, así como dolores en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza y temblores incontrolables. Durante estos episodios el mundo le parece extraño e irreal, y presiente una inminente fatalidad. En una ocasión, fue a un hospital convencida de que tenía un ataque cardíaco. Su médico le dijo que físicamente estaba sana y le sugirió relajarse, trabajar menos y desarrollar intereses fuera de su familia, pero las crisis se hicieron más intensas y frecuentes, y finalmente el médico la envió a la clínica.

Aunque solía ser sociable y extrovertida, ahora tiene miedo de salir de su casa, a menos que la acompañe su esposo o su madre. Evita ir al supermercado o a tiendas departamentales, y cualquier lugar lleno de gente la inquieta. Cuando tiene que ir a un edificio extraño, trata de quedarse cerca de la puerta y localiza las ventanas y salidas. No piensa volver a conducir un automóvil, ni subirse a un tren ni a un barco. Los puentes la aterrorizan. Incluso de camino a la clínica, temblaba de miedo. El verano pasado, la familia no salió de vacaciones porque ella no podía tolerar estar tan lejos de su hogar. Ahora quiere que su madre se quede con ella cuando los niños están en casa porque teme que uno de ellos sufra un accidente y ella sea incapaz de ayudarlo.

TABLA 8-5

Características clínicas de las crisis de pánico

- Falta de aliento o sensación de asfixia
- Mareos, inestabilidad o debilidad
- Temblores o sudoración
- Palpitaciones cardíacas o ritmo cardíaco acelerado
- Náuseas, sofocamiento o dolores estomacales
- Entumecimiento o cosquilleo; bochorno o escalofrío
- Dolor o molestias en el pecho
- Sentimiento de "rareza", de sentirse distante de uno mismo o de los alrededores
- Miedo a enloquecer, perder el control o morir



CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 8-1

Un hombre ansioso, meticuloso y exigente busca ayuda

El señor E., de 40 años y recién casado, buscó ayuda clínica porque estaba preocupado y nervioso por su salud. Estas preocupaciones de toda la vida empeoraron durante su noviazgo y luna de miel. Una cita del historial del estudio de su caso dice:

El señor E. ha tenido problemas para conciliar el sueño si la habitación está demasiado oscura o demasiado iluminada, si ha comido demasiado o muy poco, si las sábanas están frías o arrugadas, si olvida su inhalador para la nariz, o si oye algún ruido. Le teme a las pesadillas, crisis de asma nocturnos o a morir mientras duerme. Con frecuencia despierta sudando por el pánico de una pesadilla, generalmente de que lo persiguen o asfixian. Teme que su falta de sueño acorte su vida y arruine su eficacia en el trabajo.

El señor E. siempre se ha sentido ansioso y preocupado. Espera lo peor, siente pavor cada vez que suena el teléfono porque piensa que le darán malas noticias y sospecha que padece de una enfermedad grave. Experimenta frecuentes palpitaciones, respiración entrecortada, mareos y entumecimiento en los dedos, y se ha sometido a numerosos exámenes físicos y electrocardiogramas. Los resultados negativos no le dan seguridad porque está convencido de que sus médicos le ocultan información, y está determinado a realizarse revisiones adicionales hasta que su condición sea diagnosticada. También padece de molestias gastrointestinales, diarrea o estreñimiento frecuentes, y náuseas y vómitos ocasionales. Su padre murió de una enfermedad cardíaca y su madre de cáncer, y él está convencido de que ya padece o pronto padecerá una o ambas condiciones.

El señor E. también se siente muy ansioso por su trabajo. Es un corredor de bolsa responsable de grandes transacciones finan-

cieras y no puede dejar de pensar en eso, aun cuando está de vacaciones. También siente una ansiedad considerable sobre su reciente y más activa vida sexual, y ha sufrido de eyaculación precoz de manera permanente. Existen muchas situaciones específicas que lo hacen sentir intolerablemente nervioso —esperar en una fila, sentarse alejado de los pasillos en el cine, utilizar el transporte público, usar un par de pantalones por segunda vez sin haberlos lavado, tener billetes sucios, etc.— pero es capaz de evitar la mayoría de ellos sin grandes molestias. El señor E. tiene crisis de pánico con intervalos de unas cuantas semanas. Tienden a ocurrir cuando se espera algo nuevo de él, cuando es forzado a hacer algo que le da miedo, cuando debe dar una plática, y, a veces, sin ninguna razón aparente.

El señor E. es un hombre muy meticuloso y exigente con quien es difícil convivir o trabajar (o tratar). Es controlador, egoísta, demasiado fastidioso y meticuloso. No se casó antes porque tenía expectativas muy exigentes con respecto a su futura mujer, y sus preocupaciones y hábitos eran intolerables para algunas de ellas. Su esposa ha empezado a quejarse de él, y teme abandonarlo si no es capaz de cambiar rápidamente (Frances y Klein, 1982).

Una evaluación de la condición del señor E.

Ya que éste es un caso de la vida real, es más complicado que el perfil de un trastorno de un libro de texto. El señor E. se puede describir en términos ya sea de un trastorno de ansiedad generalizada o de un trastorno de angustia. No obstante, debido a las crisis de pánico recurrentes, el diagnóstico básico más

adecuado parece ser el de un trastorno de angustia. Las preocupaciones del señor E. por ser preciso y meticuloso también sugieren la posibilidad de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. A pesar de las protestas del señor E., él no sufre de ningún trastorno físico ente. Un índice razonable del estrés psicosocial del señor E. (su reciente matrimonio) parecería moderadamente severo. Se puede decir que el señor E. tuvo un nivel adecuado de funcionamiento adaptado durante el pasado año. A pesar de su buen desempeño en el trabajo, sus actuales dificultades sociales y de esparcimiento sugieren una reducción del nivel de funcionamiento.

Por lo tanto, se puede decir que el señor E. padece un trastorno de angustia, tiene las características de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, no presenta trastornos físicos aparentes, ha sufrido en el pasado reciente un estrés moderadamente severo, y ha mostrado una moderada pero creciente dificultad de funcionamiento.

Es importante recordar que los clínicos con experiencia pueden discrepar sobre esta descripción ya sea por dudas en lo que se sabe del señor E. o por la importancia otorgada a los diferentes hechos conocidos. Con información adicional, la clasificación podría cambiar. El clínico que trate al señor E. podría necesitar entender mejor sus problemas sexuales, su convicción de que padece cáncer o una enfermedad cardíaca, y sus dolencias somáticas para las cuales no se ha encontrado ninguna causa corporal.

Estudio de caso de A.J. Frances y D.F. Klein: "Anxious, Precise, Demanding Man Seeks Help Soon After Marriage", en *Hospital and Community Psychology*, 33, 89-90, 1982. Derechos de reproducción © 1982 de la American Psychiatric Association. Reimpresión bajo permiso.

Este caso ilustra una importante característica de muchos casos de trastorno de angustia: rechazar ciertas actividades o situaciones asociadas con las crisis de pánico. La agorafobia de esta mujer es una complicación frecuente del trastorno de angustia. (Se estudiará la agorafobia más a fondo cuando se traten los tipos más importantes de fobias en la siguiente sección de este capítulo.) Las crisis de pánico, comparadas con otros trastornos de ansiedad, pueden ser experiencias particularmente angustiantes. Ambos trastornos se producen en las familias, aunque el índice de incidencia familiar es mucho más alto para el trastorno de angustia. No existe evidencia de que ningún tipo específico de experiencia en la niñez predisponga a las personas a experimentar estos padecimientos.

A menudo surgen problemas al clasificar los trastornos de ansiedad porque muchos casos son complicados. Obsesiones, compulsiones y fobias, pueden ser todas observadas en un mismo individuo y pueden ocurrir simultáneamente. El cuadro 8-1 presenta un caso de trastorno de ansiedad y pánico, así como una interpretación de sus principales características.

Una persona que ha tenido una crisis de pánico desarrolla una ansiedad anticipada: experimenta tensión y preocupación, y teme que la crisis vuelva a ocurrir. En algunos casos, este tipo de ansiedad anticipada parece ser un miedo bastante realista. Las personas que experimentan crisis de pánico se perciben con un deterioro en su salud, en su bienestar emocional, y en su funcionamiento ocu-

pacional y financiero. Utilizan con mucha frecuencia las instalaciones para el cuidado de la salud y las salas de emergencias, y son más propensas que la población en general a pensar en el suicidio. Además de estudiar las tendencias suicidas de las personas que experimentan crisis de pánico, la investigación ha descubierto cierto proceso cognitivo que ocurre durante estas crisis. Ottaviani y Beck (1987) preguntaron a personas que habían tenido crisis de pánico sobre los tipos de pensamientos que recordaban tener durante ellas. Los sujetos reportaron pensamientos de humillación, pérdida de control, impotencia y fracaso. Sin embargo, existen razones para creer que el pánico y la ansiedad anticipada tienen diferentes orígenes. La imipramina, un fármaco utilizado para tratar la depresión, ha demostrado que impide la recurrencia de las crisis de pánico pero no parece tener efecto sobre la ansiedad anticipada que casi siempre provocan dichas crisis de pánico. Esto significa que los sujetos tratados con imipramina se pueden sentir ansiosos por la anticipación a una crisis de pánico pero no experimentan una.

En el pasado, se han hecho relativamente pocos intentos para identificar y comparar los trastornos de angustia y ansiedad generalizada. Sus similitudes y diferencias actualmente están siendo examinadas e investigadas más intensivamente. Por ejemplo, un grupo de investigadores ha comparado los patrones de síntomas, características familiares, tipos de aparición y curso clínico en el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia (D.J. Anderson y cols., 1984). Sus descubrimientos apoyan la idea de que estas condiciones son diferentes una de otra. La tabla 8-6 compara estos trastornos con diversos síntomas corporales. Los sujetos con trastorno de ansiedad generalizada tienen menos síntomas corporales que los que padecen trastorno de angustia. Sus historias también muestran una aparición más temprana y gradual. Un trastorno de ansiedad generalizada tiene un curso más crónico y es más probable que tenga un resultado favorable. Las familias en las cuales un miembro sufre de un trastorno de angustia tienden a tener un porcentaje relativamente alto de episodios de pánico. Los miembros de las familias de las personas afectadas por un trastorno de an-

TABLA 8-6		
Porcentajes de pacientes con trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada que reportan síntomas particulares		
Síntomas	Trastorno de angustia (%)	Trastorno de ansiedad generalizada (%)
Sudoración, bochorno	58	22
Palpitaciones	90	61
Dolor en el pecho	69	11
Desmayos, aturdimiento	52	11
Visión borrosa	31	–
Sensación de debilidad muscular	48	11
FUENTE: Con base en D.J. Anderson, Noyes y Crowe (1984).		

TABLA 8-7	
Características del trastorno de angustia comparadas con las características del trastorno de ansiedad generalizada	
1.	La aparición clínica es más tardía.
2.	El papel de la herencia parece acentuarse.
3.	Lo padecen aun más las mujeres que los hombres.
4.	El alcoholismo es más común.
5.	Mientras que la depresión es común en ambas, es sorprendentemente más común en el trastorno de angustia.

siedad generalizada son menos propensos a contraer este mismo trastorno.

Los trastornos de ansiedad generalizada y los trastornos de angustia difieren más claramente en el carácter difuso de la ansiedad que se observa en el primero y su intensidad en el último. La investigación ha demostrado que los dos trastornos difieren de otras maneras (Woodman y cols., 1999). La tabla 8-7 presenta algunas de estas diferencias. En ciertas ocasiones las diferencias no pueden ser explicadas con facilidad. Por ejemplo, varios estudios han encontrado una asociación significativa entre fumar y las crisis de pánico, pero no entre fumar y muchas otras condiciones, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada (Goodwin y Hamilton, 2002).

Además de investigar las características de los trastornos de angustia, los investigadores también están llevando a cabo experimentos diseñados para entender mejor la manera en que suceden las crisis. Así, se han generado algunos enfoques teóricos y terapéuticos para el trastorno de angustia. Un de estos enfoques supone que una disfunción biológica subyacente causa el trastorno, y que esta disfunción tiene algunas similitudes con una de las causas de algunos tipos de depresión. Se ha descubierto que el lactato de sodio, cuando se administra de manera intravenosa a pacientes con trastorno de angustia, con frecuencia provoca una crisis de pánico, mientras que esto no sucede con la población en general. La imipramina, originalmente utilizada para el tratamiento de la depresión, disminuye significativamente la frecuencia de las crisis de pánico producidas por el lactato de sodio. Esta observación ha conducido a esfuerzos para corregir esta disfunción utilizando la imipramina y otros medicamentos antidepresivos. Algunos de estos medicamentos son capaces de reducir la frecuencia de la crisis de pánico, aunque muchos pacientes han tenido respuestas desfavorables o incompletas (Zamorski y Albucher, 2002).

Los enfoques psicológicos concentran su atención en el papel de los factores psicosociales en el trastorno de angustia, especialmente en la tendencia de los pacientes a realizar interpretaciones catastróficas de sus crisis de pánico. Por ejemplo, muchos pacientes malinterpretan sus palpitaciones como una señal de un inminente ataque cardíaco, o sus temblores como un indicador de que van a perder el control o a enloquecer. Cuando se puede ayudar a los pacientes a considerar sus crisis de pánico desde una perspectiva más realista, con frecuencia se preocupan menos por ellos cuan-

do ocurren, tienen menor posibilidad de evitar situaciones asociadas con las crisis y experimentan una cantidad menor de éstas. En la actualidad, un creciente número de clínicos e investigadores están de acuerdo en la necesidad de contar con un esquema conceptual que reconozca en qué medida tanto los factores biológicos como los psicológicos intervienen en los trastornos de angustia, y se sabe que el estrés a menudo los desencadena. Qué tan bien el individuo afronta el estrés (en este caso, si la persona tiene una crisis de pánico) depende de ciertos factores de vulnerabilidad (por ejemplo, una disfunción biológica), así como del temperamento del individuo (por ejemplo, la capacidad de ver su crisis de pánico desde una perspectiva más realista) (Antony y Swinson, 2003). Esta visión integrada del trastorno de angustia concuerda con el enfoque teórico interaccionista que se expuso en el capítulo 2.

Fobias

Fobos era el dios griego del miedo. Su imagen era pintada en máscaras y escudos para asustar a los enemigos en las batallas. La palabra **fobia**, derivada de su nombre, significa miedo, pánico, pavor o temor. A diferencia de las personas que padecen de trastornos de ansiedad generalizada, las que padecen **fobias específicas** saben exactamente a qué le temen. Excepto por sus miedos a objetos específicos, personas o situaciones, los individuos fóbicos generalmente no sufren distorsiones graves de la realidad. No parecen tener ningún mal físico. Sin embargo, sus miedos están fuera de proporción con respecto a la realidad, parecen inexplicables y van más allá de su control voluntario.

Una pregunta que inevitablemente surge en los debates sobre la ansiedad es por qué las personas pasan tanto tiempo pensando en amenazas vagas cuando existen tantos peligros reales por los cuales preocuparse. Quizá el grado de miedo que se siente sobre un evento potencialmente perjudicial no está ligado primordialmente al grado de amenaza (en términos de la posibilidad de que esto ocurrirá en realidad), ni al daño que se imagina que sucederá si ocurriera lo peor, sino al inquietante carácter del acontecimiento o situación en sí mismo. Por ejemplo, aunque ocurren tres veces más muertes por accidentes de tránsito que por homicidios, a las personas raramente les preocupa el peligro de un accidente automovilístico. Por otro lado, el miedo a que ocurra un crimen violento aqueja a muchos. En la experiencia del miedo es crucial si la persona siente que será capaz de responder de manera eficaz a una situación, esto es, si será capaz de afrontarla.

Uno de los aspectos más interesantes de las fobias es que el estímulo que las provoca no es azaroso. Los estímulos atemorizantes comúnmente son animales, objetos o eventos que presentaron peligros reales en las etapas tempranas de la evolución humana. Aunque el miedo extremo a perros, víboras y arañas parezca inadaptable hoy en día, dichos miedos pueden haber sido altamente adaptativos en tiempos antiguos. Algunos investigadores creen que los seres humanos están instintivamente predispuestos (o preparados) para sentir agrado o desagrado, o temer o no temer, a ciertos estímulos, a las víboras, por ejemplo (Seligman, 1971). Se supone entonces que los miedos para los que las personas están preparadas

son un producto de millones de años de evolución. Aunque esta teoría parece congruente con algunas evidencias —por ejemplo, los muchos miedos en la niñez que no parecen ser producto del condicionamiento— numerosas preguntas permanecen sin respuesta. ¿Por qué las personas desarrollan miedos a objetos que no tienen una importancia evolutiva? ¿Por qué las intervenciones terapéuticas son eficaces en el tratamiento de fobias que pueden considerarse ligadas a instintos?

Los individuos fóbicos no necesitan de la presencia real del objeto o situación temidos para experimentar una intensa tensión y molestia. El siguiente relato de un psiquiatra con fobia a los aviones muestra que simplemente con imaginar un evento relacionado con la fobia se pueden provocar fuertes reacciones fisiológicas y corporales:

Estaba consintiendo a mi neurosis (de volar) al tomar el tren para asistir a una reunión en Filadelfia. Era un día horrible, la niebla estaba tan densa que sólo se podía ver unos cuantos metros adelante, y el tren, que se había retrasado en salir de Nueva York, recuperaba el tiempo viajando a gran velocidad a través del terreno plano de Nueva Jersey. Mientras estaba cómodamente sentado disfrutando del paseo, eché un vistazo a los encabezados de la última edición del diario que uno de los pasajeros que abordaron en Nueva York estaba leyendo: “Trenes que chocaron en la niebla,” decía el encabezado, “10 muertos, muchos heridos”. Reflexioné sobre nuestra velocidad, la densidad de la niebla, y tuve un breve momento de preocupación de que la niebla nos hiciera víctimas a nosotros también, y luego me relajé mientras tomaba la novela que había estado leyendo. Algunos minutos más tarde me di cuenta de que si no me hubiera “acobardado” de viajar en avión, tal vez en ese momento estaría volando. Con la sola imagen de estar sentado allá arriba sujetado con un cinturón de seguridad, mis manos comenzaron a sudar, mi corazón empezó a latir con rapidez, y sentí una especie de inquietud nerviosa en mi estómago. La sensación duró hasta que me forcé a mí mismo a regresar a mi libro y olvidarme de las imágenes.

Debo decir que esta experiencia fue una lección vívida de la naturaleza de las fobias. Yo había reaccionado con una ligera preocupación ante un peligro de accidente, pequeño pero real, como lo mostró el accidente ferroviario causado por la niebla una o dos horas antes; y al mismo tiempo había respondido a una situación puramente imaginaria con un desagradable principio de nerviosismo, pues experimenté tanto síntomas somáticos como una sensación interna de un pavor indescriptible tan característico de la ansiedad. Lo irracional de esto último se destaca por sus contrastes con la falta de preocupación sobre un tren que va a toda velocidad, del que si me hubiera preocupado, sería una aprensión fundada en circunstancias reales y externas. (Nemiah y Uhde, 1989, p. 973)

Las fobias pueden empezar con una crisis de ansiedad generalizada, pero la ansiedad se cristaliza en un objeto particular o situación (por ejemplo, los elevadores, las víboras o la oscuridad). Mientras se pueda evitar el objeto o situación temidos, la ansiedad no alcanzará proporciones alarmantes. La mayoría de las personas considera algunos objetos fóbicos —como los gatos, los automóviles, o las escaleras— aspectos de la vida diaria. Otros objetos y

situaciones —las víboras, la muerte, y las alturas— son desagradables hasta cierto punto para la mayoría de las personas. Sin embargo, las fobias comprenden niveles de miedo que, además de ser demasiado intensos, interfieren con los patrones de vida normales y, además, tienden a aumentar de manera progresiva. Por ejemplo, la fobia de una mujer al tren subterráneo empezó con la incapacidad de utilizar un tren rápido entre dos lugares distantes. La fobia se desarrolló de manera gradual hasta que tenía que bajar del tren en cada estación, esperar a que disminuyera su ansiedad, subirse en el siguiente tren, de nuevo bajarse en la siguiente estación, y así sucesivamente, hasta que llegaba a su destino.

Los individuos fóbicos generalmente desarrollan maneras de reducir sus miedos. La persona que viajaba en tren fue capaz de llegar de un lugar a otro. Sin embargo, los procedimientos casi siempre incómodos que desarrollan los fóbicos no eliminan su miedo; en realidad, éste parece estar siempre un paso adelante de ellos. En cierto sentido, los individuos fóbicos que no pueden cruzar las puertas de ciertas habitaciones o no pueden trabajar, tal vez estén tan incapacitados como las personas que sufren de síntomas psicóticos severos. En otro sentido, son más afortunados que los que presentan una ansiedad indeterminada, ya que al menos sus miedos se dirigen a un objeto específico y pueden reducir su ansiedad simplemente evitándolo.

Las fobias, como otras formas de conducta desadaptada, no ocurren de manera aislada. Como por lo general están entrelazadas con un conjunto de problemas diferentes, es difícil estimar su frecuencia con precisión. Una encuesta realizada entre los habitantes de una ciudad canadiense seleccionados al azar arrojó que 61% de ellos reportaron estar más temerosos que otras personas en varios tipos de situaciones (Stein y cols., 1994). Mientras que los miedos que alcanzan proporciones clínicas ocurren con mucho menos frecuencia, las fobias son relativamente comunes, y tienen una frecuencia mayor que los trastornos de ansiedad generalizada (Robins y Regier, 1991).

Los índices de fobias específicas de las mujeres duplican al de los hombres. En ambos sexos, los afroestadounidenses tienen índices más altos que los estadounidenses blancos o hispanos. Por lo general, las fobias aparecen en la niñez o en los primeros años de la edad adulta, y existe una marcada disminución de nuevos casos a medida que avanza la edad. El promedio de duración de las fobias varía de los 24 a los 31 años, lo que implica que la condición tiende a ser crónica (Boyd y cols., 1990). Las fobias no requieren de hospitalización; si en su lugar se proporciona tratamiento profesional, éste debe ser como paciente externo.

De manera tradicional, las fobias reciben su nombre por medio de prefijos griegos que representan el objeto del temor, como se muestra en los siguientes ejemplos:

- **Acrofobia:** miedo a las alturas
- **Agorafobia:** miedo a espacios abiertos y escenarios desconocidos
- **Acuafobia:** miedo al agua
- **Claustrofobia:** miedo a espacios cerrados
- **Xenofobia:** miedo a los extranjeros

Sin embargo, recientemente se ha limitado el uso de estos nombres. El conocimiento del griego y el latín no es lo que un día fue, y de cualquier manera, se necesitarían una gran cantidad de etiquetas para tomar en cuenta la gran variedad de fobias que se han observado. Hoy en día, las fobias se agrupan en tres categorías generales: fobias específicas, fobias sociales y agorafobia.

Fobias específicas

Las **fobias específicas** son una categoría muy variada de miedos marcados, persistentes e irracionales. Algunos ejemplos de fobias específicas son el miedo intenso a un tipo particular de animal (por ejemplo, las víboras, los perros o las ratas), la claustrofobia, y la acrofobia (ver la figura 8-3). Por ejemplo, aunque Jenny Dibley trabajó exitosamente como elevadorista en un edificio Space Needle de 605 pies de altura en la ciudad de Seattle por más de 20 años



Figura 8-3 Esta pintura de George Tooker, titulada *Cornice*, captura el miedo a las alturas que experimentan los acrofóbicos incluso cuando están en situaciones mucho menos amenazantes que la posición precaria que se muestra en la pintura, por ejemplo, cuando suben escaleras o se paran en el borde de plataformas de observación.

FUENTE: Columbus Museum of Art.



Figura 8-4 Jenny Dibley, elevadorista del Needle Space, bromea con las personas mientras se dirigen al piso de observación.

FUENTE: *Seattle Times*, 10 de noviembre de 1996, p. M1. Foto de Jimi Lott.

(ver la figura 8-4), no soportaba mirar a través de la ranura donde se junta el suelo del piso de observación con el suelo del elevador. Además, no podía subirse a una escalera, ni siquiera pararse en una silla por su miedo a las alturas.

La fobia específica es el tipo más común de este padecimiento, ya que alrededor de 11% de la población reúne los criterios de una fobia específica durante su vida. (Las cifras comparables de la agorafobia y la fobia social son de 5.6 y 2.7%, respectivamente.) El miedo irracional a las alturas y a los insectos o a animales pequeños son los más comunes. Se reportaron otras dos fobias de más de 10% —miedo irracional al agua o al transporte público— en la muestra encuestada. Aunque los miedos al agua y a las alturas no han sido relacionados a un condicionamiento basado en experiencias previas (Poulton y cols., 1999), algunas fobias específicas tienen relación con experiencias traumáticas ocurridas a temprana edad. Éste parece ser el caso en la adquisición de miedos al tratamiento dental.

Para la persona con una fobia específica, el grado de aflicción varía según la importancia de la situación que se quiere evitar. Por ejemplo, un empleado de hospital que tema a la sangre puede estar en constante estado de miedo porque la probabilidad de ver sangre en un hospital es muy alta. Cuando es baja la probabilidad de que el estímulo atemorizante se presente, las personas con fobia específica generalmente no sufren los síntomas. Quien tiene fobia a ahogarse en general no es afectado por ella excepto en presencia de agua o cuando se planea una fiesta en la playa.

Con el tiempo los niños vencen muchos de sus miedos. Y aunque no es poco común que los adultos con una fobia específica superen su miedo como resultado de una experiencia positiva que incluye el contacto con el estímulo atemorizante, las fobias específicas tienden a ser crónicas. El DSM-IV-TR estipula el diagnóstico de una fobia específica cuando existe un miedo marcado y persistente que es excesivo; cuando la persona que sufre de una fobia

reconoce que el miedo es irracional pero continúa evitando la situación alarmante; y cuando la evitación de las situaciones de fobia, la ansiedad anticipada y la angustia causada por la situación temida crean problemas en las áreas de las relaciones sociales, el trabajo y los hábitos.

Se han utilizado diversos enfoques terapéuticos para tratar las fobias específicas. Los procedimientos que se basan en la asociación entre los estímulos atemorizantes y las respuestas libres de ansiedad, y que al mismo tiempo proporcionan información que contrarresta las creencias equivocadas sobre los estímulos (por ejemplo, que todos los perros son feroces), con frecuencia producen efectos positivos.

Mary, de 29 años, se desmayaba al ver la sangre o alguna herida desde que tenía 4 años. Ella y su terapeuta acordaron objetivos específicos de tratamiento: observar muestras de sangre que se tomaban de otras personas y de ella misma, ayudar a sus hijos cuando necesitaban primeros auxilios para heridas menores, y dar tratamiento a sus propias venas varicosas. En su primera sesión, Mary pudo ver una muestra de sangre que se tomó del dedo de su terapeuta y después pincharon su propio dedo y le tomaron una muestra. En la siguiente sesión, se le pidió que imaginara situaciones que implicaban una lesión y que observara películas en las que otros sufrían heridas. Entre cada sesión, en su hogar, Mary manejó con éxito algunas emergencias pequeñas de sus hijos, y se inyectó las venas varicosas. Luego de un seguimiento de ocho meses ella informó que ya no tenía ningún problema. Pudo inscribirse en una clase de primeros auxilios y asistió libremente a películas que mostraban sangre y heridas. (Adaptación de Marks, 1978, pp. 135-136)

Este caso ilustra dos aspectos importantes. Uno, que la exposición al estímulo atemorizante contribuye a la superación de las fobias específicas. El otro, que la alta motivación por parte del paciente incrementa la probabilidad de éxito. El apoyo social puede contribuir a vencer ciertos miedos (ver la figura 8-5).

Fobias sociales

Las fobias sociales son menos comunes que las fobias específicas, una por cada cuatro de estas últimas— pero pueden atacar con igual fuerza. Las **fobias sociales** se caracterizan por el miedo y la vergüenza al tratar con otras personas. Con frecuencia, el mayor temor del individuo es que las personas con quienes tiene contacto detecten las señales de ansiedad, como sonrojarse, el temblor de las manos y la voz entrecortada. El miedo a hablar y comer en público son características frecuentes en los individuos que padecen fobia social. Estos problemas muchas veces comienzan en los últimos años de la niñez y los primeros de la adolescencia y muchos se cristalizan en una fobia al final de la adolescencia (Beidel y Turner, 1998).

Algunas veces no llego a clases porque pienso que la maestra me va a llamar. Mi temor no tiene nada que ver con estar mal preparado si me hace una pregunta, ya que casi siempre me preparo bien. Mis notas en los exámenes siempre son de las más altas del grupo. Lo que siempre



Figura 8-5 Para algunas personas, el miedo a volar puede ser petrificante y, debido a que puede impedir que hagan cosas que normalmente harían, también puede ser incapacitante. El apoyo de otros y la exposición a estímulos asociados con volar, pueden ayudar a los individuos con suficiente motivación a confrontar sus miedos. En esta fotografía, una persona con miedo (al centro) vuela con el director del programa de Fly Without Fear (a la izquierda) que utiliza grupos de apoyo para dar ánimo. La persona de la derecha es un miembro del grupo de apoyo. La exposición, que se aplica de forma gradual, con frecuencia empieza con simplemente sentarse en un avión en tierra y finalmente culmina en un vuelo.

FUENTE: *New York Times*, 23 de junio de 1999, p. A21.

pienso es que la maestra y todos los alumnos notarán lo rojo que se pone mi rostro cada vez que tengo que decir algo frente a un grupo.

A menudo, la timidez es confundida con una fobia social. Sin embargo, las personas tímidas no experimentan el terror que los que padecen una fobia social cuando se encuentran en situaciones donde pueden ser expuestos a las críticas de otros. Las vidas personales de los que tienen una fobia social son, típicamente, sombrías. Por ejemplo, muchas veces carecen de amigos. El hecho de no tener a nadie con quien compartir sus experiencias aumenta el riesgo de padecer trastornos relacionados con el estrés.

La mayor parte de las fobias involucradas en las relaciones interpersonales comprenden uno o más de los siguientes miedos: miedo a hacerse notar, a la crítica, a cometer un error y a hablar en público. Las personas que padecen estas molestias tienen mucho en común. Pasan la vida sintiéndose inadecuados y tienen muchas dificultades sociales e interpersonales. Tratan de compensar estas deficiencias concentrándose por completo en la escuela y después en su trabajo, sin estar nunca seguros en realidad de sus capacidades y talentos. Si tienen éxito, lo minimizan: “En realidad mi trabajo no fue tan bueno” o “Simplemente tuve suerte de estar en el lugar correcto y en el momento adecuado”. Quizá se sientan como im-

postores, que temen que los descubran y les hagan perder el equilibrio.

Los criterios del DSM-IV-TR para diagnosticar la fobia social incluyen miedo marcado y persistente a una o más situaciones sociales desconocidas. Estas situaciones normalmente implican a personas desconocidas, o al escrutinio o evaluación de otros, y la reacción fóbica incluye la preocupación intensa de ser humillado o avergonzado. La persona reconoce que su miedo es excesivo e irracional. La evitación de la situación temida, la ansiedad anticipada y la aflicción interfieren significativamente con su vida personal e impiden que el individuo afronte la situación con eficacia. La tabla 8-8 muestra ejemplos de los dos tipos de situaciones (social y de desempeño) que influyen en la fobia social, y las preocupaciones que los individuos fóbicos a menudo presentan.

Una característica destacada de la fobia social es el sonrojarse. Algunas personas sienten terror de sonrojarse en presencia de otros y están convencidas de que será profundamente visible y el centro de una dolorosa atención. Si se les pregunta, no pueden decir qué del hecho de sonrojarse es tan pavoroso, pero con frecuencia es evidente que la vergüenza es un componente importante de su ansiedad. En algunos casos, el cambio de color puede no ser de ningún modo notorio para quien lo observa, aunque el individuo

TABLA 8-8

Ejemplos de dos tipos de situaciones que activan la fobia social y de las preocupaciones fóbicas

Situaciones sociales

- Conocer a alguien
- Asistir a reuniones sociales (por ejemplo, fiestas o bodas)
- Invitar a salir a alguien
- Conversar por teléfono
- Tratar con figuras de autoridad (por ejemplo, un jefe o maestro)
- Devolver artículos a una tienda
- Hacer contacto visual con personas desconocidas

Situaciones de desempeño

- Hablar en público
- Actuar en público (por ejemplo, tocar un instrumento musical)
- Comer en público
- Orinar en un baño público
- Escribir en público

Preocupaciones estimuladas por situaciones que activan las fobias

- Provocar una mala impresión o ser evaluado negativamente por otros
- Decir o hacer algo humillante o vergonzoso
- Experimentar temblores en la mano cuando se escribe frente a otros
- Decir cosas tontas
- Ruborizarse o mostrar otros signos de ansiedad que otros puedan notar
- Olvidar lo que se va a decir cuando se habla frente a otros

insiste que su rubor es muy evidente. La fuerza de su miedo, tan infundado como pueda ser, con frecuencia lleva a estas personas a limitar su vida social de manera severa. Un estudio descubrió que la característica más destacada de los individuos con fobias sociales que estaban preocupados por sonrojarse no era tanto el hecho de sonrojarse, sino su acelerado ritmo cardíaco cuando se sonrojan (Gerlach y cols., 2001). La tabla 8-9 presenta algunos lineamientos sobre la conducta interpersonal que son útiles para promover la resiliencia en las personas con fobias sociales, mientras que la tabla 8-10 proporciona algunos consejos que pueden ser útiles para el amigo o pareja que quiere ayudar a una persona que padece fobias.

El siguiente caso ilustra diversas características de las fobias sociales:

La paciente era una médica afroestadounidense de 39 años, casada, la cual describió una larga historia de ponerse “muy nerviosa” en presencia de grandes cantidades de personas, especialmente si éstas eran extra-

TABLA 8-9

Técnicas interpersonales de autoayuda para las personas que padecen una fobia social

1. Responder a los síntomas de ansiedad mediante la aproximación y no el retiro.
2. Saludar apropiadamente a las personas, haciendo contacto visual.
3. Escuchar con atención a las personas y elaborar una lista mental de posibles temas de conversación.
4. Mostrar el deseo de hablar; iniciar la conversación (es más fácil hacer preguntas, porque se desvía la atención hacia la persona de la que se espera una respuesta).
5. Hablar en voz alta sin murmurar.
6. Tolerar algunos silencios.
7. Esperar las señales de otros para decidir dónde sentarse, cuándo tomar una bebida y sobre qué hablar.
8. Aprender a tolerar la crítica creando deliberadamente una controversia en el momento apropiado.

TABLA 8-10

Consejos para ayudar a una persona que padece fobia

1. Nunca suponga que sabe lo que es mejor; no fuerce sus creencias.
2. Siempre proporcione una salida si la persona fóbica tiene dificultades (por ejemplo, abandonar la fiesta).
3. Esté alerta de las excusas para rechazar la situación temida (“No me siento bien el día de hoy”). Ofrezca apoyo, pero no le dé gran importancia si su sugerencia es rechazada.
4. No suponga que porque logró algo exitosamente la primera vez, la siguiente vez será también fácil.
5. Nunca utilice trucos, es decir, no haga algo diferente de lo que se había acordado.
6. Si las cosas van bien, sugiera hacer algo un poco más difícil.
7. Acérquese a las situaciones temidas con pasos graduales; nunca tome la decisión de avanzar al siguiente paso por sí sólo.
8. Aliente a la persona fóbica a practicar respuestas a las situaciones temidas (como una fiesta o un perro).
9. Mientras la persona fóbica practica o se encuentra en la situación temida, no le pregunte constantemente sobre sus sentimientos.
10. Si la persona fóbica practica sola y le informa sobre sus éxitos, comparta su emoción.

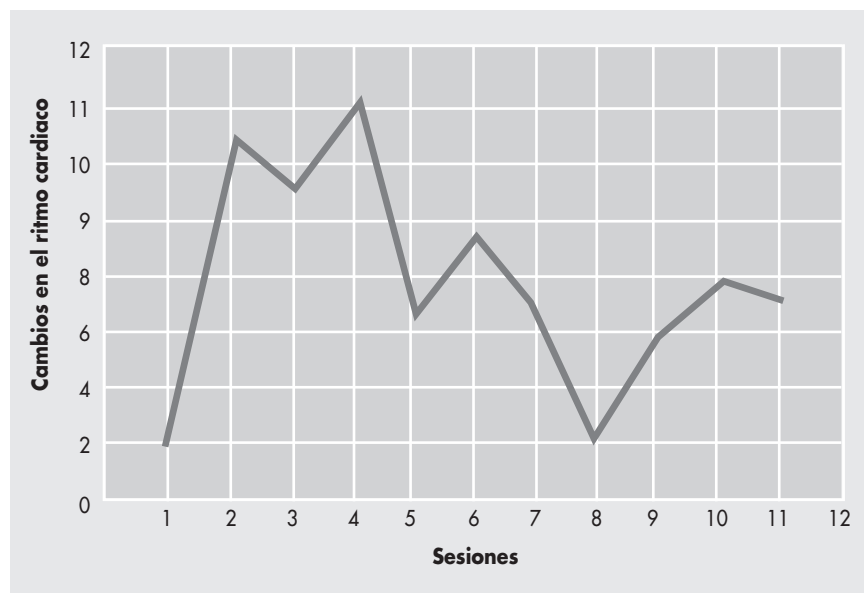


Figura 8-6 Reducción del ritmo cardíaco al paso de las sesiones en que el paciente describió escenas imaginadas en las que ser afroestadounidense era la característica principal. La reactividad fisiológica de este paciente mostró una gran variación, pero la gráfica refleja una tendencia general al descenso de su ritmo cardíaco con el tiempo, lo que sugiere que el miedo se estaba extinguiendo.

FUENTE: Fink y cols. (1996), p. 206.

ños. Aunque no podía recordar cuando comenzó, ella recordaba ser extremadamente tímida en las escuelas primaria y secundaria. En las funciones sociales, por lo general se “escondía” en el baño, fingiendo enfermedades para evitar la interacción social. No tenía amigos cercanos o confidentes, era incapaz de relacionarse con las personas a menos que estuviera segura de ser aceptada, y no tuvo citas con chicos hasta después de la universidad. En ocasiones consumía alcohol antes de, y con frecuencia durante, los eventos sociales para afrontar su incomodidad. Cuando se encontraba en situaciones estresantes, tartamudeaba. Por ejemplo, era bastante difícil para ella presentarse con profesionales o estudiantes. En consecuencia, evitaba hablar por teléfono y presentarse con otros, y a menudo la percibían como brusca y un tanto grosera. (Fink y cols., 1996, p. 202)

Una característica de este caso era la preocupación de la paciente de que por ser afroestadounidense sobresalía como diferente y la ridiculizaban. Uno de los elementos de su terapia era una serie de ejercicios en los que ella imaginaba situaciones similares a las que le causaban el miedo. Después de algunas sesiones, por lo menos un poco de su miedo había disminuido. Éste es un ejemplo de una escena utilizada en este enfoque terapéutico dirigido a lograr la desaparición de la fobia:

Rápidamente miras a tu alrededor y te das cuenta de que te encuentras en medio de un círculo. Eres la única persona de color en el equipo... No puedes decir tu nombre! Te sientes acalorado y empiezas a sudar. Todos te están mirando con una expresión de “Lo sabía”. Realmente, lo echaste a perder. Todos piensan que la única razón por la que estás en la escuela de medicina es porque eres una mujer de color. El departamento tenía una cierta cuota que necesitaba cubrir. Tu boca se seca y sientes náuseas... Te sientes completamente estúpida, pues todos saben que la única razón por la que has llegado tan lejos es porque eres de color. Ves al director inclinarse hacia la persona que está junto a él y decirle:

“Esto es lo que pasa cuando metes a una persona de color al programa”. Todos continúan mirándote. Te sientes increíblemente inferior. Sabes que la única razón por la que aún estás en el programa es porque eres de color. No mereces ser un médico y todo el mundo lo sabe. (Fink y cols., 1996, p. 204)

La figura 8-6 muestra que un indicador de la ansiedad de este paciente, el ritmo cardíaco, disminuyó en las sesiones de extinción, en las que se presentaron situaciones imaginarias similares a las que se teme.

Con anterioridad se destacó las diferencias entre la timidez y la fobia social. Sin embargo, es importante recordar que existe un continuo de ansiedad social. Muchas personas experimentan un poco de ansiedad en ciertas situaciones sociales. Normalmente, ésta es específica a ciertas situaciones y no incapacita al individuo en sus relaciones sociales (ver la figura 8-7). El diagnóstico de fobia social se refiere a la ansiedad que es crónica, dominante e inhabilita a la persona en diversas situaciones que requieren el contacto con otros.

Agorafobia

Un día ordinario, mientras realizaba algunas tareas, daba un paseo, manejaba hacia el trabajo —en otras palabras, realizaba sus actividades normales— de repente Leo Green se sintió presa de una ola de terror. Su corazón empezó a latir con fuerza, temblaba y sudaba profusamente y tenía dificultad para respirar. Estaba convencido de que algo terrible le estaba pasando, tal vez se estaba volviendo loco, tenía un ataque cardíaco o estaba a punto de morir. Desesperadamente buscó seguridad y apoyo de su familia y algún tipo de tratamiento. Su médico no pudo encontrar nada malo en él, así que continuó con sus labores hasta que una crisis de pánico lo asaltó de nuevo. A medida que las crisis



Figura 8-7 El actor Harrison Ford con frecuencia ha interpretado a personajes intrépidos y seguros de sí mismos en sus películas. A pesar de ello, tiene terror de hablar en público. Cuando el American Film Institute le entregó un premio por su trabajo de toda la vida, no pudo expresar su agradecimiento en el banquete de honor de la manera que él hubiera querido. Habló con un tono casi inaudible.

se volvían más frecuentes, pasaba más y más tiempo pensando en ellos. Se preocupaba, se cuidaba del peligro y esperaba con temor la próxima crisis.

Empezó a evitar situaciones en las que había experimentado una crisis, y después otras que eran particularmente difíciles de afrontar mediante la fuga y la búsqueda de ayuda. Empezó por ajustes pequeños en sus hábitos: ir al supermercado a medianoche, por ejemplo, en lugar de ir al salir del trabajo cuando la tienda estaba llena de gente. De manera gradual, Leo Green llegó al punto en que no podía salir de su vecindario, salir de su casa sin su esposa y algunas veces simplemente no podía salir. Lo que empezó como una molestia se convirtió en una pesadilla. Como una criatura de una película de terror, el miedo se extendió hasta que cubrió la pantalla entera de su vida.

Este caso ilustra la **agorafobia**, el miedo de encontrarse en situaciones atemorizantes o desconocidas, que a menudo acompañan a las crisis de pánico. Para el observador, una persona con agorafobia no se ve distinta de una con fobia social. Ambas se quedan en casa en lugar de ir a una fiesta. Pero sus razones para hacerlo son diferentes. Mientras que la persona que padece una fobia social tiene miedo al escrutinio de otras personas, el individuo que padece agorafobia tiene miedo a sus propias señales internas. Los agorafóbicos tienen pavor de la espantosa ansiedad de una crisis de pánico y de perder el control en medio de gran cantidad de personas. Las sensaciones físicas sin importancia quizá se interpreten como el preludio de alguna amenaza catastrófica a su vida. En casos severos, el individuo puede tener un miedo irracional de dejar el am-

biente familiar del hogar; en los casos más extremos, la víctima es incapaz de siquiera caminar por la calle o ir de compras. Como la mayoría de los miedos intensos, la agorafobia es más común en mujeres que en hombres.

Aunque el DSM-IV-TR presta especial atención a las frecuentes conexiones entre la agorafobia y el trastorno de angustia, también se han reportado casos de agorafobia sin crisis de pánico. En estos casos, la agorafobia muchas veces comienza en los últimos años de la adolescencia, aunque también se observa en personas mayores. Y, como otras fobias, aumenta y disminuye, y es común que el objeto del miedo cambie.

Cerca de la mitad de las personas que experimentan crisis de pánico tienden a desarrollar agorafobia a menos que reciban un tratamiento oportuno con ciertos fármacos. Una teoría sobre la relación entre las crisis de pánico y la agorafobia es que algunos individuos nacen con una vulnerabilidad biológica a las crisis de pánico. Los factores psicosociales, como una acumulación de eventos estresantes y situaciones perturbadores, pueden desencadenar una crisis de pánico en estos individuos vulnerables. De acuerdo con esta teoría, muchos pacientes, inconscientes de las raíces biológicas de las crisis de pánico, concluyen que las situaciones en las que se presentan las crisis son las culpables. Se preocupan cada vez más por rechazar dichas situaciones y limitan su estilo de vida —a menudo con un considerable costo económico y social— con la esperanza de eludir estas crisis. Uno de ellos contó que había acumulado cientos de dólares en multas por estacionar su automóvil en un lugar prohibido frente a su oficina en lugar de encarar la ansiedad asociada de caminar a través del estacionamiento.

Como lo señalamos anteriormente, las crisis de pánico se pueden tratar con ciertos fármacos que son eficaces en el tratamiento de la depresión. En gran medida, la agorafobia es una complicación de crisis de pánico que no son tratadas, situación que permite su recurrencia. Los antidepresivos son eficaces para suprimir el pánico pero no para reducir la ansiedad anticipatoria ni la agorafobia. Además de la terapia de exposición, es muy útil para las personas que padecen de agorafobia que su terapeuta les enseñe cómo identificar y corregir los pensamientos inadaptados sobre la ansiedad y sus consecuencias. Las técnicas conductuales y cognitivas, incluyendo la exposición gradual a la situación a la que el individuo teme, son eficaces para tratar la agorafobia.

Algunas personas bastante motivadas que padecen agorafobia son capaces de realizar esta exposición por sí mismas sin la ayuda constante de un terapeuta. El siguiente caso ilustra el uso exitoso de este enfoque:

La señora A., una mujer de 40 años, ha estado virtualmente encerrada en su casa por cinco años debido a la agorafobia clásica. En una sesión de una hora y media, ella, su esposo y yo delineamos su perfil de evitación (aquellos lugares que ella por lo regular evitaba porque le provocaban pánico) y elaboramos un programa de exposición en casa en el que ella podía lentamente habituarse a una situación después de otra. Le expliqué cómo podía mantener un diario de sus ejercicios y le pedí que me los enviara por correo. Esto lo hizo con regularidad. Ella siguió con detalle su programa de exposición y después de unas semanas pudo salir por sí sola por primera vez en años. Mantuvo su progreso por cuatro

años sin verme de nuevo, pero después tuvo algunos problemas familiares que la deprimieron, y rápidamente sufrió una recaída. Me volvió a consultar una vez más por una hora y la animé a retomar su programa original de exposición en casa. Al hacerlo, recuperó sus progresos, lo que continuó durante el seguimiento por nueve años, que fue la última vez que supe de ella: un resultado gratificante de pasar dos horas y media horas con un clínico. (Marks, 1987a, pp. 1163-1164)

Con frecuencia, los individuos agorafóbicos son dependientes y aferrados a alguien. Los estudios de historias de personas agorafóbicas severamente afectadas han mostrado que muchas de ellas muestran ansiedad por separación en la niñez, mucho antes de que apareciera la agorafobia (Gittelman y Klein, 1984). La relación entre la ansiedad por separación en la niñez y la agorafobia es mucho más fuerte en mujeres que en hombres. Tal vez, en algún sentido, la agorafobia es un brote retrasado de la ansiedad por separación de la niñez. Debido a que la ansiedad por separación casi siempre se mide con autorreportes retrospectivos, existe la necesidad de realizar estudios longitudinales que permitan la observación de la conducta del sujeto para complementar los autoreportes.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Un hombre que sufría de miedo a contagiarse de SIDA sintió una gota en su ojo mientras pasaba bajo un edificio y miró hacia arriba. Se obsesionó con la idea de que la gota era de alguien que padecía de SIDA y que había escupido por la ventana. Se sintió obligado a visitar cada oficina en los 15 pisos que daban a ese lado del edificio y a preguntar a todos si alguien había escupido por la ventana.

Este hombre, diagnosticado con **trastorno obsesivo-compulsivo**, muestra las características de las ideas y rituales que muestran las personas que padecen de esta condición. Mientras las características específicas de esta condición varían de un caso a otro, tienen en común las obsesiones o compulsiones recurrentes que son tan severas que consumen demasiado tiempo (por ejemplo, toman más de 1 hora al día) o causan una angustia marcada o una discapacidad significativa. Las personas con **conducta obsesiva** son incapaces de quitarse la idea de su mente (por ejemplo, están preocupados por pensamientos sexuales, agresivos o religiosos). Las personas con **conducta compulsiva** se sienten obligadas a realizar actos particulares o series de actos una y otra vez (por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones o pisar las líneas del pavimento).

Las obsesiones generalmente incluyen duda, titubeo, miedo a la contaminación o miedo a la agresión propia. Las formas más comunes de la conducta compulsiva son contar, ordenar, revisar, tocar y lavar. Algunas personas que padecen el trastorno obsesivo-compulsivo desarrollan rituales netamente mentales. Por ejemplo, para protegerse de un pensamiento obsesivo o impulso, pueden recitar una serie de palabras o números mágicos. Cerca de 25% de las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo tienen pensamientos intrusivos pero no actúan en consecuencia de ellos. El resto son obsesivos y compulsivos; la conducta compulsiva que carece de

pensamientos obsesivos es rara. La conducta obsesivo-compulsiva probablemente es una condición que se diagnostica y se trata poco, porque las personas pueden estar avergonzadas y quieren guardar sus síntomas en secreto. Además, muchos médicos no están familiarizados con los síntomas o no están calificados para proporcionar los tratamientos apropiados.

Los rituales compulsivos pueden convertirse en elaborados patrones de conducta que incluyen muchas actividades. Por ejemplo, un hombre puede necesitar que sus muebles nunca estén ni una pulgada fuera de lugar, y también sentir la necesidad de vestirse y desvestirse, lavarse los dientes y usar el baño en un orden preciso e invariable, todo el tiempo dudan de si han realizado correctamente su secuencia de acciones, y muchas veces las repiten para asegurarse de que lo han hecho. Algunos teóricos creen que la conducta compulsiva sirve para desviar la atención de los pensamientos obsesivos. En cualquier caso, los rituales compulsivos se convierten en una protección contra la ansiedad, y mientras los realicen correctamente, el individuo se siente seguro.

Los terapeutas dicen que existen enormes diferencias entre las personas saludables con raras compulsivas y aquellas que sufren de un trastorno obsesivo-compulsivo. Las personas que realmente sufren del trastorno obsesivo-compulsivo con frecuencia tienen historias familiares de problemas psiquiátricos, lo que sugiere un componente genético en el trastorno. Están atormentados por dudas y muchas veces son incapaces de tomar la decisión más simple. Se ha obtenido evidencia, que proviene de estudios de la imagen cerebral, de que existe un factor biológico en este trastorno. Estos estudios han arrojado pruebas de que la estructura del cerebro y el funcionamiento de individuos obsesivo-compulsivos son con frecuencia diferentes a los de la población general (Stein, 2002).

En contraste, las personas saludables con algunas tendencias compulsivas propenden a trabajar con eficiencia y organizar sus actividades diarias para evitar la confusión. También se enorgullecen de su capacidad para controlar sus emociones, algo imposible para las personas que sufren del trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque estas últimas se atormentan con la culpa del efecto de su extraña conducta entre sus familiares, continúan con ella porque creen que sus actos compulsivos los mantienen a salvo a ellos y a su familia. El cuadro 8-2 contiene los relatos de tres personas: la primera afronta el desarrollo de una compulsión, la segunda la experiencia de pensamientos obsesivos en una situación en particular, y la tercera sufre una recaída después de un alentador periodo de mejoría.

Los estudios de frecuencia del trastorno obsesivo-compulsivo en Estados Unidos y Canadá han arrojado cifras que van desde 1.9 a 3.1 casos por cada 100 personas, con una edad habitual de aparición de los 20 a los 29 años (Bebbington, 1998). Incluso cuando esta cifra es más baja que la de las fobias y la ansiedad generalizada, es mayor que la del trastorno de angustia y algunos otros grupos de diagnóstico. El trastorno obsesivo-compulsivo es más común entre individuos con altos ingresos que son un poco más inteligentes de lo habitual. Tiende a empezar en los últimos años de la adolescencia y los primeros de la edad adulta, y la sufren por igual hombres y mujeres. Una proporción relativamente alta de individuos con trastorno obsesivo-compulsivo —algunas encuestas



RELATOS PERSONALES

CUADRO 8-2

Trastorno obsesivo-compulsivo

El desarrollo de las compulsiones

La persona compulsiva se siente obligada a actuar de una cierta manera.

Actualmente tengo 18 años, y he padecido de TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) desde que tenía 8 o 9 años. A esa edad empecaron mis “rutinas” para vestirme en la mañana. Muchas veces perdía el autobús escolar, y mi madre tenía que llevarme a la escuela.

Antes de poder tomar mi ducha matutina, tenía que estar seguro de que todo estaba perfecto. Los dobleces de la cortina de la regadera tenían que colgar de cierta manera. El lavabo, la tina y las llaves tenían que estar perfectamente limpios. Tenía que quitar las toallas de los demás de los percheros y sacarlas al pasillo. Antes de siquiera entrar en la regadera, pasaba más de media hora lavando y organizando el baño.

Cuando abría la regadera, tenía como regla que sólo podía correr agua fría mientras me lavaba el cabello. También tenía un ritual para lavarme el cabello: utilizaba 30 movimientos circulares, y si tocaba mis oídos, tenía que repetirlo todo de nuevo.

Tenía más rutinas para vestirme. Mis ropas tenían que estar organizadas de cierta manera y colocadas en determinado orden. Si alguna prenda tocaba el piso, tenía que quitarme todo y empezar de nuevo. Con el tiempo mis rutinas matutinas me tomaban tanto tiempo que tenía que poner el despertador a las 5 a.m. y aun así algunos días se me hacía tarde.

En la escuela tenía reglas para tocar cosas y lavarme las manos. Era común que fuera al baño 20 veces al día para lavarme las manos. Tenía miedo de que mis amigos averiguaran mis secretos, así que los empecé a evitar.

Mis padres sabían que algo estaba mal, pero pensaron que sólo estaba pasando por una “etapa rara”. Yo sabía que mis extrañas rutinas no tenían sentido, pero sentía que me pasaría algo horrible si no las realizaba.

Pensamientos obsesivos mientras se está manejando

Las obsesiones son pensamientos, ideas o imágenes persistentes y no deseadas que no son producidas intencionalmente por la persona.

Estoy manejando por la carretera a 55 millas por hora. Voy camino a mi examen final. Mi cinturón de seguridad está ajustado y estoy alerta a todas las reglas del camino. No hay nadie en la carretera: absolutamente nadie.

De la nada, me asalta una crisis obsesivo-compulsiva. Es casi mágica la manera en la que distorsiona mi percepción de la realidad. Aunque en realidad nadie está en el camino, me molesta el atroz pensamiento de que tal vez atropellé... o a un ser humano! Dios sabe de dónde viene esta fantasía.

Pienso sobre esto por un segundo y luego me digo a mí mismo: “Eso es ridículo. No atropellé a nadie”. No obstante, me nace una persistente ansiedad. Una ansiedad que a la larga no voy a ser capaz de evitar hasta que haya pagado un enorme precio emocional.

Trato que la realidad espante esta fantasía. Razono: “Bueno, si atropellé a alguien mientras manejaba, lo hubiera sentido”. Este breve viaje a la realidad ayuda a disipar el dolor... pero sólo por un segundo. ¿Por qué? Porque la persistente ansiedad de que realmente ocurrió el accidente imaginario continúa creciendo, y también el dolor...

Empecé a meditar: “Tal vez atropellé a alguien y no me di cuenta... ¡Por Dios! ¡Puede haber matado a alguien! Tengo que regresar y revisar”. Revisar es la única manera de calmar la ansiedad. De alguna manera me acerca a la verdad. No puedo vivir con el pensamiento de que realmente haya matado a alguien: tengo que ir a revisar.

Ahora estoy sudando... literalmente. Rezo porque este escandaloso acto de negligencia nunca haya pasado. Mis fantasías se desatan. Espero desesperadamente que el jurado sea compasivo. (Rapoport, 1989, pp. 21-22)

Recaída

Sentí que realmente progresaba. Recientemente sólo había habido un atisbo de recurrencia de mis obsesiones.

Empecé a pensar que quizá ya las había superado, que mi vida estaba regresando a la normalidad.

Y luego, sucedió. Ahí estaba yo regresando al centro de mis viejas obsesiones sobre el cáncer.

Primero sólo sentí la profunda ansiedad que siempre acompaña a esta obsesión, pero rápidamente la acompañó un profundo enojo y frustración: no podía creer que esto estuviera sucediendo de nuevo. ¿Me podría liberar alguna vez de esta terrible obsesión?

Pero pasado el impacto inicial, empecé a notar algunas cosas de esta última crisis. Primero, mi ansiedad no era tan mala como cuando mis obsesiones estaban en su apogeo hace algunos años, lo cual era un pequeño consuelo. Segundo, me di cuenta de que esta vez tenía otra perspectiva de ellos y de que era capaz de utilizarla como base para mi recuperación.

Por ejemplo, recordando las semanas anteriores a mi crisis, me di cuenta de que habían estado llenas de estrés, pues era la temporada navideña. Ahora, me gusta la Navidad, pero como corresponde a mi personalidad, llegaba a esa temporada cada año con una actitud excesivamente entusiasta. Ese año compré todo lo que encontré. Cuando no estaba de compras, me obsesionaba con los regalos “perfectos”. Horneé demasiadas galletas, elaboré demasiados adornos y pasé mucho tiempo alborotada con la cena anual de Navidad con mis vecinos. Cuando terminaron las celebraciones, me encontraba en un estado mental ideal para el regreso de mis síntomas.

Traté de reducir mi estrés minimizando las expectativas de mis deberes caseros por un tiempo. También realicé un gran esfuerzo para salir sola con más frecuencia: soy madre de dos niños pequeños, y si alguna vez han tenido esa responsabilidad, no necesito decirles lo que le puede hacer con su nivel de estrés. Finalmente, revisé algunas de las técnicas conductuales que no había empleado en algún tiempo, y las encontré tan eficaces como siempre.

El resultado es que estoy mejorando, no al nivel en el que estaba antes de la crisis, pero definitivamente he mejorado.

reportan hasta 50%— permanecen solteros. Mientras aumente la conciencia pública de la frecuencia del trastorno obsesivo-compulsivo, el estigma social asociado puede disminuir, alentando a aquellos que lo sufren a buscar ayuda profesional.

Las características más comunes del trastorno obsesivo-compulsivo son las siguientes:

1. La obsesión o compulsión penetra con insistencia y persistencia en la conciencia del individuo.
2. Un sentimiento de pavor ansioso ocurre si por alguna razón se rechaza el pensamiento o acto.
3. Se experimenta la obsesión o compulsión como algo extraño a uno mismo, pero es inaceptable e incontrolable.
4. El individuo reconoce lo absurdo e irracional de la obsesión o compulsión.
5. El individuo siente la necesidad de repelerlas.

El lenguaje utilizado por aquellos que padecen un trastorno obsesivo-compulsivo transmite su exagerada atención a los detalles, su aire de desapego y la dificultad que tienen para tomar decisiones, como lo ilustran estos dos ejemplos:

Parece que estoy atrapado en ellos (los pensamientos). Parecen insignificantes y tontos. ¿Por qué no puedo pensar en las cosas en las que realmente quiero pensar? Pero no puedo dejar de pensar en cosas triviales como, ¿Cerré la puerta de la cochera cuando salí a trabajar esta mañana? Nunca la he dejado sin cerrar y de cualquier manera mi esposa está en casa. Me deprimó cuando me doy cuenta de cuánto tiempo pierdo en nada.

Me siento presionado, pero no puedo tomar una decisión. Escribo en tarjetas todos los pros y contras; luego los estudio, considero todas las complicaciones que esa decisión me pueda traer, y luego lo vuelvo a hacer, pero parece que nunca soy capaz de ordenar mis ideas.

Los pensamientos obsesivos muchas veces parecen vergonzosos y desagradables. Su contenido generalmente implica dañar a otros, provocar accidentes, maldecir o tener ideas sexuales o religiosas abominables. Con frecuencia, las personas que elucubran estos pensamientos tienen mucho miedo de actuar de acuerdo con ellos, y como resultado pasan mucho tiempo rechazando situaciones que temen puedan provocar dichas acciones, o revisando que todo esté bien.

Susan, una callada graduada de la universidad de 30 años que había conservado el mismo trabajo por ocho años, se preocupaba de poner hojas de afeitar en la comida de otras personas. Ella se negaba a manejar porque temía chocar deliberadamente su automóvil contra otro vehículo.

Cuando preparaba café en el trabajo, se preocupaba de verter veneno en él. Revisaba su ropa cuando salía de su trabajo para asegurarse de no haber metido una hoja de afeitar en su bolsillo. Tenía miedo de cargar a los bebés o estar cerca de niños pequeños. Se preocupaba de que repentinamente pudiera cometer un acto violento, como lanzarlos contra el piso.

No iba de compras sola porque temía echar algo a los productos colocados en los estantes. Incluso cuando estaba acompañada por su novio, necesitaba seguridad. “Estuve bien, ¿no es así?” le preguntaba.

A pesar de sus miedos, Susan nunca ha puesto objetos afilados en la comida, lastimado a un bebé o envenenado el café.

Acumular es una de las formas más dramáticas del trastorno obsesivo-compulsivo (ver la figura 8-8). Las personas acumulan una y otra vez. Su necesidad de poseer cosas los puede meter en problemas cuando recurren a maneras ilegales para adquirirlos. Rosemary Heinen fue encarcelada por desfalcar en \$3.7 millones de dólares a la compañía de café Starbucks para financiar su deseo compulsivo de comprar. Ella gastó el dinero en una flota de 31 automóviles de lujo, cajas de joyería, un yate, tres pianos de cola, docenas de armarios antiguos y muchos cortacéspedes automáticos. Su



Figura 8-8 Muchas personas obsesivo-compulsivas no buscan terapia debido a la vergüenza o incapacidad que sienten al imaginar vivir sin sus rituales. Por ejemplo, muchas personas que acumulan se diferencian de los coleccionistas en que el coleccionista real (por ejemplo, de libros o pinturas) adquiere y desecha, mientras que los que acumulan coleccionan, pero no desechan. Tienen miedo de “tener algo aquí que puedo perder, algo que puede cambiar mi vida si me desprendo de él”. Ésta es la recámara de una persona que acumula que tiene dificultad para abrirse camino hacia su cama por los obstáculos que ha amontonado. Generalmente la cama está tan llena con cosas que no cambia las sábanas en meses.

FUENTE: Grupo de escritores del Washington Post.

necesidad compulsiva de adquirir cosas empezó en la universidad cuando iba de compras para aliviar su estrés. Un psiquiatra que la examinó concluyó que poseía una peligrosa combinación de conducta compulsiva y depresión. El juez reconoció los defectos en la personalidad de Rosemary Heinen, pero la sentenció a cuatro años de prisión porque su compulsión no minimizaba el delito que había cometido.

Jerold Kaplan, que operaba en una escala mucho menor, es una persona que también acumula. Es un hombre de edad media que tiene dificultad para tirar los periódicos, trocitos de papel o información que pueda necesitar en un futuro indeterminado.

De niño, coleccionaba estampas y monedas. Ahora colecciona todo porque siente ansiedad cuando no guarda cosas. Describe su colección como “una verdadera pérdida de tiempo”. Kaplan no ha sido capaz de trabajar por muchos años y vive del Seguro Social y de su seguro de invalidez. Tiene una licenciatura y empezó a coleccionar periódicos porque consultaba los anuncios de empleo cuando perdió un trabajo. Terminó guardando los periódicos completos porque contenían artículos que tal vez algún día leería. Su cama está cubierta con periódicos, revistas y cuentas por pagar. Cada noche los quita de la mitad de la cama para tener lugar donde acostarse. En la mañana repite el ritual a la inversa. Actualmente Kaplan recibe tratamiento psiquiátrico para sus problemas obsesivo-compulsivos.

La diversidad de rituales y pensamientos obsesivo-compulsivos es prácticamente ilimitada, pero los investigadores han identificado cuatro extensos tipos de preocupaciones: 1) revisar, 2) limpiar, 3) lentitud, y 4) dudas y escrupulosidad. Las siguientes afirmaciones ilustran cada tipo:

- **Revisar:** “Con frecuencia tengo que revisar varias veces cosas como el gas, las llaves del agua y las puertas.”
- **Limpiar:** “Evito usar los teléfonos públicos debido a una posible contaminación.”
- **Lentitud:** “A menudo llego tarde porque parece que no puedo hacer todo a tiempo.”
- **Duda y escrupulosidad:** “Aún cuando hago algo cuidadosamente, con frecuencia siento que no está del todo bien.”

Cuando los rituales compulsivos o los pensamientos obsesivos empiezan a interferir con rutinas importantes de la vida diaria se convierten en problemas relevantes que requieren de atención profesional. Con frecuencia, su base no se comprende bien, pero como todos los individuos han tenido algunas preocupaciones persistentes con actos y pensamientos particulares, sus efectos de interferencia se pueden apreciar fácilmente. Las preocupaciones obsesivo-compulsivas —revisar detalles, mantener las cosas limpias, y ser reflexivo— con frecuencia se incrementan durante los periodos de estrés. Pueden tener efectos no deseados cuando se requieren acciones o decisiones rápidas. En algunos casos, la aparición de obsesiones y compulsiones se puede rastrear hasta experiencias traumáticas particulares (deSilva y Marks, 1999).

Los intentos de los individuos obsesivo-compulsivos por descubrir el objeto de sus miedos son por lo general inútiles. Muchos clínicos creen que el miedo a perder el control y la necesidad de una estructura son el centro de las obsesiones y compulsiones. Ya sea que el trastorno refleje el efecto de los factores del ambiente o la herencia, su frecuencia es mayor entre los miembros de algunas familias que entre la población general.

Una característica común de la conducta psicótica es el pensamiento irracional, pero las personas obsesivo-compulsivas no son consideradas psicóticas, ya que por lo general están concientes de su irracionalidad. Sin embargo, en algunos casos, la línea entre el trastorno obsesivo-compulsivo y la verdadera psicosis es imprecisa. Las personas que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo son muy cautelosas. Como las víctimas de fobias o de algún otro trastorno de ansiedad, anticipan de manera irracional una catástrofe y la pérdida de control. En general, quienes padecen fobias temen por lo que les pueda suceder a ellos, mientras que las víctimas de trastornos obsesivo-compulsivos temen por lo que ellos puedan hacer. Existen casos combinados; por ejemplo, el miedo a los cuchillos puede estar asociado con el pensamiento obsesivo de que se va a herir a alguien si se toma un cuchillo, y el miedo a los elevadores puede ser causado por un impulso recurrente a empujar a alguien por el hueco del elevador. Un pensamiento obsesivo de gritar obscenidades durante un sermón puede llevar a la víctima a no asistir a la iglesia, al igual que sucedería con una fobia de escuchar el fuerte sonido de las campanas. Por lo regular, el objeto de la fobia se puede evitar, mientras que en la obsesión no, pero una vez más, existen casos combinados; la fobia a la suciedad puede ser tan molesta como una obsesión, porque la suciedad está en todas partes.

Los pensamientos obsesivos y los rituales compulsivos se confunden con las fobias a medida que la ansiedad acompaña a los pensamientos o rituales, y se evitan las situaciones que las provocan. Por ejemplo, alguien que tiene un ritual de lavado tratará de evitar la suciedad, así como una persona con una fobia a los perros tratará de evadirlos. Con frecuencia, los trabajadores clínicos observan que los individuos tanto obsesivo-compulsivos como fóbicos tienen una frecuencia inusualmente alta de problemas interpersonales. Los dos trastornos difieren en que el miedo de la persona obsesivo-compulsiva no se dirige a la situación misma, sino a sus consecuencias (por ejemplo, tener que limpiar después). Otra diferencia es que las personas obsesivo-compulsivas desarrollan una serie de creencias más elaboradas sobre sus pensamientos preocupantes y rituales que los individuos fóbicos respecto de sus miedos. Las cogniciones parecen jugar un papel más importante en las obsesiones y compulsiones que en las fobias. Este punto se ilustra con el caso de un hombre de 40 años con una compulsión por revisar.

La otra noche, mi esposa y yo fuimos al cine. Fue una tortura a pesar de que la película fue maravillosa. Durante alrededor de una hora antes de irnos, no podía dejar de pensar en la necesidad que tenía de revisar la perilla de la puerta para asegurarme que estuviera cerrada. Tuve que salir del automóvil cuatro veces para revisar la perilla de la puerta. Cuando hago estas cosas, mi esposa trata de ser comprensiva, pero sé lo que está pensando: “¿Cómo es posible que una vez no sea suficiente?” En el camino al cine, seguía preocupado de que la puerta no estu-

TABLA 8-11	
Diagnóstico diferencial del trastorno obsesivo-compulsivo	
Trastornos coincidentes	Similitudes y diferencias
Anorexia nerviosa	Ambos incluyen rituales y tienden a ser crónicos. En la anorexia, no se resiste a los rituales ni se consideran irracionales; en el trastorno obsesivo-compulsivo se tratan de resistir (pero generalmente sin éxito).
Hipocondría	Ambos incluyen pensamientos recurrentes de enfermedad física, pero éste es el síntoma principal en la hipocondría. Los pensamientos hipocondríacos rara vez se resisten o se piensan irracionales.
Fobia específica	Ambos incluyen el miedo y la intención de evitarlo, pero el miedo se limita a un aspecto bastante específico de la vida y raramente se resiste. Por lo común, las obsesiones y compulsiones son muy generales y afectan muchos aspectos de la vida.
Trastorno por estrés postraumático	Ambos incluyen pensamientos intrusivos y no deseados que causan ansiedad y activación. La causa del estrés es clara en el trastorno por estrés postraumático, no así en el trastorno obsesivo-compulsivo.

viera cerrada. Puedo apostar que tuve pensamientos similares cientos de veces mientras estaba en el cine. Uno no se puede divertir bajo estas circunstancias, ¿o sí?

El criterio del DSM-IV-TR para definir el trastorno obsesivo-compulsivo incluye tener pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, que no son simplemente preocupaciones generales y problemas de la vida real. Los pacientes reconocen que los pensamientos no deseados y los rituales son producto de su mente, pero la angustia continúa y las rutinas personales son seriamente perturbadas. Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo pueden coincidir con los de otros trastornos. Cuando esto ocurre, el clínico debe realizar un *diagnóstico diferencial*, y tomar la decisión de cuál de los varios diagnósticos es el más apropiado. La tabla 8-11 proporciona algunas de las condiciones que pueden coincidir con el trastorno obsesivo-compulsivo.

Por muchos años, el trastorno obsesivo-compulsivo fue considerado como muy resistente al tratamiento, pero la perspectiva actual empieza ser más esperanzadora. Ciertos medicamentos relacionados con la serotonina (por ejemplo, el Prozac) son útiles con algunos pacientes, pero las terapias conductuales cognitivas parecen ser más prometedoras, según el pequeño número de ensayos clínicos que han sido probados para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (Fineberg y cols., 2001). Las terapias psicológicas son útiles cuando el paciente es expuesto al estímulo que generalmente provoca los rituales compulsivos y él activamente inhibe dicho rituales. Este tipo de terapia conductual requiere que el paciente esté sumamente motivado para resistirse a los pensamientos obsesivos y las compulsiones. Pruebas recientes sugieren que muchas personas que sufren de un trastorno obsesivo-compulsivo sienten una responsabilidad excesiva que produce pensamientos automáticos negativos, como “Tal vez provoque un incendio”, los cuales, a su vez, producen malestar. Los terapeutas cognitivos tratan de ayudar a que los pacientes se den cuenta de su excesivo sentido de responsabilidad como un paso hacia la superación de sus obsesiones y compulsiones.

Trastorno por estrés postraumático

En el estudio del estrés en el capítulo 5 se describieron varios trastornos que pueden aparecer después de una experiencia traumática, por ejemplo, el trastorno adaptativo y el trastorno por estrés agudo. Como se puede observar, una de las características de estos trastornos es su pronóstico relativamente bueno, pues las personas afectadas superan sus dificultades relativamente rápido. **El trastorno de estrés postraumático, (PTSD)**, tiene tanto similitudes como diferencias con estas condiciones. La similitud más importante es que el individuo ha experimentado un evento traumático. Sin embargo, en el caso del trastorno por estrés postraumático, el evento que desató el estrés está fuera del rango de la experiencia común (por ejemplo, estar involucrado o haber observado un accidente de auto leve no son experiencias fuera de lo común). El PTSD incluye una experiencia extrema, como la guerra, una catástrofe natural (por ejemplo un terremoto), agresión física o un choque serio. Los traumas van desde los que se experimentan directamente (por ejemplo, ser amenazado de muerte) a aquellos que se viven en calidad de testigo (por ejemplo, que un familiar sea amenazado de muerte). La aparición de la condición clínica en los trastornos postraumáticos varía desde poco después del trauma hasta mucho después de que ha ocurrido. La mayoría de los estudios han encontrado índices más altos entre las mujeres que en los hombres. La frecuencia del PTSD en la población general es de 0.5% en hombres y de 1.2% en mujeres (Andreasen y Black, 2001). Como la vida actual genera altos índices de trauma para la población en general, se estima que hoy en día los estadounidenses tienen de 5 a 10% de probabilidades de desarrollar el PTSD en algún momento de su vida. La combinación de factores de vulnerabilidad y la exposición temprana a experiencias traumáticas aumenta la probabilidad de padecer el PTSD. Por ejemplo, haber sido víctima de abuso de niño o haber tenido alguna otra experiencia traumática previa aumenta el riesgo del PTSD, en especial en individuos que en general padecen problemas emocionales, como ansiedad y depresión.

TABLA 8-12

**Criterios para diagnosticar el trastorno
por estrés postraumático**

1. Exposición a un evento traumático que incluyó una amenaza de muerte real o una herida seria, o una amenaza a la integridad física propia o de otros.
2. Respuesta al evento que incluye miedo intenso, impotencia o terror.
3. Reexperimentar con persistencia el evento traumático en forma de pensamientos o sueños recurrentes y angustiantes, o comportarse o sentir como si dicho evento mismo estuviera reproduciéndose, o reactividad intensa psicológica o fisiológica cuando se está expuesto a señales que simbolizan o se parecen al evento.
4. Rechazar persistentemente el estímulo asociado con el trauma, así como el aturdimiento de la respuesta general.
5. Síntomas persistentes de activación aumentada —como hipervigilancia, irritabilidad, insomnio, dificultad para concentrarse, y sobresaltos exagerados— que no estaban presentes antes de sufrir el trauma.
6. Síntomas con duración de más de un mes que causan aflicción o discapacidad (por ejemplo, en las esferas de las relaciones interpersonales y el trabajo).

La tabla 8-12 resume los principales criterios del DSM-IV-TR para el PTSD. Este padecimiento presenta tres características esenciales: hiperactivación, evitación y reexperimentación repetida. De ellas, la más angustiante es la reexperimentación repetida, la cual incluye pensamientos perturbadores no deseados que interfieren con el funcionamiento normal. En el DSM-IV-TR, este trastorno se considera *agudo* si la condición empieza después de los primeros tres meses posteriores al trauma y *demorado* si los síntomas surgen más de seis meses después de ocurrido el evento. Las probabilidades de la recuperación total son mejores en la forma aguda que en la forma retardada. Sin embargo, han surgido cuestionamientos sobre la conveniencia de tener dos diagnósticos distintos, el trastorno por estrés agudo y el PTSD (Marshall, Spitzer y Liebowitz, 1999). También es necesario preguntarse si actualmente se abusa del diagnóstico por las personas en general, la prensa y en casos legales, de manera que este término con frecuencia se utiliza para describir la experiencia de cualquier evento que cause aflicción (McNally, 2003).

El PTSD difiere de los trastornos menos serios relacionados con traumas, no sólo en lo extremo de las experiencias traumáticas, sino también en la seriedad de la condición, su duración y su pobre pronóstico. Además, se han acumulado pruebas de que la vulnerabilidad personal juega un papel importante en el PTSD. Si bien el trastorno del estrés agudo (ASD), que se estudió en el capítulo 5, puede parecer similar al PTSD y tiene algunas coincidencias en síntomas, existen varias diferencias. Además del tiempo que dura el trastorno, los síntomas disociativos (amnesia, desperso-

nalización, desrealización) que a menudo están presentes en el ASD, no se presentan en el PTSD. Es difícil comparar los descubrimientos de las investigaciones sobre los dos trastornos porque mucha de la relacionada con el PTSD se ha concentrado en veteranos de guerra, años después de la exposición al trauma. Los estudios del ASD tienden a enfocarse en sobrevivientes de accidentes automovilísticos, y, en menor medida, en testigos de crímenes violentos o víctimas y sobrevivientes de desastres naturales.

Factores de vulnerabilidad

La mayoría de las personas que tienen experiencias traumáticas las superan relativamente rápido y sin mucha ayuda profesional. ¿Por qué las víctimas del PTSD desarrollan síntomas retardados y con frecuencia prolongados? ¿Qué papel juega su vulnerabilidad en la manera desadaptada en la que afrontan el trauma? Existen crecientes pruebas de que los problemas emocionales y conductuales preexistentes constituyen una vulnerabilidad importante y aumentan la probabilidad del PTSD (van der Kolk y cols., 1996; Wilson y Keane, 1997). En un estudio, 72% de los individuos con diagnóstico de PTSD tenían historia de trastornos psicológicos previos al estrés (E.M. Smith y cols., 1990). La depresión y el abuso del alcohol se destacaron en los diagnósticos previos al estrés en los pacientes adultos con PTSD. Otro estudio (que trató con las repercusiones de los incendios de 1991 en las colinas de Oakland, California) proporcionó información sobre ciertas condiciones que facilitan el desarrollo del PTSD (Koopman y cols., 1994). El mayor descubrimiento fue que quienes reaccionaban con una calma aparentemente injustificada eran más propensos a sufrir problemas de angustia postraumática, como la ansiedad severa, trastornos del sueño o flashbacks, los cuales no se manifestaban hasta meses e incluso años después. También encontraron evidencias de que dichas personas tienden a ponerse en peligro durante un desastre porque ignoran la realidad de éste. El mayor riesgo afectó particularmente a quienes su estabilidad durante una catástrofe era el resultado de síntomas de disociación que incluían falta de reacción emocional, sentimiento de que los eventos no eran reales o desorientación. Por consiguiente, los que tendían a rechazar la realidad en una situación estresante tenían mayor riesgo de desarrollar un trastorno postraumático severo.

Existen algunos indicios de que los individuos socialmente retraídos, cohibidos, irritables, pesimistas e impulsivos, así como otros con tendencias hacia la disociación, pueden ser más vulnerables a las experiencias traumáticas (Shalev y cols., 1996). Un historial familiar con estas tendencias también aumenta el riesgo de problemas postraumáticos, y sugiere un posible factor genético para esta vulnerabilidad (Stein y cols., 2002). Una hipótesis que merece seria consideración es que si los individuos no poseen habilidades de afrontamiento adecuadas o apoyo social temerán la repetición del estrés, miedo que contribuye a generar un ciclo de sobreactivación y ansiedad crónicas. Esta preocupación por el estrés y su anticipación pueden ser el punto más importante del PTSD.

Reconocer el papel de los factores de vulnerabilidad en el PTSD no invalida la influencia de fuentes de estrés extremas que producen efectos postraumáticos no deseados. Al principio de es-

te libro, en la figura 5-2 se describieron las reacciones ante las situaciones como un producto conjunto de la severidad del trauma inherente a una situación y de la vulnerabilidad personal (por ejemplo, ser una persona nerviosa en general). En vez de ser un síndrome clínico discreto, el PTSD refleja el extremo superior del continuo de respuestas ante el estrés que se diferencia sólo cuantitativamente de reacciones más leves a experiencias traumáticas (Ruscio y cols., 2002).

Los corresponsales de guerra ilustran los riesgos fisiológicos asociados con el hecho de tener una profesión peligrosa. Algunas entrevistas con un grupo de ellos mostraron que todos habían sido heridos por disparos en numerosas ocasiones (Feinstein y cols., 2002). El índice de PTSD en periodistas era el mismo que en los veteranos de guerra, pero mucho más alto que el índice de periodistas que no cubrían acontecimientos bélicos. Aunque no existe ninguna razón para creer que quienes cubrían las guerras eran especialmente vulnerables a situaciones de desafío, también experimentaron niveles más altos de PTSD, así como de consumo de alcohol y depresión, en comparación con oficiales de policía que habían tenido experiencias traumáticas.

La experiencia postraumática

A diferencia de toparse con un oso como se describió en el capítulo 5, la experiencia de Patricia Van Tighem con uno de ellos era mucho más traumática, y tuvo consecuencias tanto físicas como psicológicas severas. Durante una excursión en un parque nacional canadiense, fue atacada por un oso pardo que la laceró severamente y casi la mata. El animal le rompió varios huesos, le mordió la cabeza y le causó tal daño que requirió cuidado intensivo médico a largo plazo, con múltiples cirugías durante años, para curarla. Además de sus problemas meramente físicos, Van Tighem también desarrolló el PTSD, el cual ha podido superar.

Estoy tan asustada en el mundo. Asustada de que alguien entre a robar a mi casa, asustada de caminar en el parque con mis hijos, asustada de manejar en caminos concurridos. Siento como si constantemente me fuera a ocurrir algo a mí o a mi familia. Tengo pesadillas de ser atacada. Caras sonrientes flotan hacia mí, luego cambian, quedan desfiguradas, ensangrentadas, devastadas. Me acosan cuando estoy despierta y cuando estoy dormida. (Van Tighem, 2001, p. 193.)

Estos horrores de pesadilla continuaron por muchos años, pero finalmente ella pudo superarlos.

Una noche tuve el sueño de nuevo. Estoy encerrada en una jaula. Hay una abertura en el fondo. De la abertura sale un oso, estoy de rodillas, mis manos firmemente apretadas frente a mí, y le ruego al oso que no me haga daño. Le suplico que me deje en paz. ¡Estoy ya tan lastimada! No puedo soportar más. El oso se aproxima y yo me encojo, preparándome para el ataque. Pero esta vez, me rodea con los brazos y me abraza. Me susurra al oído palabras de consuelo. Me abraza, acuna y cuida de mí, me siento segura abrazando al oso. (Van Tighem, 2001, pp. 272-273.)

Una característica frecuente del trastorno postraumático es la tendencia a reexperimentar el evento. Son comunes los recuerdos dolorosos e intrusivos y los sueños o pesadillas recurrentes. Expe-

rimentar nuevamente los eventos traumáticos puede provocar una sensación de irrealidad sobre ellos. Cuando esto ocurre, la persona se siente emocionalmente anestesiada en medio de una incontenible inundación de pensamientos sobre el evento. Además de volver a experimentar el estrés, las personas que sufren del trastorno postraumático pueden mostrar una activación autonómica excesiva, hipervigilancia, dificultad para concentrarse o terminar tareas y dificultad para dormir. Un síntoma que ocurre con frecuencia en niños que han experimentado un trauma es una respuesta de sobresalto exagerada. Estos síntomas pueden aumentar cuando el individuo es expuesto a señales relacionadas con el evento traumático (por ejemplo, cuando la víctima de un serio accidente automovilístico observa un choque en una película). La preocupación por el evento traumático puede también disminuir el interés en las relaciones sociales, la intimidad y la sexualidad. Son comunes los dolorosos sentimientos de culpa, así como la depresión, inquietud e irritabilidad. En algunos casos puede haber brotes de conducta impulsiva, generalmente de naturaleza pacífica (por ejemplo, ausencias injustificadas en el trabajo), y abuso de alcohol o drogas.

Para afrontar la experiencia traumática, la persona con PTSD utiliza una gran cantidad de energía psicológica para desviar los pensamientos de ellas. A pesar de que el evento ha terminado, lo revive a diario, y existe un miedo irracional de que vuelva a suceder. Es este miedo el que causa la hipervigilancia y agitación. Los pensamientos intrusivos, imágenes y sueños pueden alcanzar niveles tan preocupantes que la persona no puede relacionarse normalmente o trabajar.

En algunos casos de reacciones desadaptadas a un trauma puede haber una alternancia de pensamientos intrusivos y negación. En el estado intrusivo, el individuo no puede dejar de tener pensamientos alarmantes relacionados con el evento traumático. En el estado de negación, ignora las consecuencias de las amenazas y pérdidas, se olvida de los problemas importantes y puede mostrar un retraimiento de sus intereses en la vida. En la tabla 8-13 se presentan los síntomas de las fases de intrusión y negación en los trastornos postraumáticos.

Entre las diferentes terapias que han sido propuestas para aliviar varios síntomas del PTSD, la psicoterapia y los medicamentos están bien representados. Las medicinas más comúnmente utilizadas son los antidepresivos y los tranquilizantes con benzodiazepinas, que ayudan a reducir los síntomas intrusivos, como las pesadillas y los flashbacks, y normalizan el sueño. La psicoterapia puede también ser valiosa para reducir los síntomas intrusivos, pues ayuda a las víctimas no sólo a ver la experiencia de una manera más objetiva, sino también a expresar las fuertes emociones que pudieron haberse sentido forzadas a suprimir en las conversaciones con amigos y familiares. La terapia de exposición es particularmente útil. La terapia cognitiva conductual ayuda a reducir la ansiedad, pues proporciona a los pacientes habilidades cognitivas que ayudan a controlar la ansiedad y a contrarrestar los pensamientos disfuncionales tales como "Yo merecía ser violada". Las investigaciones sugieren que cierta combinación de terapia psicológica y medicamentos puede arrojar mejores resultados que cada una por separado (Marshall y Pierce, 2000).

TABLA 8-13

Síntomas de pensamiento intrusivo y negación en el trastorno por estrés postraumático (los síntomas pueden alternarse)

Síntomas de pensamiento intrusivo

- Alteración del sueño y pesadillas
- Conciencia de las ideas y sentimientos que se relacionan con el evento traumático
- Preocupación por el evento
- Repeticiones compulsivas de las acciones relacionadas con el evento

Síntomas de negación

- Inatención selectiva
- Amnesia (parcial o total)
- Uso de fantasías para escapar de las condiciones reales
- Retraimiento

Algunos expertos sostienen que el trauma no es sólo una condición médica, y que los programas familiares y comunitarios pueden también ayudar a algunas personas tanto o más que los enfoques psicoterapéuticos formales (Weingarten, 2003). Por ejemplo, muchas de las personas directamente afectadas por los ataques del 11 de septiembre de 2001 encontraron consuelo, no a través de la psicoterapia tradicional, sino en rituales de luto, en la creación de altares locales y ofreciéndose como voluntarios para ayudar a otros. Algunos críticos, basados en los resultados de un estudio de pruebas controladas aleatorias, también creen que el interrogatorio y otras intervenciones psicológicas tempranas pueden aumentar la probabilidad de que se desarrolle el PTSD (porque, como resultado, la experiencia permanece vívida) y puede incrementar la ansiedad (Rose y cols., 2003). De acuerdo con este punto de vista, sólo los individuos que han sufrido un trauma y continúan experimentando síntomas muchos meses después del evento necesitan tratamiento; tratar a todos inmediatamente puede interferir con el proceso curativo normal.

Interpretación y tratamiento de los trastornos de ansiedad

Existen dos importantes tareas que enfrentan los clínicos mientras luchan por disminuir la conducta desadaptada y aumentar la satisfacción de la vida. Una es entender la naturaleza del problema clínico, y la otra es tratarlo. Como se vio en el capítulo 5, algunas veces no es fácil entender cómo se puede conceptualizar mejor un problema. Este aspecto se ilustra con los trastornos de ansiedad porque, a pesar de sus diversos síntomas, existen elementos en co-

TABLA 8-14

Ejemplos de cómo se manifiesta la evitación en los trastornos de ansiedad

1. **Fobia social:** miedo y evitación de situaciones sociales
2. **Fobia específica:** miedo y evitación de estímulos no sociales
3. **Agorafobia:** evitación de situaciones de las que pueda ser difícil escapar (ausencia de crisis de pánico)
4. **Trastorno de angustia con agorafobia:** las crisis de pánico anteceden a la evitación de situaciones en las que pueda ser difícil escapar
5. **Trastorno obsesivo-compulsivo:** miedo y evitación de ciertos tipos de situaciones relacionadas con las obsesiones y compulsiones (por ejemplo, evitar la suciedad)

mún. Esto significa que el mismo síntoma se puede presentar en dos trastornos diferentes que requieren diferentes tipos de tratamiento. Por ejemplo, el comportamiento de evitación es una característica de muchos trastornos de ansiedad, pero requiere diferentes tácticas terapéuticas que dependen de lo que el individuo evite y del porqué de la evitación. La tabla 8-14 muestra algunas maneras en las que la conducta de evitación se puede manifestar en los trastornos de ansiedad. Las coincidencias entre los trastornos de ansiedad y entre éstos otros trastornos representan un reto al diagnóstico, y son un tema a considerar cuando se está planeando el tratamiento (ver el cuadro 8-3).

Desde luego, la ansiedad es el punto en común en los trastornos de ansiedad. Ésta y las conductas que las personas emplean para evitarla o mantenerla en niveles razonables se han considerado desde diferentes perspectivas teóricas. De las teorías que dan una explicación a los trastornos de ansiedad, se estudiarán las que actualmente tienen más influencia en la práctica clínica y en la investigación.

La perspectiva psicodinámica

Los teóricos de orientación psicodinámica y muchos otros clínicos creen que los factores determinantes más importantes de los trastornos de ansiedad son los eventos intrapsíquicos y las motivaciones inconscientes. Sostienen que la ansiedad es una reacción de alarma que se presenta cuando la persona se siente amenazada. Además, con frecuencia mencionan las siguientes causas de ansiedad que alcanzan proporciones clínicas: percepción de uno mismo como incapaz de afrontar presiones ambientales, separación o anticipación del abandono, pérdida o carencia de apoyo emocional como resultado de cambios ambientales súbitos, impulsos inaceptables o peligrosos que cerca de irrumpir en la conciencia, y amenazas o anticipación de desaprobación o de retiro del amor.

La psicoterapia, la herramienta clínica principal del clínico de orientación psicodinámica, tiene la intención de ayudar a las personas a exponer y tratar la raíces psicodinámicas de sus conductas inadaptadas. La mayoría de los psicoterapeutas creen que

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

CUADRO 8-3

Comorbilidad

Los pacientes con trastornos de ansiedad constantemente presentan las características de otros trastornos mentales, especialmente las alteraciones del estado de ánimo que acompañan a la depresión. Por ejemplo, el diagnóstico de un trastorno de personalidad del eje II a menudo acompaña al diagnóstico de un trastorno de ansiedad del eje I. Esta coincidencia no es una sorpresa porque los problemas diagnosticados en el eje I con frecuencia tienen su origen en la vulnerabilidad de personalidad. Estas coincidencias en el diagnóstico reflejan un fenómeno que se denomina **comorbilidad**. La tabla 8-15 muestra el amplio rango de comorbilidad, la coocurrencia de síntomas clínicos, entre varios tipos de conducta desadaptada. La tabla indica, por ejemplo, que 77% de los casos de esquizofrenia y de paranoias en la población que se estudió presentó sólo esos diagnósticos, mientras que 23% de estos casos recibió diagnósticos múltiples (por ejemplo, diagnósticos adicionales al diagnóstico principal). Los cálculos de comorbilidad varían en cada estudio por varias razones, incluyendo los métodos empleados al realizar el diagnóstico y las características de la muestra encuestada. Por ejemplo, mientras que 30% de los casos de trastorno de ansiedad de la tabla 8-15 incluyen diagnósticos múltiples, otros estudios que se enfocaron en una población diferente y otros métodos de diagnóstico ha encontrado una mayor comorbilidad en los trastornos de ansiedad y depresión. Un estudio encontró que, aunque el riesgo de suicidio en personas con trastorno de angustia es alto, el riesgo es aún más alto en casos de trastorno de angustia que incluían la comorbilidad con otros trastornos (J. Johnson y cols., 1990).

Los estudios sobre comorbilidad han conducido a los clínicos a prestar atención al hecho de que se puede diagnosticar más de un trastorno al mismo individuo. Además, un individuo que cumpla con todos los criterios de diagnóstico para un solo trastorno, incluso así puede tener una frecuencia elevada de síntomas de otras categorías, pero no al nivel suficiente para diagnosticar otro trastorno. Los pacientes diagnosticados con un trastorno particular pueden tener un mayor o menor riesgo, dependiendo de su cuadro clínico, de padecer otros trastornos u otros síntomas.

La comorbilidad puede ocurrir dentro de una misma categoría de diagnóstico, así como entre categorías distintas. La presencia de un tipo de trastorno de ansiedad aumen-

TABLA 8-15

Porcentajes de diagnósticos simples o múltiples de varias categorías de diagnóstico

Categorías de diagnóstico	Diagnósticos simples (%)	Diagnósticos múltiples (%)
Trastornos de ansiedad	70	30
Trastornos afectivos (depresión)	57	43
Trastornos disociativos	50	50
Trastornos adaptativos	69	31
Trastornos relacionados con el alcohol	14	86
Trastornos psicosexuales	14	86
Trastornos paranoias y esquizofrenia	77	23
Retraso mental	15	85
Trastornos orgánicos cerebrales	67	33

FUENTE: Basado en Mezzich y cols. (1990).

ta la probabilidad de la presencia de otro de estos trastornos. Por ejemplo, las personas diagnosticadas con fobia social con frecuencia reciben un diagnóstico adicional de trastorno de angustia. Saber que la comorbilidad puede ser alta en ciertos tipos de casos es muy importante para los clínicos porque los alerta sobre la necesidad de investigar cuidadosamente esta posibilidad. Por ejemplo, haber sido diagnosticado temprano en la vida con trastorno de angustia, agorafobia, o fobia siempre es un predictor de ser diagnosticado más tarde con trastorno de ansiedad generalizada (Kessler y cols., 2002).

La evidencia de comorbilidad elevada dentro de una categoría de diagnóstico también nos lleva a considerar una posible necesidad de revisar los criterios de clasificación. Después de haber comprobado que el trastorno de ansiedad generalizada ha sido asociado con índices extremadamente altos de comorbilidad con otros tipos de trastornos de ansiedad, algunos investigadores han sugerido que el trastorno de ansiedad generalizada se puede conceptualizar como un rasgo de vulnerabilidad a otros tipos de trastorno de ansiedad en lugar de ser un trastorno distinto por derecho propio (Brown y cols., 1994).

Los estudios de la comorbilidad en los trastornos de ansiedad y del estado de áni-

mo han revelado muchos hechos intrigantes. Uno es que el riesgo de depresión en individuos con trastornos de ansiedad crónica es mayor que el riesgo de ansiedad en individuos con trastornos depresivos (Maser y Cloninger, 1990). Otro es que los trastornos depresivos tienen más probabilidad de permanecer libres de ansiedad o mórbida, mientras que los trastornos de ansiedad con más frecuencia se complican con la depresión después de un seguimiento a largo plazo.

Existen muchas cuestiones sobre la comorbilidad en los trastornos mentales. Uno se refiere al papel de la herencia. ¿Existe una causa genética común o predisposición para la depresión y la ansiedad, o las diferentes exposiciones ambientales son responsables de la comorbilidad? En la actualidad no tenemos una respuesta para esta pregunta. La asociación entre ansiedad y depresión se puede deber a uno de los trastornos que causa o conducen al otro. Otra posible explicación es que los dos trastornos tienen la misma causa.

La investigación futura necesita dirigirse a distinguir la "comorbilidad verdadera" (trastornos separados que ocurren en el mismo individuo) y la "comorbilidad falsa" (como la cercana relación entre los trastornos que son realmente uno mismo).

tales conductas ocurren cuando una persona se preocupa por mitigar o eliminar la ansiedad. Sienten que al comprender las raíces inconscientes de su ansiedad, la persona puede dirigir su actividad a modificar o abandonar la conducta no deseada.

Freud destacó el papel de distintos mecanismos de defensa en el trastorno de ansiedad. Por ejemplo, el *aislamiento*, *anulación* y la *formación reactiva* se consideran particularmente importantes en los trastornos obsesivo-compulsivos. A través del **aislamiento**, las emociones son separadas de un pensamiento o acto, el cual luego se convierte en obsesivo o compulsivo. Sin embargo, la emoción no está completamente apartada de la conciencia, y constantemente amenaza con abrirse paso entre los controles que le han sido impuestos. La **anulación** se ilustra con un individuo que piensa obsesivamente que “Mi padre va a morir” cada vez que enciende una luz. Este pensamiento lo impulsa a voltearse, tocar el apagador y decir “Retiro ese pensamiento”. El acto compulsivo supone “des-hacer” las consecuencias que él pensó podrían derivarse de su pensamiento obsesivo inicial, el cual puede tener sus raíces en un impulso agresivo subyacente hacia el padre. La **formación reactiva** se ilustra con una madre que revisa compulsivamente docenas de veces a sus hijos cuando duermen para asegurarse de que estén bien. La perspectiva psicodinámica sugiere que su preocupación exagerada por sus hijos se debe a un resentimiento subyacente hacia ellos.

Perspectiva conductual

En lugar de hablar de síntomas causados por eventos subyacentes, los conductistas centran su atención en las respuestas adquiridas y las tendencias de respuesta. Creen que los principios generales del aprendizaje se pueden aplicar a la comprensión de todas las conductas, entre ellas, los trastornos de ansiedad. De acuerdo con estos teóricos, la ansiedad de proporciones clínicas es una respuesta aprendida o adquirida, un síntoma que es creado por las condiciones ambientales, con frecuencia dentro del hogar.

Los conceptos del aprendizaje, como condicionamiento, reforzamiento y extinción han sido aplicados cada vez con más frecuencia al estudio de los trastornos de ansiedad. Los resultados más valiosos de estas aplicaciones son varias técnicas clínicas útiles, que se conocen como **terapia conductual**. La investigación en esta terapia se ha dirigido a descubrir variables que ayuden a calmar las respuestas altamente emocionales.

Terapias de exposición A través de éste capítulo se ha hecho notar que un elemento común en muchas terapias de exposición es la exposición del cliente a estímulos que le provocan incomodidad hasta que se acostumbra a ellos. En mucha de la investigación realizada se expone a los clientes a los estímulos atemorizantes y les impide ejecutar una respuesta de escape o evitación. Se alienta al cliente a continuar prestando atención a los estímulos que provocan su ansiedad, a pesar de los efectos estresantes que por lo general acompañan a este esfuerzo.

La **terapia de exposición** puede ser muy eficaz para tratar fobias específicas y obsesivo-compulsivos. Un elemento crítico del tratamiento es motivar al cliente a que mantenga contacto con el estímulo real o con su presencia imaginaria hasta que se acostumbre a él. Esto puede significar, por ejemplo, exponer a la suciedad a una persona que se lava las manos de manera compulsiva hasta que deje de hacerlo o alentar a esa persona a pensar en la suciedad, quizá primero imaginando el polvo de la casa y luego suciedad particularmente nociva como el vómito o el excremento. La tarea del terapeuta es identificar todos los componentes del estímulo que provocan la respuesta de evitación o escape, y continuar la exposición hasta que ya no se presente la respuesta.

Tres tipos de terapia que se basan en el principio de exposición son la desensibilización sistemática, la terapia implosiva y la exposición in vivo. En la **desensibilización sistemática** se utilizan una jerarquía de estímulos que van de los menos atemorizantes a los más atemorizantes. Sólo cuando un cliente se siente a gusto con un nivel de estímulos que producen miedo, se presenta el siguiente nivel, ligeramente más fuerte. La **terapia implosiva** se refiere a la exposición controlada por el terapeuta a la recreación imaginaria de una situación compleja, atemorizante y de gran intensidad. La **exposición in vivo** significa que el individuo experimenta la situación real a la que teme, en lugar de imaginarla con la guía del terapeuta. La exposición in vivo se puede conducir en forma gradual, empezando por niveles bajos de intensidad del estímulo, o rápida, con la exposición inmediata y prolongada del cliente a estímulos de gran intensidad. Esta exposición rápida e intensa se conoce como inundación.

La desensibilización sistemática, que se emplea sobre todo para tratar los miedos intensos, se basa en los principios del condicionamiento. Se enseña al cliente a relajarse y después se le presenta una serie de estímulos que van desde ligeros hasta muy intensos, de acuerdo con su capacidad para provocar la ansiedad. El tratamiento de una fobia a la muerte ilustra la manera en que se utiliza la desensibilización sistemática. Los miedos del cliente se colocan en una jerarquía que va, en orden descendente, desde cadáveres humanos a cortejos fúnebre, ropa negra y coronas florales. La terapia comienza con objetos de baja jerarquía, como ver un arreglo floral. El terapeuta intenta enseñar al cliente a estar relajado al imaginar o ver en realidad un arreglo floral. Cuando el cliente puede mantener un estado de relajación permanente, la terapia continúa con el estímulo que sigue en orden ascendente de la jerarquía.

Un terapeuta no trata de curar de la noche a la mañana con los procedimientos de condicionamiento. Por lo general, el proceso de reducir el nivel de una respuesta emocional al estímulo es gradual. Las aplicaciones clínicas de la desensibilización sistemática han demostrado que los clientes que son tratados de esta manera se alteran menos por situaciones previamente temidas y manejan mejor su ansiedad. Es posible que la parte más eficaz de la desensibilización sistemática sea la exposición del cliente a estímulos cuya cualidad atemorizante va aumentando en forma gradual en condiciones que no representan ningún peligro. En especial los individuos que pueden ensayar mentalmente la exposición a situaciones perturbadoras y atemorizantes muestran altos niveles de mejoría.

La terapia implosiva se basa en la creencia de que muchas condiciones, entre ellas los trastornos de ansiedad, son consecuencia de experiencias dolorosas previas. Para que el paciente las olvide, la situación original se debe recrear de manera que pueda ser experimentada sin dolor. Los terapeutas que utilizan la implosión piden a sus clientes que imaginen escenas relacionadas con un conflicto personal particular y que recreen la ansiedad que sintieron en esas escenas. El terapeuta trata de aumentar el realismo de la recreación y de ayudar al paciente a eliminar la ansiedad que las condiciones adversas originales crearon. Además, ayuda a que el cliente adopte formas de conducta más maduras. La terapia implosiva utiliza métodos e ideas tanto de las teorías conductual y psicodinámica. Aunque la terapia implosiva no es útil de manera consistente para reducir la ansiedad, las investigaciones sugieren que, al igual que la desensibilización, puede reducir muchos miedos intensos.

El término *exposición in vivo* significa que la exposición se realiza en un ambiente de la vida real, no sólo en la imaginación del cliente y el terapeuta mientras se encuentran en un consultorio. La diferencia entre la exposición in vivo y la inundación cuando se trata la fobia a nadar puede ser comparable a la diferencia entre caminar dentro del agua en una alberca y saltar en la parte más profunda. Un ejemplo de la inundación puede ser pedir a una cliente agorafóbica, que experimenta intensa ansiedad cuando está fuera de su casa, que vaya a un abarrotado centro comercial con el terapeuta y que se quede ahí hasta que su deseo de escapar haya desaparecido.

En el tratamiento de la mayor parte de los trastornos de ansiedad, la exposición ha producido consistentemente resultados positivos, que duran hasta varios años. Mientras más prolongada sea la exposición al estímulo crítico, mejores son los resultados. Qué tan bien funciona el tratamiento depende de la motivación del paciente y qué tan específica sea la situación. Por ejemplo, cuando algunos rituales son desencadenados por señales en el hogar (lo que ocurre en muchos casos), el tratamiento debe llevarse a cabo en éste. El fracaso para mejorar por lo general se puede deber a la incapacidad del paciente para cumplir con las instrucciones del tratamiento, sobre todo por no buscar la exposición al estímulo atemorizante.

Una importante tarea para la investigación futura es descubrir por qué la exposición es eficaz. ¿Qué sucede cuando un cliente “se acostumbra” a un estímulo perturbador? Una posible explicación es que a medida que los clientes sienten que pueden manejar una exposición pequeña al estímulo perturbador, y notan que sus niveles de ansiedad disminuyen, rápidamente adquieren confianza en sí mismos y desarrollan el valor para proseguir con sus esfuerzos de superar sus problemas.

La técnica conductual más eficaz para tratar los rituales compulsivos es una combinación de exposición y evitación de la respuesta. El terapeuta pide al paciente que revele todos los patrones obsesivos y compulsivos, y luego se los prohíbe. Por ejemplo, a una persona que se lava de manera compulsiva se le permite ensuciarse, e incluso se le ensucia, y luego se le ordena no lavarse. Un tratamiento típico puede permitir una ducha de 10 minutos cada cinco días. Esta exposición reduce la hipersensibilidad a la suciedad y también a su ansiedad asociada; la evitación de la respuesta finalmente elimina el ritual compulsivo. La exposición en general se debe realizar fuera

de la oficina del psicoterapeuta, y tal vez se requiera de ayudantes capacitados, tales como esposas, esposos, amigos o enfermeras. La exposición en la fantasía es menos eficaz, pero en ocasiones es la única manera posible; por ejemplo, un paciente con miedo a causar un accidente de tránsito no puede realmente atropellar a alguien.

La terapia de exposición y otros enfoques conductuales no son muy eficaces en personas que son “obsesivas puras”, es decir, que no participan en rituales ni conductas de rechazo.

Modelamiento A menudo el **modelamiento**, otro enfoque conductual, es combinado con la exposición a los estímulos que provocan ansiedad. En tanto que las terapias de exposición hacen hincapié en la eliminación de alguna respuesta emocional sobrecogedora que pueda inhibir a las personas con trastorno de ansiedad, el modelamiento otorga la máxima importancia a la *adquisición* de habilidades conductuales y una sensación de competencia.

Además de actuar como desinhibidor, el modelamiento puede funcionar en la adquisición de nuevas habilidades y capacidades de respuesta. Por ejemplo, un terapeuta puede modelar una respuesta y después retroalimentar la ejecución de las mismas conductas por parte del paciente. Además de la información proporcionada por la conducta modelada, el paciente recibe guía sobre su propia actuación. El modelamiento funciona en especial con conductas complejas, como las que ocurren en ciertas situaciones sociales. El terapeuta puede guiar al paciente a que domine las situaciones a las que teme y la conducta desadaptada. El modelamiento y el asesoramiento ayudan al paciente a alcanzar un sentido de dominio y autosuficiencia.

La perspectiva cognitiva

Los métodos que desarrollan los terapeutas conductuales, a pesar de que se basan en los principios del aprendizaje, tienen implicaciones importantes para nuestra comprensión de los procesos cognitivos, es decir, los procesos privados o internos como la imaginación y la manera en que pensamos de nosotros mismos y del mundo. Terapias como la desensibilización sistemática, la exposición y el modelamiento afectan no sólo la conducta del cliente, sino también la manera en que piensa de sí mismo. Además, la actividad cognitiva es un paso específico en la terapia conductual; por ejemplo, en la desensibilización sistemática se pide al cliente que visualice, piense o imagine ciertas situaciones que le provocan miedo. El ensayo cognitivo en combinación con la exposición in vivo han sido utilizados con éxito en los individuos fóbicos y obsesivo-compulsivos. La evidencia disponible sugiere que este procedimiento es muy eficaz para reducir la ansiedad, sin importar si el cliente se siente relajado o ansioso durante la exposición.

El modelamiento puede también tener un elemento cognitivo importante. Alguien que se sobrepone a miedos intensos como resultado de un programa de terapia conductual, como el modelamiento, adquiere una mayor confianza en sí mismo y puede empezar a pensar en nuevas maneras de comportarse en situaciones que no cubría el programa de modelamiento. La manera en que las personas piensan en las cosas a menudo cambia cuando adquieren nuevas capacidades de respuesta. De esta forma, estos cambios cog-

nitivos pueden llevar a importantes avances conductuales. Como hemos visto, el término **terapia cognitivo conductual** se refiere a los procedimientos clínicos que se basan en los principios de aprendizaje, como la extinción y el reforzamiento, y que destacan la conducta cognitiva.

Interpretación cognitiva de la conducta desadaptada

Además del creciente interés en los aspectos cognitivos de la terapia conductual, existe un rápido incremento de la influencia de la perspectiva cognitiva en los esfuerzos por comprender los trastornos de ansiedad. Esta perspectiva destaca la manera en la que ciertos pensamientos y estilos de pensar producen efectos no deseados en la conducta. Los pensamientos que preocupan a las personas interfieren con la atención que se presta a la actividad que se realiza en ese momento. Las preocupaciones, soñar despierto y las ideas que no tienen nada que ver con la tarea que se está realizando distraen al individuo y reducen la eficacia conductual.

De acuerdo con los teóricos cognitivos, las alteraciones del pensamiento que ocurren sólo en ciertos lugares o en relación con problemas específicos son las fuentes de la ansiedad. Estos pensamientos pueden incluir valoraciones irreales de las situaciones y la constante sobreestimación de sus aspectos de peligro; por ejemplo, se pueden exagerar el grado o la probabilidad del daño. De esta manera, el curso del pensamiento de una persona y su escenario mental se pueden considerar como factores de vulnerabilidad que interactúan con las características de ciertas situaciones. Desde este punto de vista, los eventos precipitantes (la situación) provocan o aumentan la actitud subyacente o el miedo (el factor de vulnerabilidad) y dan lugar a la hipervigilancia. A medida que se hace más fuerte esta actitud, los pensamientos relacionados con el peligro se activan con mayor facilidad mediante situaciones menos específicas y menos evitables (“Si lo buscas, seguro lo encontrarás”). Como resultado, el individuo ansioso rastrea continuamente los estímulos internos y externos para detectar señales de peligro.

Un ejemplo de esta clase de trastorno se puede observar en una persona obsesiva que experimenta intensa ansiedad cuando tiene que cruzar la calle y a veces puede ser incapaz de intentar cruzarla. La mayoría de las personas piensan de la siguiente manera:

1. Es seguro cruzar las calles cuando el semáforo está en verde o cuando no hay tránsito.
2. En esta calle el semáforo está en verde o no hay tránsito.
3. Entonces es seguro cruzar esta calle.

Por otro lado, la manera en que piensa la persona obsesiva puede ser la siguiente:

1. Es seguro cruzar las calles cuando el semáforo está en verde o cuando no hay tránsito.
2. En esta calle el semáforo está en verde o no hay tránsito, pero el semáforo puede cambiar súbitamente o un automóvil puede aparecer de improvisto.
3. Entonces, no es seguro cruzar esta calle.

Los estudios de los pensadores obsesivos han revelado creencias e ideas irracionales. Dichas personas creen que deben ser per-

fectamente competentes, evitar la crítica o desaprobación y ser severamente castigados por sus errores e imperfecciones. Además, en cierto nivel parecen creer que tener ciertos pensamientos o realizar ciertos rituales los ayudará a evitar resultados desastrosos que imaginan están a punto de suceder. Los individuos obsesivo-compulsivos crean reglas arbitrarias que deben seguir (por ejemplo, pisar cada séptima división de la acera). Las personas fóbicas también crean reglas para sí mismas que no se basan en la realidad (por ejemplo, “Los elevadores se atorán. Si lo utilizo se va a atorar y puedo asfixiarme; por lo tanto, no me subiré a un elevador.”) Desafortunadamente, los rituales y reglas “protectoras” se vuelven muy intrusivas y pueden interferir con la actividad normal (Salkovskis, 1999).

La figura 8-9 ilustra la visión cognitiva de un trastorno de ansiedad, la fobia social. Una situación social particular evoca las ideas de los individuos sobre la naturaleza de la situación y de sí mismos (lo que está pasando o se espera de la situación, y cómo los ven los otros), y estos supuestos los conducen a percepciones de peligro social (“Ellos pueden averiguar lo inadecuado que soy”). A su vez, estas apreciaciones estimulan el pensamiento catastrófico (“Todos saben lo aburrido que soy”). No es una sorpresa que esta sobreestimación de los requerimientos de una situación, junto con la desestimación de los recursos personales propios, conduzca a los síntomas conductuales y a experiencias sociales poco gratificantes que después contribuirán a crear temor a situaciones sociales, y confirmarán la ineptitud social del individuo.

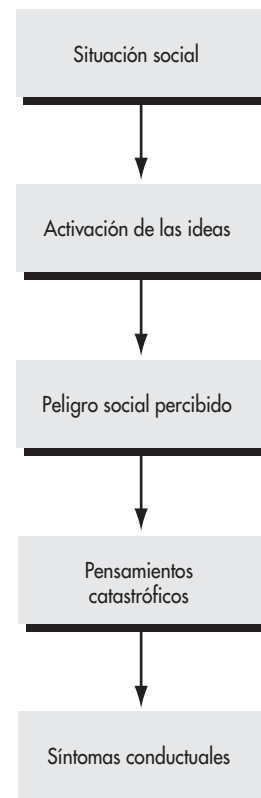


Figura 8-9 Interpretación cognitiva de la fobia social.

Terapia cognitiva Los terapeutas cognitivos emplean varias técnicas. Una de ellas es la **reestructuración cognitiva**, la cual se desarrolló a partir de la terapia racional-emotiva de Albert Ellis (ver el capítulo 2). La reestructuración cognitiva capta la atención del cliente hacia los pensamientos irracionales que sirven como claves de su conducta desadaptada. El terapeuta ayuda a los clientes a revisar sus creencias y expectativas irracionales y a desarrollar formas más racionales de ver su vida. Por ejemplo, muchas personas con trastornos de ansiedad son perfeccionistas que esperan demasiado de sí mismas y de otros, y se vuelven demasiado emotivas cuando sus metas inalcanzables no se realizan. Durante las sesiones de terapia, se hace hincapié en la manera en que las frases irracionales que las personas se dicen a sí mismas pueden afectar sus emociones y su conducta.

Por medio de la reestructuración cognitiva, las personas desarrollan valoraciones más realistas de sí mismas y de los demás. Por ejemplo, cuando presentan un examen, la persona puede pensar: “Este examen es difícil. Todos los demás parecen pensar que va a ser fácil. Todos deben saber más que yo.” Es probable que estos pensamientos lleven a un alto grado de ansiedad. Un terapeuta cognitivo ayudaría a que este cliente se concentrara en un tipo de pensamiento más adaptativo como: “Estudié mucho. Voy a tratar de contestar una pregunta a la vez. Si no sé la respuesta, continuaré con la siguiente. No hay por qué sentir pánico. Incluso las personas con mejores resultados no saben todas las respuestas.”

La **detención del pensamiento** es otra técnica cognitiva. Funciona con base en el supuesto de que un estímulo repentino que distrae al individuo, como un ruido desagradable, servirá para poner fin a los pensamientos obsesivos. Se le pide al cliente que conserve el pensamiento en la mente; luego el terapeuta dice en voz alta, “¡Alto!” Esta secuencia —pensamiento obsesivo seguido de “¡Alto!”— se repite varias veces pero con el cliente, en lugar del terapeuta, gritando “¡Alto!” Finalmente, el cliente simplemente dice en su mente “¡Alto!” Si tiene éxito, este procedimiento le da una técnica específica de autocontrol para eliminar los pensamientos obsesivos cuando éstos se presentan.

Una tercera técnica cognitiva es el **ensayo cognitivo**, mediante el cual el cliente puede ensayar mentalmente estrategias adaptativas para situaciones problemáticas. El ensayo cognitivo es en particular útil para problemas que no se pueden simular en forma conveniente en un ambiente clínico. Por ejemplo, el ensayo conductual de las habilidades sociales por parte de individuos que padecen fobia social requiere la presencia de un grupo numeroso de personas. Sin embargo, alguien que sufre de una fobia social puede imaginar que está en un grupo y ensayar mentalmente las conductas y afirmaciones internas diseñadas para mejorar sus relaciones interpersonales.

Aaron Beck ha desarrollado uno de los tipos de **terapia cognitiva** (Beck y Emery, 1985) más influyentes. Él cree que el problema psicológico central de los trastornos de ansiedad es una vulnerabilidad que surge de la tendencia del individuo a devaluar su capacidad para resolver los problemas, así como a exagerar el grado de amenaza en situaciones problemáticas. Un individuo así percibe como angustiantes las amenazas a las relaciones sociales, la libertad y la identidad propia.

La terapia cognitiva de Beck normalmente consta de cinco a 20 sesiones. Se invierte una cantidad mínima de tiempo recopilando información sobre los antecedentes, buscando las causas originales de la ansiedad o entablando una conversación intrascendente con el paciente. La mayor parte de la terapia está orientada hacia la tarea, dedicándose a la solución de los problemas que presenta el paciente. El terapeuta lo alienta a que hable de manera abierta sobre sus miedos y preocupaciones, además de comunicar empatía por la ansiedad del paciente. El método socrático se utiliza para ayudar al paciente a estar consciente de sus pensamientos, analizarlos para encontrar distorsiones cognitivas y sustituirlos con pensamientos más realistas.

La siguiente conversación tuvo lugar en una sesión de terapia en la cual se aplicó la estrategia de Beck a un caso de trastorno de angustia. Debido a que la interpretación catastrófica de las sensaciones fisiológicas es un componente central del trastorno de angustia, el terapeuta (“T”) buscó una descripción precisa de una crisis típica de la paciente (“P”) y ayudó a que ésta, una mujer de 18 años, tomara conciencia de sus malas interpretaciones.

P: *Un par de veces he sentido como si fuera a sufrir un ataque cardíaco.*

T: *Hábleme sobre ello.*

P: *Es como si empezara a latir muy fuerte, y luego muy rápido, tanto que duele, y usted sólo piensa que está ahí sentado sintiendo [respira con rapidez para demostrar cómo se hiperventila].*

T: *¿Cuál cree usted que fue el efecto de esa imagen o idea en particular en los síntomas?*

P: *Bueno, empeoraron, en cuanto lo pienso ... [pausa].*

T: *Así que usted tiene una sensación corporal aquí, en este punto de la espiral de la ansiedad [señala el diagrama]. El siguiente paso, pensamientos de que la sensación es una señal de catástrofe, que va a tener un ataque cardíaco. ¿Qué cree que le pasa a sus pensamientos cuando su ritmo cardíaco realmente aumenta? Porque usted dijo que aumentaba cuando sentía miedo...*

P: *Ajá.*

T: *¿Qué piensa entonces?*

P: *Yo me asusto mucho, y tengo que salir de la situación en la que me encuentro. Quiero decir, lo tengo que hacer.*

T: *Está bien. Entonces puede ver lo que está sucediendo ahí. Usted percibe un peligro, el cual le provoca más ansiedad; la ansiedad empeorará los síntomas, provocará que su corazón palpite aún más rápido; y usted lo interpretará entonces como “Realmente voy a sufrir un ataque cardíaco”. ¿Cierto?*

P: *Sí, pero sólo momentáneamente, usted sabe, y luego diré “No voy a tener un ataque cardíaco, pero tengo que salir de aquí!”*

T: *Está bien.*

P: *Pero, quiero decir, momentáneamente, también he pensado toda clase de, ya sabe, estoy segura ... (Alford y cols., 1990, pp. 231-232)*

Con la identificación de sus sensaciones fisiológicas y pensamientos automáticos negativos relacionados con las sensaciones, la paciente pudo alejarse con rapidez de sus pensamientos de temor. En un seguimiento después de cinco meses, reportó que no había tenido crisis de pánico desde que terminó la terapia cognitiva.

Existe considerable evidencia de que la terapia cognitiva es eficaz para tratar trastornos de ansiedad. Por ejemplo, los individuos que desarrollaron el PTSD después de estar involucrados en accidentes automovilísticos múltiples mostraron importantes mejorías (por ejemplo, menos ansiedad y culpa) después de poder hablar de sus sentimientos de culpa y enojo con un terapeuta que los ayudó a evaluar sus esquemas (Taylor y cols., 2001). La terapia cognitiva también es útil en el tratamiento grupal de obsesiones, compulsiones y fobias sociales (Heimberg y Becker, 2002; McLean y cols., 2001).

Combinación de los enfoques conductuales y cognitivos Algunos de los esfuerzos más prometedores para aplicar las técnicas psicológicas a los problemas clínicos comprenden la combinación de planteamientos sugeridos por varias perspectivas teóricas. Las investigaciones sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad ilustran estos intentos. Por ejemplo, un programa de entrenamiento para el manejo de la ansiedad tiene los siguientes componentes (G. Butler, 1989):

1. Información sobre la naturaleza de la ansiedad y lo que se espera del tratamiento
2. Un componente cognitivo para ayudar a la identificación de sí mismo y responder a los pensamientos específicos que provocan ansiedad
3. Empleo de distracciones y de relajación para afrontar situaciones en las que se anticipa la ansiedad
4. Entrenamiento de exposición para vencer la conducta de evitación
5. Un componente diseñado para inculcar confianza en sí mismo al identificar las fortalezas de la persona, que se ocupe en actividades placenteras y gratificantes y pedirle que preste atención a los aspectos de su vida en los que funciona relativamente bien

El programa de tratamiento se describe como un manual de autoayuda, fácil de entender, que el cliente sigue. Los clientes juegan un papel activo en el momento de establecer las metas, de planear las tareas en casa y de monitorear su progreso. El programa se ha empleado en una serie de estudios clínicos con pacientes que padecen de fobia social y de ansiedad generalizada, cuyo grupo, de tratamiento o control, se les asignó de manera aleatoria. El programa, que por lo regular se extiende a poco más de nueve sesiones, dio como resultado reducciones significativas de la ansiedad. El avance terapéutico se mantuvo en un seguimiento de seis meses. La importancia de estos resultados se refleja en el descubrimiento de que después del tratamiento, los índices de ansiedad de la mitad de los clientes habían disminuido más allá del punto que distingue a la población normal de la clínica. Existe evidencia de que

las personas con trastornos de angustia también respondieron de manera favorable a este tipo de tratamiento.

En general, las terapias cognitivo-conductuales empiezan por identificar la valoración idiosincrásica negativa pertinente de eventos, situaciones y personas. Por ejemplo, un individuo con PTSD puede tener estos pensamientos:

“Pronto ocurrirá un desastre.”

“Me estoy volviendo loco.”

“No puedo confiar en otras personas.”

De manera típica, la terapia requiere que el terapeuta le proporcione al paciente los fundamentos del tratamiento (por ejemplo, la necesidad de reducir o eliminar pensamientos intrusivos). La identificación de lo que desencadena los pensamientos intrusivos, y la conducta, el modelamiento, la reestructuración cognitiva, la exposición y la práctica de respuestas adaptativas son usados como componentes de la terapia, de acuerdo a las necesidades (Dobson, 2001).

La combinación de elementos de diferentes enfoques clínicos, tan valiosa como pueda ser, también plantea una pregunta sobre los ingredientes activos de la combinación. Como se han infiltrado mutuamente uno con otro, parecen existir menos diferencias claras entre la terapia conductual, la terapia cognitiva y la terapia cognitivo conductual de lo que antes se pensaba. Se necesitan estudios que comparen grupos de pacientes que reciben diferentes combinaciones de elementos terapéuticos de acuerdo con sus necesidades para identificar las fortalezas y debilidades de los enfoques clínicos. Un ingrediente terapéutico sugerido que requiere de más estudio es la serie de características de los profesionales que implementan un enfoque terapéutico particular. Un estudio de la terapia cognitivo conductual con pacientes con trastorno de angustia que incluyó a 14 terapeutas, demostró que los terapeutas realizan una fuerte contribución a los resultados terapéuticos (Huppert y cols., 2001). A pesar de que todos los terapeutas estaban bien capacitados y tenían experiencia, los más experimentados obtuvieron mejores resultados en algunas de las mediciones de resultados. Con este descubrimiento surgen algunas interesantes e importantes preguntas, como: ¿Qué tiene que ver la experiencia del terapeuta con los resultados de la terapia? ¿Qué otras características del terapeuta pueden contribuir a mejorar los resultados?

La perspectiva biológica

Con los años, se ha descubierto que el estado biológico de un individuo provoca diferentes tipos de reacciones de ansiedad. Algunos de estos descubrimientos han conducido al desarrollo de métodos de tratamiento médico. A pesar de que, para la mayoría de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad no se encontró ninguna causa orgánica directa, el descubrimiento de causas físicas en otras condiciones sugiere la posibilidad de que existan algunos lazos entre la ansiedad y el funcionamiento biofísico. Las personas cuyo sistema nervioso es particularmente sensible a la estimulación parecen ser más propensas a experimentar ansiedad severa.

Factores genéticos Los experimentos de endogamia con animales han demostrado que la herencia tiene una fuerte influencia en características como la timidez, el miedo y la agresividad. Los trastornos de ansiedad tienden a presentarse en familias, y los hijos de personas que han sido tratadas por trastornos de ansiedad tienden a ser más ansiosos y temerosos, experimentar más dificultades en la escuela, preocuparse más por los miembros de su familia y por ellos mismos, y tener más quejas somáticas que los hijos de padres normales. También pueden pasar más tiempo en alguna actividad solitaria y reunir los criterios de un trastorno de ansiedad que los niños cuyas familias no tienen historial de trastornos de ansiedad. Un estudio de cerca de 4000 parejas de gemelos adultos trató de evaluar los efectos separados de los factores genéticos y ambientales en la ansiedad y la depresión (Kendler y cols., 1986). Existía fuerte evidencia de un factor genético y un efecto estadísticamente significativo, pero débil, que involucraba al factor del ambiente familiar.

En la actualidad, existe poca evidencia sólida sobre la forma en que los factores genéticos moldean la personalidad humana. Sin embargo, se han descubierto algunas pistas. Por ejemplo, un grupo de investigadores encontró una modesta pero perceptible conexión entre la conducta relacionada con la ansiedad y un gen que controla la capacidad del cerebro para utilizar la serotonina, un neuroquímico esencial (Lesch y cols., 1996). La **serotonina** es una de las más pequeñas moléculas que transportan señales entre las células nerviosas. Está relacionada con el movimiento, el apetito, la reproducción, la cognición y la emoción. En particular, tiene relación con la ansiedad y la depresión, y se sabe que muchos fármacos (como el Prozac) influyen sobre su papel en la neurotransmisión.

Función cerebral Los estudios con animales y seres humanos se han enfocado a ubicar con exactitud las áreas y circuitos específicos del cerebro que se relacionan con los trastornos de ansiedad. El miedo, una emoción que evolucionó para afrontar el peligro, causa una respuesta de protección rápida y automática que ocurre sin la necesidad de un pensamiento consciente. Se ha encontrado que la respuesta corporal del miedo es coordinada por una pequeña estructura que se encuentra muy adentro del cerebro, llamada **amígdala**. La amígdala, aunque es relativamente pequeña, es una estructura muy complicada, y diferentes trastornos de ansiedad pueden asociarse con la activación anormal de partes particulares de ella. Los estudios en animales han mostrado que otra área del cerebro, el **hipocampo**, el cual se sabe juega un papel importante en los recuerdos cargados de emociones, parece ser más pequeña en animales traumatizados. La imagen cerebral de seres humanos indica un descubrimiento similar en los pacientes con PTSD.

El historial de experiencias de una persona puede ser importante en la manera en que funcionan las partes del cerebro relacionadas con las emociones. Por ejemplo, cuando pacientes con PTSD son expuestos a sonidos o diapositivas relacionados con experiencias traumáticas, se reduce el flujo sanguíneo de ciertas áreas del cerebro (Bremner, 1998). Existen algunos indicios de que el estrés puede provocar una atrofia y disfunción del hipocampo en ciertos individuos. Parecería que los factores biológicos no son simples causas de ansiedad y respuestas exageradas al estrés. En su lugar, los procesos bidireccionales cada día son más evidentes: la biolo-

gía puede tener influencia en la conducta, y las experiencias que una persona tiene pueden influir en las estructuras y los procesos biológicos. Esta bidireccionalidad se aplica a las secreciones hormonales, así como a la función cerebral. La **cortisona**, una hormona liberada por la glándula suprarrenal, tiene influencia en la forma en que responden los individuos al estrés, y su producción es influida por exposiciones previas a altos niveles de estrés (Yehuda, 1999).

Terapias con fármacos Durante la década de los años cincuenta los nuevos medicamentos que se emplearon para tratar trastornos psicóticos severos mostraron efectos positivos impresionantes. Como consecuencia, gran parte de la investigación biológica se ha dirigido también hacia el desarrollo de medicamentos que puedan ser eficaces para manejar los trastornos menos severos —y con frecuencia, más comunes— como los trastornos de ansiedad.

Benzodiazepinas Los tranquilizantes son la terapia somática más empleada en el tratamiento de la ansiedad. Aunque las reacciones placebo pueden explicar una parte de la eficacia de estos fármacos, los psiquiatras y otros médicos que prescriben tranquilizantes los han encontrado muy útiles para reducir estados de gran tensión. La literatura sobre los efectos conductuales de los tranquilizantes o ansiolíticos sugiere que estos agentes reducen la intensidad de las respuestas a los estímulos que indican castigo y frustración.

En 1960 se introdujo un grupo de drogas llamadas **benzodiazepinas**. Se comercializaron bajo nombres comerciales como Librium y Valium y se emplean para tratar ansiedad, tensión, excitación conductual e insomnio. A pesar de que las benzodiazepinas han probado su eficacia para reducir la ansiedad, tienen también algunos efectos secundarios problemáticos, que incluyen somnolencia, letargo, incapacidad motora y capacidad de concentración reducida. Los fármacos también producen dependencia fisiológica y psicológica. Su uso excesivo puede provocar una conducta inconveniente, que incluye desorientación, confusión, ira y otros síntomas que se parecen a la embriaguez. Cuando se combinan con el alcohol, los movimientos físicos lentos y la carencia de alerta se pueden intensificar peligrosamente.

Un derivado de las benzodiazepinas, el *alprazolam*, fue aprobado por la U.S. Food and Drug Administration para el tratamiento del trastorno de angustia. El alprazolam actúa rápido y tiene menos efectos secundarios desagradables que otras drogas utilizadas en el tratamiento de trastornos de angustia. Sus efectos secundarios incluyen la desorientación y síntomas de retraimiento si el paciente deja de tomarlo después de un largo periodo de uso.

Antidepresivos Algunos fármacos desarrollados como antidepresivos han mostrado su eficacia para tratar los trastornos de angustia y los obsesivo-compulsivos. Un grupo de antidepresivos, los tricíclicos (imipramina, clorimipramina), parecen tener efectos terapéuticos en muchas personas que padecen estos trastornos. Los antidepresivos tricíclicos quizá sean eficaces hasta en dos terceras partes de las personas que sufren de un trastorno obsesivo-compulsivo, pues reducen las obsesiones y los sentimientos de ansiedad y aumentan la probabilidad de una respuesta positiva a la terapia conductual diseñada para eliminar las respuestas ritualistas. Los posibles efectos secundarios de los fármacos tricíclicos incluyen sequedad de boca, somnolencia, visión borrosa y ataques.

El uso exitoso de los fármacos para tratar los trastornos de ansiedad no sólo tiene un valor práctico y es un estímulo para el desarrollo de las teorías biológicas de la ansiedad, sino que además da lugar a preguntas importantes. Por ejemplo, ¿por qué los fármacos que se desarrollaron para tratar la depresión pueden ser útiles en casos de ansiedad? Las evidencias de que los antidepresivos son útiles para tratar los trastornos de ansiedad sugieren que la relación entre la ansiedad y la depresión requiere de un análisis minucioso (ver el cuadro 8-3, el cual trata la comorbilidad de la ansiedad y la depresión).

Combinación de tratamientos psicológicos y biológicos Algunas perspectivas teóricas —y los enfoques de tratamientos derivados de ellas— a menudo han sido analizadas en términos competitivos: ¿Cuál es la más eficaz y válida? Por supuesto, no sería sorprendente si ciertas técnicas fueran superiores a otras para tratar tipos particulares de trastornos. La investigación que compara los diversos enfoques de tratamiento de la conducta desadaptada es valiosa tanto teórica como clínicamente. Los trastornos de ansiedad ilustran el valor de la investigación, pues sugieren la posibilidad de que la combinación de los enfoques de tratamiento que pueden sea lo mejor para ciertas clases de problemas clínicos.

Mark Apple, de 30 años, ha padecido de obsesiones y compulsiones por casi 10 años. No podía controlar sus pensamientos de cometer actos violentos (él nunca fue demasiado violento) y padecía un problema de revisar constantemente (verificaba 6 u 8 veces para asegurarse de que la puerta del automóvil estuviera cerrada). Le fue prescrito un medicamento antidepresivo, fluoxetina, y después de dos años de tomar esta droga sus obsesiones y compulsiones se redujeron un tercio. En este punto, empezó una terapia cognitivo-conductual que se enfocaba en la exposición (por ejemplo, imaginar estacionar su automóvil en un lote, cerrarlo y no revisar si realmente lo había cerrado), y examinar sus esquemas mentales (¿estaba dando demasiada importancia y significado a sus pensamientos de violencia?). Después de 15 sesiones de terapia, Mark mejoró considerablemente, y la dosis de fluoxetina fue gradualmente reducida en dos tercios.

Aunque la base científica de este tipo de tratamiento combinado no es bien entendida, las pruebas de que puede ser bastante eficaz para manejar cierto tipo de problemas han aumentado. Es importante que los clínicos mantengan la mente abierta y no rechacen categóricamente un enfoque particular de tratamiento (DiTomasso y Gosch, 2002; Sammons y Schmidt, 2001). Muchos medicamentos requieren de dosis diarias por tiempo indefinido. Sin embargo, dado que virtualmente todas los fármacos psicoactivos tienen efectos secundarios (algunos más marcados que otros), tiene sentido explorar los efectos de tratamientos psicológicos que puedan proporcionar resultados clínicos valiosos y reducir o eliminar las dosis que se prescriben.

El mensaje con el que nos quedamos

A pesar de que el concepto de la ansiedad no es nuevo, en las últimas décadas los investigadores y clínicos han estimado mejor la frecuencia de los trastornos de ansiedad, y han entendido mejor cómo tratarlos. Los avances en el entendimiento del proceso cognitivo, las variables que tienen influencia en la conducta y la biología de la ansiedad han aumentado el optimismo de que las personas ansiosas pueden ser ayudadas.

Aun así, muchos problemas siguen sin resolverse. El hecho de que las personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad compartan síntomas con otras que tienen diferentes diagnósticos (comorbilidad) da pie a preguntas sobre la confiabilidad de los diagnósticos como se realizan en la actualidad. ¿Por qué existen tantas coincidencias entre la ansiedad y la depresión? ¿Son nuestros diagnósticos y tratamientos para estos trastornos, como se definen actualmente, adecuados para lograr la máxima eficacia clínica? Combinar conceptos y enfoques (como las terapias psicológicas y ciertos medicamentos) puede ayudarnos a avanzar en el estudio de los trastornos de ansiedad en años venideros.

R esumen del capítulo

La experiencia de la ansiedad

La **ansiedad** incluye preocupación, miedo, aprensión, pensamientos intrusivos, síntomas físicos, y sentimientos de tensión. Con frecuencia parece tener un carácter automático que proviene más del individuo que de los factores situacionales. Las razones que producen la ansiedad con frecuencia no son claras para la persona ansiosa.

Trastorno de ansiedad generalizada

Una persona que padece del **trastorno de ansiedad generalizada** experimenta preocupaciones y temores vagos pero intensos que persisten

por un largo periodo, por lo menos seis meses. Los síntomas incluyen tensión motora, reactividad autonómica, aprensión por el futuro e hipervigilancia. Por lo general, el curso del trastorno de ansiedad generalizada es prolongado, con duraciones de hasta 20 años. Las terapias cognitivas, psicodinámicas y conductuales pueden ser útiles, así como los medicamentos, para reducir la ansiedad. Si embargo, el uso prolongado de drogas puede producir efectos secundarios significativos.

Trastorno de angustia

Las **crisis de pánico** son severas crisis de ansiedad que ocurren de improviso e incluyen síntomas físicos severos, así como miedos intensos

que con frecuencia incluyen preocupación por morir, enloquecer o comportarse de manera descontrolada. Las personas con **trastorno de angustia** experimentan crisis de pánico inesperadas y, por lo tanto, se incrementa su nivel de ansiedad porque se preocupan de que se pueda presentar otra crisis. Algunas crisis de pánico se pueden evitar con la *imipramina*, un fármaco para tratar la depresión. Tanto el trastorno de ansiedad generalizada como el trastorno de angustia se pueden manifestar en familias.

Fobias

Las personas que padecen **fobias** tienen miedos relacionados con objetos, personas o situaciones específicas. Con frecuencia, las fobias se desarrollan gradualmente o empiezan con una crisis de ansiedad generalizada. Estos padecimientos son trastornos comunes que afectan dos veces más a las mujeres que a los hombres. Además, a menudo empiezan antes de la edad adulta y tienen probabilidad de volverse crónicas. Las fobias se pueden agrupar en tres principales grupos: *fobias específicas*, *fobias sociales* y *agorafobia*.

Fobias específicas Las **fobias específicas** son las más comunes. Este grupo incluye miedos irracionales variados, como el miedo intenso a cierto tipo de animal o a estar en un espacio cerrado. Las fobias específicas pueden surgir de una situación previa que provocó miedo o ansiedad y que involucró al tipo de persona o situación que más tarde se asocia con la fobia. Los procedimientos que usan el enfoque del condicionamiento clásico para aparear los estímulos fóbicos con la respuesta de no ansiedad son con frecuencia usados exitosamente para tratar las fobias específicas.

Fobias sociales Las **fobias sociales** se caracterizan por un miedo intenso que incapacita y avergüenza cuando se interactúa con otros. El temor a sonrojarse en una situación social y el miedo a comer frente a otros son dos fobias sociales especialmente difíciles de tratar con éxito.

Agorafobia La **agorafobia** es el término utilizado cuando las personas desarrollan miedo a encontrarse en situaciones desconocidas. Muchos agorafóbicos tienen miedo de dejar sus hogares, por lo que su capacidad para realizar actividades normales de la vida es severamente limitada. Existen dos tipos principales de agorafobia: con o sin crisis de pánico. En el primer grupo, las crisis de pánico con frecuencia empiezan primero y conducen a la agorafobia. Como mencionamos, las crisis de pánico pueden ser tratadas con drogas antidepresivas. La agorafobia puede tratarse exitosamente con técnicas conductuales en las que se expone al agorafóbico al estímulo que produce el miedo, bajo condiciones controladas, con el apoyo del terapeuta.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Las personas que sufren de **trastorno obsesivo-compulsivo** no pueden controlar su preocupación por ideas específicas, o son incapaces de evitar la realización repetida de un acto en particular o una serie de actos, lo cual afecta su capacidad para realizar actividades normales. La **conducta obsesiva** es la incapacidad de dejar de pensar en una idea o tema en particular. El tema de estos pensamientos es muchas veces desagradable y vergonzoso para la persona que los siente. La **conducta compulsiva** es la necesidad de realizar ciertas conductas una y otra vez. Muchas compulsiones son contar, ordenar, revisar, tocar y lavar. Los rituales compulsivos pueden ser muy elaborados y contener muchas ac-

tividades. Los trastornos obsesivo-compulsivos tienden a empezar en los últimos años de la adolescencia y los primeros de la edad adulta, y son igualmente comunes entre hombres y mujeres. Las drogas relacionadas con la **serotonina** son útiles en algunos pacientes, como lo son las intervenciones psicológicas que incluyen la exposición y la evitación de la respuesta.

Trastorno por estrés postraumático

El **trastorno por estrés postraumático (PTSD)** puede ocurrir después de estar expuesto a un estrés excesivo como un desastre natural, accidente serio o la participación en una batalla u otras situaciones relacionadas con la guerra. Los síntomas del PTSD varían ampliamente, pero pueden incluir sueños recurrentes, flashbacks, falta de concentración y problemas emocionales. Las personas que padecen del PTSD después de una experiencia estresante pueden haber tenido un historial de trastornos psicológicos previos.

Factores de vulnerabilidad Aunque el PTSD es ahora ampliamente reconocido como una reacción relacionada con el estrés de un trauma, el diagnóstico es controvertido porque con frecuencia es difícil evaluar las contribuciones relativas de la situación traumática y la vulnerabilidad psicológica con que el individuo llega a dicha situación. Algunos expertos creen que el diagnóstico se da a la ligera. El requisito del DSM-IV-TR que distingue el PTSD de otros trastornos por estrés agudo es que los síntomas persistan por más de un mes antes de diagnosticarlo.

La experiencia postraumática Los expertos discrepan sobre la utilidad del interrogatorio inmediato y otras intervenciones terapéuticas para los involucrados en eventos traumáticos. En algunos casos, estas intervenciones pueden entorpecer el proceso de curación normal. Sin embargo, la psicoterapia y la terapia conductual iniciada algunos meses después de la experiencia pueden ayudar a algunos pacientes con PTSD a considerar más objetivamente su experiencia traumática.

Interpretación y tratamiento de los trastornos de ansiedad

La perspectiva psicodinámica Los teóricos con orientación psicodinámica sugieren muchas posibles causas de los trastornos de ansiedad, entre las cuales se incluyen percepción de inutilidad e incapacidad para afrontar las situaciones de la vida, miedo al abandono o a la pérdida del amor, pérdida repentina de apoyo emocional e impulsos inaceptables que, aunque sean inconscientes, amenazan con convertirse en conscientes. Freud definió varios mecanismos de defensa que pueden jugar un papel importante en los trastornos obsesivo-compulsivos. Entre ellos se pueden mencionar el **aislamiento**, la **anulación** y la **formación reactiva**. Los terapeutas con esta orientación típicamente tratan estos trastornos con la psicoterapia dirigida a ayudar a los clientes a llegar a comprender las raíces inconscientes de su ansiedad.

La perspectiva conductual Los conceptos de condicionamiento, reforzamiento y extinción del aprendizaje son todos aplicados en la terapia conductual. Los terapeutas conductuales comúnmente utilizan la terapia de exposición para tratar a clientes fóbicos y obsesivo-compulsivos. Existen tres tipos de terapia basados en el principio de exposición: la **desensibilización sistemática**, en la que los estímulo-

los que provocan miedo se presentan de forma gradual, acompañados de ejercicios de relajación; la **terapia implosiva**, en la que el cliente imagina una situación compleja y que le provoca miedo; y la **exposición in vivo**, en la que la persona realmente está presente en la situación temida. La **inundación** se refiere a una exposición rápida e intensa a la estimulación en una situación de exposición in vivo. El **modelamiento** se usa para ayudar a los clientes a adquirir respuestas adaptativas y a corregir las respuestas desadaptadas.

La perspectiva cognitiva Muchas de las terapias conductuales, como la desensibilización sistemática, incluyen un ensayo cognitivo. La **terapia cognitivo-conductual** se basa en los principios del aprendizaje de extinción y reforzamiento, pero destaca la conducta cognitiva. La terapia cognitiva se enfoca en diversas técnicas que normalmente se combinan con varios ejercicios conductuales, entre éstos, la **reestructuración cognitiva**, la **detención del pensamiento** y el **ensayo cognitivo**.

La perspectiva biológica Existe fuerte evidencia de la incidencia de factores genéticos en los trastornos de ansiedad que se presentan en los estudios en seres humanos y animales. Existe también una menor evidencia de un factor ambiental. Algunos fármacos se utilizan actualmente para tratar trastornos de ansiedad específicos. Las **benzodiazepinas** y los tranquilizantes como el Valium, son las drogas de prescripción utilizadas con más frecuencia en el tratamiento general de la ansiedad. Un derivado de las benzodiazepinas, el *alprazolam*, se ha vuelto muy popular para tratar trastornos de angustia. Un grupo de fármacos antidepresivos, los **tricíclicos**, también se utilizan con éxito para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo, especialmente en combinación con la terapia conductual. Se piensa que una razón por la que los antidepresivos son útiles para tratar la ansiedad es la coincidencia en los síntomas y ciertas condiciones de los diferentes trastornos. Esta coincidencia es conocida como **comorbilidad**. Con frecuencia, la combinación de técnicas de tratamientos biológico y psicológico es más eficaz que los tratamientos por separado.

Conceptos clave

Agorafobia, p. 251
Aislamiento, p. 261
Amígdala, p. 266
Ansiedad, p. 238
Anulación, p. 261
Benzodiazepinas, p. 266
Comorbilidad, p. 260
Conducta compulsiva, p. 252
Conducta obsesiva, p. 252
Crisis de pánico, p. 241
Desensibilización sistemática, p. 261

Ensayo cognitivo, p. 264
Exposición in vivo, p. 261
Fobia, p. 245
Fobias específicas, pp. 245 y 246
Fobias sociales, p. 247
Formación reactiva, p. 261
Hipocampo, p. 266
Inundación, p. 261
Modelamiento, p. 262
Reestructuración cognitiva, p. 264
Terapia cognitiva, p. 264

Terapia cognitivoconductual, p. 263
Terapia conductual, p. 261
Terapia de exposición, p. 261
Terapia implosiva, p. 261
Trastorno de angustia, p. 241
Trastorno de ansiedad generalizada, p. 240
Trastorno obsesivo-compulsivo, p. 252
Trastorno por estrés postraumático (PTSD), p. 256
Trastornos de ansiedad, p. 240

Un buen libro

Enfermera titulada, Patricia Van Tighem vive ahora en un pequeño pueblo en las montañas de la Columbia Británica con su esposo y sus cuatro hijos. En 1983, ella y su esposo estaban de excursión y se cruzaron con un oso. El hecho de que hayan sobrevivido es un milagro. En el libro *The Bear's Embrace*, Van Tighem relata cándidamente su

desfiguración facial, sus numerosas y dolorosas cirugías reconstructivas y las pesadillas que después la angustiaban. Su libro es inspirador, ya que describe lo que le pasó y cómo afrontó el ataque y sus secuelas.

9

Variantes y trastornos sexuales



Giovanopoulos

Panorama cambiante del comportamiento sexual

Estudios sobre la conducta sexual

Homosexualidad: un ejemplo del panorama cambiante del comportamiento sexual

Bisexualidad: una variante sexual poco estudiada

Orígenes de la orientación sexual

Disfunción sexual

Tipos de disfunción sexual

Tratamiento de la disfunción sexual

Trastornos de la identidad sexual

Problemas de la identidad sexual en niños

Trastornos de la identidad sexual en adultos

Posibles causas del trastorno de identidad sexual

Las parafilias

Fetichismo

Fetichismo travestista

Sadismo y masoquismo sexual

Voyeurismo

Frotteurismo

Exhibicionismo

Pedofilia

Perspectivas sobre las parafilias

Victimización sexual

Victimizadores sexuales

Acoso sexual

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

El comportamiento sexual aceptable tiene un significado diferente para cada persona y los conceptos sobre la sexualidad han sufrido grandes cambios a través de los años. Los factores biológico, cognitivo, emocional y social se combinan para influir en el comportamiento sexual que se encuentra entre lo normal y lo desviado. En este capítulo se examinarán varios tipos de conducta sexual, entre ellos la ansiedad e infelicidad que influyen sobre el ajuste sexual, la conducta que es desviada pero privada o que hiere u ofende a otros.

Marie y Rob, de 25 y 26 años respectivamente, han estado casados por dos años. Consideran su matrimonio muy feliz y se sienten muy enamorados. Sin embargo, Marie se siente insatisfecha con su relación sexual. Durante todo su matrimonio nunca ha experimentado un orgasmo. Por otro lado, a Rob le gustaría prolongar sus relaciones sexuales pero alcanza el orgasmo mucho antes de lo que a él le gustaría.

Gina R. tiene 25 años y desde que puede recordar, siempre se ha sentido inconforme con su cuerpo. Siente que debió haber sido un hombre. Sus ropas generalmente tienen un carácter masculino (tejanos, camisas de franela, zapatos resistentes), así como su voz y sus actitudes. Su insatisfacción con su identidad sexual se intensificó cuando llegó a la adolescencia. No le gustaba menstruar o que se le desarrollaran los senos. Nunca ha tenido experiencias sexuales con hombres, pero ha tenido muchas relaciones con personas de su mismo sexo. En estas relaciones ella tomaba la iniciativa de llevar a su pareja al orgasmo, pero no permitía que le tocaran los senos. Mientras estaba en la secundaria con frecuencia pensaba en sí misma como homosexual, pero finalmente se dio cuenta de que era transexual. Le gustaría someterse a una operación de cambio de sexo, casarse con una mujer y ser el padre de los hijos de su pareja.

Arnold M., un hombre casado de 38 años, se excita intensamente con las medias de nylon de las mujeres. Cuando era estudiante universitario utilizaba las medias para masturbarse. Cuando se casó, convenció a su esposa de usar medias de nylon para practicar el sexo. Primero ella lo complació, pero después se negó a hacerlo. Arnold encuentra muy difícil excitarse sin las medias, y su esposa le ha hecho comentarios sobre esto.

Jim P. tiene 47 años, es casado y tiene dos hijos. Por años se ha sentido atraído por las niñas, y se masturba frecuentemente mientras se imagina retozando con niñas desnudas de 5 a 7 años. Algunas veces ha tratado de fotografiar a niñas desnudas, y en dos ocasiones la policía ha recibido quejas de los padres de las niñas. Ha alentado a niñas a que se bajen la ropa interior para que él las pueda mirar, y tal vez fotografiar. Recientemente, un adolescente lo descubrió tratando de observar a una niña desnuda. El adolescente contactó a la madre de la niña, quien presentó cargos contra Jim. Durante el juicio, varias niñas del vecindario, que habían sido victimizadas por Jim en el pasado, dieron testimonios que contribuyeron a su condena. El día siguiente a su condena, la esposa de Jim presentó los papeles del divorcio. Actualmente Jim está en prisión.

Existen muchas cosas que no sabemos sobre estas personas, pero un punto es claro: ellos o las personas a su alrededor, o ambos, están preocupados sobre aspectos de su sexualidad. Únicamente en el caso de Jim estos intereses y preferencias crean profundas preocupaciones sociales. Este capítulo trata con las expresiones de la sexualidad que varían ampliamente, desde problemas en la excitación o el desempeño sexual hasta preocupaciones privadas (o lo que se considera como idiosincrasias), y serios problemas para la comunidad. Se estudiarán cuatro grupos amplios de problemas. La *disfunción sexual* (como la incapacidad del hombre para mantener una erección) es en general un asunto privado que es muy importante para la persona y su pareja, pero en general es desconocido por otros. Los *problemas de identidad sexual* corresponden al ajuste entre la imagen propia y el sexo biológico. Las *parafilias* representan la incapacidad de obtener satisfacción sexual excepto de maneras inusuales. La *victimización sexual* se refiere a conductas que dañan a otros en su esfuerzo para obtener gratificación sexual. A pesar de que este libro se enfoca principalmente en la conducta anormal, es importante contar con un extenso marco de referencia para examinar temas delicados y a menudo controvertidos como la variación sexual, y también para considerar los trastornos sexuales.

Panorama cambiante del comportamiento sexual

La conducta sexual de todo tipo nunca ha dejado de ser un tema de gran interés. Las opiniones sobre la conducta sexual han sufrido la influencia de muchas cuestiones que cambian con el paso del tiempo, tales como los factores socioculturales y las creencias religiosas. A través de los siglos, las ideas sobre la sexualidad y la desviación sexual han sufrido cambios importantes. Durante el siglo

IV a.C., los griegos consideraban el sexo como una parte placentera de la naturaleza, que se podía disfrutar con parejas de cualquier género. Este punto de vista abierto sobre la sexualidad contrasta de manera notable con el punto de vista occidental que prevaleció durante el periodo entre la caída de Roma y el siglo XVIII, cuando muchas autoridades de la Iglesia católica se obsesionaron con la idea de que el sexo era un pecado. Durante ese periodo, se torturó a muchos miles de europeos para que confesaran haber experimentado encuentros eróticos con el diablo, después de lo cual se les quemaba vivos en público. El precio que las mujeres tenían que pagar para que las rescataran de este destino era renunciar a todos los pensamientos sexuales o eróticos. Para mediados del siglo XIX, la idea de que la mujer era moralmente pura, eróticamente apática y sexualmente inerte había alcanzado un punto crítico. Se esperaba que las mujeres participaran en la conducta sexual sólo para satisfacer a sus esposos y cumplir con su obligación de ser madres. Esta represiva visión de la sexualidad no contribuyó mucho al bienestar de hombres y mujeres. Tampoco sirvió para mejorar las condiciones sociales porque en este periodo se incrementaron la pornografía, la prostitución y las enfermedades venéreas.

De vez en cuando, algunas almas valientes estaban dispuestas a poner en duda las ideas populares sobre el papel de la sexualidad en la conducta humana. En el siglo XIX, uno de estos individuos, Sigmund Freud, utilizó material que recopiló de varios pacientes para ilustrar los efectos negativos de una visión represiva de la sexualidad. Freud rastreó las desviaciones sexuales de los adultos hasta eventos importantes durante la niñez. A pesar de que algunos aspectos de sus teorías continúan siendo controvertidos, Freud estimuló la reconsideración del papel de los sentimientos sexuales en el desarrollo. Argumentó que todas las personas son bisexuales de manera innata, en lugar de heterosexuales como lo establece la cultura. Sostuvo que aunque el desarrollo psicosexual por lo general avanza hacia una conclusión heterosexual, algunas circunstancias, como la incapacidad para resolver el complejo de Edipo, pueden tener como resultado un comportamiento adulto homosexual. En general, el punto de vista de Freud sobre la homosexualidad es que se trata simplemente de una variación del desarrollo sexual, no de un trastorno. En una carta dirigida a una madre que le había escrito para pedirle terapia para su hijo, Freud escribió:

Desde luego que la homosexualidad no es una ventaja, pero no hay nada de que avergonzarse, no es una mancha ni una degradación, no se puede clasificar como una enfermedad; la consideramos como una variación de la función sexual producida por ciertas dificultades en el desarrollo sexual. Muchos individuos muy respetados de épocas modernas y antiguas han sido homosexuales, entre ellos, algunos de los más grandes hombres (Platón, Miguel Ángel, Leonardo da Vinci, etc.). Es una gran injusticia y también una crueldad perseguir a la homosexualidad como un crimen. (Freud, 1935/1951, p. 786)

También Havelock Ellis ejerció una influencia importante en las opiniones sobre la sexualidad. Ellis escribió libros y artículos enfocándose en la variedad de conductas sexuales que se presentaban en la vida de las personas comunes. Reconoció que era común tanto para hombres como para mujeres masturbarse e hizo hincapié en

las causas psicológicas, más que las físicas, de muchos problemas sexuales. Fue Ellis quien sugirió que se realizaran estudios objetivos para averiguar lo que pasa en las relaciones sexuales comunes. Su útil sugerencia no se puso en práctica sino hasta hace poco tiempo.

Estudios sobre la conducta sexual

Aunque la frecuencia con la que las personas realizan las diferentes prácticas sexuales ha sido analizada por mucho tiempo y de gran interés, es sólo en los últimos sesenta años que se han coordinado los esfuerzos científicos para reunir hechos pertinentes. Es casi imposible (y socialmente inaceptable) realizar mediciones directas de las conductas sexuales de los miembros de una comunidad. Por lo tanto, debemos confiar en los *estudios sobre la sexualidad*, es decir, los reportes que presentan los individuos sobre su conducta sexual. Como con todos los estudios de temas delicados, es probable que estos informes sobre sí mismos tengan algunas tendencias. Presentar informes erróneos intencionalmente (por ejemplo, no informar sobre algo o exagerarlo), recuerdos incompletos, malinterpretar las preguntas y participar de manera selectiva en un estudio puede reducir la confiabilidad y validez de los datos (Seidman y Rieder, 1994).

Alfred Kinsey, un biólogo de la Universidad de Indiana, llevó a cabo una serie de entrevistas exhaustivas con voluntarios sobre sus vidas sexuales, y publicó sus descubrimientos sobre los hombres en 1948 y sobre las mujeres en 1953. Su investigación fue el primer estudio objetivo importante sobre las prácticas sexuales. Sin embargo, estos datos eran limitados porque estos sujetos eran personas que se ofrecieron a realizar el estudio y que probablemente estaban más interesados en el sexo y eran más interesantes que un grupo seleccionado al azar. Aunque los científicos han reconocido la necesidad de mejorar los estudios precursores de Kinsey para obtener más información sobre las prácticas sexuales actuales, el gobierno es reacio a proporcionar apoyo financiero para estudios sobre la conducta sexual.

Afortunadamente, se puede encontrar información sobre la conducta sexual de las personas en otros estudios. Por ejemplo, el National Opinion Research Center, de la Universidad de Chicago, llevó a cabo un estudio aleatorio de 3432 hombres y mujeres estadounidenses de edades entre 18 y 59 años (Laumann y cols., 1994). La participación para el estudio fue alta, pues alrededor de 80% de los entrevistados estuvo de acuerdo en hablar sobre hechos de sus vidas sexuales. La tabla 9-1 muestra algunos de los resultados del estudio. La investigación encontró que el promedio de parejas sexuales en la vida, reportado por hombres, era de seis. En el caso de las mujeres, el número promedio era de dos. Más de 80% de los estadounidenses había tenido una sola pareja o ninguna en el año anterior, y sólo 3% de las mujeres y hombres dijeron haber tenido cinco o más parejas en el año anterior. Setenta por ciento de los hombres casados y 85% de las mujeres casadas dijeron haber sido fieles a sus esposos. Las personas que habían tenido mayor actividad sexual y que estaban más contentos con sus vidas sexuales fueron las parejas monógamas.

Según cómo se planteara la pregunta, las personas tenían una variedad de respuestas sobre sus preferencias sexuales. Más de 5%

TABLA 9-1

¿Con qué frecuencia practican el sexo las personas en diferentes grupos de edades?
Porcentajes de varios grupos de edades que reportan la frecuencia con la que tienen sexo

Promedio de edad	Cuatro o más veces a la semana		Algunas veces al mes		No tienen sexo en absoluto	
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
18-24	12	12	24	32	15	11
25-29	11	10	31	38	7	5
30-34	7	8	35	35	10	8
35-39	5	3	40	38	7	11
40-44	6	7	44	46	7	15
45-49	6	3	33	41	13	16
50-54	5	2	45	40	8	19
55-59	1	2	42	30	16	41
Todas las edades	8	7	36	37	10	14

FUENTE: Laumann y cols., 1994.

de los hombres reportaron haber tenido un encuentro sexual con otro hombre en la edad adulta, mientras 2.8% dijo ser homosexual o bisexual. Por su parte, 3.5% de las mujeres reportaron haber tenido un encuentro sexual con otra mujer, mientras que 1.4% dijo ser homosexuales o bisexuales (ver la tabla 9-2). La circunstancia de vivir en áreas rurales o urbanas afectaba las respuestas. Alrededor de 9% de los hombres y de 3% de las mujeres que vivían en las ciudades más grandes de la nación dijeron ser homosexuales o bisexuales, porcentajes significativamente más altos que en el estudio en general. Estos descubrimientos ayudan a explicar por qué la incidencia de la homosexualidad ha sido sujeto de tal polémica. La proporción de la población que se define como homosexual di-

fiere en diferentes áreas. A pesar de que los homosexuales parecen ser una fracción pequeña de la población en general, tienden a agruparse en las ciudades grandes. El estudio también proporcionó información sobre la experiencia sexual de los adolescentes. Esto es importante, porque para proporcionar información en los debates sobre cómo combatir el embarazo en la adolescencia, los estadounidenses necesitan saber cuándo las adolescentes tienen sexo por primera vez y por qué. Las razones han cambiado a través de las décadas. Treinta y siete por ciento de las mujeres más jóvenes que participaron en este estudio dijeron que la razón por la que tuvieron sexo por primera vez fue por presión de sus compañeros, y sólo el 35% dijo que era por afecto a su pareja. En contraste, en generaciones previas, la mayoría de las mujeres dijeron que tuvieron sexo por primera vez por afecto a su pareja, y sólo un número pequeño dijo que la razón era la presión de sus compañeros. El estudio también descubrió que los hombres piensan en sexo más que las mujeres y se sienten atraídos a un rango más amplio de prácticas sexuales (ver la tabla 9-3). En comparación con estudios previos, los descubrimientos más recientes muestran un rango cada vez más amplio de prácticas sexuales de hombres y mujeres. Los estudios en estudiantes universitarios reflejan esta tendencia. Entre ellos parece existir un incremento y aceptación de la conducta sexual oral-genital.

El paso del tiempo ha traído consigo cambios en las costumbres sociales, especialmente en las relacionadas con el incremento de la aceptación de relaciones sexuales de tipos no tradicionales, la frecuencia creciente a cohabitar antes del matrimonio, e índices crecientes de divorcio y nuevos casamientos. Además, las preocupaciones por el SIDA y por contraer el virus del VIH parecen haber afectado las conductas sexuales de muchos individuos. Por todas estas razones existe la necesidad de continuar los estudios sobre las prácticas sexuales.

TABLA 9-2

Porcentajes de hombres y mujeres
que describen haber tenido
experiencias homosexuales

Descripción	Hombres (%)	Mujeres (%)
Se identificaron como homosexuales o bisexuales	2.8	1.4
Tuvieron sexo con una persona de su mismo sexo por lo menos una vez desde la pubertad	5.3	3.5
Sintieron el deseo de tener sexo con una persona de su mismo sexo	7.7	7.5
Total que reporta deseos o experiencias con su mismo sexo	10.1	8.6

FUENTE: Laumann y cols., 1994.

TABLA 9-3

	Grado de atracción en hombres de 18 a 44 años				Grado de atracción en mujeres de 18 a 44 años			
	Mucho (%)	Un poco (%)	No realmente (%)	Nada (%)	Mucho (%)	Un poco (%)	No realmente (%)	Nada (%)
Coito vaginal	83	12	1	4	78	18	1	3
Observar cómo se desviste la pareja	50	43	3	4	30	51	11	9
Recibir sexo oral	50	33	5	12	33	35	11	21
Dar sexo oral	37	39	9	15	19	38	15	28
Coito activo anal	5	9	13	73	—	—	—	—
Coito pasivo anal	3	8	15	75	1	4	9	87
Sexo grupal	14	32	20	33	1	8	14	78
Sexo con una persona del mismo sexo	4	2	5	89	3	3	9	85
Tener sexo con un extraño	5	29	25	42	1	9	11	80
Forzar a una persona a realizar un acto sexual	0	2	14	84	0	2	7	91
Ser forzado a realizar un acto sexual	0	3	13	84	0	2	6	92

FUENTE: Laumann y cols., 1994.

¿De dónde obtienen las personas sus ideas sobre el sexo? Se sabe poco sobre esta pregunta. Algunos padres le hablan a sus hijos de este tema, muchos no lo hacen y aquellos que lo hacen a menudo no saben qué decir. Los medios de comunicación influyen, pero lo que comunican puede no ser preciso o no tener relevancia, porque los medios de comunicación con frecuencia se preocupan por entretener, no por educar. ¿Qué conclusiones sacan los niños que ven telenovelas cuando observan muchos encuentros sexuales entre personas que no están casadas? ¿Qué conclusiones sacan del canal de música MTV sobre las conductas sexuales de los adolescentes? ¿Cómo influye en sus puntos de vista la frecuente combinación de sexo y violencia en los medios de comunicación? Las influencias de sus compañeros son también muy poderosas. Sin embargo, la educación que los niños reciben de sus amigos puede ser mal fundamentada y distorsionada.

Algunas personas creen que el entorno escolar es bueno para aclarar algunas de las ideas sin fundamento y muchas veces erróneas que los niños desarrollan sobre el sexo, mientras otros creen que son los padres lo que deben proporcionar la información sexual porque ellos conocen los importantes temas morales que están involucrados. A pesar de que ha habido algunos intentos prometedores en la educación sexual en las escuelas, en años recientes éstas han mostrado especial interés sólo en los temas relacionados con la salud sexual, por ejemplo, las prácticas de sexo seguro que ayudan a prevenir la transmisión del VIH. Aunque éste es un tema importante, los niños también tienen preguntas sobre su iden-



“Yo pienso que el sexo oral es cuando sólo hablan sobre eso”.

Figura 9-1 ¿Cuáles son algunas otras ideas que estos niños tienen?

FUENTE: © The New Yorker Collection 1998 Robert Weber de cartoonbank.com. Derechos reservados.

tidad sexual y cómo deben interpretar la conducta sexual de otros. La caricatura de la figura 9-1 es muy graciosa, pero también tiene un lado serio. Los niños —y los adultos— tratan de entender qué está pasando con la sexualidad y otras áreas de sus vidas. Una pre-

gunta interesante sobre la conducta desadaptada es: ¿Es posible reducir la patología sexual mediante las respuestas a algunas de las preguntas que las personas tienen sobre la naturaleza de la sexualidad? Aunque se sabe mucho sobre algunos aspectos de la sexualidad, aún falta mucho por conocer. Pocos de los estudios disponibles cumplen con los rigurosos criterios de investigación. Debido a que la información científica sobre la sexualidad, las perspectivas culturales y religiosas y los aspectos legales de algunas conductas sexuales están entrelazados, el progreso en la investigación en esta área es difícil.

Homosexualidad: un ejemplo del panorama cambiante del comportamiento sexual

Quando se trata de sexo, ¿quién decide qué constituye lo normal? ¿Quién decide qué es mucho o poco? Aunque los estudios son valiosos y pueden afectar las opiniones sobre la conducta sexual, las definiciones de la normalidad sexual son determinadas por completo por opiniones, tendencias y mitos que pueden cambiar a través del tiempo. Por ejemplo, en la Grecia clásica algunas personas creían que las mujeres experimentaban más placer del sexo que los hombres. En el siglo XIX se popularizó la idea de que los hombres tenían un impulso más fuerte hacia el sexo. Durante la era cristiana, las ideas sobre el celibato cambiaron varias veces por una diversidad de razones sociales y religiosas. Algunos médicos del siglo XIX afirmaron que los fuertes deseos sexuales en las mujeres podían ser patológicos y requerir de la extirpación de los ovarios y el clítoris. Con los años, las opiniones sobre la conducta homosexual han variado mucho, y hoy en día —a pesar de que no se incluye en el DSM, y de que tanto la American Psychological Association como la American Psychiatric Association han estado de acuerdo en quitar la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales desde hace más de un cuarto de siglo (en 1975 y en 1973, respectivamente)— existe aún un gran desacuerdo en las opiniones del público (y aun entre algunos profesionales) sobre si es simplemente una expresión de las preferencias personales o una violación de los códigos sociales (Shidlo y Schroeder, 2002). La homosexualidad ilustra el carácter cambiante de las opiniones sobre la conducta sexual, y el grado en el cual la conducta sexual se puede convertir en un tema sociopolítico.

La **conducta homosexual** es una conducta sexual con una persona del mismo sexo. A los individuos que prefieren participar en actividades sexuales con miembros de su propio sexo durante periodos prolongados se les llama homosexuales. A menudo, a la homosexualidad femenina se le denomina **lesbianismo**. Muchos homosexuales participan en actividades sexuales sólo con miembros de su propio sexo y no se sienten atraídos por personas del sexo opuesto, pero otros también tienen fantasías heterosexuales y se pueden excitar sexualmente con miembros del sexo opuesto. La creencia personal de que se es homosexual no depende del comportamiento real. Alguien que no tenga experiencia sexual puede considerarse a sí mismo como homosexual. En años recientes, se ha utilizado el término **gay** para describir el estilo de vida homosexual, porque se cree que este término tiene menos implicaciones

negativas. Los individuos, tanto hombres como mujeres, que desean reconocer públicamente su orientación homosexual por lo general utilizan el término **gay**. La estigmatización de la sociedad a los homosexuales puede ser muy dañina y llevar a la ansiedad, a dudar de sí mismo (¿Qué pasa conmigo?; “No soy normal”), y a sentir la necesidad de ser “curado”. Algunos terapeutas continúan sugiriendo la terapia de conversión, que está enfocada en cambiar la orientación homosexual (Shidlo y Schroeder, 2002). En un estudio, se realizaron entrevistas con un gran número de individuos que habían experimentado la terapia de conversión. Los participantes, dos tercios de los cuales reportaron ser personas religiosas, relataron tanto aspectos negativos como positivos del resultado. Cuatro por ciento informó un cambio en su orientación sexual, 9% reportó que continuaban luchando con su sexualidad pero que la terapia había sido útil. Algunas de las personas que no cambiaron informaron que la experiencia los había liberado para aceptar su identidad gay/lesbiana con menos sentimientos de culpa. La mayoría de las personas que participaron en el estudio informó sobre algunos efectos negativos de la terapia. Muchos relataron sentimientos de depresión, los cuales atribuían a que el terapeuta les había dicho —y ellos lo creyeron— que ellos habían escogido su orientación homosexual. Por ejemplo:

Creo que me ha dañado [...] Reforzó mis propios estereotipos negativos sobre la homosexualidad y sentirme un fracaso y un ser humano inadecuado. [...]

Me sentí más deprimido después de la terapia. El aspecto negativo fue que realmente sentí que dependía de una elección que yo había hecho, y por esa elección yo estaba condenado a sentir este dolor para siempre (Shidlo y Schroeder, 2002, p. 4).

Las actitudes públicas tienden a estigmatizar la actividad homosexual a tal grado que muchas personas sufren maltratos sociales y legales mucho más allá del dominio de la conducta sexual. En años recientes, el activismo gay ha aumentado en forma importante, mientras los homosexuales luchan contra la discriminación y la estigmatización social. La necesidad de tales luchas varía de país en país y de cultura en cultura. En muchas encuestas de opinión pública, una gran mayoría de estadounidenses encuestados dijo que no se puede considerar a las personas gay como buenos modelos de conducta para los niños, y que las relaciones homosexuales entre adultos eran moralmente malas. En una encuesta nacional que se llevó a cabo en el año 2003, 45% se opuso a la ley que prohibía el matrimonio gay, pero 41% dijo que apoyaba las uniones civiles que proporcionaban los derechos legales y beneficios al matrimonio entre parejas gay. En contraste con esta ambivalencia o negativismo está la situación en muchos países europeos. Actualmente los Países Bajos y Bélgica les extienden derechos completos de matrimonio a las parejas del mismo sexo. En el año 2003, las decisiones de los tribunales en tres provincias canadienses legalizaron el matrimonio gay. En el año 2004 el tema del matrimonio gay se volvió especialmente destacado en Estados Unidos debido a la decisión de la Corte Suprema de Massachusetts de declararlo legal. Anteriormente, la legislación de Francia, Alemania, Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca, Islandia y el estado de Vermont (Es-

tados Unidos) permitió que los gays y las lesbianas entraran en sociedades legales que les otorgaban muchas de las mismas protecciones y responsabilidades del matrimonio. En otro indicio de las cambiantes opiniones sociales, el *New York Times* incluye fotografías y reseñas de parejas gay en sus noticias de bodas de los domingos.

Las evidencias de las investigaciones pueden estar jugando un papel importante para cambiar las actitudes hacia la homosexualidad. A pesar de que hasta finales de los setenta la homosexualidad era considerada un trastorno diagnosticable, ya no está en la lista de trastornos psiquiátricos del DSM. Las pruebas que indican que las lesbianas y los hombres gay no difieren en su ajuste psicológico de las mujeres y los hombres heterosexuales han contribuido a este cambio de diagnóstico (Rothblum, 1994). Además, el ajuste de los niños con padres lesbianas o gay no parece diferir del de los niños con padres heterosexuales (C.J. Patterson, 1992). Un estudio encontró que la gran mayoría de los niños que crecieron en familias de lesbianas se identificaban a sí mismos como heterosexuales (Golombok y Tasker, 1996).

Los homosexuales, como los heterosexuales, pueden ser ansiosos o estar deprimidos, y no siempre son emocionalmente estables, pero está claro que la homosexualidad no es una forma de enfermedad mental. Sin embargo, las actitudes públicas negativas hacia la homosexualidad, la preocupación de “salir” o de revelar su orientación sexual a otros —y el posible rechazo que pueda acarrear en su familia, asociados cercanos y otros— puede aumentar de manera considerable el estrés que se experimenta en la vida diaria. La orientación sexual aparece con fuerza en la adolescencia, y los jóvenes cuya naciente identidad es gay, lesbica o bisexual, con frecuencia enfrentan climas hostiles en la escuela y sentimientos negativos de sus familiares. Tanto los que piensan que deben esconder su naciente orientación sexual de otros como aquellos que encaran los riesgos revelándola, enfrentan altos niveles de estrés. Se supone que el alto nivel de intentos de suicidio en este grupo (cuatro veces mayor que el de sus compañeros heterosexuales) refleja este ambiente de estrés (Bagley y D’Augelli, 2000). La investigación también ha mostrado que los niveles de angustia psicológica entre hombres gay con riesgo de contraer el SIDA son significativamente mayores que los de la población en general (Joseph y cols., 1990). Como se ha reiterado a través de este libro, el estrés elevado se asocia con un alto índice de trastornos de varios tipos. Por lo tanto, algunos individuos homosexuales pueden tener mayor riesgo a padecer este trastorno, no por su homosexualidad en sí, sino por los factores actuales de estrés que afectan desproporcionadamente a la comunidad gay.

Bisexualidad: una variante sexual poco estudiada

La **conducta bisexual**, en la cual se puede preferir a compañeros de cualquier sexo en diferentes ocasiones, es una orientación sexual que está empezando a recibir atención científica. Kinsey y sus colegas concluyeron que sus descubrimientos desafiaban la idea de la orientación sexual como un fenómeno en el que se debe elegir. Incluso así, la escala que ellos desarrollaron, la escala Kinsey de he-

terosexualidad y homosexualidad, sólo trata la bisexualidad por omisión, como una orientación que ocupa un punto intermedio en su modelo lineal de siete puntos (Kinsey y cols., 1948). Debido a que la aparente complejidad de la orientación sexual era más valorada por los investigadores, se crearon otras definiciones y escalas que tomaban en cuenta muchos factores, entre ellos, a) la capacidad de excitación por miembros de ambos sexos, b) la actividad sexual o deseo de contacto sexual con hombres y mujeres y c) la autoidentificación como una persona bisexual (Guidry, 1999). La investigación más reciente ha mostrado que el tercer criterio, la autoidentificación, parece ser el criterio esencial para definir a este grupo. Es difícil calcular la incidencia de la bisexualidad en las sociedades occidentales. En la actualidad, no se han identificado los factores relevantes en el desarrollo de la bisexualidad. Algunas veces el individuo bisexual ha tenido una relación heterosexual prolongada y después una larga relación homosexual; o el orden tal vez sea a la inversa. Algunas veces ambas relaciones ocurren al mismo tiempo. Una mujer de 23 años describió su experiencia bisexual como sigue:

Durante más o menos un año había estado saliendo con un hombre con quien yo era muy cariñosa y sostenía una buena relación sexual. Después, repentinamente, comencé a sostener relaciones con mi compañera de cuarto, quien poco a poco y con gran experiencia me enseñó cómo hacen el amor dos mujeres. Realmente disfrutaba los dos tipos de sexo y las dos relaciones personales, así que continué con ellas por algún tiempo hasta que terminé mi carrera y me mudé a una nueva ciudad (Masters y cols., 1985, p. 439).

Las preocupaciones de las personas bisexuales sobre la salud mental son similares a las de las otras personas. Sin embargo, también pueden tener conflictos sobre su “verdadera” identidad sexual. Una teoría reciente sostiene que si el terapeuta aborda este tema enfocándose en el concepto de tener que elegir la identidad sexual, puede que no se satisfagan los requerimientos de salud mental del paciente (Murphy y cols., 2002).

Orígenes de la orientación sexual

Todas las conductas humanas tienen causas y razones, ya sea que la conducta se considere anormal o normal de manera arbitraria. Los orígenes y factores determinantes de las orientaciones sexuales, tanto heterosexual como homosexual, plantean preguntas que no responden a intereses científicos genuinos. La orientación sexual, como cualquier otra conducta humana, se experimenta de maneras complejas y variadas. Recientemente los investigadores han centrado su atención en los papeles de los factores biológicos y el aprendizaje en el desarrollo de la orientación sexual. Por ejemplo, un estudio sugirió que puede haber muchas diferencias anatómicas entre los cerebros de los hombres homosexuales y heterosexuales (LeVay, 1991). El estudio encontró que entre los hombres homosexuales que habían muerto de enfermedades relacionadas con el SIDA, una parte del hipotálamo (una región del cerebro que está relacionada con la conducta sexual) tiene la forma anatómica que por lo general se encuentra en las mujeres, más que la forma típica del hombre heterosexual. Este descubrimiento no es evidencia

directa de que la estructura cerebral provoque la homosexualidad, pero sugiere la necesidad de explorar las áreas del cerebro que pueden tener relación con la orientación sexual. Un problema en este estudio es que como los sujetos padecían de SIDA, los resultados pueden no aplicarse a la población en general.

Las polémicas sobre la base genética de la orientación sexual con frecuencia se basan en descubrimientos como los de Bailey y Pillard (1991), quienes midieron la orientación sexual en los hermanos de hombres gay. Encontraron que alrededor de 10% de los hermanos adoptivos y que no eran gemelos de los hombres gay también eran gay. El índice de “doble” homosexualidad de los gemelos dicigóticos (mellizos) era de 22%, y de los gemelos monocigóticos (idénticos) de 52%. El hecho de que los gemelos mellizos de hombres gay tuvieran el doble de posibilidad de ser gay que los otros hermanos biológicos, sugiere que los factores ambientales juegan un papel, porque los gemelos mellizos tienen un ambiente uterino más similar que los hermanos biológicos que no son gemelos, a pesar de no tener otra similitud biológica. Tampoco es de sorprender que una proporción aún más grande de gemelos idénticos tengan una conducta similar, porque el mundo piensa en ellos como “el mismo” y los trata de la misma manera, así que muchas veces comparten dichos sentimientos de identidad.

En un estudio de pares de gemelos y sus hermanos no gemelos de entre 25 a 74 años de edad, 2.8% del grupo calificó su orientación sexual como no heterosexual (Kendler y cols., 2003). Por su parte, en el estudio previo, la concordancia de la orientación sexual de los gemelos monocigóticos era más alta que la de los gemelos dicigóticos o combinaciones de gemelo-hermano. Este estudio sugirió que el entorno también era importante porque la concordancia entre los gemelos dicigóticos (31.6%) era mayor que la de un gemelo y un hermano.

De manera que, ¿cuánta de esta orientación sexual es determinada por los genes y/o los niveles hormonales? Aunque estos y otros factores biológicos relacionados con la orientación sexual son fascinantes, lo más probable es que la orientación sexual provenga de una interacción de factores determinantes múltiples, en los que tanto los factores psicosociales como los biológicos sean importantes. El enfoque interaccionista abre la posibilidad de múltiples caminos para el desarrollo de la orientación sexual.

Disfunción sexual

El ciclo de respuesta sexual humana se mueve a través de un proceso psicológico relacionado con el deseo, la excitación, el orgasmo y la resolución. Las disfunciones sexuales son problemas que ocurren en este ciclo. Son comunes las dificultades ocasionales o por episodios de la función sexual.

En general, una **disfunción sexual** se puede definir como un deterioro persistente del interés o la respuesta sexual que causa dificultad interpersonal o tensión personal. Algunas veces la disfunción es independiente de otros trastornos fisiológicos o condiciones físicas, mientras que en otras es el resultado de ellos. Si el problema se debe por completo a factores orgánicos, no se le da este diagnóstico. Se puede crear una predisposición sexual a la dis-

TABLA 9-4

Información necesaria para diagnosticar y tratar la disfunción sexual

1. La naturaleza de la disfunción (por ejemplo, falta de interés en la actividad sexual, incapacidad para alcanzar el orgasmo)
2. ¿Cuándo se presentó por primera vez la dificultad? ¿Hace cuánto tiempo? ¿En qué situación?)
3. ¿Con qué frecuencia se presenta la dificultad? ¿Con todas las parejas sexuales? ¿Con frecuencia o de manera ocasional?)
4. El curso de la disfunción (¿Con aparición aguda o gradual?)
5. ¿Cuál piensa el paciente que es la causa de la dificultad? (por ejemplo, “Tal vez sólo estoy envejeciendo”)
6. ¿Qué han hecho el paciente y su pareja para corregir la disfunción, y cuáles han sido los resultados?

función sexual debido a experiencias y actitudes derivadas de la educación, la personalidad, la falta de información o un trauma sexual en edad temprana. Las causas más inmediatas que la precipitan incluyen el conflicto con la pareja, infidelidad, cambios biológicos relacionados con la edad, depresión o falla accidental producida por la fatiga, el estrés, la ansiedad o el alcohol. La disfunción se puede mantener por anticipación al fracaso, a la reacción de la pareja, a la falta de comunicación y a habilidades sexuales limitadas. Por el amplio número de factores que pueden estar involucrados en las disfunciones sexuales, los clínicos deben ser muy cuidadosos al indagar sobre los diferentes aspectos de la actividad sexual (ver la tabla 9-4).

Para que una disfunción sexual se diagnostique en el DSM-IV-TR, debe ser persistente o recurrente y debe causar angustia o dificultades interpersonales. Los clínicos que trabajan en el área de la disfunción sexual hacen hincapié en los papeles interactivos de las variables psicológicas, fisiológicas, sociales e interpersonales. La mayoría de las disfunciones tienen causas múltiples, que van desde las predominantemente orgánicas hasta las predominantemente psicológicas, y existen muchos factores que podrían colaborar tanto en las esferas orgánicas como en las psicológicas. Muchos de los factores causantes no son específicos; es decir, también pueden ser encontrados en los antecedentes de pacientes con problemas diferentes o que no presentan disfunción. La disfunción específica que se manifiesta en un caso particular es el resultado de una compleja interacción entre los antecedentes de vida del individuo, los factores psicológicos y las predisposiciones psicológicas y biológicas.

Tipos de disfunción sexual

Existen algunos tipos de disfunción sexual, muchos de los cuales caen en tres grandes grupos relacionados con el *deseo sexual*, la *excitación sexual* y el *orgasmo* (ver la tabla 9-5). El **deseo sexual** es un constructo complejo que incluye componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales y se crea por medio de influencias culturales y de desarrollo. La **excitación sexual** se caracteriza por un senti-

TABLA 9-5

Tres tipos de disfunción sexual

1. **Trastornos del deseo sexual.** Falta persistente o recurrente de fantasías y deseo por la actividad sexual. Se asocian con esta deficiencia una marcada aflicción y dificultades interpersonales.
2. **Trastornos de la excitación sexual.** Aversión extrema, persistente o recurrente, y rechazo del contacto sexual genital con una pareja sexual. Se asocian con la aversión una marcada aflicción y dificultades interpersonales.
3. **Trastornos orgásmicos.** En las mujeres, demora persistente o recurrente o la falta del orgasmo después de una excitación sexual normal. En los hombres, ya sea a) una eyaculación rápida o prematura, o (b) dificultad para alcanzar el orgasmo o un orgasmo tardío. Estas alteraciones causan una marcada aflicción y dificultades interpersonales.

do subjetivo de excitación sexual y de placer y por la dilatación de los genitales externos. Los deseos sexuales y la excitabilidad sexual están íntimamente relacionados, y a veces no es muy claro cómo distinguirlos. Por lo general, las variaciones del impulso sexual se deducen mediante preguntas a las personas sobre la frecuencia de sus pensamientos o fantasías sexuales, su interés en iniciar las experiencias sexuales, la conciencia de las señales sexuales y la frustración que experimentan por la falta de oportunidad de la expresión sexual. El **orgasmo** se caracteriza en ambos sexos por un placer sexual intenso, cambios respiratorios y cardiovasculares y la liberación de la tensión sexual. El deseo sexual, la excitabilidad sexual y la capacidad para experimentar orgasmos disminuye con la edad. La consecución de un orgasmo produce lo que se conoce como **fase de resolución** del ciclo de respuesta sexual. La resolución consiste en el relajamiento muscular y un sentimiento general de bienestar. Ciertos problemas de la disfunción sexual son causados por condiciones físicas como la presión alta y la diabetes.

Problemas relacionados con el deseo sexual La inhibición del deseo sexual ya sea en hombres o en mujeres no se consideraba un problema claro ni se había mencionado como un diagnóstico separado hasta hace relativamente poco tiempo. En la actualidad, este diagnóstico abarca tanto la falta de interés como la aversión activa hacia el sexo. El deseo sexual bajo no siempre es fácil de definir, y no puede ser juzgado sólo por la frecuencia de la actividad sexual, la cual varía considerablemente. (Algunas personas parecen estar en el extremo más bajo de la distribución normal del deseo sexual.) Estos problemas por lo general se le presentan al clínico sólo cuando se convierten en una fuente de preocupación para el individuo o su pareja. Los problemas de deseo sexual son diferentes al *trastorno por aversión al sexo* del DSM-IV-TR. Una persona que padece del **trastorno por aversión al sexo** siente miedo, ansiedad o asco ante la perspectiva de una oportunidad sexual con una pareja. Ésta puede ser una aversión general a toda actividad sexual, incluyendo besar o tocar, o puede enfocarse en el contacto genital (en este caso se puede enfocar en alguna parte particular de

la experiencia sexual, como la secreción genital o la penetración vaginal). La respuesta puede variar, desde falta de placer y ansiedad moderada, hasta estrés extremo. Si el trastorno es severo, la perspectiva del contacto sexual puede llevar a crisis de pánico, sentimientos de terror, palpitaciones cardíacas y dificultades para respirar así como a desmayos y mareos.

Problemas relacionados con la excitación sexual

Pueden ocurrir muchos problemas en la etapa de excitación del ciclo. El hombre puede ser incapaz de producir una erección o mantenerla hasta completar el coito. Este problema se llama **disfunción eréctil**. En las mujeres, el problema en esta etapa es la incapacidad de alcanzar o mantener la respuesta de dilatación y lubricación hasta que se completa el acto sexual, lo que a menudo es provocado por una excitación sexual inhibida. Los problemas de cada etapa de la respuesta sexual pueden ser una función del individuo y ocurrir sin importar quién sea su pareja, o puede haber una función de algunos aspectos de una relación en particular y ocurrir sólo con ciertas parejas.

En las mujeres, la inhibición de la excitación sexual implica carecer de suficiente lubricación en la vagina para permitir la entrada del pene. Las mujeres que tienen coitos sin un nivel adecuado de excitación, sobre todo si el coito se asocia con el dolor por la lubricación inadecuada, corren el riesgo de avanzar hacia un **trastorno del deseo sexual hipoactivo**, en el cual el individuo puede tratar de suprimir los deseos sexuales por completo. Los problemas del deseo sexual hipoactivo son en general subjetivamente definidos por la insatisfacción individual o de la pareja en la frecuencia de la actividad sexual. La psicoterapia es útil para tratar este trastorno porque puede existir ansiedad, distracción o importantes cuestiones en la relación, pero también se requiere de una evaluación médica para determinar la posibilidad de una deficiencia hormonal o alguna otra condición física. La queja más común de las mujeres relacionada con la excitación sexual es la ausencia de excitación sexual subjetiva o placer a pesar de la excitación física (Leiblum, 2003).

La inhibición de la excitación en los hombres significa incapacidad para alcanzar o mantener una erección el tiempo suficiente para completar el coito (acto sexual). Puede ser primaria (el hombre nunca ha sido capaz de sostener una erección el tiempo suficiente) o secundaria (el hombre ha sido capaz de completar el coito exitosamente en el pasado). Lo primero es raro, lo último es común. Alrededor de un octavo de los hombres fallan por lo menos un cuarto del tiempo en retener una erección lo suficiente para permitir la entrada en la vagina y la eyaculación, y el porcentaje se incrementa con la edad. La disfunción eréctil es el principal problema de más de la mitad de los hombres que solicitan tratamiento para trastornos sexuales.

Algunos de estos hombres informan que nunca, en ninguna circunstancia, habían mantenido una erección el tiempo suficiente para el coito. Estos casos tienden a ser los más resistentes a tratamiento. Otros tienen antecedentes de función sexual satisfactoria pero ahora no pueden funcionar con una pareja en particular, a pesar de que se desempeñan bien en otras circunstancias. Algunos hombres experimentan una aparición gradual de las dificultades

eréctiles, mientras que en otros la aparición es súbita, con frecuencia como una experiencia traumática vívida. Algunos pueden alcanzar las erecciones y funcionar bien durante la masturbación pero no pueden alcanzarla en presencia de una pareja. Algunos logran erecciones con sus parejas, pero las pierden antes de la penetración o durante el empuje antes del orgasmo. Se ha estimado que 30 millones de hombres en Estados Unidos tienen alguna forma de incapacidad eréctil (Mulcahy, 1997). Un estudio encontró que 31% de los hombres de la población general habían experimentado en algún punto de su vida disfunción sexual por varios meses (Laumann, Palk y Rosen, 1999). La cifra comparativa en el caso de las mujeres fue de 43%. Un tercio de los hombres dijo que tenía problemas persistentes en llegar al clímax demasiado pronto, mientras que 14% afirmó que no tenía interés en el sexo, y 8% sostuvo que, sistemáticamente, no encontraban placer en el sexo. Veintiséis por ciento de las mujeres afirmó que no tenía orgasmos de manera regular, y 23% que el sexo no era placentero. La falta de interés fue el problema más común de las mujeres, pues un tercio afirmó que, por lo regular, no quería tener sexo.

Como se ha destacado con anterioridad, la angustia causada por la disfunción sexual es en general un asunto muy privado del cual las demás personas no tienen conocimiento. Las personas de todo tipo de orientación sexual pueden experimentar disfunción sexual. Con frecuencia sus orígenes provienen de un problema de personalidad o de algún problema con la relación de pareja. Sin embargo, como lo muestra el cuadro 9-1, no se debe suponer que la satisfacción en la relación y la satisfacción sexual siempre van juntas.

Algunos de los factores psicológicos que colaboran con más frecuencia a generar la disfunción sexual son los siguientes:

1. Limitada capacidad para expresar emociones tiernas y cálidas
2. Preocupaciones sobre el rechazo o la crítica
3. Inhibiciones sobre la desnudez o mostrar el cuerpo
4. Problemas con la autoridad y preocupaciones sobre ser dominado
5. Sentimientos de baja autoestima

La sexualidad es una función biológica como la digestión o la respiración, y un funcionamiento sexual adecuado, como la buena digestión o la respiración normal, requiere deshacerse de los nervios y la tensión y control excesivos. Se puede desarrollar un trastorno psicofisiológico a través de la mutua reafirmación de los miedos, las expectativas exageradas, respuestas físicas y la reacción de la pareja. Por ejemplo, un hombre puede experimentar elevados niveles de ansiedad cuando su pareja femenina es lenta para alcanzar el orgasmo; su ansiedad puede hacerlo aún más difícil para ella, lo cual puede incrementar su nivel de ansiedad aún más y llevarlo a la disfunción eréctil.

Una técnica que se utiliza para evaluar la capacidad del hombre para tener una erección es medir los cambios del tamaño del pene en el sueño, o la **tumescencia nocturna del pene (TNP)**. La erección normalmente ocurre en los movimientos oculares rápidos durante el sueño (MOR), el periodo del sueño que se relaciona con la actividad onírica y que está indicada por el movimiento rápido de los globos oculares bajo de los párpados cerrados. Los in-

TABLA 9-6

Tipos más importantes de estrés, tanto lejano como inmediato, que contribuyen a la disfunción eréctil

1. Ansiedad por el desempeño
2. Problemas sexuales o del estilo de vida
3. Preocupaciones y actitudes inapropiadas aprendidas en la edad temprana
4. Estrés en la relación

vestigadores han desarrollado instrumentos de registro fisiológico para medir el TNP. Una prueba bastante confiable de las erecciones nocturnas es el uso de un medidor, esto es, un aparato que se abre cuando el pene se agranda. Existen también varias técnicas para medir el flujo y la presión sanguíneos en el pene. Si el hombre experimenta TNP, la causa del problema eréctil en la actividad sexual es probablemente psicológico y no fisiológico.

La ansiedad que proviene de un conflicto personal o de una preocupación por un problema es con frecuencia un factor psicológico que contribuye a la disfunción eréctil. Las causas físicas incluyen la diabetes prematura que no se diagnostica de manera oportuna, desequilibrios hormonales y el uso de narcóticos y alcohol. En el pasado, se creía que la psicopatología oculta o un conflicto psicodinámico eran las causas psicológicas principales de este tipo de disfunción sexual. Sin embargo, recientemente se ha reconocido la **ansiedad por el desempeño** como una deficiencia sexual.

La tabla 9-6 presenta las principales fuentes de estrés, entre ellas la ansiedad por el desempeño, que pueden interactuar con la vulnerabilidad biológica y dar como resultado problemas en el desempeño sexual.

Problemas orgásmicos Tanto los hombres como las mujeres pueden experimentar problemas en la fase del orgasmo dentro del ciclo de respuesta sexual. En los hombres, estas dificultades toman la forma de eyaculación precoz, tardía o falta de eyaculación. En las mujeres, asumen la forma de un orgasmo tardío o ausente después de una fase de excitación normal.

La **eyaculación precoz**, en la cual el hombre es incapaz de inhibir la eyaculación el tiempo suficiente para que su pareja femenina experimente el orgasmo en el coito, es probablemente el tipo más común de disfunción sexual masculina. La incapacidad del hombre para controlar su orgasmo tiene como resultado sentirse sexualmente inadecuado. Desde su punto de vista, experimenta ansiedad mientras llega a altos niveles de excitación erótica, y la ansiedad desencadena el orgasmo involuntario. La mayoría de los casos de eyaculación precoz tienen bases psicológicas, y probablemente se empleen la psicoterapia ya sea para el individuo afectado o para la pareja y/o terapia sexual. Sin embargo, también se requiere de una evaluación médica porque puede existir una condición física que tal vez contribuya al problema.

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

CUADRO 9-1

La relación conyugal, el ajuste psicológico y la disfunción sexual

A pesar de que muchas personas piensan que la satisfacción conyugal y sexual van juntas, la investigación sobre estos temas revela un cuadro sorpresivo y más complicado. Se encuentran niveles significativos de disfunción sexual aun en muestras “normales” y entre pacientes de clínicas de medicina general. Por ejemplo, Ellen Frank y sus colegas (1978) reclutaron a parejas como la “muestra de control normal” para una investigación más amplia, y encontraron que en este grupo de control, aunque 83% de los participantes se describieron como felizmente casados, 40% de los hombres y 63% de las mujeres informaron de disfunción sexual (problemas de deseo, excitación, orgasmo y dolor genital). Cincuenta por ciento de los hombres y 77% de las mujeres, respectivamente, informaron sobre “dificultades” sexuales.

Los investigadores de parejas han encontrado una cercana relación entre una persona que muestra “retraimiento” y la otra persona que expresa conductas “hostiles” o “exigentes”. El patrón de la esposa que exige y el esposo que se retrae ocurre más frecuentemente que el patrón inverso. Estos elementos pueden producir un ciclo de crecientes exigencias que se encuentran con más retraimiento. Además, cuanto más difieren las parejas una de otra en la cantidad de intimidad y distancia que prefieren, más se agranda su aflicción conyugal. Como resultado, se puede esperar aflicción conyugal en una situación donde una mujer no sienta que su esposo tiene suficiente intimidad con ella. También se puede esperar que el retraimiento masculino percibido (una respuesta también común a un problema sexual) sea asociado con niveles más altos de hostilidad femenina. Debido a la naturaleza interactiva de la relación conyugal y a la satisfacción o disfunción sexual, es importante que la pareja participe en cualquier programa de tratamiento (ver la figura 9-2).

Ellis y Heiman (1992) diseñaron un estudio para tratar estos temas más de cerca. Los participantes eran 36 hombres que buscaban tratamiento para su disfunción sexual y sus esposas. Todos los hombres informaron sobre disfunción eréctil, pero muchos también padecían de un bajo deseo sexual (que se pensaba era secundario al problema eréctil) o de eyaculación precoz. Ninguna de sus parejas femeninas informó sobre una disfun-



Figura 9-2 La participación de ambos miembros de la pareja es importante en los casos de disfunción sexual porque el clínico debe saber todo sobre los síntomas, el contexto en que ocurren y la perspectiva de cada uno de ellos sobre el problema.

FUENTE: Nancy Sheehan/PhotoEdit.

ción sexual. Las parejas habían estado casadas por 21 años en promedio (en el rango de 1 a 44 años) y habían tenido un promedio de dos hijos.

Los resultados de las parejas en índices de ajuste conyugal estaban dentro de los límites normales, lo que sugiere que el funcionamiento conyugal en general estaba intacto. También se encontraban dentro de los rangos normales los resultados de la medición de síntomas psicológicos, aunque los esposos tenían resultados ligeramente más altos que las esposas en algunas de las subescalas (depresión, hostilidad y somatización, o una preocupación por el funcionamiento físico). En general, los resultados de las esposas fueron similares en las escalas de los síntomas conyugales y psicológicos, y en un informe sobre sí mismas de la escala de estrés (promediaban 5 en una escala de 10 puntos).

Ellis y Heiman observaron las variables que fueron más estrechamente asociadas con los ajustes conyugales en general. En los matrimonios más afligidos, las esposas tenían índices más altos de depresión y los esposos índices más altos de soledad o alienación. Es interesante destacar que el ajuste conyugal de las esposas se correlacionó tanto con su propio funcionamiento psicológico como con el de sus esposos, mientras que el índice

conyugal de los esposos se relacionó más con su propio funcionamiento psicológico que con el de sus esposas.

Las pruebas disponibles concuerdan con las dos siguientes conclusiones:

1. Pueden ocurrir problemas sexuales en el contexto de un matrimonio que funciona bien, integrado por individuos psicológicamente saludables. Un problema sexual no necesariamente significa que exista un problema con un individuo o una relación.
2. Es probable que las respuestas de hombres y mujeres a un problema sexual dentro del matrimonio sean diferentes. En el contexto de un problema sexual masculino, la depresión de las mujeres y la soledad o alineación de los hombres pueden ser lo que más se relaciona con el funcionamiento conyugal. Estas respuestas psicológicas tienen sentido en el contexto del problema de erección, ya que las dos personas en la pareja se sienten rechazadas. Uno puede suponer que los dos patrones —el retraimiento masculino y los síntomas depresivos femeninos— reaccionan y mantienen uno al otro.

Por otro lado, en la **eyaculación retrasada** se inhibe la respuesta eyaculatoria. Los hombres con estos problemas responden al estímulo sexual con sentimientos eróticos y una erección firme, pero son incapaces de eyacular. A pesar de que las lesiones físicas pueden ser responsables del problema, los factores psicológicos que contribuyen a la eyaculación retrasada incluyen ambivalencia hacia su pareja sexual, ira reprimida y una educación religiosa que crea culpabilidad sexual.

Para las mujeres, el principal trastorno en la fase orgásmica de la actividad sexual es el **trastorno orgásmico femenino**, esto es, incapacidad para experimentar el orgasmo o una demora persistente o recurrente en el orgasmo después de una excitación sexual normal. Este diagnóstico se basa en la opinión del clínico de que la capacidad orgásmica de la mujer es menor de lo que sería razonable para su edad, experiencia sexual y cantidad de estímulos sexuales que recibe, pero no se utiliza si su dificultad es mejor explicada por otro diagnóstico del eje I (como un trastorno depresivo mayor) o si es el resultado de una condición médica general o de una variedad de medicamentos.

Para la mayoría de las mujeres, el trastorno orgásmico parece ser una condición de toda la vida, en lugar de algo que se adquiere. Aun las condiciones médicas crónicas como la diabetes o el cáncer pélvico tienden a dejar la capacidad orgásmica relativamente intacta, aunque pueden perjudicar la fase de excitación de la respuesta sexual. Una vez que una mujer aprende cómo llegar al orgasmo, es inusual que ella pierda esa capacidad a menos que exista una falta de comunicación sexual, un conflicto en la relación o una experiencia traumática relacionada con el sexo, como la violación. Un tema importante que se debe investigar es si la mujer recibe estimulación adecuada durante el acto sexual. Si éste es el caso, el terapeuta debe intentar que la pareja tome conciencia sobre las necesidades sexuales de cada uno. También es importante que las parejas sepan que la mayoría de las mujeres no tienen un orgasmo cada vez que realizan el acto sexual.

Si el trastorno orgásmico femenino se considera predominantemente psicológico, o se debe a la interacción de factores psicológicos y orgánicos, con frecuencia se recomienda la psicoterapia. Si el trastorno es de toda la vida, la educación sexual y la práctica guiada de la masturbación a menudo son útiles. Los manuales de autoayuda son útiles como complemento a la terapia. La terapia de pareja también es útil porque permite integrar la respuesta orgásmica en el repertorio sexual de la pareja una vez que se ha logrado a través de la práctica de la masturbación. A pesar de que el trastorno orgásmico femenino puede tener un efecto negativo en la imagen corporal de la mujer, la autoestima o la satisfacción en su relación, no parece estar asociado con características específicas de la personalidad.

Tanto los hombres como las mujeres pueden experimentar **dispareunia**, un dolor genital recurrente o persistente que ocurre antes, durante o después del coito. Las mujeres pueden también ser afectadas por el **vaginismo**. Este trastorno hace que el coito sea difícil o imposible por los espasmos involuntarios de la parte exterior de la vagina.

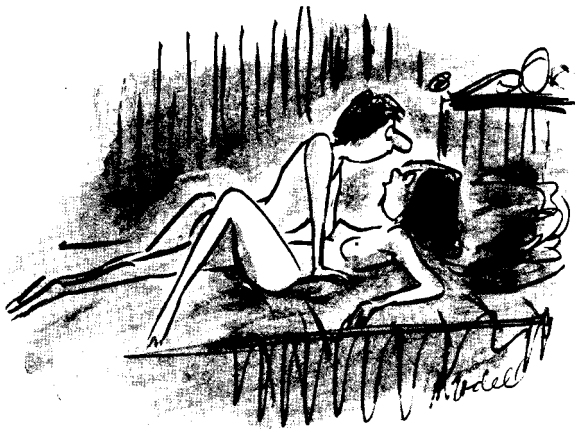
Existen muchos tipos de disfunción sexual que pueden ocurrir durante el ciclo de respuesta sexual. Es importante recordar que varios tipos de condiciones médicas y sustancias pueden ser factores importantes en ella. Enfermedades neurológicas, endocrinas, condiciones cardiovasculares, medicamentos antihipertensivos, esteroides, estrógenos, antipsicóticos y antidepresivos pueden contribuir a la disfunción sexual, así como el abuso de sustancias (lo cual incluye el alcohol, la cocaína y los narcóticos).

Tratamiento de la disfunción sexual

Los clínicos que tratan los trastornos sexuales comprenden que estos problemas con frecuencia incluyen complejas interacciones psicológicas, interpersonales y fisiológicas (Wineze y Carey, 2001). Los pacientes con problemas sexuales pueden ser fuertemente afectados por la vergüenza, la culpa, la confusión o la ansiedad. Son comunes la falta de información y emociones fuertes relacionadas con la sexualidad. La educación para cubrir la falta de información de las personas sobre el sexo es sorpresivamente eficaz.

Las terapias de sexo más modernas representan una integración de procedimientos que provienen de enfoques psicodinámicos, terapia sistémica y técnicas cognitivo-conductuales. La decisión de solicitar ayuda para enfrentar un trastorno sexual es difícil para la mayoría de las personas, y la actitud de quien escucha la queja es importante. Que se mencione un problema sexual, y qué tan explícitamente se informe de él, a menudo depende de que el terapeuta parezca tener algún conocimiento de los problemas sexuales y pueda discutirlos sin vergüenza. Una vez que el paciente ha indicado que el problema incluye actividad sexual, es importante para el entrevistador obtener información detallada sobre el historial médico del paciente y sus síntomas físicos, así como antecedentes familiares, desarrollo sexual temprano, historia laboral y uso de drogas o alcohol. Para algunos trastornos se requieren tanto evaluaciones psicológicas como fisiológicas. A pesar de que se han logrado grandes avances en el tratamiento médico de la disfunción sexual, en especial en la disfunción eréctil, la terapia psicológica y la terapia de pareja continúan siendo los tratamientos más eficaces para tratar problemas sexuales dentro de las relaciones. El terapeuta debe tener una idea clara y detallada de los actos físicos del paciente, las respuestas emocionales, las fantasías durante el sexo y sus expectativas. Por ejemplo, la figura 9-3 sugiere que las expectativas del hombre no concuerdan con la experiencia de su pareja sexual.

Por lo general la terapia sexual es solicitada en pareja. Ello es conveniente porque es importante para el terapeuta saber cómo se siente la pareja con respecto al otro fuera de la relación sexual, cómo ha cambiado la relación (sexualmente o de otra manera), cuál es el nivel de comunicación, si uno está más interesado en el sexo que el otro y cuál de los dos está más dispuesto al tratamiento. El terapeuta debe también tratar a cada uno por separado, en caso de que existan temas que no deseen discutir en la presencia del otro, como las fantasías, la masturbación, la infidelidad o sentimientos sobre el atractivo sexual de su pareja.



*“¿Múltiple? ¿Estás bromeando?
Ni siquiera fue fraccional !”*

Figura 9-3

FUENTE: *Playboy*, febrero de 1979. © 1979 por *Playboy*. Reproducido con permiso especial de la revista *Playboy*.

Además de tratar con factores específicos del caso, los terapeutas sexuales tienen tres objetivos para la pareja:

1. Crear una atmósfera de comunicación mutua
2. Reducir el miedo al fracaso
3. Desviar la atención del miedo al fracaso para dirigirla hacia la experiencia del placer sensual

El planteamiento de Masters y Johnson Durante un periodo de diez años, el equipo de investigación de William Masters, ginecólogo, y Virginia Johnson, científica conductual, estudió las respuestas sexuales de 694 hombres y mujeres en condiciones de laboratorio controladas. Los estudios de Masters y Johnson (1966, 1970) son en gran parte los responsables de la credibilidad científica y el respeto que se da a los estudios de laboratorio sobre el comportamiento sexual humano y el tratamiento de las disfunciones sexuales.

Aunque ellos reconocieron que muchas personas que sufren disfunción sexual son disfuncionales en otras áreas de su vida personal y social, creían que el tratamiento a corto plazo dirigido principalmente a los problemas sexuales puede ayudar a la mayoría de las personas que experimentan dichas disfunciones. Observaron que adquirir o recuperar la funcionalidad sexual tenía una influencia positiva en el nivel de ansiedad de la persona, así como en su autoestima. Un hombre que es ansioso pero tiene una buena vida sexual es probablemente más feliz que un hombre que tiene que lidiar con un problema sexual además de la ansiedad.

Masters y Johnson otorgaron importancia fundamental al tratamiento en parejas, no sólo de la persona que parecía tener el problema. Esto no significa que la persona se vea como la causa del problema, sino que ambos miembros de la relación son afectados por el problema. El enfoque de Masters y Johnson utiliza a un hom-

bre y una mujer que trabajan juntos como terapeutas. El programa de terapia es intensivo y se lleva a cabo diariamente por un periodo de dos semanas. Se hace hincapié en el aprendizaje de las necesidades sexuales de ambos, junto con ejercicios de estimulación erótica. Se les proporcionan tareas específicas en casa que están diseñadas para ayudar a las parejas a estar más conscientes de sus propias sensaciones sexuales. El procedimiento también incluye información básica sobre los órganos sexuales y la fisiología de la respuesta sexual para los clientes que no conocen esta información (que son la mayoría de las personas que se someten a tratamiento). Con frecuencia, esta información básica tiene importantes beneficios terapéuticos.

También se hace hincapié en la comunicación verbal y no verbal entre la pareja. Debido a que las parejas que buscan tratamiento por lo general ponen el control del acto sexual exclusivamente en el hombre, el coito se puede llevar a cabo sólo cuando él indica que está interesado. La creencia de muchas mujeres de que serán rechazadas si son sexualmente asertivas es, aún ahora, una creencia generalizada. En muchos casos de disfunción sexual, el tratamiento más eficaz puede no ser complejas tácticas físicas o psicoterapéuticas, sino simplemente proveer información sobre las relaciones sexuales y alentar a la comunicación significativa entre parejas sexuales.

El **enfoque sensato** es probablemente la técnica más conocida de reenseñanza sexual de Masters y Johnson. La base del enfoque sensato es que las parejas que son sexualmente disfuncionales han perdido la capacidad de pensar y sentir de manera sensual por las presiones y el estrés que asocian con el coito. Por lo tanto, deben volver a conocer los placeres del contacto táctil. Cada uno aprende no sólo que ser tocado produce placer, sino que explorar y acariciar el cuerpo de su pareja puede ser excitante y estimulante por sí mismo. Se alienta a la pareja a que participe en el enfoque sensato en condiciones que son diferentes a las que se asocian con las ansiedades, frustraciones y resentimientos de sus prácticas sexuales anteriores. Se les prohíbe el coito en las primeras etapas del tratamiento porque ese simple requerimiento puede reducir la tensión en las áreas sexuales y no sexuales de la relación. Masters y Johnson pensaron que esta prohibición del coito hacía al enfoque sensato particularmente eficaz para tratar la ansiedad por el desempeño. Sin embargo, algunos terapeutas creen que la reducción de la importancia, en lugar de la prohibición, ayuda más a las parejas.

La técnica de terapia de parejas es en especial apropiada para tratar la eyaculación precoz, ya que a menudo esto es más molesto para la mujer que para el hombre. Si el problema es la eyaculación precoz, el terapeuta con frecuencia presenta un método conocido como “la técnica de compresión” que ayuda a recondicionar el reflejo eyaculatorio. Se le enseña a la mujer a aplicar presión firme en el pene varias veces durante las primeras etapas de la relación sexual. Esta técnica reduce la urgencia de la necesidad del hombre de eyacular.

Cuando el problema de la pareja se relaciona con una disfunción orgásmica de la mujer, el tratamiento incluye una plática exploratoria para identificar las actitudes que se puedan relacionar con la incapacidad de la mujer de alcanzar el orgasmo. Después, se



CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 9-2

Un enfoque cognitivo-conductual de la disfunción sexual

El tratamiento del siguiente caso incluía tanto elementos cognitivos como conductuales. Los elementos eran la identificación de pensamientos y situaciones que eran molestas para el cliente, el modelamiento y el ensayo.

El cliente era un abogado de 24 años que después de seis meses de matrimonio estaba molesto por su constante incapacidad para alcanzar y mantener una erección. Su historial sugería que su madre había sido una mujer dominante a quien le temía y que él tampoco deseaba desafiar o criticar a su esposa de ninguna manera, a pesar de que sentía un resentimiento considerable contra ella. Parecía creer que expresar sus sentimientos no era viril. Después de varias sesiones terapéuticas dirigidas hacia sus actitudes irracionales, el terapeuta y él redactaron cuidadosamente unas palabras para que el cliente le dijera a su esposa.

“Grace, tengo algo muy importante y serio que platicar contigo. Se refiere a ti, a mí, a nuestro matrimonio y a la vida en general. Quiero que por favor me escuches sin interrumpirme... Mi madre me educó para

reprimir mis sentimientos, sobre todo en relación con las mujeres. Al pensar en esta actitud, ahora me doy cuenta de que es una locura y es hasta deshonesto. Por ejemplo, creo que si tengo un resentimiento por el hecho de que acudas a tu padre para que te aconseje en asuntos sobre los que tengo más conocimientos que él, debería expresar ese resentimiento en lugar de ocultártelo. Creo que cuando me ordenas algo y me tratas como a un niño, debería decirte cómo me siento en realidad, en lugar de actuar como un cachorro obediente. Y lo más importante de todo: cuando sigues adelante y haces planes para mí sin consultarme y en especial cuando me gritas frente a tus padres, tal vez debería de dejar de actuar como si no me importara y hacerte saber mi fuerte reacción interior. A lo que quiero llegar es que, a pesar de mi amor y el cariño que siento por ti, en realidad preferiría no estar casado que ser un esposo dominado como mi padre.”

Ensayó este pequeño monólogo varias veces durante una sesión de una hora hasta que las reproducciones de la grabadora convencieron al terapeuta de que el cliente estaba listo para enfrentar a su esposa y que lo

haría de una manera directa y sincera. Las técnicas de ensayo se emplearon para preparar al paciente a controlar las lágrimas, interrupciones, negaciones, discusiones, etc. Después, llevó a cabo su tarea. El paciente informó que su esposa “me escuchó sin interrupciones... (Ella) parecía un poco molesta, pero estuvo de acuerdo en que no debía contener ni esconder mis sentimientos. Me sentí increíblemente cerca de ella y esa noche tuvimos una relación sexual muy buena” (Lazarus, 1971, pp. 156-157).

En este caso, el terapeuta dio varios pasos útiles. Escuchó atentamente al paciente, lo ayudó a preparar lo que quería decir y pacientemente participó en los ensayos. Su cuidadosa atención al escuchar al paciente le permitió ayudarlo a seleccionar los temas más importantes que quería exponerle a su esposa. Su preparación durante los ensayos le dio la confianza al paciente de que sería capaz de realizar la interacción real, y al escuchar las grabaciones, así como con la aprobación del terapeuta, el paciente se convenció de que sonaba tan contundente y convincente como él quería.

da a la pareja una serie de tareas en casa. Si la mujer lo desea, empieza por explorar sus propias sensaciones corporales, estimulándose mediante la masturbación. Cuando se siente más cómoda con esta técnica, su pareja empieza a participar en las sesiones con estimulación táctil y besos. Se hace hincapié en la importancia de la comunicación clara y asertiva por parte de la mujer sobre sus reacciones y deseos a su pareja.

Masters y Johnson reportaron índices muy bajos de fracaso en sus programas de tratamiento tanto de parejas heterosexuales como homosexuales. Sin embargo, sus informes sobre la investigación no fueron completamente claros en temas como quiénes fueron seleccionados o rechazados para el programa, y cómo se definieron los éxitos y fracasos. No obstante, sus técnicas son muy superiores a los métodos antiguos para tratar los trastornos sexuales.

Enfoques cognitivo-conductuales Visto desde una perspectiva conductual, la técnica de Masters y Johnson del enfoque sensato nos recuerda la desensibilización sistemática, que conduce a la sustitución de la ansiedad por una respuesta placentera. Con frecuencia, los terapeutas sexuales crean un tipo de jerarquía, en el que ciertas partes del cuerpo son inicialmente designadas como “fuera de límites” y luego se incluyen de manera gradual cuando se

hace algún progreso. A pesar de que la desensibilización sistemática ortodoxa se puede utilizar para eliminar las ansiedades específicas (como sentirse incómodo al mirar los genitales masculinos), el enfoque sensato global parece ser apropiado para tratar las diferentes ansiedades difusas que experimentan los individuos con disfunción sexual.

Los métodos utilizados por Masters y Johnson han sido perfeccionados desde entonces por muchos terapeutas cognitivos y conductuales. Por ejemplo, la relajación, el modelamiento y una variedad de elementos cognitivos han sido incluidos en los planes de tratamiento. El caso que se presenta en el cuadro 9-2 ilustra este *enfoque cognitivo-conductual* combinado para tratar la disfunción sexual.

Los investigadores están prestando más atención a las consolaciones cognitivas y fantasiosas de la conducta sexual. Las fantasías sexuales pueden ocurrir mientras se sueña despierto y durante la masturbación y el coito. Actualmente se reconoce que excitarse con cierta fantasía (por ejemplo, vincular el sexo con la violencia física o un escenario exótico, o a alguien que no sea la pareja sexual) no es necesariamente un signo de desadaptación. Las fantasías pueden ser un medio de autoestimulación que intensifica la experiencia sexual con otra persona. Entre las fantasías sexuales más comunes se encuentran pensar en un amante imagina-

rio, imaginar ser dominado o forzado a rendirse, pretender participar en un acto sexual que en general se considera repugnante y revivir una experiencia sexual previa. Analizar los significados emocionales de las fantasías sexuales y cómo las fantasías se vinculan con la conducta es un reto que enfrentan los investigadores. Las fantasías pueden ser una técnica útil para algunos individuos con disfunciones sexuales. Pueden utilizarlas para aumentar su nivel de excitación durante la actividad sexual.

Enfoques psicodinámicos Algunos clínicos creen que los enfoques de Masters y Johnson y los terapeutas cognitivo-conductuales son útiles para tratar muchos problemas de disfunción sexual, pero que otros requieren prestar atención a las dificultades psicodinámicas de uno o de ambos miembros de la pareja. Kaplan (1974, 1979) argumentó que los métodos normales de la terapia sexual eran eficaces cuando los problemas sexuales se basaban en ansiedades y conflictos leves y que disminuían con facilidad. Sin embargo, existen muchos individuos que tienen síntomas que se basan en conflictos más profundos. Kaplan creía que esta situación se presentaba en los casos de hombres y mujeres a quienes les faltaba el deseo sexual y a los hombres que tenían dificultad para mantener la erección. Para estos problemas, Kaplan desarrolló un extenso tratamiento individualizado que con frecuencia combinaba la terapia sexual tradicional y las sesiones orientadas a la psicodinámica, algunas veces con sólo uno de los pacientes y algunas veces con ambos. El caso de Sam y Susie ilustra este enfoque psicodinámico.

Susie, de 28 años, y Sam, de 30, han estado casados por cuatro años y tienen gemelos de 3 años. Su principal queja era la falta de deseo de Susie. La pareja tenía una buena relación, cada uno se sentía enamorado del otro, y eran buenos padres. Durante su matrimonio habían tenido sexo sólo tres veces. Durante los últimos dos años no habían tenido contacto físico porque los intentos de Sam por abrazar o besar a Susie tenían como resultado “la histeria”, es decir, ella experimentaba un crisis de ansiedad. A la pareja se le envió con Kaplan después de nueve meses de sesiones semanales en una clínica de terapia sexual que no había producido ninguna mejoría.

El enfoque sensato común o las actividades de placer ponían a Susie en estado de ansiedad. Además, cuando había una mejoría Susie se resistía o saboteara el tratamiento tratando de hacer demasiado. Por ejemplo, si la tarea era acostarse junto a Sam en la cama y tomar su mano, trataba de que él también le acariciara los senos, lo cual precipitaba sus sentimientos de ansiedad. El terapeuta habló con Susie sobre su conducta y le dio la tarea de controlar el progreso de la desensibilización a la ansiedad. Ella debía seleccionar sólo tareas que estaban en su zona de comodidad, es decir, sólo aquellas que le producían una ansiedad tolerable.

Susie también tenía un problema más general con el placer y la diversión. Cuando se permitía experimentarlos, tenía agudos dolores de cabeza. Mientras la desensibilización de su rechazo fóbico al contacto sexual progresaba, Susie experimentó una serie de sueños sobre “parientes muertos enterrados en su sótano que tenía que sacar”. Una figura amenazante central era su padre muerto. Después de platicar con su terapeuta sobre sus sentimientos de Edipo hacia su padre y la transferencia de algunos de estos sentimientos a su esposo, el padre de Susie desapareció de sus sueños.

Después de más sesiones junto a su esposo que se enfocaban en su culpa al experimentar placer, la ansiedad de Susie relacionada con el placer había disminuido, la relación con su esposo era más abierta, y la pareja tenía relaciones sexuales satisfactorias por lo menos una vez a la semana (adaptado de Kaplan, 1979, pp. 73-75).

Enfoques médicos Se han empleado diversos enfoques médicos para el tratamiento de la disfunción sexual. Muchos medicamentos, hormonas, pomadas y lubricantes se han recetado a hombres y mujeres que padecen tipos particulares de disfunciones. El máximo “acontecimiento” en el tratamiento médico para la disfunción sexual fue la introducción del Viagra (citrato de sildenafil) en Estados Unidos en 1998. En los primeros 90 días después de su aprobación por la Food and Drug Administration se convirtió en el medicamento que se recetaba más, con 3 millones de recetas. El Viagra aumenta la capacidad del hombre de alcanzar la erección. Desde su aparición, se han desarrollado varios medicamentos que producen este efecto. A pesar de que el Viagra mejora la respuesta a la estimulación sexual, no desencadena una erección automática (como lo hacen ciertas inyecciones). A pesar de su extenso uso, sólo de un tercio a una mitad de los pacientes informaron estar satisfechos con sus resultados (Pallas y cols., 2000; Virag, 1999). Probablemente, algunas de estas “fallas” del Viagra se deben a que los médicos que las recetan no conocen los factores psicosociales que pueden ser importantes en la disfunción eréctil. Por ejemplo, los pensamientos negativos e inoportunos pueden contribuir significativamente a este problema. En algunos casos, molestos efectos secundarios pueden acompañar al uso del Viagra. Cuando el éxito se enfoca en la erección en lugar de en la intimidad, la excitación y el placer mutuo, el resultado global puede ser un coito doloroso, con orgasmos retrasados o decepcionantes, y otras consecuencias no deseadas. No importa qué tan eficaz sea el enfoque médico, siempre existirá un número importante de hombres y mujeres que se pueden beneficiar con la ayuda adicional de los profesionales de la salud mental.

La popularidad del Viagra ha incrementado el interés sobre si los medicamentos pueden ser también útiles para las disfunciones sexuales de las mujeres. Un estudio telefónico en mujeres encontró que un cuarto de ellas informó de una marcada aflicción sobre sus relaciones sexuales y/o sobre su propia sexualidad (Bancroft y cols., 2003). Los aspectos físicos de la respuesta sexual reportados por las mujeres incluían la excitación, la lubricación vaginal y el orgasmo. Sin embargo, éstos eran sólo pobres indicadores de las aflicciones de las mujeres sobre el sexo. Los mejores pronósticos fueron los indicadores de un bienestar emocional general y la relación emocional con su pareja durante la actividad sexual. Estos descubrimientos sugieren que para las mujeres, los enfoques en los aspectos psicológicos de sus relaciones en la mayoría de los casos pueden ser más útiles que los medicamentos.

Eficacia del tratamiento de la disfunción sexual Como en el caso del Viagra y los medicamentos similares, otras terapias sexuales han mostrado variaciones en sus índices de éxito. Por ejemplo, los estudios de la disfunción eréctil utilizando las técnicas de Masters y Johnson o cognitivo-conductuales con frecuencia,

pero no siempre, han mostrado resultados favorables (Segraves y Althof, 1998). Otras condiciones para las cuales se han obtenido resultados positivos son la eyaculación precoz, los trastornos orgásmicos femenino y masculino y la dispareunia. Sólo se ha completado una prueba controlada de tratamiento para el vaginismo, pero sus resultados no mostraban un efecto beneficioso del tratamiento, a pesar de descubrimientos de estudios no controlados previos que habían producido resultados alentadores (McGuire y Hawton, 2003).

A pesar de los descubrimientos alentadores en general, la investigación controlada sobre la evaluación de terapias sexuales apenas empieza, y existen importantes problemas metodológicos que los investigadores deben enfrentar. Uno de esos problemas es que la medición del éxito terapéutico con frecuencia es definida de manera errónea. Otro es la necesidad de seguimiento a largo plazo para determinar si las técnicas de tratamiento tienen efectos duraderos. Otro obstáculo de algunos de estos estudios es que el índice de abandono de la participación a menudo es alto. Aunque se desea lograr la retención de 100% de los participantes en la investigación para seguimiento, este objetivo, en general, no es posible. Aun así, los investigadores realizan arduos esfuerzos para lograr la continua cooperación de los participantes en los estudios. Además de esta clase de retos metodológicos, se debe reconocer la complejidad de muchos problemas de disfunción sexual. Ésta puede ocurrir por problemas en la relación, problemas por las motivaciones ocultas de la pareja para el tratamiento (y cumplir con éste), la presencia de trastornos psicológicos, la falta de atracción física entre la pareja y problemas médicos (como deficiencias hormonales).

Aunque la terapia sexual no tenga éxito, sus efectos y los sentimientos que provoca pueden proporcionar un nuevo entendimiento tanto para los pacientes como para el terapeuta. Algunas personas se sienten culpables de sus fantasías sexuales o están celosos de las fantasías sexuales de su pareja. Uno de los miembros puede sabotear la terapia con una actitud crítica, indiferente o con la pérdida de interés. Una fuente común de los problemas sexuales es la relación entre la pareja. Algunas veces tienen expectativas muy diferentes del matrimonio o sobre la relación amorosa. Pueden estar enojados de manera crónica uno con otro o involucrados en una lucha de poder. Algunas veces ambos están inseguros sobre qué tan cerca quieren estar uno del otro, pero esta ambivalencia toma una forma peculiar en la cual uno demanda intimidad sexual y el otro es renuente a ella. El tratamiento recomendado para dichos problemas es la psicoterapia. El éxito de cada tipo de psicoterapia depende más del terapeuta y del paciente que del trastorno sexual específico.

Algunos tipos de autoayuda, por sí solos o en combinación con terapia, también pueden ser útiles. Los esfuerzos de la pareja para mejorar su comunicación pueden aumentar la calidad de su relación sexual. La comunicación que se esfuerza por aceptar (en lugar de criticar) los sentimientos y preocupaciones de cada uno puede ser bastante útil. La comunicación también se puede mejorar cuando se hace un esfuerzo especial en no descartar lo que un miembro de la pareja considera como egoísta o irracional. Es útil considerar que los cambios pequeños pueden ser los primeros pasos. Por ejemplo, si quiere que su pareja sea menos inhibida, em-

piece lentamente, quizá sugiriendo tener sexo en una habitación o lugar diferentes.

Una razón para ser optimistas es que los clínicos e investigadores consideran cada vez más las disfunciones sexuales desde una perspectiva más amplia que incluye la biología del deseo (por ejemplo, los aspectos físicos de las diferentes etapas de la conducta sexual), las motivaciones que juegan papeles en la relación sexual, la necesidad de intimidad, el deseo de satisfacer a la pareja y las influencias culturales (lo que piensan los individuos sobre lo que ocurre en las relaciones sexuales normales). Esta amplia perspectiva, junto con mejores metodologías, y estudios más ambiciosos que comparen o combinen objetivamente los diferentes enfoques terapéuticos, tiene probabilidad de aumentar el entendimiento de la disfunción sexual y mejorar la eficacia de su tratamiento.

Trastorno de la identidad sexual

Por mucho tiempo, la palabra *sexo* era un término comodín para referirse tanto a la conducta biológica como a la sexual. Hoy en día la palabra *sexualidad* se refiere a la conducta sexual. El *sexo* biológico por lo general se refiere a los cromosomas, genes, genitales, hormonas, y otras características físicas. El término *género* normalmente significa masculino o femenino o alguna combinación de ambos (Meyerowitz, 2002). La **orientación sexual** se refiere al hecho de que la persona desee una pareja sexual del mismo sexo o del sexo opuesto, no al autoconcepto sexual que tiene la persona. La identidad de sexual, un rasgo básico de la personalidad, es diferente de la orientación sexual. La **identidad sexual** se refiere a los sentimientos que tiene un individuo de ser hombre o mujer. Los niños se dan cuenta de que son hombres o mujeres a una edad muy temprana y, una vez que se forma, su identidad sexual es muy resistente al cambio. En el DSM-IV-TR existen dos partes esenciales del diagnóstico del trastorno de la identidad sexual: la identificación persistente con el sexo opuesto, y la evidencia sobre la incomodidad que tiene el individuo con su sexo. También es necesaria la ausencia de una anomalía anatómica sexual, y una aflicción importante en algunas áreas del funcionamiento.

Problemas de identidad sexual en niños

En el **trastorno de identidad sexual en niños**, los niños que todavía no han llegado a la pubertad pueden mostrar una aflicción considerable por ser hombres o mujeres y expresan un intenso deseo por pertenecer al sexo opuesto. Por ejemplo, una niña puede que exprese con vehemencia su deseo de ser un niño y hasta insistir en que lo es. Tal vez ella se niegue a usar ropa femenina, y prefiera la vestimenta típica de los hombres, incluyendo ropa interior y otros accesorios para niños. Ella puede también negar su género con conductas como rehusarse a orinar mientras está sentada o insistir que ya tiene un pene o que le va a crecer uno. Los niños muestran los mismos tipos de conducta pero a la inversa. Además de jugar con juguetes de niñas y de querer vestirse como ellas, un niño puede decir que quiere ser una mujer cuando crezca, y que su pe-

ne y testículos son desagradables o que desaparecerán cuando sea más grande.

Los problemas que se relacionan con la identidad sexual son llevados a atención médica cuando los padres se preocupan porque la conducta y las relaciones sociales de sus hijos no son como las de otros niños de la misma edad y sexo. Por ejemplo, esta madre se preocupa de que su hijo es y seguirá siendo sexualmente anormal:

Mi hijo muestra tendencias femeninas y así ha sido desde que tenía dos años. Todo empezó en forma muy graciosa. Su hermana tenía ropa en casa de sus abuelos y, cuando tenía dos años, él se vestía con esta ropa, sombreros y zapatos de tacón alto y se veía muy gracioso. Pensamos que sería algo que superaría. Ahora va a cumplir once años en este mes y hace esto en secreto. Siento que ahora es el momento para investigar su caso (R. Green, 1974, p. xxi).

Si el comportamiento de un niño pequeño es típico de los niños del sexo opuesto, no siempre significa que tenga un problema de identidad sexual. Un estudio de características de casos registrados por un servicio especializado en niños y adolescentes con trastornos de identidad sexual mostró que la frecuencia de las preocupaciones diferían entre los niños antes y después de la pubertad (DiCeglie y cols., 2002). La mayor preocupación de los padres sobre los niños en los años previos a la pubertad era que probablemente se rehusaban a usar la ropa típica de su género. Los niños usaban vestidos y las niñas se negaban a usar faldas. Después de la pubertad, aunque las preocupaciones sobre la ropa aún ocurrían, los padres también estaban preocupados por la inconformidad de sus hijos con sus características sexuales corporales. Los padres informaron sobre dificultades en las relaciones de sus hijos con sus compañeros y la depresión o sufrimiento que sus hijos les comunicaban, así como dificultades en la relación padres e hijos.

El diagnóstico del trastorno de identidad sexual en el DSM es relativamente nuevo, y aún existen debates sobre su definición y si el tratamiento debe enfocarse en los cambios o la aceptación.

Algunos clínicos creen que la investigación enfocada en las conductas de cambio de sexo da como resultado la presión en los niños para cumplir con los roles tradicionales de género (Wilson y cols., 2002). Ellos sugieren que la definición se debe enfocar en si el niño o adolescente se siente infeliz por el rol asignado de su sexo y no en su conducta. Otros señalan que las culturas varían en sus definiciones de los roles de género y muestran grados variados de aceptación de conductas atípicas de los géneros. Como resultado, es importante entender el contexto cultural para evaluar el desarrollo típico del género (Newman, 2002).

Trastornos de la identidad sexual en adultos

Hasta hace algunos años, Sara Buechner era David Buechner, un exitoso concertista de piano que había tocado con la Filarmónica de Nueva York y la Sinfónica Nacional de Washington, y sus interpretaciones habían sido elogiadas alrededor del mundo. A pesar de que había admitido ser bisexual, la mayoría de las relaciones de Buechner habían sido con mujeres. A los 21 años se casó con una pianista coreana. El matrimonio terminó en divorcio. Liberado por el divorcio, Buechner empezó a vestirse como mujer. Decidió que su verdadero yo era una mujer e ingresó en un programa de cambio de sexo que incluía dosis diarias de estrógeno que encogieron sus genitales masculinos y agrandaron sus senos, sesiones de electrolisis quitaron sus vellos y, finalmente, se sometió a una cirugía de cambio de sexo. Como Sara, Buechner continúa siendo una pianista altamente clasificada. Cree firmemente que su cambio de sexo ha resultado bien y se siente cómoda, segura y feliz con su nueva identidad sexual. Ha enfrentado actitudes desagradables al convertirse en Sara, incluyendo compromisos de enseñanza y conciertos cancelados. Sin embargo, Buechner siente que es una mejor persona y un mejor pianista como Sara (ver la figura 9-4). (Baltimore Sun, 13 de octubre de 1999.)

Debido a que el cambio de sexo de Buechner se llevó a cabo hace algunos años, aún no se puede llegar a conclusiones definitivas.



Figura 9-4 Como hombre, David Buechner era infeliz y lleno de conflictos, pero como mujer, Sara, se siente libre y realizada.
FUENTE: *New York Times Magazine*, 13 de septiembre de 1998, p. 51.

vas sobre su éxito. ¿Son los cambios de sexo adaptativos o desadaptados? Muchos clínicos creen que algunos cambios de sexo —o tal vez simplemente el deseo de ellos— están vinculados con la personalidad, y las idiosincrasias sociales y biológicas.

Los trastornos de la identidad sexual en los adultos pueden tomar dos formas: el transexualismo y el trastorno de la identidad sexual no transexual. Los **transexuales** experimentan intensos deseos y necesidad de cambiar su condición sexual, incluyendo su estructura anatómica. En contraste, aunque los adultos que padecen el **trastorno de la identidad sexual no transexual** se sienten incómodos e inapropiados sobre su sexo asignado, y muchas veces se transvisten, no se preocupan por deshacerse de sus características sexuales primarias y secundarias ni por adquirir las del otro sexo.

El número de casos de transexualismo es muy pequeño; sus índices estimados de prevalencia van desde 1 en 100 000 hombres hasta 1 en 400 000 mujeres en los Estados Unidos comparados con 1 en 37 000 hombres y 1 en 103 000 mujeres en Suecia (Landen y cols., 1996). El estudio científico del transexualismo ha permitido entender la naturaleza general y el desarrollo de la identidad sexual. Cuando el fuerte deseo de un niño de ser miembro del sexo opuesto continúa en la edad adulta, esta conducta puede tener como resultado el transexualismo. El problema empieza a surgir en la pubertad, cuando los cambios en la madurez del cuerpo resaltan el género biológico. En el estudio de seguimiento de niños femeninos descritos en la sección previa (R. Green, 1987), un niño parecía tener sentimientos transexuales. A pesar de que los clínicos están de acuerdo en el valor de estudiar las vidas de los transexuales, el uso de técnicas médicas para provocar cambios corporales para cumplir con la identidad de género transexual es aún tema controversial.

Para transformar a un hombre transexual en una mujer se le deben administrar hormonas femeninas para reducir el crecimiento del vello y estimular el desarrollo de los senos, extirparle los genitales y crear una vagina artificial. Es más difícil transformar a una mujer en un hombre sexualmente funcional, porque el pene construido artificialmente no se puede erigir por medios naturales o sentir la estimulación táctil.

Debido a la naturaleza irreversible de la **cirugía de reasignación sexual**, como se le llama al procedimiento, los clínicos destacan la necesidad de evaluar cuidadosamente a cada candidato antes de decidir si se llevarán a cabo los procedimientos médicos necesarios para concretar el cambio de sexo. Después de que son seleccionadas las personas emocionalmente estables y con probabilidades de ajustarse bien a la cirugía, los centros más prestigiosos aún requieren cubrir algunos aspectos preliminares antes de llevar a cabo la cirugía. Después de que los pacientes son seleccionados, en general deben pasar uno o dos años viviendo en la comunidad como un miembro del sexo opuesto antes de la cirugía. Durante este periodo se utilizan inyecciones de hormonas para alterar las características sexuales secundarias, como el tamaño de los senos y la definición muscular. Este periodo sirve como preparación psicológica para vivir como miembro del otro sexo, y también les proporciona una experiencia real de cómo puede ser la vida. También se requiere de psicoterapia durante este periodo prequirúrgico. Algunas veces los clientes tienen lo que se suele llamar esperanzas

“mágicas” sobre la cirugía. Las sesiones psicoterapéuticas les pueden dar una oportunidad de entender sus sentimientos subyacentes.

¿Qué les pasa a quienes se someten a la cirugía? Los resultados son contradictorios. Un estudio de seguimiento sueco que duró cinco años encontró que hasta 40% de las personas que se realizaron la cirugía no mostraban un efecto beneficioso significativo (Bodlund y Kullgren, 1996). Otro estudio reciente mostró que, aunque una minoría de individuos que se realizaron un cambio de sexo informaron sentirse ayudados, la mayoría se percibían a sí mismos como dañados y sentían depresión y pérdida de autoestima (Shidlo y Schroeder, 2002). Estos resultados contrastan con los de otro estudio de seguimiento. En un estudio de los adolescentes que eran aceptados o rechazados para la cirugía de reasignación sexual, los que se realizaron la cirugía fueron estudiados de uno a cuatro años después (Y.L.S. Smith y cols., 2001). Los resultados fueron comparados con los que reportaron aquellos que no fueron tratados o para quienes el tratamiento había sido retrasado para que pudieran ser evaluados cuando fueran mayores. El grupo tratado quirúrgicamente funcionaba bien tanto psicológica como socialmente y ya no tenían sentimientos negativos sobre su sexo. Ninguno expresó arrepentimiento de la decisión de realizarse la reasignación sexual. El grupo no tratado también mostró alguna mejoría pero su perfil psicológico no era tan positivo como el de los que habían sido tratados. El diagnóstico cuidadoso y los estrictos criterios de tratamiento pueden explicar las diferencias de los resultados de estos exámenes.

Muchos transexuales han escrito relatos muy favorables sobre sus experiencias después de la cirugía. Uno de ellos es Jan Morris (ver la figura 9-5), cuya autobiografía se titula *Conundrum* (1974). A los 17 años, James Morris era un oficial en uno de los regimientos de caballería de Gran Bretaña. Más tarde fue un reconocido corresponsal de *The Times of London*, y entre otras asignaciones cubrió el exitoso intento de Hilary y Tenzig de escalar el monte Everest. También cubrió guerras y rebeliones alrededor del mundo, y ha escrito muchos libros de historia y viajes. Morris dijo que a la edad de tres o cuatro años se dio cuenta de que era una niña que había nacido en el cuerpo equivocado. Sin embargo, se casó a los 22 años, y él y su esposa tuvieron cinco hijos. A medida que se acercaba a la edad madura, se deprimió, tenía pensamientos suicidas y finalmente buscó la cirugía de reasignación sexual. Después de los tratamientos iniciales con hormonas y de la cirugía, James Morris se convirtió en Jan Morris. Los Morris se divorciaron, y Jan Morris más tarde dijo que sus hijos lo consideraban como su tía.

El transexualismo es un buen ejemplo de la perspectiva interaccionista. El sexo es una cuestión de anatomía y fisiología, pero la identidad sexual puede también ser influida por factores psicológicos, sociales y culturales. Es probable que exista un pequeño grupo de transexuales para quienes la terapia de reasignación sexual sea un tratamiento eficaz. Para muchos más, que tal vez tengan problemas de personalidad significativos y otras psicopatologías, la cirugía no les proporciona una respuesta a sus problemas de salud mental; en su lugar, los problemas empeoran (Haertsch y Heal, 1997). Algunos individuos se deprimen profundamente después de la cirugía, mientras que otros tienen episodios psicóticos transitorios.



(a)



(b)

Es gracioso que me incluyan en un libro de psicología anormal ya que nadie podría ser más normal, hablando psicológicamente, ¡ni tampoco mejor adaptado! ¡Vamos a conocernos y podrán juzgarlo por sí mismos!

(c)

Figura 9-5 (a) James Morris en 1960. (b) Jan Morris en 1974. (c) Nota que Morris escribió a los autores.

El trastorno de identidad sexual no transexual también produce incomodidad sobre su sexo asignado. Sin embargo, las personas que padecen este trastorno no tienen la preocupación de adquirir los órganos sexuales y otras características físicas del sexo opuesto, que es una característica de los transexuales. En su lugar, se enfocan en fantasear que son del sexo opuesto, o en actuar el papel a través del travestismo. Este travestismo difiere del de los travestis, tema que se verá más adelante. A pesar de que los travestis obtienen gratificación sexual al travestirse, no están insatisfechos con su sexo biológico. En su lugar desean permanecer como hombres pero se excitan sexualmente usando ropas femeninas.

Posibles causas del trastorno de identidad sexual

A pesar de que las causas del trastorno de identidad sexual son desconocidas, un estudio de gemelos de 4 a 17 años sugirió que existía un fuerte componente hereditario (Coolidge y cols., 2002). Existen algunos desacuerdos entre los que tratan a estos niños, sobre si la terapia debe involucrar intentos paternos para hacer desaparecer las conductas, o si se debe ayudar a los padres y a los niños a aceptarlas, y el tratamiento enfocarse, no en la conducta, sino en las preocupaciones del niño o adolescente sobre su identidad sexual (Meyer-Balburg, 2002; Wilson y cols., 2002).

Actualmente la perspectiva biológica sugiere que las personas que desarrollan el trastorno de identidad sexual fueron expuestas a niveles inusuales de hormonas antes de nacer (Bradley y Zucker, 1997; Quinsey, 2003). Se cree que estas hormonas tienen influencia en la identidad de género y en la identidad sexual a través de su influencia en las estructuras cerebrales relacionadas con la sexualidad, fundamentalmente el hipotálamo. Algunos de estos estudios se enfocaron en niñas que fueron expuestas a niveles inusualmente altos de testosterona mientras estaban en el útero. Al-

gunas de ellas nacieron con genitales que eran un tanto masculinos, una condición que por lo común es tratada en la infancia con cirugía y reemplazo hormonal. De acuerdo con algunos estudios, estas niñas tendían a presentar una conducta más masculina que otras niñas, y aunque se identificaban como tales, tenían un gran riesgo de padecer un trastorno de identidad sexual (Slijper y cols., 1998).

En contraste con las teorías biológicas, las teorías psicosociales sobre el trastorno de la identidad sexual destacan el papel de los padres en el desarrollo de la identidad sexual de sus hijos. La mayoría de los padres se enfocan en lo que ellos consideran es la conducta apropiada de su sexo: camiones para niños, muñecas para niñas, y ropa que permita diferenciarlos. Sin embargo, con frecuencia los padres no se dan cuenta en qué grado su propio comportamiento contribuye a la conducta de sus hijos. La madre que citamos antes tal vez alentó a su hijo a vestirse con ropas de mujer al decirle lo gracioso que se veía con éstas y no en otras circunstancias. Cuando éste es el caso, la terapia puede ser útil. Los padres pueden aprender a reforzar la conducta sexual apropiada en el hogar, por ejemplo, prestándole especial atención al niño o dándole un reforzador material cuando se porta apropiadamente. La pregunta sobre el papel que juega la conducta paterna en el trastorno de identidad sexual aún no ha sido respondida. A pesar de los avances en el estudio de las prácticas sexuales, con frecuencia surgen preguntas sobre el grado de desadaptación de cierto tipo de conducta. La niña poco femenina de cinco años o el niño amanerado pueden tan solo estar pasando por esta fase. Sin embargo, los niños que se visten con ropas del sexo opuesto, y que sus juegos siguen los patrones del otro sexo, tienen una mayor probabilidad de desarrollar una orientación homosexual en la edad adulta (Money, 1987). Un estudio longitudinal comparó niños con intereses y conductas extremadamente femeninas en la niñez con niños de un grupo control (R. Green, 1987). Once años más tarde, 75% de los niños que presen-

taban conductas femeninas eran homosexuales o bisexuales en fantasías y/o en conducta. Todos los niños, menos uno, del grupo de control, eran heterosexuales. A pesar de estos descubrimientos, el estudio no responde por qué estos niños habían expresado estos intereses. Es posible que la influencia de los padres jugara un papel, y también lo es que las conductas se relacionaran con las variables biológicas más que con las sociales. Sin embargo, un número mayor del esperado de niños con trastorno de identidad sexual tienen padres que son depresivos o han padecido trastornos de ansiedad o de personalidad (Bradley, 1995). Esto crea una atmósfera de estrés en el hogar que afecta la visión de los niños sobre sí mismos, y algunos investigadores sostienen la teoría de que este ambiente afecta muchos aspectos en la manera en que se ven a sí mismos, lo cual, por supuesto, incluye su identidad sexual.

El cuadro 9-3 describe un caso sumamente inusual que proporciona un entendimiento de los aspectos biológicos y psicosociales de la identificación de género.

Las parafilias

No todos se excitan sexualmente con los mismos estímulos. Algunos individuos pueden obtener gratificación sexual sólo ante objetos o situaciones particulares. Aunque muchos de estos comportamientos sexuales se practican en privado o con parejas adultas que lo aceptan y no dañan a otras personas, las fantasías parafilias se puede actuar con una pareja que no lo acepte de una manera que le cause daño.

Las **parafilias** están conformadas por fantasías sexuales especiales, prácticas masturbatorias, accesorios sexuales y peticiones de la pareja sexual. Los intereses y prácticas sexuales que no se basan

en las normas socialmente aceptadas han sido conocidos desde la antigüedad, pero no fue sino hasta los siglos XIX y XX en que se realizaron esfuerzos para categorizarlos y entenderlos.

El DSM-IV-TR describe tres clases de parafilia (el nombre significa “atracción por lo desviado”):

1. Preferencia por el uso de un objeto no humano para excitarse sexualmente
2. Actividad sexual repetitiva con seres humanos que comprende el sufrimiento y humillación reales o simulados
3. Actividad sexual repetitiva sin el consentimiento de la pareja

La clasificación del DSM-IV-TR de las parafilias toma en cuenta la duración de las fantasías, los impulsos o la conducta, los cuales deben estar presentes por los menos durante seis meses, así como el nivel de aflicción o discapacidad para funcionar que éstos causen. En una condición leve, el individuo puede angustiarse por las imágenes pero nunca haber actuado de acuerdo a ellas; en una condición moderada, las imágenes se transforman en acción, la cual produce discapacidad en el funcionamiento profesional o social; en una condición severa, se puede haber actuado repetidamente con base en los impulsos y éstos ocupan un papel central en la vida de la persona. La tabla 9-7 resume las principales características clínicas de las parafilias más importantes.

Fetichismo

El **fetichismo** es un estado psicológico en el cual un objeto inanimado (fetiche) sirve como fuente primaria de la excitación sexual y la consumación es un ejemplo de una desviación sexual que en

TABLA 9-7

Características clínicas de las parafilias más importantes

Las características clínicas deben presentarse por lo menos durante seis meses, y causar angustia o discapacidad significativa en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes.

- **Fetichismo.** Fantasías sexualmente excitantes intensas y recurrentes, impulsos sexuales o conductas que incluyan el uso de objetos inanimados (como ropa interior femenina).
- **Fetichismo travestista.** Fantasías sexualmente excitantes intensas y recurrentes, impulsos sexuales o conductas de hombres heterosexuales travestistas.
- **Sadismo y masoquismo sexual.** Fantasías sexualmente excitantes intensas y recurrentes, impulsos sexuales o conductas que incluyan el masoquismo, la humillación real o simulada, golpizas y sufrimiento; en el sadismo, causar a la víctima sufrimiento psicológico o físico real (se incluye la humillación).
- **Voyeurismo.** Fantasías sexualmente excitantes intensas y recurrentes, impulsos sexuales o conductas que incluyan el acto de observar a una persona desprevenida que está desnuda, se desviste o practica una actividad sexual.
- **Exhibicionismo.** Fantasías sexualmente excitantes intensas y recurrentes, impulsos sexuales o conductas que incluyan la exposición de los genitales propios a extraños desprevenidos.
- **Pedofilia.** Fantasías sexualmente excitantes intensas y recurrentes, impulsos sexuales o conductas que incluyan la actividad sexual con un niño o niños que aún no han llegado a la pubertad (en general de 13 años o menores). (El pedófilo es de por lo menos 16 años de edad, y por lo menos cinco años mayor que el niño o niños.)



CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

Comprendiendo la identidad sexual: el niño que fue educado como niña

David Reimer y su hermano gemelo nacieron en 1965 y eran bebés saludables. Sin embargo, en 1966 David fue operado debido a una dolorosa condición médica en su pene. La operación no dio los resultados esperados y su pene fue accidentalmente amputado. A pesar de que sus padres consultaron muchos médicos, todos creían que él jamás podría funcionar como un hombre normal. Finalmente, sus padres fueron remitidos con el doctor John Money, de la Johns Hopkins University. Money había estudiado a niños llamados *hermafroditas*, lo que significa que habían nacido con características sexuales ambiguas. Había desarrollado una teoría de que estos niños, después de haber sido tratados quirúrgicamente, podrían ser asignados exitosamente a cualquier sexo. En su opinión, los factores sociales eran más importantes que los biológicos en la creación de la identidad sexual, una idea controvertida que fue debatida por otros investigadores. Estaba interesado en el caso de David porque si tenía éxito educando a David como una niña, sería un buen argumento para aplicar esta teoría de manera más amplia. Persuadió a los padres a extirpar los testículos de David y de tratar de reafirmar la creencia en David de que era una niña. Aun antes de la segunda cirugía, la cual se llevó a cabo cuando tenía 22 meses de edad, sus padres ya lo habían nombrado Brenda, lo vestían como una niña y se enfocaron en desarrollar sus intereses femeninos. El plan que Money había trazado incluía una serie de visitas al Johns Hopkins, tratamiento hormonal y una cirugía futura cuando Brenda se convirtiera en adolescente. Los padres trabajaron duro para se-

guir sus recomendaciones. Los problemas que ellos y Brenda encontraron han sido relatados por el escritor John Colapinto en su libro *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl* (2000) (ver la figura 9-6).

La vida de Brenda no transcurrió sin complicaciones. Sus padres trataron de inculcarle intereses y hábitos femeninos, y constantemente trabajaban para contrastar la conducta de las niñas con la de su hermano gemelo. Aun en sus años preescolares este tratamiento parecía no tener efecto. Colapinto entrevistó a personas que habían conocido a Brenda desde sus años preescolares y la describieron como nada femenina. Ella sólo quería jugar con juguetes de niño, y caminaba y gesticulaba como tal. Cuando una niña iba a jugar con ella, le contó su abuela, “ella no jugaba como niña, y luego le decía a su madre que quería que la niña se fuera a su casa” (Colapinto, p. 59). Su insistencia en orinar parada desconcertaba a sus padres. Su maestra de preescolar comentó: “No creo que sintiese que *ella* era una niña” (*ibid.*, p. 61). Brenda se volvió desobediente, y mientras crecía continuaba con problemas académicos y de conducta en la escuela. A pesar de que sus padres trataron de mantener en secreto la historia de Brenda, después de repetidas solicitudes, tanto de la escuela como de la clínica de orientación juvenil, de información que les ayudara a comprender la conducta de Brenda, sus padres firmaron un documento para permitir que las autoridades de las escuelas contactaran a su pediatra y obtuvieran la información que necesitaban. Hasta ese momento nadie fuera de la familia sabía lo que había

pasado. Aunque Brenda empezó a recibir alguna atención terapéutica, las cosas no mejoraron. La familia finalmente decidió mudarse muy lejos con la esperanza de que las cosas mejoraran. Sin embargo, esta mudanza fue inútil y finalmente regresaron a su antiguo hogar.

La familia regresó a Johns Hopkins en intervalos regulares para ser entrevistados por Money y su personal. A pesar de continuar expresándole sus dudas y preocupaciones, Money continuaba dándole instrucciones de ser firmes sobre el rol femenino de Brenda. Colapinto sugiere que Money temía que algo saliera mal debido a que había publicado ampliamente el caso, lo que pondría en duda la seriedad de sus teorías. Brenda encontró los viajes atemorizantes y se resistía a ir. Tanto ella como su hermano sentían que había un misterio que ellos no sabían. Los viajes a Johns Hopkins se tornaron más molestos cuando llegó a la pubertad. Ella se negaba a que se le practicaran exámenes genitales, muchas veces se negó a tomar las hormonas femeninas que le habían recetado y se resistía a practicarse la cirugía que tenían planeada para construirle una vagina artificial. Su familia solicitó extenso cuidado psiquiátrico en el hogar, pero esto no cambió la conducta de Brenda ni disminuyó sus sentimientos de disgusto.

Finalmente, cuando los gemelos tenían 14 años, su padre le contó a Brenda sobre el error quirúrgico que la había privado de su pene, y de los esfuerzos de ellos por afrontar este hecho. Brenda estaba horrorizada de oír lo que había pasado, y decidió volver a su sexo biológico tan pronto como escuchó esta

general no es perseguida por la ley. La mayoría de los fetichistas realizan sus actividades de manera solitaria, aunque en algunos casos cometen delitos para adquirir sus fetiches favoritos (con frecuencia prendas íntimas, botas o zapatos). Los fetichistas casi siempre son hombres, y los fetiches varían ampliamente, de los claramente eróticos (como un artículo de la ropa interior de las mujeres, en especial que ha sido usado, manchado o que aún no se ha lavado), a objetos que en apariencia tienen poca conexión con la sexualidad. Con frecuencia, el fetichismo empieza en la adolescencia (ver la figura 9-7).

Los fetiches de plástico son particularmente populares. Algunos fetichistas del plástico se excitan sexualmente con solo usar

prendas íntimas de plástico. Otros se visten con ellas (o quieren que su pareja las use) durante la actividad sexual porque las prendas son necesarias para que se exciten. Un fetichista del plástico describe el papel que las botas de plástico juegan en su conducta sexual:

Yo siempre he estado fascinado con las botas de plástico. No puedo decir con exactitud cuándo empezó mi fascinación, pero debo haber estado muy joven. Su encanto es casi hipnótico y si veo a alguien caminando con botas de plástico, me excito mucho y tal vez siga a esa persona a distancia. En esas circunstancias rápidamente me viene una erección y puedo eyacular fácilmente. Con frecuencia me llevo las botas a

CUADRO 9-3

información. Después de que había retomado su papel masculino como David, le dijo a Colapinto que sentía una emoción que superaba al enojo y a la incredulidad. “Estaba aliviado”, dijo David. Luego le dijo a su terapeuta que estaba decidido a regresar a su sexo biológico. “Cuando cumpla 18 años, seré lo que quiero ser... me convertiré de niña en niño” (*ibid.*, p. 181). Después decidió hacer el cambio mucho antes. Brenda no quería regresar a su nombre de nacimiento, Bruce, así que escogió el nombre de David.

Su reaparición en su familia extensa como niño fue atemorizante para David, aunque sabía que sus parientes estaban al tanto de su reasignación sexual desde hacía mucho tiempo. Todo salió bien y empezó a recibir inyecciones de hormonas masculinas, testosterona. Sus senos, desarrollados por las hormonas femeninas que había tomado anteriormente, fueron extirpados quirúrgicamente. Más tarde se sometió a una cirugía que le proporcionó un pene rudimentario, y se le implantaron testículos falsos en un escroto reconstruido para completar el cambio. David y su hermano inventaron una historia para explicar la desaparición de Brenda (había muerto en un accidente aéreo en la Columbia Británica después de haberse mudado allá con su novio), y luego la súbita aparición de David (quien era un primo lejano). Después de que sus compañeros de escuela averiguaron la verdad sobre la condición de David, intentó suicidarse tomando una sobredosis del medicamento antidepresivo de su madre. Sus padres lo encontraron a tiempo y le salvaron la vida, aunque después volvió a intentar suicidarse. Después se retiró a una cabaña alejada por largos periodos, pero después de un año, dos de sus ami-



Figura 9-6 David Reimer

FUENTE: Reuters America LLC.

gos lo persuadieron de dejar el bosque e ir con ellos a un viaje a Hawai. En el camino, les contó sobre su “prima” Brenda. Los amigos le dieron seguridad, diciéndole “no tienes que hacerlo, ya lo sabemos” (*ibid.*, p. 189). Este viaje pudo haber sido un momento decisivo. Poco después de su regreso David escuchó sobre un nuevo tipo de pene artificial, y se sometió a la cirugía poco después de su cumpleaños 22. Dos años y medio después de que su hermano gemelo los presentara, David se casó con Jane, madre de tres hijos, quien sabía de su condición.

Años después, cuando Colapinto entrevistaba a personas para su libro, David resumió algunos de sus sentimientos sobre su vida:

¿Si hubiera crecido como un niño sin pene? De cualquier modo hubiera tenido problemas, pero no se hubieran agravado tanto como ahora. Si hubiera crecido como niño, hubiera sido más aceptado por las otras personas. Hubiera estado mucho mejor si solamente me hubieran dejado solo, porque cuando volví a cambiar, tenía dos problemas en las manos, no sólo uno, porque ellos trataban de lavarme el cerebro para aceptarme como niña. Así que tienes esa cosa psicológica en tu cabeza. [...] Estoy harto de sentirme avergonzado de mí mismo. Ese sentimiento jamás desaparecerá. No hice nada malo pero parece que estuviera condicionado a avergonzarme de mí mismo. El solo pensar que yo usaba vestidos, tenía un nombre de niña —con el cabello largo y todo eso— voy a tener que vivir con eso por el resto de mi vida. No puedes borrar recuerdos como ésos. [...] Mi mamá y mi papá querían que esto funcionara para que yo fuera feliz. Ése es el sueño de todos los padres para sus hijos. Pero yo no podía ser feliz para mis padres. Yo tenía que ser feliz para mí mismo. No puedes ser algo que no eres. Tienes que ser tú (Colapinto, 2000, pp. 263-265).

Este “experimento” en la identidad sexual no sólo fracasó sino que terminó de manera trágica. David experimentó una serie de eventos extremadamente estresantes en su vida. Su hermano gemelo, Brian, quien había sido tratado de esquizofrenia, murió de una sobredosis de drogas. David y su esposa se separaron, y él perdió su trabajo. Dos años después de la muerte de su hermano, David se suicidó.

mi cama, las acaricio, las beso y eyaculo en ellas (Epstein, 1965, pp. 515-516).

El fetichismo es una de las formas de la conducta sexual más desconcertante. Es una condición crónica, y en algunos casos la colección de objetos fetichistas es la actividad principal en la vida del individuo. Nadie ha podido explicar adecuadamente el apego sexual de los fetichistas a diversos objetos. Aunque las teorías varían desde las que destacan la motivación inconsciente hasta las que plantean como hipótesis los mecanismos neurales dañados (como los de los epilépticos), las causas de este inusual tipo de conducta sexual permanecen envueltas en misterio.

Los fetichistas no buscan terapia con frecuencia. En un hospital grande de Londres, en un periodo de 20 años sólo se diagnosticaron 60 casos (Chalkley y Powell, 1983). De estos individuos, 30% fue enviado por las cortes, principalmente porque habían robado los objetos de su fetichismo. Alrededor de un tercio de los pacientes fue a tratamiento por su ansiedad sobre su conducta fetichista. Alrededor de 20% fue por otras razones; el fetichismo fue identificado hasta después de haber empezado el tratamiento. El tratamiento basado en los principios de aprendizaje ha sido aplicado al fetichismo con algún éxito. Por ejemplo, en la terapia de aversión, el objeto de la conducta fetichista se aparean, ya sea en la realidad o en la fantasía, con un estímulo desagradable (como una descarga eléc-



Figura 9-7 240 pares de ropa interior femenina robados por un fetichista de 17 años.

FUENTE: Bellevue, Washington, Departamento de Policía, fotografía publicada en *The Seattle Times*, 5 de mayo de 1995, p. D1.

trica) o una situación imaginaria en la que el descubrimiento del fetiche causa un sentimiento de vergüenza abrumadora.

Fetichismo travestista

Con frecuencia, los travestis usan la ropa como estimulante sexual o fetiche. El *travestismo* literalmente significa “usar ropa de mujer”. La mayoría de los travestis son hombres heterosexuales que usan ropa de mujer, en muchos casos desde la adolescencia. Cuando no se visten como mujer, casi siempre exhiben un comportamiento e intereses masculinos. La conducta travestista varía desde usar ropas de mujer en solitario hasta la amplia participación en la subcultura travestista. Algunos hombres usan un solo artículo de ropa femenina (por ejemplo, ropa interior o medias) bajo su atuendo masculino, y otros se visten completamente como mujeres y usan maquillaje.

El DSM-IV-TR describe el **fetichismo travestista** únicamente en hombres heterosexuales. Las mujeres por lo general no son



Figura 9-8 The Billy Tipton Trio: Tipton (al centro), Ron Kilde y Dick O'Neill. “Nunca sospeché nada”, dijo O'Neill después de que averiguó, a la muerte de Tipton, que era una mujer.

consideradas travestis, probablemente porque nuestra sociedad les permite vestirse con estilos masculinos. Sin embargo, se han descrito casos de mujeres que se visten con ropas de hombre. Por ejemplo, Billy Tipton era un exitoso músico de jazz que empezó su carrera en clubes de jazz en los años treinta. Tipton había estado casado y había adoptado a tres hijos. Cuando murió en 1989, el director de la funeraria descubrió que biológicamente era una mujer (ver la figura 9-8).

A pesar de que algunos clínicos sostienen que el travestismo y el transexualismo son básicamente similares, existen algunas diferencias entre estas dos condiciones. Los transexuales desean cambiar sus genitales y vivir como miembros del sexo opuesto. No experimentan excitación sexual cuando se visten con ropas de mujer. Por otro lado, los travestis se pueden excitar cuando se visten con ropas de mujer y aun así continúan identificándose como miembros de su sexo biológico.

Un hombre travestista le dio esta explicación de su conducta a su esposa en esta carta:

Los atributos masculinos que al principio te atraieron hacia mí son, como tú sabes, una parte integral de mi personalidad, como lo es mi travestismo. Siempre ha sido una parte de mí... Sólo somos chicas de fantasía y siempre sabemos que en realidad somos hombres, así que no te preocupes de que alguna vez nos sintamos insatisfechas con la virilidad o querramos transformarnos para siempre en una mujer. Cuando estamos vestidos con ropa femenina y logramos parecernos lo más posi-

ble a una chica de verdad, en realidad pretendemos ser mujeres durante un periodo breve, pero es una simulación y definitivamente no una realidad. (Prince, 1967, pp. 80-81)

Hace algunos años, un estudio inusual de una muestra de travestis en Estados Unidos proporcionó descripciones comprehensivas de su conducta y actitudes (Bentler y Prince, 1969, 1970). En comparación con un grupo no travestis, los travestis eran más inhibidos en sus relaciones interpersonales, menos comprometidos con otros individuos y más independientes. En general, se mostraron menos capaces de buscar simpatía, amor y ayuda de otros, y parecían ser más felices cuando de manera temporal se liberaban de las responsabilidades de su rol masculino. Sin embargo, en muchas áreas de la personalidad no diferían significativamente de los no travestis.

Los psicólogos han hecho hincapié en muchas perspectivas —los procesos psicodinámicos, el condicionamiento, y la predisposición biológica— para tratar el travestismo. Muchos clínicos creen que esta condición se desarrolla en el contexto de las relaciones desequilibradas entre padres e hijos. Otros lo ven como un producto del desarrollo psicosexual aberrante. Los conductistas lo toman como una respuesta condicionada que es susceptible a la terapia de aversión (en la cual vestir con ropa de mujer se aparea con un estímulo aversivo). También se ha sugerido el entrenamiento conductual para fomentar la confianza y la adecuación para jugar un papel sexual convencional. En contraste, algunas de las terapias se enfocan en reducir la culpabilidad y ansiedad asociadas con el travestismo.

La **sensibilización encubierta** parece ser particularmente útil para tratar el travestismo y otras parafilias. En este procedimiento, primero se les pide a los clientes que imaginen de la forma más real la conducta de excitación sexual que tratan de erradicar y que continúen estos pensamientos con imágenes de aversión igualmente rea-

les (por ejemplo, ser descubiertos y sentirse avergonzados). Este enfoque fue usado en un travestis de 31 años, un oficial de policía casado que buscó ayuda debido a su necesidad incontrolable de vestir con ropa de mujer y aparecer en público. El cliente tenía antecedentes de 16 años de travestismo que antes habían dado como resultado su expulsión de la Marina. Su esposa amenazó con divorciarse debido a que se vestía como mujer. Durante el tratamiento, se le pidió que formara imágenes de escenas sexuales desviadas, así como imágenes aversivas de sus consecuencias indeseables. El siguiente es un ejemplo del material utilizado en la sensibilización encubierta en este caso:

Usted está solo en su casa, y se siente solitario. Siente la necesidad de ponerse la ropa, así que entra a la recámara y abre el armario. Empieza a sentirse excitado mientras decide qué ponerse. Mientras se pone la ropa, puede ver los colores y sentir la ropa en sus manos. Está realmente excitado al ponerse el sostén, las pantaletas, las medias, la peluca. Siente deseos de jugar consigo mismo mientras se aplica el maquillaje, pero no aguanta las ganas de salir. Al salir de la casa, se excita mucho. Se toca el pene a través de las pantaletas mientras maneja. ¡Y después escucha las sirenas! La policía le pide que se detenga, y son sus amigos policías. Comienzan a reír y llaman a otras patrullas. Una multitud se está juntando, y ellos saben que usted es un hombre. Los oficiales lo arrestan y lo llevan a la estación. Las mujeres están indignadas, y el jefe le quita su arma y su insignia. Lo humillan y lo llaman "enfermo". Sus hijos lloran cuando regresan de la escuela porque los demás se burlan de su perverso padre. ¡Mire lo que se ha hecho a sí mismo! (Brownell y cols., 1977, pp. 1146-1147.)

La sensibilización encubierta ha sido exitosa para tratar el fetichismo travestista. La figura 9-9 muestra el porcentaje promedio de la erección completa (medida por la circunferencia del pene) durante un periodo de control, durante la sensibilización encubierta,

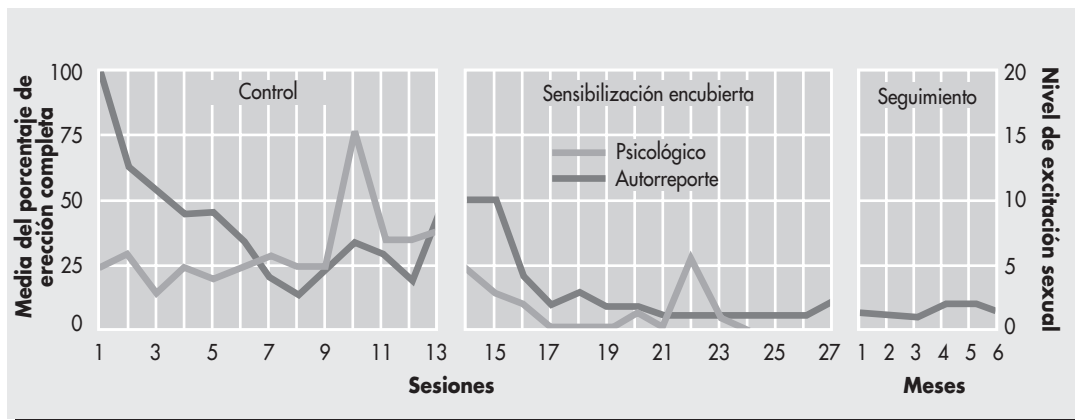


Figura 9-9 Media de los porcentajes de erección completa y nivel de excitación sexual (basados en medidas reales y autorreportes) de un hombre travestista durante los periodos de control, tratamiento (sensibilización encubierta) y periodos de seguimiento.

FUENTE: Adaptación de Brownell, Hayes y Barlow, 1977 © por la American Psychological Association. Adaptación con autorización de los autores.

y en el seguimiento. La figura también muestra los cambios reportados por la persona durante la excitación sexual ante los estímulos travestistas. Tanto las medidas fisiológicas como los autorreportes revelaron una reducción importante de la excitación sexual. Además, la excitación fisiológica y la reportada por el individuo a estímulos heterosexuales aumentaron. El cliente, que había recibido tratamiento previo por sus dificultades sexuales, se sorprendió con la eficacia de la sensibilización encubierta.

Para algunos fetichistas travestistas no es la ropa en sí lo que es excitante, sino su habilidad para engañar a la gente y hacerse pasar por mujer. Se le preguntó a un fetichista travestista si se sentiría más feliz si las costumbres sociales permitieran a las personas vestir como desearan en público, y ésta fue su respuesta:

“Cielos, no”, dijo sonriendo. “El simple hecho de que me permitan usar ropa de mujer en público no es nada. Lo que me excita es el desafío de parecerme tanto a una mujer que nadie sepa que soy un hombre. La combinación de hacer algo que deseo, que todos dicen que es imposible y que está prohibido, me produce una excitación tal que se convierte en sexual” (Gosselin y Wilson, 1980, p. 67).

Sadismo y masoquismo sexual

Para algunas personas, infligir o experimentar dolor y humillación se relaciona con la gratificación sexual. Muchas de ellas incluyen actos ligeramente dolorosos —como morder, pellizcar y golpear— en sus prácticas sexuales. Cuando ambas partes las disfrutan, estas actividades pueden aumentar el placer sexual. Sin embargo, con frecuencia los sádicos y masoquistas van más allá del dolor leve y, además, no pueden disfrutar el sexo de ninguna otra forma. Para el **sádico**, lograr el orgasmo depende de humillar a otras personas o causarles dolor. Con frecuencia, esto se conoce como “disciplina”. Para el **masoquista**, la satisfacción sexual depende de la “esclavitud”, esto es, sufrimiento, humillación, dolor y trato enfermizo por parte de los demás. Sadismo y masoquismo ocurren tanto en las relaciones heterosexuales como homosexuales, pero al igual que otras desviaciones en esta área, son muy poco comprendidos. Cuatro temas caracterizan muchos casos de sadismo y masoquismo (Santilla y cols., 2002), que incluyen:

1. Muestras de hipermasculinidad y rudeza
2. Infligir y recibir dolor
3. Restricción física de una persona a la otra
4. Humillación

Tanto el masoquismo como el sadismo sexuales son condiciones crónicas. Cuando estas prácticas son severas, pueden producir heridas graves o la muerte a la víctima. Algunos trabajadores clínicos conjeturan que las raíces del sadismo y el masoquismo se encuentran en la niñez; otros han mencionado posibles factores biológicos. Un área que merece estudio es la vida de fantasía de estos individuos, por ejemplo, los pensamientos relacionados con sus actividades sexuales.

El masoquista sexual experimenta excitación a través de su propio sufrimiento, por lo cual prefiere ser humillado y golpeado. Los masoquistas tienen fantasías, con frecuencia que empiezan en la niñez, en las cuales son atados, torturados, violados o en general abusados en maneras que no pueden evitar. Estas fantasías y actos son mucho más comunes en hombres que en mujeres. El **sadomasoquismo** se refiere a las interacciones en las cuales una persona disfruta causar sufrimiento a la otra, quien obtiene su placer del dolor. Se observan cinco características en la mayoría de los casos de sadomasoquismo:

1. El acuerdo de quién será dominante y quién será sumiso
2. Conciencia por ambos de que están jugando un papel
3. El consentimiento de ambos participantes
4. Un contexto sexual
5. El entendimiento compartido de que su conducta es sadomasoquista (Weinberg y cols., 1984)

En las relaciones sadomasoquistas, de antemano los participantes están de acuerdo sobre los límites:

Mi esposa y yo realizamos juegos de dominio y sumisión, y en ocasiones quizá tenemos las marcas para probarlo. Pero el que manda observa como un halcón para asegurarse de que nos detengamos cuando ya no le agrada al otro (Gosselin y Wilson, 1980, p. 69).

Con frecuencia se establece una señal para que la parte que se somete pueda detener la sesión en cualquier momento si se exceden los límites acordados.

Cuando el sadomasoquismo es el estilo sexual predominante de una persona, la manera más común de contactar a otros partidarios del sadomasoquismo es el uso de anuncios en revistas sadomasoquistas. Por ejemplo:

Hermosa dominatrix, 24 años. Una verdadera sofisticada de lo estrafalario e inusual. Tengo un calabozo bien equipado en mi lujosa casa. Te someterás a periodos prolongados de degradación para mi placer. El servicio de inodoro es requisito indispensable. Sé de lo que estás ansioso y puedo cubrir todas tus necesidades.

Mujer muy bonita de 30 años tiene fantasías de que le den nalgadas en su trasero desnudo. Nunca me he permitido actuar ninguna de mis fantasías. ¿Existe alguien por ahí que quiera escribirme sobre sus fantasías o experiencias con las nalgadas? (Weinberg y Falk, 1980, pp. 385-386.)

Como lo muestran estos ejemplos, los anuncios contienen mensajes en clave; por ejemplo “servicio de inodoro” se refiere al manejo de las heces o que defequen sobre el individuo. Las experiencias sadomasoquistas también se pueden intensificar con ganchos, paletas, equipo de enema, pañales para adulto y otros objetos de uso personal que se venden en las tiendas de artículos



Figura 9-10 Esta modelo usa las prendas de cuero, cadenas y el dominio que muchos sádicos y masoquistas encuentran sexualmente estimulantes.

sexuales (ver la figura 9-10). Muchas de estas “boutiques del sexo” se pueden encontrar en los vecindarios de clase media. En su elección de pareja los sadomasoquistas pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Los hombres parecen estar más interesados en el sadomasoquismo que las mujeres.

Voyeurismo

Algunas variaciones sexuales no son dañinas en el aspecto físico, pero pueden hacer que personas inocentes se conviertan en víctimas. Un ejemplo es el **voyeurismo (escopofilia)**, el impulso de espiar a otras personas casi siempre extrañas. La palabra francesa *voyeur* significa “observador”. El voyeurista está sujeto a una necesidad irresistible y repetitiva de espiar a otros a través de ventanas o puertas, en sanitarios públicos, parques o playas pero, sobre todo, disfruta cuando observa a otros tener relaciones sexuales.

Art era un hombre de 46 años, casado hacía 20 años y tenía cuatro hijos. Había trabajado como guardia de seguridad en un complejo de apartamentos grande por muchos años y era considerado un empleado responsable y de confianza. Su trabajo principal era patrullar los terrenos por la noche. Una noche un inquilino llamó a la policía porque había visto a Art parado cerca de una de las ventanas de un apartamento y se estaba masturbando. Cuando llegó la policía notaron que las sombras de las cortinas mostraban a un hombre y una mujer en un abrazo apasionado. Art fue arrestado y después sentenciado a prisión. Le dijo a la policía que tenía una necesidad incontrolable de observar a las personas desvestirse o practicar el sexo. Art dijo: “La tensión se acumula y tengo que mirar. Y después me excito y quiero masturbarme.”

Como los exhibicionistas (que se describirán después), el voyeurista, o “mirón”, es hombre y obtiene gratificación sexual de hacer algo prohibido. Al igual que el exhibicionista, es en general inofensivo y tratará de huir si se siente descubierto. Sin embargo, en algunos casos —normalmente después de sentirse intensamente estimulado o provocado— el voyeurista dará a conocer su presencia: por ejemplo, puede exhibir sus genitales y pedir a la víctima que los toque o hasta que lo masturbe. Se han conocido casos en los cuales el voyeurista trata de forzar a la víctima a tener relaciones sexuales con él, pero estos casos son excepcionales.

El voyeurismo empieza durante la niñez y por lo general continúa durante un periodo prolongado. Cincuenta por ciento de las personas arrestadas por voyeurismo vuelven a cometer actos similares. Cuando los actos voyeurísticos se relacionan con el estrés de la vida, el impulso para cometerlos por lo general disminuye cuando se disipa el estrés. A pesar de que presentan algunos de los síntomas de trastornos mentales serios, normalmente los voyeuristas tienen relaciones heterosexuales insatisfactorias.

Frotteurismo

En un estudio entre hombres que asistían a universidades rurales, el frotteurismo era la segunda parafilia más común después del voyeurismo (Templeman y Stinnett, 1991). **Frotteurismo** significa tocar o frotarse contra una mujer de una manera sexual mientras se está en un lugar lleno de gente, como pararse en un autobús abarrotado en hora pico. Muchas de las víctimas ni siquiera se percatan de lo que ha ocurrido, por lo cual esta conducta en raras ocasiones se denuncia ante las autoridades. A pesar de que en una muestra clínica sólo 6% de los adolescentes y 4% de los adultos mencionaron el frotteurismo como un problema, esto puede ser porque muchos hombres que lo practican no lo consideran como algo patológico o dañino para las víctimas (Abel y cols., 1993). Sin embargo, los que practican el frotteurismo lo hacen con frecuencia. Los adolescentes informaron del número promedio de episodios de 31, aunque el rango era de 1 a 180.

Exhibicionismo

Los **exhibicionistas**, que siempre son hombres, exponen sus genitales en repetidas ocasiones a extraños en lugares públicos, como una manera de experimentar excitación sexual. El exhibicionista no quiere dañar a nadie; su acto de exposición se realiza para su

propia gratificación sexual. Su excitación aparentemente aumenta al ver que las personas reaccionan con asombro o se escandalizan cuando de manera inesperada les muestra el pene. El **exhibicionismo** incluye la exposición de los genitales principalmente a mujeres y a niños. Un tercio de todas las personas arrestadas por delitos sexuales son exhibicionistas, y alrededor de 20% son arrestados más de una vez.

El exhibicionismo puede empezar entre los años previos a la adolescencia y la edad intermedia, pero ocurre con más frecuencia entre los 20 y 30 años. Un exhibicionista tiene la necesidad irresistible y compulsiva de mostrar los genitales y lo hace a pesar de la ansiedad, depresión y vergüenza que siente como resultado de ello. Con frecuencia, los actos de exposición sexual parecen desencadenarse por sentimientos de emoción, temor, inquietud y excitación sexual. Cuando lo embargan estos sentimientos, el exhibicionista siente el impulso de encontrar alivio. Con los exhibicionistas se han probado tanto las terapias psicodinámica como conductual (en especial la terapia de aversión). A pesar de que ambos métodos parecen lograr cierto éxito, los resultados son impredecibles.

Con frecuencia se utiliza la sensibilización encubierta como tratamiento para el exhibicionismo. Primero se enseña al paciente a relajarse y después, mientras se encuentra en un estado de relajación, se le pide que imagine un episodio de exhibicionismo que incluya un evento aversivo. Después le sigue una visualización del escape. En el caso que se presenta a continuación, el paciente se exponía de manera típica desde su coche a niñas de escuela que iban pasando. Se le pidió que se imaginara conduciendo cerca de un grupo de niñas en camino a la escuela.

Mientras observas sus jóvenes rostros, empiezas a sentir una erección. Sientes como tu pene se endurece mientras lo frotas. ¡Ellas te están observando! Llamas a las niñas hacia tu automóvil. Ellas no saben lo que les espera. Mientras se acercan al automóvil sacas tu pene y comienzas a masturbarte con violencia. Las niñas están horrorizadas. No saben qué hacer. Sólo están mirándolo mientras lo frotas, pero de repente sientes dolor. Tu pene se atoró con la cremallera de tu pantalón. Tratas de liberarlo, pero se atora más. Está sangrando y se puso blando. Las niñas se están riendo y un policía se acerca. [Entonces se agrega un escape asociado con dejar de ofender] Finalmente, eres capaz de poner tu pene de regreso en tus pantalones y alejarte; mientras te alejas, te empiezas a relajar y a respirar con más calma (Maletzky, 2002, p. 538).

Aunque la sensibilización encubierta puede ser útil, no es tan exitosa como quisieran los clínicos. Por ejemplo, puede reducir la excitación pero no cambiar la conducta.

Pedofilia

Pedofilia es el término usado para describir un trastorno que incluye necesidades sexuales intensas y recurrentes, así como fantasías que producen excitación sexual que comprenden alguna forma de actividad sexual con un niño que todavía no llega a la pubertad. Para ser clasificado como **pedófilo**, una persona debe tener 16 años o más, ser por lo menos cinco años mayor que el niño o niños, y ya sea haber actuado de acuerdo con estas necesidades o haberse sentido

trastornado por ellas. Las atracciones sexuales de los pedófilos son muy específicas. Por ejemplo, para un individuo en particular, los únicos niños que considera excitantes pueden ser niñas de ocho a 10 años de edad. La conducta es normalmente crónica y continúa por mucho tiempo. Sin embargo, los periodos de estrés elevado tienden a incrementar la frecuencia de la conducta pedofílica. En la mayoría de los casos, el pedófilo es alguien que los niños conocen.

La conducta pedofílica puede adoptar diversas formas, que incluyen la exposición de las partes sexuales del cuerpo del pedófilo al niño; besar, abrazar y acariciar al niño de manera sexual; tocar las partes sexuales del cuerpo del niño o inducirlo a tocar o acariciar los órganos sexuales del pedófilo; o intentar o realizar el coito con el niño. La mayoría de las víctimas no buscan ayuda de los servicios públicos. Está claro que se necesitan mejores medidas preventivas y terapéuticas. Se les debe enseñar a los niños a protegerse a sí mismos, y se debe educar al público sobre la naturaleza del problema. Alrededor de 12% de los hombres y 17% de las mujeres informaron haber sido tocados de manera sexual por una persona mayor cuando eran niños (Fagan y cols., 2002).

La atención pública se ha fijado en la pedofilia luego del descubrimiento que una minoría de sacerdotes de la Iglesia católica abusó sexualmente de niños, con frecuencia jovencitos. La revelación de la conducta pedofílica de miembros de un grupo que es considerado altamente confiable ha provocado una protesta pública, y el pago de grandes cantidades por daños de esa organización religiosa a los afectados. Como resultado de estas revelaciones, algunos miembros del clero han sido despojados del sacerdocio y otros enfrentan cargos legales (ver la figura 9-11).

Algunos pero no todos los violadores de niños se pueden clasificar como pedófilos. En general, la distinción que se hace entre los pedófilos y otros delincuentes sexuales es que los pedófilos muestran excitación sexual con los niños pero menor o ninguna excitación con los adultos. Sin embargo, la investigación de las respuestas sexuales de los pedófilos, utilizando un pletismógrafo del pene para medir la excitación sexual con fotografías que estimulan



Figura 9-11 El ex sacerdote John Geoghan fue acusado de abusar sexualmente de docenas de niños mientras sirvió en varias parroquias en Boston y sus alrededores. Fue condenado por el abuso sexual de dos niños y enviado a prisión, donde más tarde fue asesinado por otro preso.

sexualmente (como las de niñas desnudas o escasamente vestidas), encontró que algunos de los participantes respondieron tanto a niños como a adolescentes y también a adultos a pesar de haber tenido conductas pedófilas (Barbaree y Seto, 1997). El tipo más común de pedófilo es alguien tímido e inseguro, y escoge a los niños como sus objetos sexuales porque no son amenazantes o porque pueden ser idealizados por ser capaces de mostrar amor incondicional. Algunas investigaciones han mostrado que se pueden tomar en cuenta factores cognitivos como las creencias. Por ejemplo, en un estudio, comparados con un grupo control, los violadores de niños tenían mayor probabilidad de creer que los niños se beneficiarían del contacto sexual, o que lo deseaban (Segal y Stermac, 1990). En la mayoría de los casos, un pedófilo tendrá contactos sexuales con los niños tanto dentro como fuera de su familia y prefiere a los niños más que a los adultos como objetos sexuales.

Perspectivas sobre las parafilias

La conducta sexual humana es variada. Tiene sus fundamentos en un sustrato biológico de la expresión fisiológica y el proceso de adaptación a la sociedad ejerce una gran influencia sobre ella. Cuando la conducta sexual diverge en gran medida de la norma, y especialmente cuando es peligroso para otras personas, los investigadores tratan de comprenderla mejor al definir sus características. Sin embargo, ha sido difícil definir y clasificar estas conductas sexuales desviadas porque son 1) cometidas por un pequeño porcentaje de la población, y 2) por lo general, los participantes los ocultan. Un distintivo de las parafilias que los investigadores han podido identificar es que estos actos inusuales o estraños son inconsistentes e involuntariamente repetitivos.

Hasta ahora, ninguna teoría ha podido explicar el desarrollo de la conducta parafilica. Cada una de estas perspectivas teóricas tiene implicaciones que investigar en cuanto a la definición de la conducta diferente, el tipo de tratamiento que se prefiere, los objetivos apropiados del tratamiento y las maneras de evaluar el resultado.

La perspectiva psicodinámica Esta perspectiva considera la conducta parafilica como un reflejo de conflictos sin resolver durante el desarrollo psicosexual. Se necesita un tratamiento a largo plazo que trate de cambiar la estructura y la dinámica de la personalidad y también alterar la conducta abierta y las fantasías sexuales.

Se hace hincapié en 1) reforzar lo que a menudo es una imagen corporal bastante inestable, y 2) en identificar los componentes inconscientes de la vida de fantasía que contribuyen a generar un resultado perverso. La psicoterapia convencional o la asesoría no han sido muy eficaces para modificar la conducta de los parafilicos. No está claro cuál es la razón de la resistencia al tratamiento.

La perspectiva conductual La perspectiva conductual considera la variación sexual como algo que se aprende con las mismas reglas que el comportamiento sexual común: por medio del condicionamiento, modelamiento, reforzamiento, generalización y castigo. Desde esta perspectiva, la definición de la variante del comportamiento sexual se basaría en la incomodidad personal

del individuo con la conducta, y en cualquier conflicto entre su conducta y las reglas de la sociedad. El tratamiento, el cual puede ser tan corto como de un día o mucho más extenso, se basa en el entendimiento de los antecedentes inmediatos y las consecuencias de la conducta y en desarrollar formas alternativas de excitación sexual. La eficacia del tratamiento se basa en la conducta abierta y se mide por medio del automonitoreo y las medidas psicofisiológicas. Existen pruebas de que los tratamientos conductuales son eficaces para reducir o eliminar algunas conductas sexuales parafilicas y en su lugar incrementar la conducta sexual apropiada (Nathan y Gorman, 2002). Muchos de los esfuerzos terapéuticos utilizaron diversos tratamientos conductuales que incluían la terapia de aversión. Los programas fueron más eficaces cuando se adaptaron a los problemas específicos del parafilico.

La perspectiva cognitiva La perspectiva cognitiva incorpora los principios de aprendizaje social, explica la conducta diferente como un sustituto de un funcionamiento social y sexual más apropiado, o como resultado de la incapacidad de formar una relación conyugal satisfactoria. El objetivo del tratamiento es ayudar a los clientes a formar relaciones satisfactorias por medio de la enseñanza de habilidades interpersonales.

La sensibilización encubierta incluye imaginar eventos desagradables para evitar algunas de las cuestiones éticas que rodean al uso del castigo físico, que se utilizaba en las terapias conductuales anteriores. A pesar de que no siempre se obtienen los resultados deseados, parece ser la más eficaz en casos de sadismo, exhibicionismo y pedofilia. En este caso, las mediciones de los resultados son los reportes de los clientes sobre las relaciones sexuales y no sexuales satisfactorias con otras personas significativas.

La perspectiva biológica La perspectiva biológica se enfoca en la herencia, el entorno hormonal prenatal y las causas biológicas de la identidad sexual. Como las parafilias parecen ser condiciones principalmente masculinas, se hace hincapié en el posible papel de los eventos en el desarrollo fetal que pueden contribuir a ellas. Otro foco de atención han sido las alteraciones orgánicas, como el mal funcionamiento de partes del cerebro; niveles hormonales anormales y función neurológica; y anomalías cromosómicas. Por desgracia, a menudo no está claro si estos tipos de anomalías son causales, fortuitas o correlatos neurológicos de los intereses parafilicos. Los enfoques de tratamiento biológico pueden ser hormonales o quirúrgicos, y los objetivos incluyen la supresión no sólo de las conductas diferentes, sino también de la respuesta sexual en general. El resultado usualmente se mide en función de las respuestas psicofisiológicas así como de la actividad sexual. Sin embargo, hasta que los efectos secundarios de los tratamientos hormonales y los cambios de conducta a largo plazo se puedan evaluar con precisión, es difícil sacar conclusiones sobre los efectos terapéuticos de este tipo de tratamiento para los parafilicos.

La perspectiva interaccionista El punto de vista interaccionista es atractivo porque ningún tratamiento parece ser claramente superior para manejar las parafilias. Es posible que los

enfoques de tratamientos que integren varias perspectivas teóricas sean más eficaces que un enfoque por sí sólo. Sin embargo, se debe reiterar que la investigación de las parafilias es difícil de realizar; por ejemplo, muchas personas que tienen parafilias no buscan ayuda profesional. En consecuencia, muchas de las investigaciones disponibles tienen severas deficiencias, y muchas veces consisten en estudios en un solo sujeto sin sujetos de control. No obstante, es importante prestar atención a los múltiples factores que pueden jugar papeles importantes en las parafilias. Estos incluyen los factores biológicos y ambientales así como el desarrollo de la personalidad. Las parafilias se pueden ver como productos compuestos por el desarrollo psicológico, aunque identificar los factores que contribuyen a la composición, y aprender como interactúan, requieren de estudios posteriores.

Victimización sexual

Algunas desviaciones sexuales involucran a un participante que no está dispuesto, no está informado, es vulnerable o es demasiado joven para dar su consentimiento legal. Entre los ejemplos más claros de la **victimización sexual** están la violación y el abuso sexual de niños. Cuando los individuos que practican estas desviaciones entran en contacto con la ley, por lo general se les conoce como **delincuentes sexuales**, y son sometidos a varios tratamientos, así como al encarcelamiento. Algunos casos de violación y abuso sexual de niños son ejemplos de parafilias; otros son ejemplos de gratificación a través de la agresión o, en el caso del abuso sexual de niños, el deseo de contar con una pareja sexual que se obtiene y somete con facilidad. Como resultado de las agresiones sexuales, las víctimas con frecuencia sufren de una variedad de problemas persistentes —que incluyen la ansiedad, el trastorno por estrés postraumático y la depresión— que requieren ayuda de profesionales de la salud mental. Las agresiones sexuales pueden crear problemas psicológicos para las víctimas más allá del hecho de haber sido agredidas. Un estudio encontró que las mujeres que habían sido sexualmente abusadas diferían de las mujeres que no lo habían sido en las evaluaciones negativas de sí mismas y bajos niveles de autoestima (Meston y Heiman, 2000). Seis meses después del evento, la mitad de las víctimas continuaban experimentando el trastorno por estrés postraumático. Aun si la victimización sexual no tiene como resultado un problema clínico, con frecuencia deja su marca en la víctima, como la hipervigilancia de las señales asociadas con la victimización. Nancy Raine, una víctima de violación, ha proporcionado un ejemplo de ello:

En una tarde de octubre de 1985 fui violada por un extraño que entró por la puerta trasera de mi departamento que estaba abierta mientras sacaba la basura. Le di la espalda a esa puerta por menos de un minuto mientras metía las resbalosas bolsas verdes en los contenedores de basura. Durante los siete años posteriores, cuando sacaba la basura en otra casa, a miles de millas de ese lugar, y mientras me inclinaba en los contenedores con mi espalda hacia la calle, el miedo de ese día regresaba a mí como si el tiempo no hubiera pasado. Me volteaba y revisaba el camino, mi corazón latía con fuerza. No había nadie. Sólo hojas secas,

atrapadas en el viento, golpeteando en los bordes y filtrándose en la luz a través de los árboles (Raine, 1998, p. 1).

Victimizadores sexuales

La violencia sexual es un problema social y de salud pública, que genera aproximadamente 500 000 víctimas cada año. La investigación ha comprobado una relación entre ser un delincuente sexual y tener una enfermedad mental. Las parafilias, la personalidad antisocial, la psicosis, el trastorno del estado de ánimo y el trastorno relacionado con sustancias con frecuencia se presentan en los perpetradores de agresión sexual, y son comunes las clasificaciones de los ejes I y II del DSM-IV-TR (McElroy y cols., 1999). La violencia sexual tiende a empezar temprano en la vida, ser repetitiva y estar asociada con otros tipos de conducta criminal. Casi todos los delincuentes sexuales son hombres.

En Estados Unidos, el número de delincuentes sexuales en las prisiones estatales se ha incrementado de manera aguda en la última década, y se han llevado a cabo esfuerzos para reducir las probabilidades de que se repitan estos delitos. Las técnicas cognitivo-conductuales han mostrado alguna promesa terapéutica (Grossman y cols., 1999). El objetivo de este enfoque es el de cambiar las creencias de los trasgresores sexuales, eliminar la conducta inapropiada e incrementar la conducta apropiada modificando sus contingencias de reforzamiento de manera que la conducta agresiva no se reafirme. Los componentes de este enfoque son la reestructuración cognitiva (por ejemplo, modificar las cogniciones distorsionadas usadas para justificar la conducta parafilica), el entrenamiento en habilidades sociales, alentar la empatía por víctimas potenciales y los regímenes de condicionamiento. En la sensibilización encubierta, las fantasías sexuales desviadas se aparean con imágenes mentales de consecuencias angustiantes. Los delincuentes pueden expresar verbalmente fantasías sexuales detalladas y, cuando se excitan, empezar a describir sus fantasías detalladas con consecuencias aversivas, como ser arrestado. Esta técnica requiere que centren su atención en las consecuencias negativas que encuentran molestas.

Aunque algunas formas del tratamiento para delincuentes sexuales parecen prometedoras, se sabe muy poco sobre qué tratamientos son más eficaces, o para qué delincuentes, en qué periodo, o con qué combinaciones. Hasta la fecha, el apoyo para estudios científicos de delitos sexuales no ha sido el adecuado, en parte por las actitudes negativas generalizadas hacia ellos.

Acoso sexual

A pesar de que no involucra una agresión física, la atención sexual no deseada, que incluye la conducta verbal y no verbal, es un problema serio. El lugar de trabajo es un sitio frecuente de *acoso sexual*. Cuando esto ocurre, puede existir un ofrecimiento de intercambio de beneficios o un ascenso a cambio de actos sexuales. La atención sexual no deseada (insinuaciones, “bromas”, comentarios) produce ansiedad y preocupación en el individuo acosado y puede tener como resultado una demanda civil o penal contra el acosador. Sin embargo, la mayoría de las pruebas sugieren que, en Estados Uni-

dos, pocas víctimas presentan cargos formales por acoso sexual —ni siquiera le comunican sus preocupaciones a sus supervisores en su compañía— por su miedo a las represalias (Wasti y Cortina, 2002). Las normas culturales también juegan un papel en cuanto a sí la mujer busca ayuda. Entre las mujeres de la clase trabajadora, las hispanoamericanas tienen menor probabilidad de reportar el acoso que las mujeres estadounidenses blancas. Aunque para algunas mujeres otros factores como el miedo a la deportación puede estar involucrado, los responsables pueden ser los factores culturales que las desalientan. No existe algún tratamiento psicológico válido para el acoso sexual. Los ingredientes de programas exitosos para reducir o eliminar el acoso sexual deben incluir la ayuda a los acosadores para que tengan más empatía con sus víctimas potenciales, a que sean capaces de identificar y afrontar mejor las situaciones de alto riesgo, y a que tengan un mejor conocimiento de los efectos negativos de sus distorsiones cognitivas y fantasías sexuales desviadas (Brunswick y O'Donohue, 2002).

El mensaje con el que nos quedamos

La variedad de conductas sexuales estudiadas en este capítulo entran en tres grandes categorías que pueden traslaparse: 1) la preocupación y descontento con el ajuste sexual (por ejemplo, los tras-

tornos de disfunción sexual y de identidad sexual), 2) intereses y conductas sexuales inusuales que pueden ser privadas pero aun así ofender a algunos sectores de la población (por ejemplo, el fetichismo y el sadomasoquismo consensual), y 3) conductas que dañan a las personas y a la sociedad (por ejemplo, la violencia sexual y la pedofilia).

Las maneras en que estos problemas se entienden y se tratan por los clínicos y la sociedad han sufrido enormes cambios en años recientes. Viejas creencias —en un sexo biológico universal que no cambia y dicta la conducta de hombres y mujeres, y sus deseos sexuales— se han debilitado, y la idea de los roles sexuales como conductas construidas personal y culturalmente se ha fortalecido. Como se puede apreciar, las necesidades sexuales y los problemas relacionados con ellas se deben ver como productos de la combinación de características físicas, cogniciones (que incluyen las creencias y los deseos), emociones y estándares sociales y actitudes. Nos sentimos alentados porque el reconocimiento de la importancia de las interacciones entre estos cuatro factores está en aumento. Este reconocimiento ha generado muchas técnicas clínicas útiles, como aquellas para las disfunciones sexuales, y enfoques cognitivos y de condicionamiento para reducir ciertos tipos de conductas parafilias. Aunque nos falta mucho camino por recorrer, el realismo y la racionalidad están guiando a la investigación y al tratamiento sobre las diferentes conductas sexuales en las direcciones necesarias.

R esumen del capítulo

Panorama cambiante de la conducta sexual

La historia muestra que las opiniones sobre la sexualidad algunas veces han sido permisivas y otras restrictivas. Algunos individuos como Freud y Ellis tuvieron gran influencia en las opiniones sobre la sexualidad.

Estudios sobre la conducta sexual La mayoría de la información sobre las prácticas sexuales proviene de estudios de investigación. Como se sabe que los patrones de las prácticas sexuales han cambiado con el tiempo, se requieren frecuentes estudios que se enfoquen en muestras representativas de la población.

Homosexualidad: un ejemplo del panorama cambiante del comportamiento sexual La conducta homosexual se refiere al comportamiento sexual con miembros del mismo sexo. Los estudios indican que para las personas no es inusual tener por lo menos alguna experiencia de conducta sexual con miembros de su mismo sexo por largos periodos son conocidos como homosexuales. El término **gay** se utiliza con frecuencia para referirse a esta conducta porque tiene asociaciones menos negativas. Muchas personas que se dicen **gay** adoptan esta etiqueta autoimpuesta en la adolescencia.

Bisexualidad: una variante sexual poco estudiada La conducta **bisexual** es una orientación en la cual la pareja preferida es algunas veces del mismo sexo y otras del otro. Los patrones de la bisexualidad incluyen ya sea un cambio de una relación prolongada de cierto tipo a otra, o los dos tipos de relaciones de manera simultánea.

Orígenes de la orientación sexual Es probable que la orientación sexual sea el resultado de muchos factores determinantes, en los que intervienen los factores psicosociales y biológicos.

Disfunción sexual

Se le llama **disfunción sexual** a la discapacidad persistente del interés o respuesta sexual. La disfunción sexual está con frecuencia asociada con la ansiedad por el desempeño o las inhibiciones culturales.

Tipos de disfunción sexual Los problemas sexuales pueden ocurrir en cualquiera de las cuatro etapas de la respuesta sexual: el deseo, la excitación, el orgasmo y la resolución. La **disfunción eréctil** se refiere a la incapacidad del hombre para mantener una erección hasta que se complete el coito. Las mujeres pueden padecer problemas de **excitación sexual inhibida** que tiene como resultado la incapacidad de mantener una respuesta de lubricación y dilatación. Un problema que

a menudo presentan las mujeres es su frecuente incapacidad para alcanzar el orgasmo.

Tratamiento de la disfunción sexual Cuando una persona busca terapia para un trastorno o disfunción sexual, el clínico debe obtener antecedentes médicos y sociales detallados. La terapia sexual a menudo se lleva a cabo trabajando con la pareja y no sólo con uno de sus integrantes. El terapeuta intenta reducir el miedo a fracasar y enfocarse en el placer sensual en lugar de en el acto mismo. Una manera común de llevarlo a cabo es el uso del **enfoque sensato**, una técnica de entrenamiento sexual desarrollada por Masters y Johnson en su trabajo precursor en terapia sexual. Los elementos conductuales y cognitivos son ampliamente usados en la actualidad para tratar la disfunción sexual. Algunos terapeutas utilizan un enfoque que combina estos elementos con una perspectiva psicodinámica más tradicional. A pesar de que se necesita más investigación para confiar totalmente en el éxito de la terapia sexual, los enfoques de Masters y Johnson y el enfoque cognitivo conductual parecen prometedores. Muchos terapeutas creen que los aspectos de la relación entre los miembros de la pareja pueden ser un importante factor en el resultado negativo de la terapia.

Trastorno de la identidad sexual

La identidad sexual se refiere al concepto sexual que una persona tiene de sí misma, esto es, el sentimiento de ser hombre o mujer.

Problemas de la identidad sexual en la niñez En el trastorno de identidad sexual en niños, los niños que no han alcanzado la pubertad expresan extrema angustia por su género y un intenso deseo de pertenecer al sexo opuesto.

Problemas de identidad de género en los adultos Anteriormente, el DSM se refería al *trastorno de identidad sexual en los adultos* sólo como transexualismo. El **transexualismo** se refiere al deseo intenso por parte de los adultos de cambiar no sólo su identidad sexual, sino también su condición anatómica. Los adultos que padecen el **trastorno de identidad sexual no transexual** están incómodos con su sexo y con frecuencia visten de manera travestista (es decir, usan ropas del sexo opuesto). Sin embargo, no se preocupan por cambiar sus características sexuales físicas como los transexuales.

Las parafilias

El término **parafilia** significa “atracción por lo desviado”. El DSM-IV-TR define algunos tipos específicos de parafilias.

Fetichismo El **fetichismo** se refiere al uso de un objeto inanimado como fuente primaria de excitación y consumación sexual.

Fetichismo travestista El **fetichismo travestista** se refiere a la búsqueda de estimulación sexual a través del travestismo. Los travestis fetichistas continúan identificándose con su sexo biológico, y cuando no usan ropas del sexo opuesto, muestran conductas e intereses consistentes con las de su sexo.

Sadismo y masoquismo sexuales Un **sádico** alcanza un orgasmo al humillar o infringir dolor a otras personas. Un **masoquista** alcanza la gratificación sexual y el orgasmo en circunstancias de humi-

llación y tratamiento enfermizo por parte de los demás. El sadismo y el masoquismo ocurren tanto en relaciones heterosexuales como homosexuales.

Voyeurismo El **voyeurismo** se refiere al logro de gratificación sexual al observar o espiar a otras personas, sobre todo mientras se visten, desvisten o participan en actividades sexuales. La naturaleza socialmente prohibida de la actividad parece ser un factor importante para producir la excitación sexual del voyeurista.

Frotteurismo El **frotteurismo** se refiere a obtener gratificación sexual tocándose o frontándose contra alguien de manera sexual mientras se está en medio de una muchedumbre. Con frecuencia la víctima no tiene conocimiento de que el evento ha ocurrido.

Exhibicionismo Los **exhibicionistas** son hombres que obtienen excitación sexual al exponer sus genitales ante extraños en lugares públicos.

Pedofilia Un **pedófilo** usa a los niños como fuente principal de gratificación sexual. El comportamiento pedófilo incluye una variedad de tipos: mostrar al niño las partes sexuales del pedófilo, forzar al niño a acariciar los órganos sexuales del adulto, excitar y acariciar sexualmente a un niño por parte del adulto o intentar o realizar el coito.

Perspectivas sobre las parafilias Cada una de las perspectivas tiene algo que ofrecer para entender las parafilias. Debido a que muchas de las conductas parafilicas se llevan a cabo en privado, sólo de manera ocasional llaman la atención del público, y son tan variadas que sus causas casi no se comprenden. La psicoterapia convencional no parece ser eficaz para tratar las parafilias. Se han utilizado tratamientos biológicos con hormonas, pero todavía no se evalúan sus efectos a largo plazo. También se ha probado la terapia conductual utilizando técnicas de aversión pero muchas personas la consideran éticamente cuestionable. Los planteamientos cognitivo-conductuales que incluyen la sensibilización encubierta pueden ser útiles. El punto de vista interaccionista de la conducta sexual parafilica sostiene que los factores biológicos y ambientales así como el desarrollo de la personalidad pueden jugar papeles importantes. Desde esta perspectiva, los tratamientos eficaces deben considerar todos estos aspectos de la conducta parafilica en vez de enfocarse en un único factor causal.

Victimización sexual

Los **delincuentes sexuales** tienen problemas con la ley porque sus desviaciones sexuales (por ejemplo, la violación y el abuso sexual a niños) incluyen un participante que no está dispuesto, no está informado, es vulnerable o es demasiado joven para dar su consentimiento legal. Algunas de estos delitos sexuales son ejemplos de parafilias, donde otros están implicados en la gratificación de impulsos agresivos o el deseo de una pareja sexual que se obtiene con facilidad.

Victimizadores sexuales Cada año se presentan alrededor de 500 000 nuevos casos de víctimas de agresiones sexuales. Muchos de los victimizadores tienen diagnósticos de los ejes I y II. A pesar de que la investigación en el desarrollo de tratamientos para los victimizadores sexuales está apenas en sus comienzos, algunas técnicas cognitivo-conductuales parecen prometedoras.

C Conceptos clave

Ansiedad por el desempeño, p. 279	Fase de resolución, p. 278	Transexual, p. 287
Cirugía de reasignación sexual, p. 287	Fetichismo, p. 289	Trastorno de identidad sexual en adultos, p. 286
Conducta bisexual, p. 276	Fetichismo travestista, p. 292	Trastorno de identidad sexual en niños, p. 285
Conducta homosexual, p. 275	Frotteurismo, p. 295	Trastorno de la identidad sexual no transexual, p. 287
Delincuente sexual, p. 298	Identidad sexual, p. 285	Trastorno del deseo sexual hipoactivo, p. 278
Deseo sexual, p. 277	Lesbianismo, p. 275	Trastorno orgásmico femenino, p. 281
Disfunción eréctil, p. 278	Masochismo, p. 294	Trastorno por aversión al sexo, p. 278
Disfunciones sexuales, p. 277	Orgasmo, p. 278	Tumescencia nocturna del pene, p. 279
Dispareunia, p. 281	Orientación sexual, p. 285	Vaginismo, p. 281
Enfoque sensato, p. 282	Parafilias, p. 289	Victimización sexual, p. 298
Excitación sexual, p. 277	Pedofilia, p. 296	Voyeurismo (escopofilia), p. 295
Exhibicionismo, p. 296	Sadismo, p. 294	
Eyacuación precoz, p. 279	Sadomasochismo, p. 294	
Eyacuación retrasada, p. 281	Sensibilización encubierta, p. 293	

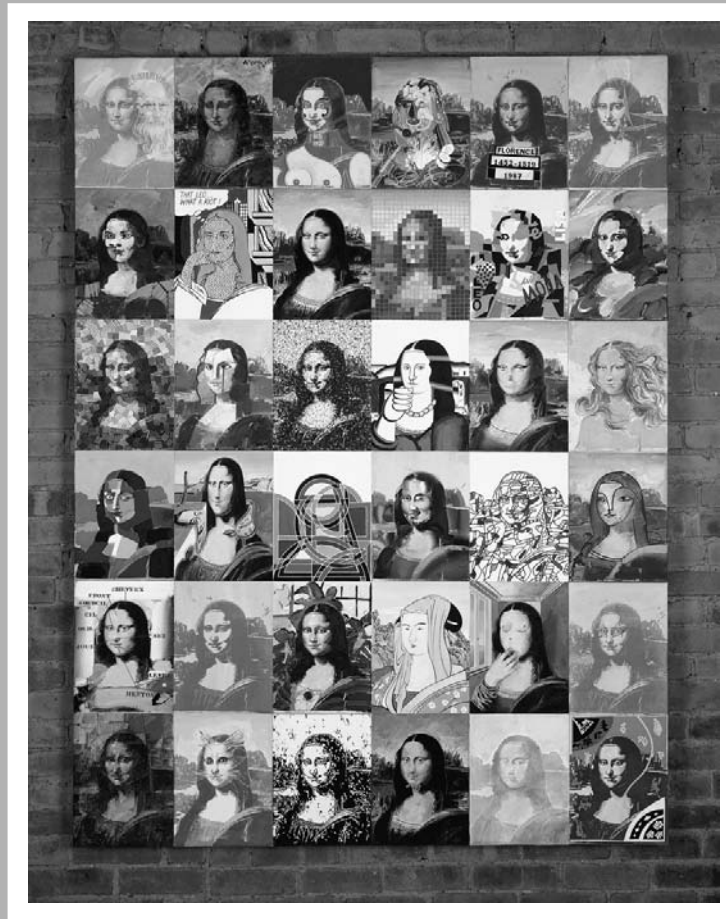
Un buen libro

Como se describió con anterioridad en este capítulo, después de un cambio transexual, James Humphrey Morris se convirtió en Jan Morris. Su muy bien escrito libro, *Conundrum*, describe su experiencia de

reasignación sexual y su vida después de la cirugía. Este libro está disponible en la mayoría de las librerías.

10

Trastornos de la personalidad



"Mona Lisa" 2005 Paul Giavanopoulos.

Clasificación de los trastornos de la personalidad

Conductas extrañas o excéntricas

Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno esquizotípico de la personalidad

Conductas dramáticas, emocionales o erráticas

Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno narcisista de la personalidad
Trastorno límite de la personalidad
Trastorno antisocial de la personalidad

Conductas ansiosas o temerosas

Trastorno de la personalidad por evitación
Trastorno de la personalidad por dependencia
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Tratamiento de los trastornos de la personalidad

El panorama de la clasificación de los trastornos de la personalidad

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

La personalidad tiene dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales que, por sí mismas, o en combinación con otros factores, pueden causar la desadaptación. Este capítulo examina tres extensas categorías de trastornos basados en las desviaciones de la personalidad: 1) conducta extraña o excéntrica que con frecuencia se relaciona con patrones de pensamiento idiosincrásico y a la falta de interés para entablar relaciones sociales normales; 2) conducta dramática, emocional o errática que parece perderse en el egocentrismo y el ensimismamiento de las emociones, deseos y expectativas propios hasta la supresión de la atención a las necesidades de otras personas; y 3) conducta ansiosa o temerosa que conduce a la pasividad, dificultad para conformar relaciones íntimas, y preocupación por el orden. El trastorno de la personalidad no se diagnostica en una condición temporal, sino que se caracteriza por patrones de toda la vida de experiencias interiores y conductas que se apartan notablemente de las expectativas culturales típicas.

John, un policía jubilado de 50 años, buscó tratamiento unas semanas después de que atropellaron a su perro y murió. Desde ese momento se había sentido triste, cansado y había tenido problemas para dormir y concentrarse

John vivía solo y, durante muchos años, casi no había sostenido ninguna conversación con otro ser humano que no fuera más allá de un "Hola" o "¿Cómo está?" Prefería estar solo, pensaba que la plática era una pérdida de tiempo y se sentía torpe cuando las otras personas trataban de iniciar una relación. En ocasiones, pasaba algún tiempo en un bar; pero siempre solo y sin seguir la conversación de los demás. Leía el periódico con avidez y estaba muy bien informado en muchas áreas, pero no tenía un interés real en las personas que lo rodeaban. Trabajaba como guardia de seguridad, pero sus compañeros de trabajo lo conocían como un "tipo aburrido" y un "solitario".

John pasaba por la vida sin relaciones, excepto la que tenía con su perro, al que quería mucho. En Navidad le compraba regalos detallados y a cambio recibía una botella de whisky escocés envuelta para regalo que com-

praba él mismo como un obsequio del perro. La pérdida de su mascota había sido el único suceso en su vida que le había provocado tristeza. Experimentó la muerte de sus padres sin emoción alguna y no se arrepentía de no tener ningún contacto con el resto de su familia. Se consideraba distinto a los demás y veía la emoción en la gente con perplejidad. (Adaptado de Spitzer y cols., 1989, pp. 249-250)

El doctor B., un médico familiar de 41 años, se preparaba para salir de su consultorio a las 6 p.m., apresurado por llegar a casa y cenar antes de asistir al último juego de básquetbol de la secundaria de su hijo. Le llamaron del hospital para informarle que una de sus pacientes había ingresado a la sala de labor y parto, y en ese momento mostraba 5 cm. de dilatación cervical. Sabía que uno de sus compañeros cubría el turno de obstetricia esa noche, pero sintió el impulso de correr al hospital para revisar a la paciente antes de ir a casa. Después de examinarla, decidió quedarse al parto y perderse el último juego de su hijo. Después del parto, se sentó en el vestidor a llorar. Se sentía tremendamente culpable por haberse perdido el juego y, como lo expresó en la noche, no podía entender por qué no había dejado el caso a su compañero. Más adelante afirmó con tristeza que ni siquiera tenía ningún lazo emocional con la paciente.

¿Qué es lo que estos dos hombres tienen en común? ¿En qué son diferentes? ¿Tienen problemas de proporciones clínicas?

John buscó tratamiento porque se sentía terriblemente angustiado. Sin embargo, la mayoría de los clínicos estarían seguros de que John padece además algún tipo de trastorno mental, debido a la intensidad extrema de su reacción ante la muerte de su perro y por el tiempo que duró. Su diagnóstico del eje I (ver el capítulo 4) probablemente sería el de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, ya que está claro que su aflicción se relaciona con un causante de estrés que se puede identificar: la muerte de su perro. Pero su clasificación del eje I no capta por completo todos los rasgos principales de su vida. El patrón duradero de no desear ni disfrutar de las relaciones estrechas con otras personas (lo cual incluye a su familia), siempre elegir actividades solitarias y experimentar emociones fuertes sólo en contadas ocasiones, aunado a una ausencia de singularidades y excentricidades de la conducta, el lenguaje o el pensamiento, son indicativos del trastorno esquizoide de la personalidad, una clasificación del eje II. Los clínicos sostendrían que fue la presencia del trastorno esquizoide de la personalidad el que hizo a John particularmente vulnerable al estrés por la muerte de su mascota.

TABLA 10-1

Hitos en el desarrollo del concepto de los trastornos de la personalidad

Siglo iv a.C.	Hipócrates describe los temperamentos y emociones que influyen en los ajustes deseados y no deseados en los retos de la vida.
Primeros años del siglo xix	Diversos clínicos describen los tipos de personalidad socialmente desadaptados.
Últimos años del siglo xix y primeros años del xx	Pierre Janet y Sigmund Freud describen con detalle las características psicológicas asociadas con una condición, la histeria, precursora del trastorno histriónico de la personalidad (que se explica más adelante en este capítulo).
Primeros años del siglo xx	Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, describe los tipos de personalidad relacionados con los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia.
1980	La tercera edición del <i>Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM-III)</i> establece cuatro descripciones de trastornos de la personalidad, condiciones que se originan de patrones desadaptados de toda la vida o formas de percibir y relacionarse con el ambiente y con uno mismo.

El doctor B. probablemente no padezca de algún tipo de trastorno mental, sino que quizá es algo compulsivo cuando trata de sentirse responsable por el bienestar de sus pacientes. Cuando esa sensación se sale de control, puede causarle una tensión temporal, como sucedió en este caso. No obstante, parece funcionar bien en la práctica de la medicina, y muchos médicos que con frecuencia exageran su sentido de responsabilidad comparten este estilo de personalidad.

Los casos de John y del doctor B. ilustran algo en lo que tanto los clínicos como el público en general estarían de acuerdo: que cada quien tiene un grupo distintivo de características personales que afectan el comportamiento. El estilo de vida de John parece contribuir a su aflicción prolongada, en tanto que la compulsión del doctor B. tal vez lo convierte en el médico dedicado que es (aunque, junto con esa entrega, sufrirá malestares personales ocasionales y temporales, como perderse el juego de su hijo).

Las formas características que tiene una persona para responder algunas veces se conocen como su **personalidad**. La personalidad es compleja y única, ya que los individuos son diferentes unos de otros en múltiples componentes de la conducta. Los estilos de personalidad de la mayor parte de la gente no afectan su comportamiento de manera similar en todas las situaciones. Los estilos pueden ser desadaptados si un individuo es incapaz de modificar su conducta cuando el entorno en que vive experimenta cambios significativos que requieren de enfoques diferentes. Si las características de la personalidad no son lo suficientemente flexibles como para permitir que un individuo responda en forma adaptada ante, por lo menos, una variedad normal de situaciones, es probable que presente un trastorno.

Cuando los estilos de la personalidad son patológicos, pueden impedir el funcionamiento normal del individuo en situaciones importantes, e incluso provocarle ansiedad, sentimientos de aflicción e infelicidad. El punto en el cual un estilo de personalidad se convierte en trastorno no está claro. Los **trastornos de la personalidad** son formas duraderas, desadaptadas e inflexibles de relacionarse con el entorno. Por lo general, se pueden detectar en la niñez o al menos al principio de la adolescencia, y tal vez continúen durante la edad adulta y limitan de manera severa la forma en que el individuo enfrenta las situaciones que le producen estrés, ya que sus estilos característicos de pensar y comportarse le permiten sólo un

rango rígido y estrecho de respuestas. Los estudios de los trastornos de la personalidad entre la población en general calculan un índice de frecuencia de entre 10 y 15% (Clarkin, 1998).

Antes de empezar el estudio de las clasificaciones actuales de los trastornos de la personalidad, vale la pena hacer notar que aunque las diferencias individuales de la personalidad se han descrito por miles de años, su uso formal en el diagnóstico es un desarrollo reciente. La tabla 10-1 presenta algunos hitos en la aplicación clínica del concepto de personalidad. Hoy en día los trastornos de la personalidad son vistos como una colección heterogénea de condiciones con características persistentes que a menudo incluyen un egocentrismo exagerado, falta de consideración por los sentimientos de los demás y reacciones emocionales que tienen un efecto negativo en las relaciones interpersonales y en el éxito en la vida.

Clasificación de los trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad plantean problemas para las personas que elaboran los sistemas de clasificación, y también para los autores de libros de texto y maestros de psicología anormal. Parecen ser importantes y su existencia puede ser fácilmente reconocida aun por observadores que no son profesionales, e incluso así poco se sabe sobre sus orígenes y su desarrollo. Con excepción del trastorno antisocial de la personalidad (y, hasta hace poco, el trastorno límite de la personalidad), se ha realizado muy poca investigación de estos problemas. Esta carencia probablemente se debe a que a menudo no son dramáticos ni incapacitan severamente, y porque muchas personas que pueden padecer de estos trastornos no buscan ayuda para tratar sus problemas.

Una característica importante de los estilos de personalidad es su cualidad de arraigo. Están profundamente arraigados y firmemente establecidos. Por lo general, quienes los padecen no preguntan o no se preocupan mucho por esta clase de maneras habituales de funcionar. Las dos caricaturas de la figura 10-1 ilustran la manera aparentemente irreflexiva en que la personalidad se refleja en la conducta. Algunas veces estas maneras habituales de reaccionar pueden causar dificultades cuando ocurren situaciones inusuales.



(a)



(b)

Figura 10-1 Estas dos caricaturas muestran tanto la personalidad en acción como la personalidad que se manifiesta de manera bastante irreflexiva. (a) El hombre con el látigo parece muy enfocado en sí mismo y no parece preocuparse mucho por el efecto de usarlo en la espalda de los remeros. (b) La operadora del 911 también parece muy enfocada en su persona mientras le pregunta su problema a la persona que llamó casi como una idea de último momento.

FUENTE: (a) *Barron's*, 11 de septiembre de 2000, p. 55. Caricatura por Roy Delgado. (b) *Barron's*, 11 de septiembre de 2000, p. 57. Caricatura por Nick Downes.

Las personas con trastornos de la personalidad pueden tener dificultad para cambiar la manera en que piensan y responden a las situaciones, aunque la conducta desadaptada que algunas veces manifiestan provoca una gran angustia a las otras personas que están involucradas. Los problemas clínicos se intensifican cuando, como normalmente es el caso, la persona no considera sus patrones de conducta como desadaptados o indeseables, aun si las consecuencias desagradables y contraproducentes de dichas conductas son obvias para otros. Como se verá en este capítulo, esta situación es quizá más evidente en casos de personalidad antisocial.

Los trastornos de la personalidad son diagnosticados en el eje II del DSM-IV-TR. Los trastornos del retraso mental también se diagnostican en este eje. Debido a que estas dos condiciones tienen en común una duración y estabilidad de toda o casi toda la vida, no es probable que haya periodos de mejoría o cambio. Un diagnóstico de trastorno de la personalidad se realiza sólo cuando el patrón de conducta duradero o estilo de personalidad de una persona provocan problemas importantes en situaciones sociales o en el trabajo, o cuando produce un nivel elevado de aflicción personal. La tabla 10-2 presenta las características principales del trastorno de la personalidad; la tabla 10-3, los tres grupos más importantes de trastornos de la personalidad.

A diferencia de los trastornos casi permanentes diagnosticados en el eje II, los trastornos del eje I, llamados **trastornos clínicos**, que pueden presentarse y desaparecer, se pueden desencadenar por sucesos o factores ambientales y pueden desaparecer al

TABLA 10-2

Características de los trastornos de la personalidad

1. Aparición temprana; es evidente por lo menos desde la adolescencia
2. Estabilidad; no existe un periodo significativo en que la condición no sea evidente
3. Dominante; es evidente en un amplio rango de situaciones personales, sociales y profesionales
4. Desadaptación clínicamente significativa, lo que tiene como resultado aflicción personal o discapacidad en el funcionamiento social y profesional

cambiar las condiciones o cuando se enseñan nuevas conductas a la persona. Con frecuencia, las personas con trastornos del eje I creen tener problemas personales (síntomas) que son difíciles y requieren de tratamiento. Las personas con trastornos del eje II son mucho más propensas a decir que sus dificultades se pueden atribuir al entorno (por ejemplo, su familia o compañeros de trabajo) y que no necesitan tratamiento clínico.

En múltiples ocasiones una persona padece tanto de un trastorno de la personalidad como de un trastorno clínico. La relación entre estos trastornos no está clara, pero es obvio que la relación es estrecha. Una teoría sostiene que los trastornos de la personalidad

TABLA 10-3

Principales trastornos de la personalidad y sus características

Conducta extraña o excéntrica

- **Paranoide:** Tenso, cauteloso, suspicaz, rencoroso
- **Esquizoide:** Socialmente aislado, con expresión emocional restringida
- **Esquizotípico:** Pensamiento, apariencia y conducta peculiares que desconciertan a los demás; alejado y aislado en el aspecto emocional

Comportamiento dramático, emocional o errático

- **Histriónico:** Comportamiento seductor; necesita gratificación inmediata y seguridad constante; estados de ánimo que cambian con rapidez; emociones poco profundas
- **Narcisista:** Ensimismado; espera un trato especial y adulación; envidia la atención hacia los demás
- **Límite:** No puede soportar estar solo; estados de ánimo y relaciones personales intensos e inestables; enojo crónico; abuso del alcohol y las drogas
- **Antisocial:** Manipulador; explotador; deshonesto; desleal; carece de culpa; rompe con las normas sociales en forma habitual; antecedentes de ese comportamiento durante la niñez; con frecuencia tiene problemas con la ley

Comportamiento ansioso y temeroso

- **Por evitación:** Se siente lastimado y avergonzado con facilidad; tiene pocos amigos cercanos; se apega a las rutinas para evitar experiencias nuevas y que quizá sean estresantes
- **Por dependencia:** Desea que los demás tomen las decisiones; necesita consejo y seguridad constantes; teme que lo abandonen
- **Obsesivo-compulsivo:** Perfeccionista; demasiado consciente; indeciso; se preocupa por los detalles; rígido; incapaz de expresar afecto

se pueden considerar vulnerabilidades, con cada trastorno de la personalidad asociado con la vulnerabilidad en sólo algunos de los trastornos clínicos. Por ejemplo, se cree que las personalidades esquizotípicas son susceptibles a la esquizofrenia, las dependientes a la depresión, las evitativas a las fobias sociales y las límite y antisocial al abuso de drogas y alcohol. Aunque esta idea del aumento de la vulnerabilidad tiene cierto apoyo, no es una certeza. Otro esquema de clasificación puede considerar a los trastornos de la personalidad como formas más leves de trastornos clínicos. Por ejemplo, tal vez el trastorno esquizotípico es una forma más leve de esquizofrenia y el trastorno límite una forma del trastorno del estado de ánimo. No está claro cuál de estas maneras de clasificar los trastornos de la personalidad sería la más apropiada.

En algunos casos, las afirmaciones de clasificación del eje II se emplean para proporcionar información relacionada con el diag-

nóstico principal del eje I. En otros casos, un trastorno de la personalidad al que se hace referencia en el eje II es el principal problema del individuo. Algunas combinaciones son posibles. Una persona puede tener un diagnóstico en ambos ejes. Por ejemplo, Henry A. tenía síntomas psicóticos que ameritaban un diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, antes de su actual episodio esquizofrénico, había mostrado varias características: lenguaje extraño, aislamiento social, suspicacia e hipersensibilidad a la crítica real o imaginaria, que impedían de manera significativa su desempeño en varias situaciones. Debido a los distintos tipos de conductas que Henry A. mostraba, se le diagnosticó utilizando los ejes I y II.

- Eje I: Esquizofrenia, paranoide, crónico
- Eje II: Trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)

El término *premórbido* significa que antes de que se desarrollaran los síntomas esquizofrénicos, ya existía el trastorno de la personalidad.

En otro caso, Gerry B. mostró características de la personalidad similares, pero no había bases para emitir un diagnóstico del eje I. Su diagnóstico sería como sigue.

- Eje I: —
- Eje II: Trastorno esquizotípico de la personalidad

Un tercer individuo, Deborah C., presentaba características del mismo trastorno de la personalidad que se observó en Henry A. y Gerry B. Sin embargo, tenía características adicionales que correspondían a otro trastorno de la personalidad. En este caso se deben diagnosticar ambos trastornos.

- Eje I: —
- Eje II: Trastorno esquizotípico de la personalidad; trastorno límite de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad algunas veces producen clasificaciones de diagnóstico relativamente poco confiables. Sin embargo, la investigación ha mostrado que cuando los clínicos utilizan entrevistas estandarizadas (es decir, que siguen un formato estructurado), su confiabilidad es más alta que la de los clínicos que realizan entrevistas menos estructuradas (Shea y cols., 2002; Zanarini y cols., 2000).

Una dificultad para decidir lo apropiado de un diagnóstico del eje II es el límite no muy claro entre las características de la personalidad que están dentro de los límites normales y aquellas que representan una conducta trastornada. Otro problema es que, en gran medida, algunas de las categorías del eje II se superponen. En lugar de ser trastornos independientes, muchas veces representan distintos grados de las mismas conductas generales. Muchos de los pacientes que cumplen con los criterios de un trastorno de la personalidad, también cumplirán con los criterios de al menos otro más. Un tercer problema es que algunos trastornos de la personalidad también se superponen con categorías del eje I.

Si los trastornos se van a clasificar en tipos separados, sus criterios deben ser diferentes y mutuamente excluyentes y el número de casos ambiguos debe ser relativamente bajo. Algunas categorías del DSM (por ejemplo, la esquizofrenia, los trastornos afectivos y los trastornos orgánicos) son un tanto distintas entre sí, a pesar de que aún existen algunas áreas confusas entre estas categorías. Pero como ya se vio, esta distinción no se aplica a los trastornos de

la personalidad, cuyos criterios de diagnóstico frecuentemente se superponen.

Algunos de estos problemas de clasificación se producen debido a que se conoce muy poco sobre la mayor parte de los trastornos de la personalidad. Otra dificultad se deriva del llamado **planteamiento prototípico** que se emplea en el DSM-IV-TR. Cada trastorno tiene una lista de posibles características y, si se cumple con más de una cantidad específica, se diagnostica ese trastorno. Esto significa que no todas las personas a quienes se diagnostica un trastorno de la personalidad particular tienen que compartir alguna de las características mencionadas. Por ejemplo, para recibir un diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad, una persona puede presentar cuatro de las siete características que se incluyen en la lista. Esto significa que dos personas a las que se les atribuye esa clasificación quizá tengan características por completo distintas.

A pesar de los inconvenientes e incertidumbres que se relacionan con los trastornos que se presentan en el eje II del DSM-IV-TR, el intento por incorporar los trastornos de la personalidad al proceso de clasificación todavía representa un avance importante. Antes del DSM-III, el diagnóstico de los trastornos mentales prestaba atención sobre todo a las condiciones más obvias que ahora se clasifican en el eje I. El hecho de que el DSM-III ubicara los trastornos de la personalidad en un eje aparte subraya su importancia, coexistencia y contribución para otros trastornos. De esta forma, el eje II representa un paso innovador hacia el sistema de clasificación que se aplica a toda la persona. A medida que avanza la investigación sobre este nuevo planteamiento del diagnóstico, es probable que se encuentren formas para resolver algunos de los problemas de clasificación que se comentaron con anterioridad (Millon y Davis, 2000).

En este capítulo se analizarán los trastornos de la personalidad en términos de los tres grupos que se señalan en la tabla 10-3: comportamientos extraños o excéntricos; comportamientos dramáticos, emocionales o erráticos; y comportamientos temerosos o ansiosos. Aunque existen otras categorías razonables, estos grupos proporcionan una estructura para comprender estos trastornos. La tabla 10-4 resume las características principales de estos tres grandes grupos.

Conductas extrañas o excéntricas

Los trastornos de este grupo se caracterizan por una conducta extraña, excéntrica, reclusa o desconfiada. Los individuos con un diagnóstico que se encuentra dentro de este grupo tienden a encontrar significados ocultos degradantes o mensajes amenazantes en comentarios inofensivos, parecen indiferentes a las relaciones sociales y tienen dificultad para entablar relaciones estrechas con otras personas. Con frecuencia son retraídos, fríos e irracionales.

Trastorno paranoide de la personalidad

Las personas que padecen un **trastorno paranoide de la personalidad** presentan varias características notorias: sentimientos injustificados de sospecha y desconfianza hacia otras personas; hipersensibilidad; expectativa —sin justificación suficiente— de que serán explotados y dañados por los demás; y una tendencia a encontrar

TABLA 10-4

Resumen de las características clínicas de los tres tipos de trastornos de la personalidad

Conducta extraña o excéntrica

Déficits sociales

Ausencia de relaciones cercanas

Pronóstico pobre

Conducta dramática, emocional o errática

Inestabilidad social e interpersonal

Algunas mejoras con la edad

Conducta ansiosa o temerosa

Conflictos interpersonales e intrapsíquicos

Buena respuesta a la terapia

significados ocultos degradantes o mensajes amenazantes en conductas o comentarios inofensivos (por ejemplo, sospechar que un vecino saca la basura temprano para molestarlo). Para estas personas es muy difícil tener relaciones estrechas con otras personas porque de manera constante esperan una traición. El siguiente caso ofrece un relato típico de una personalidad paranoide:

Un ingeniero soltero, blanco, de 36 años, que cooperó de mala gana, fue enviado por su gerente de proyecto a una evaluación psiquiátrica. Describió su actual situación laboral como muy tensa porque sus compañeros de trabajo habían estado “confabulando contra él”, dejándole las tareas más difíciles y, en ocasiones, quitando de los archivos importantes la información crucial que necesitaba. Dijo que actuaban de esa forma “porque les gusta verme sudar”. En los últimos seis años, ha cambiado de trabajo cuatro veces porque en los trabajos anteriores tuvo problemas similares. Excepto por el contacto frecuente con un hermano, el paciente estaba aislado en el aspecto social. Afirmó: “Nunca he confiado en la gente. Todo lo que quieren es aprovecharse de mí”. Estaba tenso, distante y obviamente muy enojado con sus compañeros de trabajo. Era hipervigilante e hizo varios comentarios que indicaban que sentía que el entrevistador quizá no “veía las cosas de la misma manera”. No había ninguna evidencia de psicosis ni depresión. (Siever y Kendler, 1986, p. 199)

Los individuos paranoides rara vez buscan ayuda clínica. Si una situación se vuelve tan difícil que se ven forzados a buscar ayuda (por ejemplo, si se requiere que trabajen muy cerca de otras personas), la labor más complicada del terapeuta es traspasar la barrera de la sospecha. También son hipersensibles a la crítica, por lo que se les dificulta de manera especial trabajar en puestos subordinados. Sienten un fuerte temor de perder la independencia y el poder de dar forma a los eventos. La simple sensación de ocupar una posición de rango inferior o con menos poder es intolerable.

Las personas con trastornos paranoides parecen frías, sin sentido del humor, intrigantes y mañosas. Estas características no promueven las relaciones estrechas y satisfactorias. Quizá porque tienen este tipo de personalidad son reservadas y rara vez intiman

TABLA 10-5

Características clínicas del trastorno paranoide de la personalidad

Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cuatro de estas características padece un trastorno paranoide de la personalidad.

1. Tiene la expectativa, sin bases suficientes, de que los demás lo quieren explotar o dañar
2. Pone en duda, sin justificación, la lealtad y confianza de compañeros y colegas
3. Busca significados amenazantes en frases o sucesos inofensivos
4. Guarda rencores o no perdona insultos o descortesías
5. Se niega a confiar en otras personas por el temor infundado de que la información se emplee en su contra
6. Percibe ataques contra su carácter o reputación que no son evidentes para otras personas y reacciona en forma rápida con enojo o contraataca
7. Tiene sospechas recurrentes, sin justificación alguna, con respecto de la fidelidad de su cónyuge o pareja sexual

con los demás, muchas de sus extrañas ideas pasan inadvertidas. A veces, su desempeño es insuficiente porque la preocupación de buscar motivos ocultos y significados especiales limita su capacidad para considerar y comprender las situaciones. Cuando surgen problemas, casi siempre se relacionan con el trabajo, ya que ésta es un área en la cual resulta difícil evitar los contactos interpersonales.

La tabla 10-5 presenta las principales características clínicas de la personalidad paranoide en el eje II del DSM-IV-TR. Como ya se explicó, no todas las características tienen que estar presentes para que se utilice esta clasificación, pues cuatro o más de ellas pueden justificar el diagnóstico. El índice de los diagnósticos de trastorno paranoide de la personalidad en estudios realizados en escenarios clínicos promedia alrededor de 6% de los casos (Tsuang y Tohen, 2002). Los índices en la población general son tal vez de entre 0.5 y 2.5%, pero los hombres tienen más probabilidad de mostrar tendencias paranoides que las mujeres.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Las personas que padecen del **trastorno esquizoide de la personalidad** son reservadas, retraídas en el aspecto social y aisladas (ver la figura 10-2). Prefieren las actividades de trabajo y pasatiempos solitarios, y carecen de capacidad para establecer relaciones cálidas y estrechas. Estas personas rara vez expresan sus sentimientos en forma directa. No sólo tienen pocas relaciones con otras personas, sino que además parecen desearlas muy poco. En cualquier caso, tienen pocas habilidades sociales, aunque sus patrones de lenguaje y



Figura 10-2 Pasar tiempo solos, apartado de los demás, es típico de las personas con trastorno esquizoide de la personalidad. A menudo parecen bastante indiferentes a la vida que los rodea.

conducta no son extraños ni excéntricos. También carecen de sentido del humor y parecen indiferentes a su entorno. Cuando en su libro *The White Album* Joan Didion emplea la frase “sólo participa de manera marginal en lo cotidiano de la vida”, podría estar describiendo el aislamiento de las personas con trastorno esquizoide de la personalidad. Quizá debido a este alejamiento, los hombres que padecen estos trastornos rara vez se casan. Las mujeres son más propensas a casarse, pero, quizá en lugar de buscarlo, aceptan ofertas para contraer matrimonio.

John, cuyo aislamiento se describió al principio de este capítulo, probablemente sería diagnosticado con un trastorno esquizoide de la personalidad. A pesar de que el sujeto del ejemplo siguiente no se quejaba de aislamiento social (los individuos esquizoides rara vez lo hacen), su existencia solitaria estable era parte central de su personalidad. También mostraba rigidez en su vida personal y no se preocupaba por lo que los demás opinaran de él, siempre y cuando lo dejaran solo.

Un contador blanco, soltero, de 46 años, buscó asesoría profesional por consejo de un colega, debido a los sentimientos persistentes de insatisfacción y depresión después de un cambio en su situación laboral. A pesar de que conservó su puesto en la compañía, donde había trabajado durante 20 años, muchas de sus responsabilidades más importantes habían pasado a un colega más joven. Siempre había trabajado con eficiencia en un puesto más bien autónomo, pero ahora sentía que su rutina diaria de trabajo se había interrumpido y ya no tenía tareas importantes que realizar. Resulta que siempre había estado aislado en el aspecto

social, establecía contactos sociales que se limitaban a los conocidos en el trabajo, y seguía un patrón más bien prescrito —leer el periódico y ver televisión—, como su pasatiempo por las noches. En ocasiones, veía a una hermana que estaba casada y a su familia durante los fines de semana. Durante un tiempo había tolerado este estilo de vida limitado y parecía relativamente indiferente ante las opiniones de sus compañeros de trabajo, siempre y cuando pudiera estar seguro de que se le asignaría su cuota de cuentas. Su nueva posición lo dejó con menos trabajo y un papel poco claro en la empresa. Sentía como “si le hubieran movido el tapete”. Durante la consulta se comportó como un hombre callado que, a pesar de ser cooperativo, era difícil hacer que participara. Hablaba con poca emoción y en ocasiones murmuraba, no mostró ningún sentido de unión con otras personas en su vida, sino sólo con su “manera de hacer las cosas”, que le resultaba en extremo difícil modificar (Siever & Kendler, 1986, p.192).

Las respuestas emocionales de los individuos esquizoides parecen insulsas y frías. Las clases de frustraciones que incitan expresiones de enojo en la mayoría de las personas provocan poca hostilidad observable por parte de estas personas. En ocasiones parecen distraídos, absortos en sí mismos, con la mente ausente y no muy conscientes ni interesados por lo que sucede a su alrededor. Algunas de estas personas pueden sostenerse si encuentran trabajos socialmente aislados. Sin embargo, muchas de ellas tienen problemas en el trabajo por el contacto con otras personas, que requiere la mayoría de los trabajos. Como las personas esquizoides no se molestan por la falta de relaciones personales, son malos prospectos para la terapia.

La tabla 10-6 presenta las características clínicas de las personalidades esquizoides que se describen en el DSM-IV-TR. Al igual que con todos los trastornos de la personalidad, no se requiere de la presencia de todas las características para la clasificación. Dado que las personas con este trastorno tienen menor probabilidad de buscar tratamiento, es difícil estimar con cuánta frecuencia ocurre el trastorno esquizoide de la personalidad en la población en general.

TABLA 10-6	
Características clínicas del trastorno esquizoide de la personalidad	
Una persona que tiene por lo menos cuatro de estas características se puede considerar que padece de un trastorno esquizoide de la personalidad.	
1.	No desea ni disfruta las relaciones estrechas, lo que incluye formar parte de una familia
2.	Casi siempre elige actividades solitarias
3.	Pocas actividades, si no es que ninguna, le provocan placer
4.	Expresa poco o ningún deseo de tener experiencias sexuales con otra persona
5.	Parece indiferente a la admiración o crítica de los demás
6.	No tiene amigos cercanos ni confidentes (o sólo tiene uno)
7.	Muestra frialdad emocional, alejamiento y poca variación en sus emociones

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Las personas con **trastorno esquizotípico de la personalidad** se caracterizan por excentricidades de pensamiento, percepción, comunicación y conducta. Estas desviaciones nunca son tan extremas como las que se encuentran en los casos de esquizofrenia auténtica. Aun así, los clínicos en muchos casos sienten la necesidad de buscar la posibilidad de distorsiones importantes, como escuchar voces y tener ideas que no parecen tener sentido. El cuadro 10-1 muestra la manera en que los clínicos exploran estas posibilidades.

Las personas que padecen trastorno esquizotípico de la personalidad, al igual que las esquizoides, son retraídas, con emociones superficiales y carecen de capacidad para socializar. Sin embargo, los patrones de lenguaje de los dos grupos son muy diferentes. Las personas con trastorno esquizoide de la personalidad no muestran excentricidades de lenguaje, a pesar de que tal vez no cuenten con habilidades sociales. Por otra parte, las que padecen un trastorno esquizotípico de la personalidad no se dan a entender, ya sea porque emplean palabras y frases poco comunes o porque utilizan palabras de uso común en formas extrañas. También son propensos a expresar sus ideas de manera confusa. En ocasiones —normalmente cuando están estresados— su pensamiento se deteriora y expresan ideas que parecen delirantes. Estas características cognitivas y perceptuales son probablemente las más importantes para distinguir el trastorno esquizotípico del trastorno límite (que se estudiará más adelante) y del trastorno esquizoide.

La conducta de las personas que padecen de un trastorno esquizotípico de la personalidad puede, en algunas ocasiones, llegar a ser estrafalaria. Gran parte del tiempo parecen ser suspicaces, supersticiosas y distantes. El siguiente caso ilustra varias de las características del trastorno esquizotípico de la personalidad:

Un hombre de 41 años fue remitido al programa de actividades de un centro de salud mental de la comunidad para que le ayudaran a mejorar sus habilidades sociales. Tenía un patrón de aislamiento social de toda la vida, no tenía amigos verdaderos y pasaba largas horas preocupado porque los pensamientos de enojo que tenía contra su hermano mayor le causaran algún daño. Antes había trabajado como dependiente del servicio civil, pero perdió su trabajo porque faltaba mucho y su productividad era baja.

Durante la entrevista, el paciente se mostró distante y un poco desconfiado. Describió con detalles poco significativos que su vida diaria era inútil, rutinaria y carecía de sucesos importantes. Comentó al entrevistador que había pasado una hora y media en una tienda de mascotas decidiendo entre dos marcas de alimento para peces que debía comprar y explicó sus cualidades relativas. Durante dos días había estudiado las instrucciones de lavado de unos pantalones de mezclilla nuevos: “¿Lávese antes de usarse?” ¿Esto quería decir que los pantalones se debían lavar antes de usarlos por primera vez o que, por alguna razón, era necesario lavarlos antes de usarlos en cada ocasión? No consideraba que preocupaciones como éstas no tuvieran sentido, aunque reconocía que la cantidad de tiempo que desperdiciaba pensando en ellas tal vez era excesiva. Cuando se le preguntó sobre sus finanzas, pudo recitar de memoria su estado de cuenta bancario mensual más reciente, incluyendo el monto de cada cheque y el saldo al expedir cada uno. Conocía su saldo de cualquier día en particular, pero a veces se sentía ansioso si pensaba sobre si cierto cheque o depósito había pasado en realidad.



CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 10-1

Investigando el pensamiento esquizotípico

La siguiente entrevista fue productiva por la sensibilidad y habilidad del entrevistador para comunicar su empatía por los sentimientos y pensamientos del paciente. (“E” es el entrevistador; “P” es el paciente.)

E: ¿Dónde debemos comenzar?

P: Tal vez deba empezar con los trastornos del carácter.

E: ¡Hábleme sobre ellos!

P: Creo que son las personas que causan más problemas: éstos son ellos.

E: Parece que algunas personas lo molestan mucho.

P: Verá usted, todo depende. Odio los trastornos del carácter que son crueles y lastiman. Uno puede sentir sus pensamientos agresivos, pero yo renuncié a mi trabajo para que no me molesten más.

E: Debe ser terrible ser acosado por esas personas.

P: Solamente tengo que alejarme de ellas.

E: ¿Alguna vez trataron de dañarlo o perseguirlo?

P: Es su falta de consideración lo que lastima.

E: ¿Alguna vez trataron de seguirlo, observar su casa, intervenir su teléfono, recámaras o sala?

P: No, pero me sorprende que pregunte. ¿Está usted de acuerdo con ellos?

E: Solamente quiero entender cómo lo molestan, cómo lo afectan.

P: La manera en que me miran, la manera en que no me hablan.

E: ¿Alguna vez ha escuchado voces?

P: Mis propios pensamientos, los tengo con palabras. Imagino como sonarían si los pronunciara en voz alta. Los pensamientos tienen la cualidad del sonido. Éstos van más allá de las personas. Se interconectan y sobreviven.

E: ¿Tiene acceso a esos pensamientos que se interconectan? ¿Está familiarizado con la percepción extrasensorial?

P: Puedo sentirlos, puedo percibir los pensamientos hostiles de los trastornos del carácter.

E: ¡Platíqueme sobre estos trastornos del carácter! ¿Quiénes son?

P: Aquellas personas que abusan de sus pensamientos; los encuentra en todas

partes. Estos retrasados mentales, insensibles y que no piensan.

E: ¿Cree que son como una hermandad? ¿Que se unen y conspiran en su contra?

P: No, no son como una conspiración: están aquí y allá, ya sabe, igual que las personas a las que conoce y no le agradan. No creo que estén organizados. Es, más bien, un juego de la mente. (Othmer y Othmer, 1994, pp. 414-415)

Esta entrevista resultó productiva por el obvio interés del terapeuta en los pensamientos del paciente. Sus preguntas que investigaban sobre estos pensamientos fueron elaboradas de tal manera que no hicieron sentir al paciente que estaba “loco”. También se puede observar que, durante toda la entrevista, el entrevistador mostró considerable empatía por cómo se sentía el paciente. Algunos ejemplos de esta empatía incluyen varios comentarios en los que indicaba que entendía lo molestos que ciertos pensamientos eran para él. Una persona menos adaptada a los sentimientos del paciente podría haber expresado duda de que la situación fuera tan desesperada como éste la describía.

Preguntó al entrevistador si, en caso de que se uniera al programa, le pedirían que participara en los grupos. Dijo que los grupos lo ponían muy nervioso y no estaba seguro de que pudiera “soportar” participar en ellos (Spitzer y cols., 1989, p. 154).

Las características de este caso, que vale la pena hacer notar, incluyen la ausencia de amigos cercanos o confidentes, pensar que tiene poderes mágicos (preocuparse porque sus pensamientos de enojo puedan causar un daño a su hermano), afecto restringido (que se refleja en que estuvo “distante” durante la entrevista), lenguaje extraño (proporcionar detalles elaborados y con frecuencia irrelevantes) y ansiedad social. Debido a las excentricidades de pensamiento y lenguaje que manifiesta, este hombre se clasificaría como esquizotípico más que como esquizoide.

Es probable que los individuos esquizotípicos tengan un riesgo más alto que el promedio de padecer un episodio de esquizofrenia más adelante. Un seguimiento de 15 años de pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad sugiere que esta categoría representa un grupo que está en el límite entre la salud y la esquizofrenia (McGlashan, 1986). Debido a que se supone que muchos casos de esquizofrenia tienen un componente biológico hereditario, es probable que los individuos esquizotípicos compartan esta característica genética. Existe evidencia de que el trastorno esquizotípico de la personalidad es común entre individuos que

tienen un gemelo o pariente cercano que padece esquizofrenia (Nuechterlein y cols., 2002; Siever y cols., 2002).

La tabla 10-7 presenta las características clínicas del trastorno esquizotípico de la personalidad. Las personas con trastornos paranoides, esquizoides y esquizotípicos tienen en común un grado de alejamiento social y manifiestan una conducta “extraña” o idiosincrásica que se puede observar en forma mucho más extrema en la esquizofrenia. El trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por la sospecha y desconfianza hacia los demás; el esquizoide, por la preferencia por las actividades solitarias, sin que necesariamente haya distorsiones en la percepción de la realidad; y el esquizotípico, por la excentricidad y las distorsiones cognitivo-perceptuales. Debido a las superposiciones entre estas dos conductas extrañas y excéntricas y, entre éstas y otras clasificaciones de los ejes II y I, no existe un acuerdo total sobre su singularidad clínica. Tal vez el acuerdo es menor con respecto al trastorno esquizotípico de la personalidad porque la investigación demuestra que con frecuencia se relaciona de manera estrecha con la esquizofrenia y tal vez sólo sea una forma más leve de ese trastorno. Sin embargo, la clasificación esquizotípica sí cumple con los requerimientos del eje II sobre los patrones duraderos de percibir, relacionarse con el entorno y los pensamientos sobre éste y uno mismo. Los criterios para diagnosticar el trastorno esquizotípico de la personalidad incluyen alteraciones persistentes en la percepción y cognición de las relaciones entre uno mismo y los demás. Estas alteraciones no se limi-

TABLA 10-7

Características clínicas del trastorno esquizotípico de la personalidad

Se puede considerar que una persona padece de un trastorno esquizotípico de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.

1. Ideas de referencia inapropiadas (la creencia de que la conversación, sonrisas u otras acciones de las personas se refieren a ella)
2. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides en lugar de juicios negativos
3. Creencias extrañas o pensar que tiene poderes mágicos (por ejemplo, "otras personas pueden experimentar mis sentimientos")
4. Experiencias preceptuales poco comunes, incluyendo ilusiones corporales
5. Lenguaje y pensamiento extraños (por ejemplo, muy vago, circunstancial, demasiado elaborado).
6. Ideas paranoides o suspicacia
7. Comportamiento o apariencia extraños o excéntricos (por ejemplo, gesticulaciones poco comunes, hablar consigo mismo, lenguaje extraño).
8. No tiene amigos cercanos ni confidentes (o quizá tiene sólo uno) que no sean familiares, sobre todo debido a la falta de deseo de contacto, la incomodidad constante con los demás o excentricidades.
9. Afecto inapropiado o restringido (por ejemplo, es frío, distante).

tan a los periodos de estrés; están presentes casi todo el tiempo. Es necesario investigar más para establecer la contribución que esta clasificación del eje II puede hacer al proceso de diagnóstico.

Conductas dramáticas, emocionales o erráticas

El primer grupo de trastornos de la personalidad que acabamos de estudiar se compone de individuos con conductas retraídas. La segunda categoría contiene personas que buscan atención, y cuya conducta es con frecuencia muy evidente e impredecible.

Trastorno histriónico de la personalidad

Para las personas que padecen del **trastorno histriónico de la personalidad** captar la atención de otros es una prioridad (ver la figura 10-3). Su lema podría ser "Todo el mundo es un escenario"; en sus relaciones interpersonales con frecuencia representan un papel, como el de "la estrella" o "la víctima". A los demás, estas personas les parecen vanidosas e inmaduras, y tienden a hablar de manera dramática, exagerada y demasiado efusiva.

Esta clasificación se utiliza en casos que se caracterizan por su expresión o emoción exageradas, relaciones interpersonales tormentosas, actitud egocéntrica y manipulación. La manipulación



Figura 10-3 Una persona con el trastorno histriónico de la personalidad puede enfocarse en dar una impresión dramática o asombrosa.

se puede manifestar en ademanes, amenazas o intentos de suicidio, así como en otras conductas que captan la atención como males físicos dramáticos.

Los individuos histriónicos casi siempre reaccionan demasiado rápido ante las situaciones que requieren de algún análisis y reflexión. No siempre centran su atención el tiempo suficiente para percibir los detalles de una situación, como resultado tienden a responder con generalidades que tienen un matiz emocional. Cuando se pide a las personas con personalidad histriónica que describan algo, casi siempre responden con impresiones en lugar de realidades. Por ejemplo, un terapeuta que revisaba el historial del caso de una cliente, se esforzó varias veces por obtener una descripción del padre de ésta e informó que la cliente "parecía... tener dificultades para entender la clase de datos que me interesaban y lo mejor que pudo decir fue, "¿Mi padre? ¡Era un tiro! Eso es, ¡Un tiro!" (D. Shapiro, 1965, p. 111).

Los individuos histriónicos muy a menudo operan con base en corazonadas y tienden a detenerse ante lo obvio. No sólo son susceptibles a sugestionarse y a dejarse influenciar por la opinión de los otros, sino que además se distraen con facilidad. Es fácil captar su atención, pero también es muy sencillo que ésta cambie hacia otra dirección. De modo que su comportamiento tiene una calidad dispersa. Estos problemas de atención también provocan que las personas histriónicas parezcan increíblemente ingenuas ante las cosas triviales.

Las personas histriónicas suelen no sentirse amadas, por lo que reaccionan a este sentimiento tratando de hacerse sexualmente irresistibles. Las mujeres en particular visten y se comportan en forma seductora, aunque en realidad no desean una actividad sexual íntima. La tabla 10-8 presenta varias características clínicas que se observan con frecuencia en casos del trastorno histriónico de la personalidad. Las mujeres son más propensas que los hombres a reunir los criterios de este trastorno (Cale y Lilienfeld, 2002). En el siguiente caso, el entrevistador (E) pregunta sobre un problema de sueño por el que la paciente (P) buscó asesoría clínica:

E: *Plátiqueme sobre sus problemas de sueño.*

P: *Oh, es terrible. Paso noches enteras sin poder dormir para nada. Me muevo y doy vueltas y me levanto en la mañana sin haber cerrado los ojos ni siquiera un segundo.*

TABLA 10-8

Características clínicas del trastorno histriónico de la personalidad

Se puede considerar que una persona padece de un trastorno histriónico de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.	
1.	Expresión de emociones que cambian con rapidez, pero son poco profundas
2.	Se preocupan demasiado por el atractivo físico
3.	Apariencia o comportamiento demasiado seductores
4.	Se siente incómodo cuando no es el centro de atención
5.	Lenguaje en exceso impresionista, carente de detalles
6.	Es intolerante o se frustra en exceso ante situaciones que no funcionan precisamente como lo desea
7.	Considera que las relaciones tienen más intimidad de la que en realidad tienen (por ejemplo, cuando se refiere a un conocido como "querido, querido amigo")
8.	Expresiones exageradas de emoción con mucha dramatización

E: ¿Esto ocurre sólo algunas noches?

P: Sucede cuando tengo estas horribles, horribles peleas con mi esposo. Me hace pedazos. (La paciente voltea los ojos hacia arriba en forma dramática).

E: ¿Él o alguien más se da cuenta de lo que le sucede?

P: No tienen ni la más mínima idea. Puedo gritar y aun así ellos no entienden.

E: Cuando tienen estas peleas, ¿afectan su estado de ánimo?

P: Experimento estas depresiones devastadoras y tengo que llorar todo el tiempo (Othmer y Othmer, 1989, p. 402).

Aunque la paciente habla con libertad, no puede proporcionar la información necesaria. Por ejemplo, es incapaz de describir con precisión las circunstancias de las peleas con su esposo. Expresa su sufrimiento en una forma exagerada que es típica del trastorno histriónico de la personalidad y se rehúsa a hablar de los hechos.

Trastorno narcisista de la personalidad

La palabra *narcisismo* proviene del mito clásico acerca de un hombre joven, Narciso, quien se enamoró de su reflejo en un estanque. Como nunca pudo aprehender su propia imagen, se desesperó y murió de angustia.

Varios factores críticos desempeñan un papel en el **trastorno narcisista de la personalidad**: una sensación extrema de importancia de sí mismo y la expectativa de favores especiales, una necesidad de atención constante, autoestima frágil y carencia de empa-

tía o atención hacia los demás. Las personas con este trastorno se preocupan por fantasías de éxito ilimitado, inteligencia, poder, belleza y relaciones amorosas ideales. Tal vez consideran que sus problemas son únicos y sienten que sólo las personas que son igualmente especiales pueden entenderlas. El caso de Robert Graham ilustra muchas de estas características del trastorno narcisista de la personalidad:

Graham, un actor exitoso de 30 años, acudió a un terapeuta porque tenía problemas con un nuevo papel. En éste, tenía que representar a un personaje que estaba profundamente deprimido por la muerte de su esposa. Como Graham dijo, tenía problemas para representar "a un personaje que estaba tan comprometido con una mujer que su vida terminaba sólo porque ella había muerto".

En su primera entrevista dijo al terapeuta lo buen actor que era. "No quiero parecer poco modesto, pero tengo un talento único". Durante toda su vida le habían dicho que era "muy buen mozo" y que tenía "un don especial". Podría ser encantador y atractivo, y utilizaba estas habilidades para hacer que otras personas se sintieran "especiales", como una forma para mejorar su carrera. Parecía responder ante los demás con un sentimiento de desprecio y señalaba que la gente era crédula y se "dejaba llevar con facilidad por las experiencias".

Las relaciones de Graham con las mujeres lo confundían. Había empezado a salir con ellas y a tener actividad sexual a una edad temprana y, cuando creció, sostuvo romances con una serie de mujeres. Sin embargo, en cada uno perdía el interés en forma gradual después de un periodo breve y casi siempre empezaba una aventura con otra mujer antes de romper con la anterior. Pensaba muy poco en su antigua pareja después de terminar cada relación. "Es casi como si las personas fueran juguetes y yo necesitara muchos juguetes nuevos." El relato de su vida parecía como si nunca se hubiera sentido triste o deprimido (Adaptado de Spitzer y cols., 1983, pp. 71-74).

La tabla 10-9 contiene las características que con frecuencia se presentan en el trastorno narcisista de la personalidad. Al igual que con otros trastornos de la personalidad, no tienen que estar presentes todas las características clínicas para que se aplique la clasificación. Más bien, las características de la tabla se pueden considerar como prototipos o compuestos del trastorno narcisista. La presencia de más de la mitad de los rasgos en un caso determinado justificaría el uso del diagnóstico.

La categoría de trastorno narcisista de la personalidad se incluyó en el DSM porque los profesionales en salud mental observaron un incremento en los casos en los cuales el problema parecía ser una preocupación excesiva por sí mismo y un sentido exagerado de la importancia y singularidad propias (ver la figura 10-4). Además, en años recientes, varios psicoanalistas han centrado su atención en el desarrollo personal durante los primeros años de vida, el desarrollo del yo como una entidad separada y el narcisismo como un aspecto del desarrollo de sí mismo. Se ha investigado relativamente poco sobre la clasificación del trastorno narcisista de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad

El **trastorno límite de la personalidad** se reconoció oficialmente como un diagnóstico en 1980. Desde ese momento, la categoría lími-

TABLA 10-9
Características clínicas del trastorno narcisista de la personalidad
Se puede considerar que una persona padece de un trastorno narcisista de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.
1. Sentido exagerado de la importancia de sí mismo, exageración de los logros y talentos personales y necesidad de que los demás reconozcan su superioridad
2. Preocupación por fantasías de éxito, poder y belleza ilimitados
3. Sentido de la condición especial y única que pueden apreciar sólo las otras personas o instituciones especiales o de alto nivel (por ejemplo, los patrones)
4. Exige admiración y atención excesivas
5. Sentido de derecho a todo, espera un trato en especial favorable o el cumplimiento automático de las expectativas personales
6. Explota a otras personas, se aprovecha de ellas
7. Carece de empatía por las necesidades y sentimientos de otras personas
8. Con frecuencia siente envidia de los otros o cree que éstos lo envidian (se resiente por los privilegios o logros de las personas que considera menos especiales o merecedoras)
9. Comportamiento o actitudes arrogantes o altaneras

te se ha empleado con tanta frecuencia, que de 10 a 20% de los pacientes psiquiátricos reciben este diagnóstico y se calcula que se presenta tal vez en 6% de la población en general (Gross y cols., 2002; Hyman, 2002). Alrededor de dos tercios de las personas con trastorno límite de la personalidad son mujeres. Un grupo de individuos heterogéneo recibe este diagnóstico, pero comparten varias características, incluyendo las relaciones personales inestables,



Figura 10-4 Este anuncio sugiere que el doctor Holgdbrn se ha convertido en especialista de la personalidad narcisista observando su propia conducta. FUENTE: Harley L. Schwadron.

TABLA 10-10
Características clínicas del trastorno límite de la personalidad
Se puede considerar que una persona padece de un trastorno límite de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.
1. Esfuerzos desesperados por evitar un abandono real o imaginario
2. Relaciones interpersonales inestables e intensas
3. Sentido del yo persistente y muy desequilibrado, distorsionado o inestable (por ejemplo, un sentimiento de que no existe o representa el mal)
4. Impulsividad en áreas como el sexo, el consumo de sustancias, el crimen o la imprudencia al manejar
5. Pensamientos, gestos y conductas suicidas recurrentes
6. Inestabilidad emocional con periodos de depresión, irritabilidad o ansiedad extremas
7. Sentimientos crónicos de vacío
8. Enojo intenso inapropiado o falta de control del enojo (por ejemplo, pérdida del control de sí mismo, peleas físicas recurrentes).
9. Pensamientos paranoides pasajeros relacionados con el estrés o severos síntomas disociativos

amenazas de conductas autodestructivas, un rango crónico de distorsiones cognitivas, miedo al abandono e impulsividad.

La dependencia intensa y la manipulación caracterizan las relaciones interpersonales de las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad, por lo cual la interacción con ellos es una tarea muy difícil. Parecen desear una relación dependiente y exclusiva con otra persona. Este deseo de dependencia está claro para los observadores externos, pero el individuo con personalidad límite lo niega con vehemencia. Como parte de esta vehemente negación, devalúan o desacreditan las virtudes e importancia personal de los demás. Esta condición suele adoptar la forma de enojo extremo cuando la otra persona establece límites para la relación o cuando está a punto de ocurrir una separación. Además del enojo, el individuo con personalidad límite emplea el comportamiento manipulador para controlar las relaciones, como quejarse de síntomas físicos y proferir y poner en práctica amenazas de autodestrucción. La tabla 10-10 presenta las características clínicas principales del trastorno límite de la personalidad.

Las conductas autodestructivas se conocen como “la especialidad conductual” de quienes padecen el trastorno límite de la personalidad. La tabla 10-11 muestra la frecuencia de los actos autodestructivos en un grupo de individuos con personalidad límite. Los más comunes son la sobredosis de drogas y la automutilación, así como las amenazas de suicidio. Un estudio encontró que en un periodo de 27 años, 10.3% de los pacientes límite se habían suicidado y 7.9% habían muerto de otras maneras (Paris y Zweig-Frank,

TABLA 10-11

**Cantidad total de actos autodestructivos
que describieron 57 personas con trastorno
límite de la personalidad**

Categoría	Número de actos	Patrón de conducta
Amenazas de suicidio	42	Para llamar la atención; para causar problemas; en estado de ira
Sobredosis	40	No es un patrón común; los más frecuentes son los barbitúricos
Automutilación	36	La más frecuente es cortar las venas de la muñeca, seguida por golpes en el cuerpo, quemaduras, punciones o arrancar el cabello
Abuso de drogas	38	El más frecuente es el abuso de muchas drogas, seguido por anfetaminas o excesos de alcohol y marihuana
Promiscuidad	36	Por lo general bajo la influencia de drogas o alcohol
Accidentes	14	Manejar con imprudencia

FUENTE: Adaptado de Gunderson, 1984, p. 86.

2001). En años recientes, la bulimia severa se ha convertido en una táctica autodestructiva común. Estas conductas están diseñadas para provocar una respuesta de “salvación” por parte de otra persona importante. Quienes padecen este trastorno son una carga constante para la policía y los hospitales.

La autodestrucción es la característica de los individuos con personalidad límite que genera más problemas para las personas que tratan de ayudarles. Los esfuerzos maliciosos del paciente por la autodestrucción alientan y reducen alternadamente la esperanza del terapeuta de salvar una vida en peligro. Los terapeutas suelen experimentar intensos sentimientos de responsabilidad por los pacientes con personalidad límite. Sus esfuerzos iniciales por apoyarlo cuando amenaza con suicidarse pueden llevar a una mayor responsabilidad por la vida del paciente y a que el terapeuta se comprometa más, fuera de las sesiones de terapia. A menos que la naturaleza controladora de las respuestas del paciente se interprete en las sesiones de terapia, la situación se puede volver insostenible para el terapeuta. Es necesario hacerle entender que no puede manipular al terapeuta con amenazas suicidas y que debe esforzarse por comprender estas necesidades autodestructivas sin ponerlas en práctica. Si este esfuerzo no tiene éxito, las amenazas de autodestrucción se volverán a presentar y el riesgo será aún mayor

si el terapeuta no responde en forma adecuada. El siguiente ejemplo ilustra este peligro:

Una paciente con personalidad límite rentaba un cuarto de hotel de manera periódica, y con un montón de píldoras cerca, le hablaba al terapeuta a su casa con un mensaje urgente. Éste respondía, con lo cual se iniciaban largas conversaciones en las que la “convencía”. Aunque decía a su paciente que no podía contar con que siempre estuviera disponible, el terapeuta dudaba cada vez más al salir por las noches sin dejar instrucciones precisas sobre dónde podían localizarlo. Una noche, la paciente no pudo encontrarlo debido a problemas con el teléfono. Después, ella ingirió una sobredosis fatal, lo que tal vez fue una manipulación mal calculada (Gunderson, 1984, p. 93).

La fuerte necesidad de relaciones lleva a los individuos con personalidad límite a tener temores crónicos y duraderos de que las personas de las que dependen los abandonen. Estos temores se relacionan con el pánico extremo que sienten cuando están solos. Como defensa contra este temor, quienes tienen personalidad límite socializan de manera compulsiva. Sin embargo, a pesar de esta necesidad de interacción social, muchos de sus comportamientos alejan a las personas, pues manifiestan ira intensa y exigencias, desconfianza e impulsividad. Manejan el estrés con promiscuidad sexual, participan en riñas y comen en exceso para luego purgarse.

Una marcada inestabilidad emocional con cambios repentinos a la ansiedad, y depresión o irritabilidad constantes —que pueden durar sólo unas cuantas horas y nunca más de unos cuantos días— son típicas del trastorno límite de la personalidad, como lo ilustra el siguiente relato de una paciente:

“Hace algunos meses, estaba sola en casa; ¡Estaba asustada! Estaba tratando de comunicarme con mi novio y no pude... No lo podía encontrar. Esa noche, todos mis amigos parecían estar ocupados y no tenía nadie con quien hablar... Me sentía cada vez más nerviosa y agitada. Por último —¡bang!— Saqué un cigarrillo, lo encendí y lo oprimí contra mi antebrazo. No sé por qué lo hice ya que él no me importaba tanto. Creo que sentí que tenía que hacer algo dramático (Stone, 1980, p. 400).

Los individuos con personalidad límite demuestran perturbaciones en su concepto de identidad: incertidumbre acerca de la imagen de sí mismos, identidad sexual, valores, lealtades y objetivos. Quizá tengan sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento, y sean incapaces de tolerar la soledad. La siguiente anécdota ilustra la conducta de un individuo con personalidad límite:

Se trata de una mujer de 27 años, casada y con dos hijos pequeños. Tuvo una adolescencia tormentosa, fue forzada a tener relaciones sexuales con un hermano seis años mayor que ella, a quien primero idolatró y después temió. Su relación continuó hasta que ella salió de su casa para asistir a la universidad, cuando les platicó a sus padres sobre el asunto. Ante la confusión emocional resultante, intentó suicidarse (con una sobredosis de aspirinas) pero no fue hospitalizada... Al parecer era coqueta, pero en el interior era tímida y se sentía incómoda, muy sola, y en un esfuerzo por manejar su ansiedad y la sensación de vacío interno, pasó por un periodo de ligero abuso de alcohol y aventuras sexuales breves. A los 19 años se casó con un compañero de clase y dejó la escuela.

Durante los primeros años de matrimonio se sintió ansiosa y aburrida, y después del nacimiento de su segundo hijo presentó tendencia a la tristeza y al llanto. Su estado de ánimo variaba mucho de una hora a la siguiente, de un día al otro, pero los sentimientos negativos se intensificaban en gran medida en los tres o cuatro días anteriores a su menstruación. Cuando la familia creció, su esposo se volvió menos atento y como respuesta a esto, ella se volvió cada vez más irritable, provocativa y, en ocasiones, abusiva (arrojaba platos, profería insultos). Su esposo comenzó una relación fuera del matrimonio, que ella más tarde descubrió. En ese momento se sintió seriamente deprimida, perdió el sueño y el apetito, empezó a abusar del alcohol y los sedantes y tuvo varios intentos de suicidio, incluyendo una vez que se cortó la muñeca. En dos ocasiones se ocultó por varias noches en moteles, sin informar a nadie dónde estaba. Cada vez se llevaba con ella a su hija de ocho años, como si deseara protegerla de las “malas intenciones” que imaginaba su esposo tenía para con la niña. Después del incidente en que se cortó las venas, cuando también había dejado una nota en la que se disculpaba por ser un “fracaso” como esposa y madre, ingresó a un hospital. Comprendió la naturaleza irreal de sus sospechas, como explicó al personal del hospital, pero era incapaz de eliminar las dudas malsanas que experimentaba (Stone, 1986, p. 210).

Cómo distinguir a los individuos con personalidad límite de otros grupos La palabra “límite” sugiere un nivel marginal de funcionamiento, algo que está a punto de convertirse en otra cosa. En su acepción original, el término se empleó para describir una forma marginal o más leve de esquizofrenia. Hoy en día, algunos investigadores sostienen que los pacientes límite en realidad representan el límite entre los trastornos de la personalidad y del estado de ánimo. De hecho, a aproximadamente la mitad de las personas que padecen el trastorno límite de la personalidad también se les puede diagnosticar un trastorno del estado de ánimo. También es probable que esos individuos tengan antecedentes familiares de un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, las personas con otro tipo de trastorno de la personalidad son por igual propensas a la depresión. Es más probable que sus parientes compartan este diagnóstico que familiares de quienes tienen otro trastorno de la personalidad, es decir, el trastorno parece “reproducirse”.

Algunas veces los pacientes que son diagnosticados con personalidad límite parecen similares a los diagnosticados como esquizotípicos. Sin embargo, las categorías esquizotípica y límite enfatizan aspectos diferentes. La categoría esquizotípica subraya los síntomas cognitivos: pensamientos de desconfianza y de que se tienen poderes mágicos. La categoría límite hace hincapié en los síntomas afectivos o emocionales: sentimientos de inestabilidad emocional, vacío, aburrimiento y enojo inapropiado e intenso. Los individuos esquizotípicos están aislados en el aspecto social; por el contrario, los individuos límite no soportan estar solos. No solamente existen superposiciones con la depresión y otros trastornos de la personalidad, sino que también existe considerable comorbilidad con los trastornos del eje I (Zimmerman y Mattia, 1999). Por ejemplo, los diagnosticados con trastorno límite son mucho más propensos a tener un diagnóstico del eje I de trastornos de estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, somatomorfos

TABLA 10-12

Porcentaje de superposición (comorbilidad) entre el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y el diagnóstico de otros trastornos

Trastorno	Porcentaje de superposición con el trastorno límite de la personalidad
Abuso del alcohol	23.0
Abuso de sustancias	61.4
Depresión mayor	34.0
Otros trastornos de la personalidad	42.0
Trastorno obsesivo-compulsivo	18.8
Trastorno por estrés postraumático	30.3

FUENTE: (Basado en Skodal y cols., 2002a)

y de uso de sustancias que los que no lo padecen. La tabla 10-12 muestra la comorbilidad del diagnóstico de la personalidad límite con los diagnósticos de otras condiciones clínicas.

Investigación sobre las causas del trastorno límite de la personalidad

Es probable que debido a la cantidad relativamente grande de casos diagnosticados como trastorno límite de la personalidad, y también porque los individuos límite son propensos a intentar suicidarse, con frecuencia se han realizado más investigaciones sobre las causas y tratamiento de este trastorno que de los otros trastornos de la personalidad. La mayoría de las teorías acerca de su causa también se enfocan en una relación temprana desequilibrada entre un niño propenso a ser límite y sus padres. Existe una variedad de descripciones de lo que puede ser esta relación. Algunas se concentran en la experiencia de unión durante los primeros años de la niñez, en tanto que otras señalan a los padres que no proporcionan la atención adecuada a los sentimientos del niño, de modo que éste nunca desarrolla un sentido adecuado del yo. Algunos teóricos centran su atención en el abuso de los padres (tanto físico como sexual) en la adolescencia, así como el divorcio, el alcoholismo y otros causantes de estrés. Sin embargo, todos estos causantes de estrés en la familia con frecuencia ocurren sin que los niños desarrollen un trastorno límite de la personalidad. Tal vez éste se relacione con alguna vulnerabilidad genética. Se puede desarrollar mediante una combinación de factores neurobiológicos del desarrollo temprano y de la adaptación a la sociedad en años posteriores.

Un grupo de investigadores ha sugerido que las dificultades límite que experimentan las personas para regular sus vidas (por ejemplo, en relacionarse armoniosamente con otros) puede deberse al trastorno del funcionamiento de ciertos circuitos neuronales (Posner y cols., 2002). Para descubrir un potencial defecto biológico subyacente, compararon las habilidades cognitivas de los pacientes con trastorno límite de la personalidad con grupos control. Utilizando una tarea neutral, que no estuviera cargada de emo-

ción, encontraron que aquellos con un diagnóstico límite tenían mayor dificultad para prestar atención y distinguir entre varios tipos de estímulos que el grupo control. Es posible que las dificultades para percibir y manejar las relaciones interpersonales de quienes presentan personalidad límite se relacionen con una dificultad general, tal vez con bases biológicas, para prestar atención a los estímulos ambientales.

La **escisión** (*splitting*) es la explicación teórica de Otto Kernberg (1975) de los cambios extremos y tempestuosos que se pueden observar en las relaciones sociales de la persona límite. Definió la escisión como el fracaso para integrar las experiencias positivas y negativas que experimenta el individuo y otras personas. En lugar de percibir al otro como una persona afectuosa que algunas veces acepta y otras rechaza —por ejemplo, una madre que algunas veces abraza y algunas veces regaña a su hijo pequeño— el individuo límite cambia una y otra vez estas imágenes contradictorias.

La intolerancia a estar solo es un problema central observado con frecuencia en el trastorno límite de la personalidad (Gunderson, 1996). No existe una respuesta que explique las causas de este malestar. Estar solo puede ser intolerable para los pacientes límite porque se asocia con un profundo sentido de ser malo, y provoca intensos sentimientos de culpa y vergüenza, tanto que algunas veces cuestionan su valía para vivir. La intolerancia de estar solo es un déficit psicológico serio que puede originarse en fallas básicas de la familia, en particular aquellos cercanos a la relación padres-hijo. Por la razón que sea, el problema principal puede ser la incapacidad del niño para ver a las personas que lo cuidan como coherentes, confiables y siempre disponibles. Está claro que existe la necesidad de estudios más profundos de las familias de los pacientes límite. Uno de ellos encontró que los pacientes límite adultos y sus padres diferían mucho en sus descripciones de lo que pasó en la familia mientras los pacientes crecían (Gunderson, 1996). Las descripciones de estos últimos eran mucho más negativas que las de sus padres. Las personas con personalidad límite muchas veces fueron rechazadas o abusadas de niños, o creían que éste era el caso.

Tratamiento clínico para el trastorno límite de la personalidad Un primer paso en la planeación del tratamiento para cualquier trastorno es identificar sus características más distintivas. Parecen existir tres problemas especialmente importantes en los casos de trastorno límite de la personalidad (Hurt y Clarkin, 1990):

1. **Alteraciones de identidad**, que se reflejan en los sentimientos crónicos que presentan las personas límite de vacío o aburrimiento y en su intolerancia a estar solas. Estas personas tienen una fuerte necesidad de involucrarse con los demás y de contar con apoyo externo para definirse ellos mismos.
2. **Alteraciones afectivas**, que se reflejan en el enojo intenso e inapropiado, la inestabilidad emocional y en las relaciones interpersonales. Sus vidas con frecuencia son tormentosas y dramáticas.
3. **Alteración de los impulsos**, que se reflejan en los actos que los dañan a ellos mismos y las conductas impulsivas.

Algunos planteamientos terapéuticos manejan estos conceptos centrales en diferentes formas. Los clínicos con orientación psicodinámica creen que la mayoría de las personas límite puede recibir un mejor tratamiento en sesiones de psicoterapia frente a frente, por lo menos tres veces por semana durante un periodo de varios años. En estas sesiones, el terapeuta representa un papel estructural más activo que lo normal en el psicoanálisis clásico. Al principio, se hace hincapié en la conducta actual en lugar de remontarse a las experiencias de la niñez. Además, en vez de permitir que la transferencia se desarrolle por completo, el terapeuta describe y analiza de manera explícita las aparentes distorsiones de la realidad del paciente, por ejemplo, las percepciones que tiene del terapeuta.

Los terapeutas difieren en la importancia que se le da a ir más allá de la vida presente del paciente límite para explorar relaciones traumáticas en la niñez. Algunos clínicos creen que no existen pruebas convincentes de que las terapias enfocadas en provocar las historias del trauma sean eficaces (Paris, 1995). La opinión imperante es que aunque los recuerdos pueden ser útiles para que el terapeuta entienda la conducta actual, es más importante enfocarse en los sentimientos actuales y ayudar a los pacientes a afrontar los (Work Group on Borderline Personality, 2001).

De acuerdo con esta filosofía, aquellos que padecen de personalidad límite, como las personas con otros trastornos de personalidad, buscan terapia porque desean ayuda, pero después inconscientemente evitan, evaden o sabotean los programas terapéuticos (Strand y Benjamin, 1997). Se pueden tomar decisiones más eficaces en cuanto a los enfoques terapéuticos para los pacientes límite después de que se realice más investigación que identifique los factores en sus vidas presentes y pasadas que estén vinculados a sus problemas actuales.

Una creciente y útil área de investigación es la identificación de variables asociadas con resultados favorables o negativos de los problemas límite. La tabla 10-13 presenta algunas variables que se han identificado para detectar los diagnósticos erróneos del trastorno límite de la personalidad. A medida que se incrementa el número de estas variables, también lo hace la probabilidad de un diagnóstico erróneo. Aunque a menudo se piensa que los pronósticos para la mayoría de las personas con diagnóstico límite son malos,

TABLA 10-13

Variables asociadas con el diagnóstico erróneo del trastorno límite de la personalidad

Abuso sexual en la niñez
Primer contacto clínico a edad temprana
Síntomas crónicos
Inestabilidad emocional
Muestras de agresión hacia otros
Abuso de sustancias
Diagnósticos múltiples (comorbilidad con otros trastornos)
FUENTE: (Basado en Skodal y cols., 2002b)

la evidencia reciente sugiere que alrededor de 50% de estos pacientes muestran mejoría en un periodo de cuatro años, sin importar el tratamiento que se emplee (Zanarini y cols., 2003). Otro seguimiento a largo plazo comprobó que los individuos límite de un nivel socioeconómico alto que habían recibido tratamiento intensivo mejoraron sus relaciones interpersonales después de sus primeros años de edad adulta y tenían una buena probabilidad de encontrar un empleo de tiempo completo (Stone y cols., 1987).

Los especialistas con orientación cognitiva se enfocan en las dificultades de los individuos límite en tres áreas: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas e ideas subyacentes irreales (por ejemplo, que todas las personas son buenas o malas). Ello indica que la terapia cognitiva se centra en la identificación y cambio de conocimientos, con el objeto de permitir un examen más real. Los terapeutas conductuales dirigen su atención hacia el repertorio conductual defectuoso del individuo límite. Tratan de enseñar a los pacientes mejores habilidades sociales y ayudarlos a manejar su ansiedad para que no se sientan abrumados con las reacciones afectivas.

Los clínicos que tienen una orientación biológica utilizan distintos tipos de medicamentos para tratar a las personas límite, entre ellos los antidepresivos, ansiolíticos y medicinas para regular el estado de ánimo. En general, los medicamentos sólo son ligeramente eficaces, pues únicamente logran que los pacientes mejoren tal vez de un nivel severo a uno moderado. La mejoría con el uso de medicamentos puede ayudar a reducir los estados de ánimo inestables y la conducta impulsiva. Quizá prueben ser eficaces las combinaciones de varios planteamientos terapéuticos (Gunder-son, 2001; Work Group on Borderline Personality, 2001). Por ejemplo, los medicamentos junto con la psicoterapia y el apoyo familiar pueden ser útiles para tratar los múltiples problemas de la persona límite. Se requiere de mayor investigación para desarrollar enfoques terapéuticos que ayuden a estas personas inestables, que llevan una vida tan caótica (ver el cuadro 10-2).

Trastorno antisocial de la personalidad

El **trastorno antisocial de la personalidad** se asocia con el crimen, la violencia y la delincuencia que ocurren después de los 15 años de edad. Este diagnóstico no se da hasta los 18 años; sin embargo, sus características esenciales incluyen un historial continuo y crónico de trastorno de conducta, en el periodo antes de cumplir los 15 años. Después de esta edad, el individuo debe mostrar un patrón dominante que indique el desprecio por los derechos de otros y violaciones a estos derechos. Dichas conductas deben incluir por lo menos tres de los tipos de acciones que se presentan en la tabla 10-14. El asesino convicto Gary Gilmore encaja bien en esta descripción (ver el cuadro 10-3). Aunque sus características antisociales puedan haberlo llevado a cometer crímenes, es importante distinguir entre la conducta criminal o agresiva y el trastorno antisocial de la personalidad.

Desde el punto de vista de la psicología anormal, las propiedades distintivas de la personalidad antisocial no son tanto los actos que realizan en particular (por ejemplo, robar un banco o hurtar en las tiendas), sino su particular y profundamente arraigado

TABLA 10-14

Características clínicas del trastorno antisocial de la personalidad

Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos tres de estas características, si tiene por lo menos 18 años y ha mostrado estas conductas antes de los 15 años padece de trastorno antisocial de la personalidad.

1. Incapacidad para cumplir las normas sociales (violar la ley)
2. Falsedad; manipulación
3. Impulsividad; no puede planear
4. Irritabilidad; agresividad
5. Ignora de manera imprudente la seguridad de él mismo y de otros
6. Irresponsabilidad consistente
7. Falta de remordimiento después de haber herido, maltratado o robado a otra persona

enfoque hacia la vida. Siempre parecen participar en un juego en el cual los otros individuos son piezas para manipular y utilizar, y es este juego lo que lleva a estas personas a meterse en problemas con la ley. En su peor momento, las personas con trastorno antisocial de la personalidad pueden ser crueles, sádicas y violentas. Rara vez muestran ansiedad y no sienten culpa. Los freudianos sostienen que la mente de quien padece este trastorno carece por completo del papel de “oficial de la policía moral” del superyó. Las personalidades antisociales no se ven a sí mismas como la causa de sus problemas; en lugar de eso, creen que sus aspectos agresivos son el resultado de las fallas de otras personas. A pesar de su frecuente violación de los derechos de otros, muchos individuos con este trastorno no tienen antecedentes penales. Un amplio estudio epidemiológico de la comunidad descubrió que más de la mitad de las personas cuyos antecedentes hicieron que se clasificaran como personas con trastorno antisocial de la personalidad no tenían antecedentes importantes de arrestos, a pesar de su conducta antisocial continua y crónica (Robins y Regier, 1991). Era poco probable encontrar a dichas personas en un escenario clínico tradicional, excepto en circunstancias en las que a ellas mismas les parecía que si buscaban ayuda podrían evitar las consecuencias legales de sus acciones.

El caso de Bert no es tan dramático como el de Gary Gilmore, pero es representativo de muchas personas que son diagnosticadas con trastorno antisocial de la personalidad y que aun así nunca tienen problemas con la ley o, si los tienen, no son condenados por sus delitos. Estas personas tratan a los demás con crueldad, aparentemente sin ninguna preocupación. Parece que no sienten culpa, aun cuando dañan a las personas más cercanas a ellos. La emoción de aprovechar las oportunidades y manipular a otros parece ser su motivación principal. Carecen de la capacidad de prever las consecuencias o las consideran poco importantes.

Después de haberse graduado del bachillerato y haber tenido algunos trabajos sin porvenir, Bert quería tener un negocio propio. Le pidió a sus padres, quienes tenían un ingreso modesto y algunos ahorros para su

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

¿La terapia conductual dialéctica ayuda a los pacientes con trastorno límite de la personalidad?

Dadas las complejidades del trastorno límite de la personalidad, no sería sorprendente que un enfoque de tratamiento incorporara elementos de varias terapias tradicionales de acuerdo con las necesidades específicas de las personas que padecen esta condición. Marsha Linehan (1993) (ver la figura 10-5) ha desarrollado un enfoque, llamado terapia conductual dialéctica (TCD), que se basa en una variedad de conceptos cognitivos, conductuales y psicodinámicos. La palabra dialéctica describe las contradicciones que dominan el pensamiento de la persona límite, y su necesidad de aprender que las relaciones humanas no son sólo una cuestión de amor o de odio sino que existe un terreno intermedio.

Linehan ha trabajado principalmente con mujeres cuyos problemas límite empezaron con una vulnerabilidad biológica hacia las emociones intensas e inestables. Se enfoca particularmente en las amenazas, ademanes e intentos suicidas que se presentan en muchas personas límite. Este enfoque utiliza un formato combinado de psicoterapia individual y grupal que tiene un tiempo lími-



Figura 10-5 Marsha Linehan.

te (normalmente de un año) e incluye la terapia una vez a la semana combinada con dos horas y media de entrenamiento grupal en habilidades. Este entrenamiento para el cambio conductual incluye tareas en el hogar.

Muchos terapeutas trabajan con cada paciente y se reúnen semanalmente para revisar su progreso. Los terapeutas aclaran cuáles son sus responsabilidades y las del paciente (por ejemplo, si el paciente no asiste a cuatro sesiones consecutivas de grupo o individuales se pone fin al tratamiento). La terapia de Linehan es activa porque ella trata directamente, y en una etapa temprana, los temas claves en la vida del individuo límite, por ejemplo, afrontar la ira y los impulsos que lo llevan a una conducta autodestructiva. Las sesiones terapéuticas proporcionan a los pacientes oportunidades de aprender las formas de tolerar y expresar sus emociones angustiantes. Se hace hincapié en la adquisición de un mejor entendimiento de la vulnerabilidad y fortalezas del paciente, y en desarrollar expectativas más razonables sobre otras personas, y también en mejorar sus habilidades para afrontar el estrés.

La terapia conductual dialéctica tiene varias etapas. La primera implica obtener control de los impulsos, para luego aprender las habilidades interpersonales necesarias, adquirir amor propio y establecer metas per-

retiro, que le prestaran el dinero que necesitaba para iniciarlo. Después de cinco meses, Bert estaba fuera del negocio, y el dinero de sus padres “se perdió”, como él dijo. Varios meses después, al encontrar una nueva oportunidad para hacer negocios, Bert pidió una vez más a sus padres que le prestaran el dinero que necesitaba. Accedieron y otra vez el negocio de Bert fracasó. Sus padres deseaban con desesperación ayudarlo y creer en él. Su necesidad era tan grande y Bert tenía tanto éxito para “timar” a sus padres que lo ayudaron una y otra vez a comprometerse en actividades que estaban destinadas al fracaso. Bert ansiaba la emoción de tener un negocio propio, pero era incapaz de atender todos los detalles que representaban dirigirlo o de planearlo. Era magnífico para representar el papel del hombre joven y encantador que se superaba. Cuando fracasaba, no sentía ningún remordimiento por lo que este fracaso implicaba para sus padres y otras personas que lo habían ayudado.

Investigación de las causas del trastorno antisocial de la personalidad

Los investigadores de la personalidad antisocial encuentran dificultades por el hecho de que es mucho más fácil identificar a las personalidades antisociales entre los individuos arrestados por algún crimen que entre la población en general. Como consecuencia, el grupo en el que se basa la investigación tal vez no sea típico de todas las personas con este trastorno. Una investigadora enfocó este problema metodológico de una

manera singular: puso el siguiente anuncio en un periódico de contracultura de Boston:

Se buscan: personas encantadoras, agresivas y despreocupadas, que sean irresponsables de manera impulsiva, pero sean eficaces para manejar a las personas y buscar ser el número uno. Envíe su nombre, dirección, teléfono y una biografía breve que compruebe lo interesante que es a... (Widom, 1978, p. 72).

El anuncio de Widom obtuvo 73 respuestas, de las cuales alrededor de dos terceras partes eran de hombres. Una tercera parte de las respuestas parecía cumplir con los criterios para un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad. Se entrevistó a las personas que respondieron y se les sometió a gran cantidad de pruebas psicológicas. Algunas de las características del grupo se muestran en la tabla 10-15. La investigadora concluyó que la principal diferencia entre su muestra y las de la prisión era que las personas que respondieron a su anuncio de alguna manera habían sido capaces de evitar la condena después del arresto o detención por la policía. En otros aspectos, parecían muy similares a los internos de la prisión.

Los investigadores han observado muchos detalles de los individuos antisociales —sus historias de vidas, funcionamiento psicológico y fisiológico y características de personalidad— con el objeto de entender por qué se comportan como lo hacen. La

CUADRO 10-2

sonales, y aprender a disfrutar de la vida. Se otorga máxima importancia a las alternativas de aprendizaje del paciente para los pensamientos extremos y las conductas que le están causando problemas actualmente; explorar experiencias pasadas traumáticas asociadas con el procesamiento desadaptado de lazos emocionales; y ser capaz de valorarse a sí mismo más de lo que lo ha hecho en el pasado y tener más confianza en sí mismo.

Linehan describe su terapia de la siguiente manera:

Muchos pacientes límite reaccionan a sí mismos con extrema aversión, casi de odio. Casi todos sienten una gran vergüenza en general y vergüenza sobre su propia historia de abuso, los problemas que han causado y, en particular, sobre sus reacciones emocionales actuales. Valorarse a sí mismo es lo opuesto a estas reacciones emocionales. De este modo, el terapeuta debe dirigirse hacia el odio y la culpa que sienten hacia ellos mismos, así como a su sentido de vergüenza. A pesar de que trabajar hacia este objetivo es un proceso de toda la vida, se debe obtener un progreso sustancial antes de que termine la terapia.

Una cosa a la que los terapeutas deben prestar especial cuidado de hacer antes de que termine la terapia es reafirmar el autorespeto del paciente, tarea que es independiente del terapeuta. Es decir, éste debe, en última instancia, hacerse a un lado y reafirmar implacablemente dentro de la relación terapéutica la autovalidación, autocuidado, autorrelajación, y resolución de problemas por parte del paciente sin consultar con el terapeuta. Me adelanto a agregar, sin embargo, que esta postura no sugiere que los pacientes deben aprender a ser independientes de todas las personas. La dependencia interpersonal, buscar y aceptar cuidados, y la ayuda activa de otros son cruciales para el bienestar de la mayoría de las personas...

A menudo, mis pacientes me preguntan si algún día mejorarán, si algún día serán felices. Es una pregunta difícil de responder. Seguramente pueden mejorar y ser más felices de lo que lo eran cuando me vinieron a ver por primera vez. Y sí, yo creo que vale la pena vivir la vida aun cuando una persona alguna vez ha reunido los criterios del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, no estoy tan segura de que alguna persona pueda superar completamente los efectos de entornos extremadamente abusi-

vos que muchos de mis pacientes han experimentado. [...] La relación con el terapeuta puede ser la mejor que el individuo jamás tenga, no necesariamente por deficiencias de su parte, sino porque la capacidad de nuestra sociedad para proporcionar un ambiente colectivo y de compañerismo es limitada, aun para muchos de sus mejores miembros (Linehan, 1993, pp. 160, 461).

La terapia conductual dialéctica se concentra en tres tipos de conducta no deseada: 1) intentos de suicidio y automutilación; 2) conducta que interfiere con la terapia (por ejemplo, faltar a las citas, no poner atención); y 3) conducta que disminuye la calidad de vida (por ejemplo, sexo inseguro, uso de drogas). Varios estudios han demostrado que la terapia conductual dialéctica es eficaz para tratar a pacientes límite suicidas, personas que usan drogas y aquellas que comen en exceso (Swenson y cols., 2002). Estos resultados son alentadores, e indican el valor de explorar más ampliamente los procedimientos de la terapia conductual dialéctica y de los grupos que se puedan beneficiar de ella (Koerner y Linehan, 2000).

perspectiva biológica proporciona varios descubrimientos interesantes. Existen cada vez más evidencias de que la herencia desempeña un papel tanto en la criminalidad como en la conducta antisocial (Gottesman y Goldsmith, 1994; Lykken, 1995). Un estudio sueco reveló que los niños adoptados que al nacer se separaron de sus padres, quienes se adecuaban a los criterios del trastorno antisocial de la personalidad, mostraban más comportamientos antisociales en años posteriores que los sujetos del grupo de control (Bohman y cols., 1982).

La manera en que se puede heredar la conducta antisocial todavía no está clara. Los investigadores relacionan las tendencias violentas y antisociales habituales con la neuroquímica. La violencia física impulsiva y la agresión de los seres humanos se relacionan con niveles muy bajos de uno de los neurotransmisores, la serotonina, y uno de sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo (Virkkunen, 1983). Otra investigación se enfocó en los patrones de actividad de las ondas cerebrales. Por ejemplo, algunos investigadores han demostrado una relación entre un tipo de actividad eléctrica cerebral, las ondas alfa lentas y un comportamiento antisocial posterior (Volavka y cols., 1990). En los individuos normales, se sabe que la frecuencia de las ondas alfa se reduce en momentos de relajación y somnolencia y aumenta con la tensión, de modo que las ondas alfa lentas sugieren que algunos individuos an-

tisociales tienen un nivel de activación más bajo que el normal. Esta anomalía tal vez signifique que los estímulos sensoriales que para la mayoría de las personas son inquietantes, no son lo suficientemente fuertes para activar a los individuos antisociales. Estas personas tal vez ansien mayor estimulación y, por lo tanto, buscan formas poco comunes de excitación. Los patrones de las ondas cerebrales que se observan en las personas que cumplen con los criterios del trastorno antisocial de la personalidad se parecen a los que, por lo regular, presentan niños y adolescentes, y no a los observados en los adultos. Esta similitud sugiere que por lo menos un subgrupo de personas con este trastorno puede presentar inmadurez cerebral.

Otro factor fisiológico —la ansiedad— se estudia en los individuos antisociales. Parece razonable suponer que las personas que cubren estos criterios de la personalidad antisocial muestran también poca ansiedad en comparación con otros individuos. Pero esta idea quizá tenga un alcance limitado. Las personalidades antisociales parecen preocuparse menos que las otras personas, pero experimentan todos los indicadores somáticos y musculares de la ansiedad (ritmo cardíaco elevado, falta de aliento, tensión muscular). Si dividimos la ansiedad en su parte cognitiva —la preocupación— y sus componentes fisiológicos —las respuestas del organismo ante el temor— los individuos antisociales parecen carecer del componente cognitivo de la ansiedad.

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 10-3

Trastorno antisocial de la personalidad

El caso de Gary Gilmore (ver la figura 10-6) ilustra muchas características del trastorno antisocial de la personalidad. Aunque Gilmore experimentaba angustia a corto plazo cuando las cosas no iban bien, la angustia por lo general se relacionaba con la pregunta, “¿Cómo puedo salir de esta situación?” en vez de ansiedad, temores o preocupaciones a largo plazo.

Gilmore fue arrestado por dos asesinatos y sentenciado a muerte. Cuando lo ejecutaron en 1977, fue la primera persona condenada a muerte en Estados Unidos en 11 años. A pesar de que se negó a apelar su condena, se hicieron varias apelaciones a su favor y su ejecución se retrasó tres veces. Durante este periodo, mientras los periódicos relataban historias sobre su “lucha por el derecho a ser ejecutado”, intentó suicidarse dos veces.

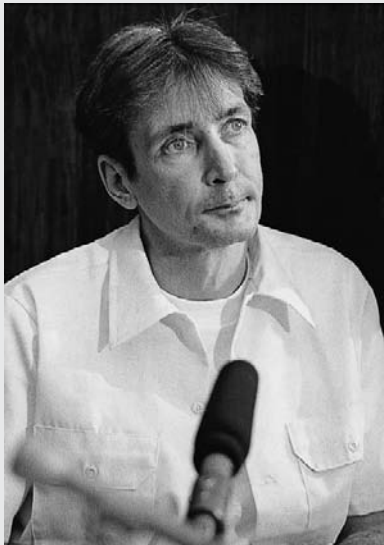


Figura 10-6 Gary Gilmore en 1977.

Gilmore informó que había empezado a beber a los 10 años y más adelante había consumido varias drogas ilegales (anfetaminas, cocaína y LSD). Mostró un patrón de personalidad antisocial a muy temprana edad. A pesar de su gran inteligencia, sus calificaciones escolares eran malas, faltaba con frecuencia y sus compañeros lo acusaron de robo en repetidas ocasiones. A los 14 años fue enviado a un centro de readaptación juvenil por robar un auto; después de su liberación fue enviado a prisión varias veces por robo; y a la edad de 20 años fue enviado a una prisión estatal por robo y asalto.

Parece que las cosas siempre me salen mal. Parece como si siempre hubiera hecho cosas tontas que solamente me causaron problemas. Recuerdo cuando era un niño y sentía que debía hacer cosas como sentarme sobre las vías del tren hasta que pasara y entonces me levantaba de un salto. O ponía el dedo en el extremo de un arma que se suponía estaba cargada con balas de salva y jalaba el gatillo para ver si en realidad las balas eran de salva. Algunas veces me mojaba el dedo con agua y luego lo metía en un interruptor de luz para ver si en realidad me daba una descarga (mencionado en Spitzer y cols., 1983, p. 68).

Se evaluó a Gilmore para determinar si era capaz de someterse a juicio. Se encontró que su CI era de 129, en el nivel superior. Sus conocimientos generales eran bastante amplios para alguien con tan poca educación. Estaba orgulloso de su vocabulario y leía con avidez revistas de ciencia ficción y noticias. No había indicación alguna de problemas orgánicos. No reportó pensamientos extraños ni poco comunes, excepto cuando estaba bajo el efecto de las drogas. Las pruebas de personalidad no revelaron ningún desequili-

brio de pensamiento ni del estado de ánimo. Dormía profundamente, tenía buen apetito y no estaba deprimido ni perturbado. “Casi nunca me siento triste. A pesar de que hice un lío de mi vida, nunca me inquieto por las cosas que he hecho.”

Gilmore mostraba las conductas características de una personalidad antisocial. Desobedecía las normas en su hogar y en la escuela, consumía alcohol y drogas ilegales desde muy temprana edad. A los 14 años ya lo habían arrestado por robo de auto. Mientras estuvo en prisión, se le conocía por su conducta cruel y violenta. Carecía de simpatía y no sentía ninguna culpa. Nunca tuvo un trabajo estable o una relación duradera.

Aunque Gary Gilmore compartió algunas de sus primeras experiencias con profesionales que lo entrevistaron, habló poco de su vida en cuanto a sus relaciones familiares. Ésta parecía ser un área que estaba rehuente a tratar, e incluso a pensar sobre ella. Diecisiete años después de la muerte de Gary Gilmore, su hermano menor, Mikal Gilmore, escritor y columnista profesional, escribió un libro en el cual habló sobre la vida familiar de Gary y proporcionó algunas pistas que pueden ayudar a entender su conducta (Gilmore, 1994). Mikal describió una familia donde el abuso infantil y la violencia ocurrían a diario, una familia donde los niños vivían con miedo por las consecuencias de sus fechorías y experimentaban castigos físicos y maltrato psicológico extremo por parte de su padre. Mikal señala en su libro que estos eventos nunca se discutieron en la familia. Creía que él mismo no podía liberarse de su influencia hasta que los confrontó escribiendo la historia familiar, una historia que terminó con la violenta muerte de su padre y sus dos hermanos.

Desde la perspectiva cognitiva, el estudio de la conducta antisocial se centra en el desarrollo moral. Al igual que en el caso de los factores psicofisiológicos, se ha sugerido la idea de un retraso en el desarrollo moral. Entre las edades de los siete y 11 años, los niños normales pueden decir cuándo otra persona los trata injustamente. Si han sido tratados así en el pasado, en cuanto surja la oportunidad “compensarán” las injusticias pasadas haciéndole lo mismo a una persona vulnerable. Por ejemplo, después de que lo molestaron por ser el jugador más bajito del equipo de basketbol

y luego creció varios centímetros, en lugar de sentir empatía por los niños más pequeños, el niño puede pensar, “Ahora es mi turno” y no “voy a tratar a los niños más pequeños de manera diferente”. Por lo general, a los 13 años se empieza a desarrollar una nueva moral. En ese punto los niños piensan sobre lo justo de sus acciones, en lugar de concentrarse en la venganza. Los teóricos cognitivos describen esta etapa como el desarrollo de la capacidad para razonar en términos abstractos y para comprender el concepto de compañerismo. Desde este punto de vista, los individuos que padecen un

TABLA 10-15

Características de las personas entrevistadas por Widom*

Características	Porcentaje de sujetos
Registros de arresto:	
Detención	18
Arrestos de adulto	64
Condenas de adulto	18
Encarcelamiento:	
Como menor	11
Como adulto	32
Hospitalización psiquiátrica	
Hospitalizado en alguna ocasión	21
Tratado sólo como paciente externo	46
Intentos de suicidio	29
Con registros psiquiátricos y registros de arresto	46
Separación de los padres:	
Hogares deshechos	21
Divorcio	7
Psicología anormal de los padres	7
Alcoholismo de los padres	18

*Las personas promediaron 25 años de edad (entre 19 y 47 años). Todas excepto una eran blancas.

FUENTE: Widom (1978).

trastorno antisocial de la personalidad se detienen en su desarrollo en el nivel de los siete a los 11 años, porque no se preocupan por los efectos de su conducta en los demás.

En general, el trastorno antisocial de la personalidad no se puede explicar de manera simple por la clase social, malos compañeros, participación en un subgrupo desviado, residencia en un vecindario con nivel de criminalidad alto o daño cerebral. Sin embargo, existe evidencia de que los niños abusados y/o rechazados tienen mayor riesgo de ser diagnosticados con este trastorno cuando se convierten en adultos (Luntz y Widom, 1994). La victimización infantil puede ser un pronóstico significativo de los síntomas del trastorno antisocial de la personalidad. Con toda probabilidad, la explicación adecuada de este trastorno requerirá de planteamientos que analicen en forma simultánea las variables ambientales, fisiológicas, genéticas y temperamentales.

La conducta criminal asociada con la personalidad antisocial es frecuente durante los periodos de la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. La evidencia disponible concuerda con la hipótesis de que en esta época existen dos formas principales de violación de las normas de conducta consideradas socialmente aceptables (Moffitt y cols., 2001). Una de estas formas parece te-

ner orígenes biológicos y tiene mucha mayor probabilidad de presentarse en niños que en niñas, empieza en la niñez, es probable que persista y tiene baja prevalencia en la población. La otra forma parece tener raíces en la historia de las experiencias de vida, aparece en la adolescencia, tiene proporciones más similares en hombres y en mujeres, y una alta prevalencia. Esta segunda forma tiene menor probabilidad de persistir al pasar de los años. Se requiere de más investigación para especificar la naturaleza de los factores biológicos y los contextos sociales que producen la conducta antisocial. Cuando se cuente con más información sobre estas dos influencias, puede ser posible desarrollar programas de intervención temprana que puedan reducir las tendencias antisociales y la criminalidad (Hill, 2003).

Tratamiento clínico del trastorno antisocial de la personalidad

El extracto siguiente de una sesión de terapia con Brett, de 29 años, ilustra algunas de las características importantes del trastorno antisocial de la personalidad. Durante los últimos años de su adolescencia y el principio de su vida adulta, Brett engañó con frecuencia “al sistema” y tomó lo que deseaba sin pagar por ello. Empleó esta estrategia no tanto por falta de dinero, sino por la emoción y el placer que sentía al tener éxito. Observe cómo el terapeuta, que tiene una orientación cognitiva, intenta de manera hábil hacer que Brett piense en los costos que se relacionan con “engañar al sistema”:

Terapeuta: ¿Qué tan bien le ha funcionado la estrategia de “engañar al sistema” a través del tiempo?

Brett: Funciona de maravilla... hasta que alguien te sorprende o empieza a sorprenderte. Entonces tienes que desechar ese plan e idear uno nuevo.

Terapeuta: ¿Qué tan difícil fue, usted sabe, abandonar un esquema e idear uno nuevo?

Brett: En ocasiones fue muy fácil. Existen algunos verdaderos incautos allá afuera.

Terapeuta: ¿Siempre fue fácil?

Brett: Bueno, no. Algunas veces fue una labor desagradable. Como engañar al sistema telefónico; eso en verdad terminó en un gran lío. No hubo forma de ocultarlo y todos me dieron muchos problemas.

Terapeuta: ¿Fue muy fácil idear un plan alterno?

Brett: No en el caso del teléfono. Nunca pude idear otro plan.

Terapeuta: ¿Qué me dice de otras ocasiones? ¿Los planes para engañar al sistema se le ocurren con mucha facilidad, quiero decir, los que en verdad funcionan?

Brett: Bueno, he ideado miles de planes buenos, pero fue difícil idear algo que en realidad valiera la pena.

Terapeuta: ¿Los buenos planes duraban mucho tiempo o se requerían planes nuevos con frecuencia?

Brett: Parece que siempre necesito un buen plan para engañar al sistema.

Terapeuta: ¿Cree usted que sea más fácil ir con el sistema, en lugar de intentar engañarlo de alguna manera?

Brett: Bueno, después de todo lo que he pasado, tendría que decir que sí, existen ocasiones en las que ir con el sistema a largo plazo sería más fácil. Para el momento en que termine de pagar las multas que me impusieron habré gastado más dinero del que me habría costado mi enseñanza. Pero... es un desafío vencer al sistema. Me emociono cuando ideo un plan nuevo y creo poder hacer que funcione. Tal vez ni se me hubiera ocurrido apegarme al sistema (Beck, Freeman y colaboradores 1990, p. 171).

El siguiente extracto de una entrevista con una persona diagnosticada con el trastorno antisocial de la personalidad, ilustra la sensibilidad con la cual los clínicos deben tratar los aspectos de la vida del paciente que el individuo preferiría no admitir o hablar de ellos. En este caso, el clínico necesita preguntar sobre las peleas del paciente. ¿Participa en las peleas porque vive en un vecindario violento o con frecuencia es él quien las provoca?

Clínico: ¿Algunos de ellos tratan de molestarlo?

Paciente: Sí, claro, pero todo es parte del juego.

Clínico: ¿Alguno ha tratado de presionarlo?

Paciente: Sí, un par de ellos, pero yo los detuve.

Clínico: ¿Cómo lo hizo?

Paciente: Les pateé el trasero.

Clínico: Bueno, parece estar en muy buena forma. Creo que puede cuidarse solo muy bien. ¿Qué me dice del pasado? ¿En qué tipo de peleas participó?

Paciente: Oh, participé en algunas cuantas de vez en cuando. Las personas saben que no deben meterse conmigo. Crecí en un barrio muy duro en el que debías saber pelear para sobrevivir.

Clínico: Cuando era más joven, digamos entre los 15 y 25 años, ¿en cuántas peleas cree que participó, 20 o 30?

Paciente: Soy malo pero no tanto... Oh, veamos, tal vez en 15, más o menos, quién sabe, pueden haber sido hasta 20.

Clínico: ¿Alguna vez se lastimó?

Paciente: No, no en realidad, pero sí dejé algunas marcas en algunos de esos tipos.

Clínico: ¿Alguna vez mandó a alguien al hospital?

Paciente: Sí, hubo un tipo al que le hice una cortada muy fea, pero se lo merecía, de verdad.

Clínico: Antes me dijo que en el pasado bebía bastante pero que ahora ya lo había dejado, por lo cual merece mucho crédito. Cuando bebía, ¿alguna vez se sintió ansioso, casi como si necesitara una buena pelea, así que fue a buscar una, cuando quizá el alcohol hacía más difícil controlar su enojo?

Paciente: A veces, sí, a veces... sobre todo si estaba bajo la influencia de una droga, era detestable y empezaba a buscar peleas. Pero por lo general sólo me protegía o el tipo de verdad se lo merecía.

Clínico: En verdad parece que sabe cómo manejarse en una pelea. ¿Solía ser parte de una banda o cómo aprendió a defenderse tan bien?

Paciente: Como ya dije, donde crecí tienes que aprender a pelear y además formé parte de una banda durante un par de años (Shea, 1998, pp. 405-406).

En esta entrevista, el clínico descubre que, además de que el paciente proviene de un vecindario rudo, en muchos casos es él quien instiga las peleas. Cuando el clínico aborda el tema de las peleas al preguntar, “¿Algunos de ellos tratan de molestarlo?”, se refiere a los compañeros del paciente que son internos de un centro de rehabilitación para drogadictos. Plantear la pregunta en estos términos permite que se aborde el tema de las peleas sin culpar al paciente. Una vez que éste habla con libertad acerca de las peleas, el clínico centra la atención en sus antecedentes al respecto y el papel que desempeña. Si el clínico hubiera preguntado de manera prematura, “¿Participa en muchas peleas?”, es probable que obtuviera una respuesta defensiva. El clínico, de manera hábil, felicita al paciente (“Bueno, parece estar en muy buena forma...”) y le facilita que admita su participación en peleas al asociarla con el consumo de alcohol. Esta estrategia no sólo proporciona la información necesaria para el diagnóstico, sino que además ayuda a establecer una relación de trabajo con el paciente.

Por lo general, los métodos tradicionales de psicoterapia no ayudan a las personas con trastorno antisocial de la personalidad. Su falta de empatía y responsabilidad social son impedimentos importantes para establecer el *rappor*t y el compromiso de cambiar. En ocasiones, es probable que el paciente antisocial experimente mayor deseo de engañar al terapeuta que de realizar cambios positivos. Siempre que es posible, el terapeuta debe intentar que surjan dudas en la mente del paciente sobre las creencias que pueden provocar una conducta antisocial o resultados negativos, por ejemplo, la idea de que desear algo o querer evitar algo justifica un curso de acción particular.

Conductas ansiosas o temerosas

Los trastornos que pertenecen a este grupo comparten muchas características con los trastornos de la personalidad que ya se describieron. Lo que los hace diferentes es que cada uno de ellos tiene un componente importante de ansiedad o temor.

Trastorno de la personalidad por evitación

El **trastorno de la personalidad por evitación** se caracteriza por baja autoestima, temor a la evaluación negativa y abstinencia conductual, emocional y cognitiva de la interacción social. En la terapia, las personalidades evitativas expresan un deseo de afecto, aceptación y amistad; sin embargo, poseen pocos amigos e intiman

TABLA 10-16

Características clínicas del trastorno de la personalidad por evitación

Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cuatro de estas características padece de un trastorno de la personalidad por evitación.

1. Se anticipa y preocupa porque lo rechacen o critiquen en situaciones sociales
2. Tiene pocos amigos, a pesar de que desea tenerlos
3. No está dispuesto a involucrarse con las personas a menos que esté seguro de que les va a agradar
4. Evita las actividades sociales o profesionales que comprenden un contacto interpersonal significativo
5. Inhibe el desarrollo de relaciones íntimas (a pesar de que las desea) por el temor a parecer tonto, a hacer el ridículo o a sentirse avergonzado
6. Posee poco valor personal porque percibe en sí mismo falta de aptitudes sociales y de cualidades de atractivo personal
7. Por lo general, se niega a participar en situaciones o actividades nuevas por el temor a sentirse avergonzado

poco con otras personas. El temor al rechazo desempeña un papel clave para que estas personas se alejen de las relaciones personales. No establecen una relación a menos que la otra persona les ofrezca una garantía poco común de aceptación sin crítica. La tabla 10-16 presenta las características clínicas de este trastorno.

El retraimiento de las personalidades evitativas difiere del de los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad porque, a diferencia de éstos, desean establecer relaciones. El conflicto que experimentan es por desear el afecto y, al mismo tiempo, dudar de la aceptación de los demás. No parecen ser capaces de liberarse de la creencia de que cualquier intento de amistad terminará en dolor y desilusión. Están atrapados entre el deseo del contacto humano y el temor que les provoca. Los individuos que padecen estos trastornos parecen tímidos y aislados, y tal vez también fríos y extraños, para aquellas personas que tienen un contacto superficial con ellos. Sin embargo, para quienes los conocen bien, parecen ansiosos y en extremo sensibles. Algunos de estos sentimientos provienen de las dudas sobre su propia competencia.

Un mecanismo que los individuos con trastorno de la personalidad por evitación pueden utilizar es la hipervigilancia. Continuamente evalúan todos sus contactos con los seres humanos para encontrar señales de decepción, humillación o reacciones negativas. Como resultado de ello, son capaces de detectar el más mínimo rastro de indiferencia o molestia. Crean tormentas en un vaso de agua. Sin embargo, esta técnica de revisar continuamente el entorno es autodestructiva porque aumenta la probabilidad de que encuentren la clase de respuesta negativa que esperan. Además, su nerviosismo puede hacer que sus compañeros se sientan incómodos, lo que a la larga puede afectar la calidad de sus relaciones con otros.

Otra maniobra que utilizan las personalidades evitativas es reducir su rango de actividades para evitar los estímulos molestos.

Un individuo con trastorno de la personalidad por evitación puede asistir sólo a una cantidad limitada de tiendas y restaurantes para evitar el encuentro con personas o situaciones extrañas, o tal vez hasta evitar salir de compras y realizar otras actividades cotidianas porque les parece que se van a cansar demasiado o se van a sentir incómodas. También exageran los peligros potenciales de ciertas situaciones; por ejemplo, suelen negarse a utilizar autobuses o trenes aunque otros individuos no duden de su seguridad. La vida de las personas con trastorno de la personalidad por evitación está controlada por el temor de parecer tonto o sentirse avergonzado. Una consecuencia desafortunada de este retraimiento del contacto con los demás y las experiencias nuevas, es que les queda más tiempo para preocuparse por sus propios pensamientos y para recordar experiencias dolorosas anteriores. Este retraimiento también inhibe el desarrollo de las habilidades sociales que podrían proporcionar más sentimientos de autosuficiencia para manejar las situaciones interpersonales. Los dos factores llevan a un círculo vicioso que hace que resulte más difícil establecer vínculos sociales nuevos.

El trastorno de la personalidad por evitación fue incluido en el sistema de clasificación oficial del DSM en 1980. Desde entonces se ha realizado poca investigación que permita comprender sus causas o los enfoques de tratamientos más eficaces. Una duda con respecto de este trastorno es como se diferencia de la fobia social (que se trató en el capítulo 8). Una diferencia es que los pacientes diagnosticados con personalidad evitativa con frecuencia muestran menores habilidades sociales que los que padecen fobia social. Se requiere mayor investigación para evaluar la superposición entre el trastorno de la personalidad por evitación y otras clasificaciones (Alden y cols., 2002).

Trastorno de la personalidad por dependencia

Las personas que padecen el **trastorno de la personalidad por dependencia** presentan dos características básicas. En primer lugar, permiten en forma pasiva que otras personas tomen todas las decisiones importantes en su vida, porque les falta confianza y se sienten incapaces de funcionar de manera independiente. En segundo lugar, para asegurarse de que no perderán su posición dependiente, someten sus propias necesidades a las necesidades y demandas de otros. Las personalidades dependientes temen a la separación y tienen una necesidad excesiva de que alguien las cuide. Como consecuencia, son sumisas y demasiado apegadas.

Los individuos dependientes tratan de ser tan complacientes que nadie podría desear abandonarlos. Si se les deja solos, se sienten vacíos, en extremo ansiosos e incapaces de funcionar. Tal vez sientan ansiedad incluso cuando la relación dependiente está intacta, debido a la preocupación constante de perder a la figura dominante de alguna forma, por ejemplo, por muerte o divorcio. La tabla 10-17 presenta las características clínicas del trastorno de la personalidad por dependencia.

Los individuos dependientes creen que deben actuar con sumisión y obediencia con el objeto de conservar a las demás perso-

TABLA 10-17

Características clínicas del trastorno de la personalidad por dependencia

Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cinco de estas características padece de trastorno de la personalidad por dependencia.

1. Es incapaz de tomar decisiones cotidianas sin asesoría y apoyo excesivos de otras personas
2. Permite o alienta a los demás para que tomen decisiones importantes en su vida por ella (por ejemplo, si se debe casar, dónde debe vivir, si debe tener hijos)
3. Tiene dificultad para expresar su desacuerdo con otras personas por el temor a que se enojen o pierda su apoyo
4. Tiene dificultades para iniciar actividades en forma independiente debido a la falta de confianza en su juicio o habilidades personales
5. Hace cosas excesivas para obtener aceptación y apoyo de los demás
6. Se siente incómoda o indefensa cuando está sola debido a un temor exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí misma
7. Cuando termina una relación estrecha, busca de manera indiscriminada otra relación que le ofrezca aceptación y apoyo
8. Con frecuencia se preocupa por el temor a tener que cuidar de sí misma

nas. También se comportan de manera afectuosa y con admiración por sus protectores. En muchos casos, este comportamiento es eficaz. Así, la parte dominante se sentirá útil, fuerte y competente, y deseará conservar la relación. Sin embargo, algunas veces las cosas salen mal. El individuo dominante quizá se canse de la necesidad constante de demostrar afecto y apoyo y tal vez se comporte de manera abusiva o busque deshacerse del apego exagerado por parte de la pareja dependiente. A pesar de sus esfuerzos por integrarse, los individuos con personalidad dependiente tienen dificultades en el área de la conducta social. Pueden tratar con demasiada insistencia de conseguir el apoyo, dirección y cuidado que desean de las otras personas.

El siguiente caso es un ejemplo de personalidad dependiente. El sujeto permitió que su madre tomara la importante decisión sobre si debía casarse con su novia:

Matthew es un hombre soltero de 34 años, que vive con su madre y trabaja como contador. Recurrió al tratamiento porque se sentía muy infeliz después de terminar con su novia. Su madre desaprobaba sus planes de matrimonio, aparentemente porque la mujer tenía otra religión. Matthew se sintió atrapado y se vio forzado a elegir entre su madre y su novia, y como “la sangre es más espesa que el agua”, decidió no ir en contra de los deseos de su madre. No obstante, estaba enojado consigo mismo y con su madre, y creía que ésta nunca lo dejaría casarse y era posesiva con él. Su madre “llevaba los pantalones” en la familia y era una mujer muy dominante que acostumbraba salirse con la suya. Matthew le temía y se criticaba a sí mismo por ser débil, pero también la ad-

miraba y respetaba sus decisiones; “Después de todo, tal vez Carol no era la persona indicada para mí”. Iba del resentimiento a la actitud de que “una madre sabe qué es lo mejor para su hijo”. Pensaba que su propia capacidad de decidir era muy limitada (Adaptado de Spitzer y cols., 1989, pp. 123-124).

Las causas de los trastornos de personalidad dependiente no están claras. Una posibilidad es que los individuos dependientes tuvieron padres sobreprotectores que les hicieron la vida tan fácil cuando era niños que nunca aprendieron habilidades de afrontamiento. Otros teóricos han sugerido que los niños dependientes estaban unidos de manera insegura a su madre o a las personas que los cuidaban, o bien, que no tuvieron relaciones cercanas con otras personas durante la niñez. Hasta el momento, ambas ideas son hipótesis interesantes pero no comprobadas.

A pesar de que se han desarrollado algunos debates sobre el trastorno de la personalidad por dependencia como un problema clínico, aún se requiere de mucha información empírica. Sin embargo, un estudio examinó a una muestra grande de individuos hospitalizados con este diagnóstico, para obtener datos básicos de sus antecedentes y comorbilidad (Loranger, 1996). La mayoría eran mujeres de más de 40 años, mucho mayores que los pacientes con otros trastornos de personalidad. Además, los pacientes dependientes tenían mayor probabilidad de tener diagnósticos del eje I en el área de la depresión, que aquellos que padecían otros trastornos de personalidad. Se requiere de más investigación para determinar si este cuadro también se puede aplicar a pacientes externos.

Al igual que otros trastornos de personalidad que se han analizado, es necesaria más investigación sobre la superposición de este trastorno con otras condiciones, sus causas y las estrategias de tratamiento eficaces. Trabajar con clientes que padecen un trastorno de la personalidad por dependencia puede ser recompensante para el terapeuta cuando desarrollan la capacidad para funcionar de manera independiente, pero alcanzar ese punto puede ser difícil y frustrante. Muchas personas dependientes se rebelan en las primeras etapas de la terapia. Después, en algún momento, se dan cuenta de que la terapia no es una experiencia pasiva. Empiezan a comprender que ésta no es sólo cuestión de que alguien (el terapeuta) demuestre interés por ellos. Lo que sucede en ese momento puede ser un punto crítico en la terapia, o se puede convertir en un callejón sin salida.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

El **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** es similar al trastorno de la ansiedad obsesivo-compulsivo (que se estudió en el capítulo 8), pero ambos trastornos son diferentes. Las personas que padecen el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad muestran una conducta rígida y limitada, pero no presentan un pensamiento obsesivo que parezca forzarse hacia la conciencia, y tampoco participan en la clase de rituales irracionales que realizan las personas con trastorno obsesivo-compulsivo. Las personas con este trastorno de ansiedad consideran que su conducta es de-

sadaptada y perturbadora, pero no pueden dejar de comportarse de tal manera. Por otra parte, quienes padecen de trastorno de la personalidad por lo general muestran un comportamiento que es rígido y desadaptado pero que está bajo su control. Se requiere de una mayor investigación sobre el nivel de superposición entre el trastorno obsesivo-compulsivo del eje I y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad del eje II.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad tiene varias características. Una de ellas es la falta de capacidad para expresar muchas emociones cálidas y tiernas. En su lugar, la persona con este trastorno parece rígida, formal y muy seria. Dicho individuo puede ser demasiado concienzudo e inflexible en materia de moralidad. El perfeccionismo extremo también es un problema porque se centra en los detalles pequeños y en la elaboración de normas en lugar de realizar el trabajo. Esta rigidez lleva a una incapacidad para percibir el “panorama completo”. En el siguiente ejemplo, dos amigos platican sobre una casa que K está interesado en comprar. L muestra su rigidez al no escuchar en realidad lo que K dice, sino que actúa de acuerdo con sus propias “normas de propiedad de una casa”.

K: Entonces, ¿crees que no debería comprarla?

L: Nunca compres una casa que tenga el techo en mal estado. Las reparaciones te costarán lo mismo que te costó la casa.

K: Pero el constructor que contraté para que la revisara me dijo que estaba en buenas condiciones.

L: El techo es sólo el principio. Primero es el techo y después vienen la plomería, la calefacción y el yeso.

K: Aun así, esas cosas parecen estar bien.

L: Y, después del yeso, será el cableado.

K: Pero el cableado está...

L: (Interrumpe mostrándose tranquilo y seguro): Invertirás el doble de su precio antes de terminar su arreglo (Shapiro, 1965, p. 25).

Este ejemplo también ilustra otro aspecto de la personalidad compulsiva: insistencia en que se siga su forma de hacer las cosas, sin darse cuenta de los sentimientos que genera en otras personas. Es probable que K en realidad desee comprar la casa y, si las críticas de L son, como sospechamos, una evidencia de su personalidad compulsiva sin que haya ninguna verdad en ellas, no es probable que aumenten la autoestima de K ni sus sentimientos positivos hacia L. Las personas que padecen este trastorno centran su atención en las normas y la limpieza y quizá se sientan molestas por cualquier cosa que esté fuera de lugar (ver la figura 10-7). También es típica una concentración excesiva en el trabajo y la productividad. Incluso el placer se convierte en trabajo:

Una persona programaba con detalle sus domingos con ciertas actividades para obtener la “máxima diversión”. Decidía en forma determinante divertirse y se sentía muy molesto si algo interfería con este programa, no sólo porque se perdía de la actividad, sino porque su día libre lo pa-

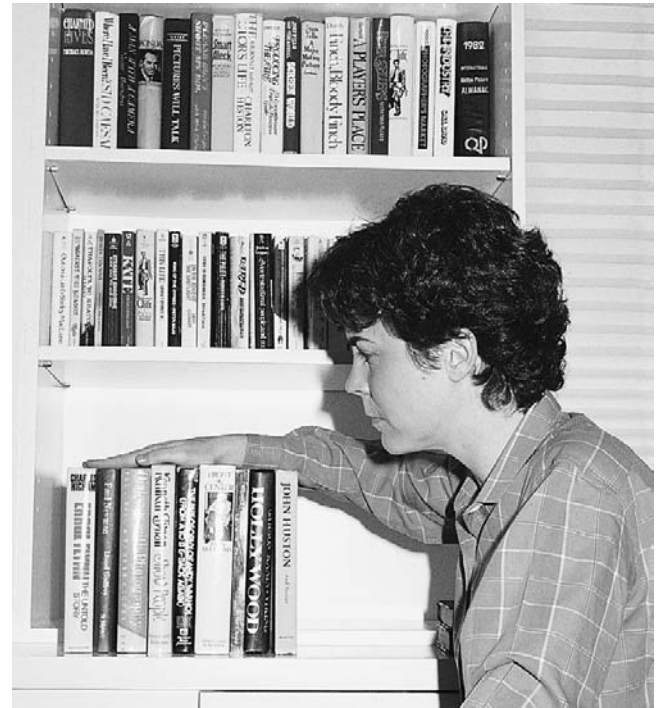


Figura 10-7 Las rutinas de las tareas del hogar u otros rituales de limpieza o acomodo ocupan una gran cantidad del tiempo de algunas personas obsesivo-compulsivas. Este librero es una fuente de inquietud y frustración para su dueña por su preocupación sobre la forma de acomodar los libros. Si están arreglados alfabéticamente por autor, ella piensa que los diferentes tamaños puestos juntos se ven mal. Si los acomoda por tamaño, aunque se ven mejor, no puede encontrar un libro con rapidez. El resultado es que ella pasa una gran cantidad de tiempo arreglando los libros y sintiéndose insatisfecha con lo que hace.

saba sin eficiencia. Otro paciente compulsivo siempre se esforzaba por ser “espontáneo” en su vida social (Shapiro, 1965, p. 32).

Por último, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por la indecisión. Los individuos que padecen este trastorno tienen grandes dificultades para tomar decisiones porque se pueden equivocar. Su incapacidad para tomar decisiones puede llegar a tal extremo que pueden lograr relativamente poco. Su placer proviene de planear un trabajo, no de hacerlo. La tabla 10-18 presenta las características clínicas de este trastorno de la personalidad.

Una persona que padece el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad por lo general acude al tratamiento sólo cuando el estilo de vida que creó con tanto cuidado se ve amenazado. Esto puede suceder cuando un cónyuge se desespera y se va, cuando un jefe decide despedirlo por problemático o cuando existe una acumulación de sucesos estresantes que hacen imposible el desempeño normal. Con frecuencia, en estas circunstancias, se recomienda la psicoterapia. A pesar de que en el pasado el enfoque terapéutico era por lo regular psicodinámico y se centraba en los procesos inconscientes que estaban detrás del trastorno, en años recientes también se han empleado otros enfoques. La perspectiva cognitiva dirige la atención hacia el contenido, el estilo y la estructura de los procesos de pensamiento del individuo, en la creencia de que

TABLA 10-18

Características clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Se puede considerar que una persona que presenta por lo menos cuatro de estas características padece de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

1. Perfeccionismo que interfiere en la finalización de las tareas
2. Preocupación por los detalles, normas, listas y horarios
3. Renuente a delegar tareas o a trabajar con otros a menos que hagan las cosas exactamente como ella lo dice
4. Devoción excesiva al trabajo y la productividad hasta el punto de excluir las actividades de descanso y amistades
5. Exceso de conciencia e inflexibilidad para asuntos de moral o ética
6. El dinero se considera como algo que representa una seguridad para las catástrofes futuras y el gasto en sí mismo o en otras personas es muy limitado
7. Incapacidad para desechar objetos desgastados o sin valor, a pesar de que no tengan un valor sentimental
8. Comportamiento por lo general rígido y obstinado

son los pensamientos irracionales y disfuncionales los que provocan el comportamiento desadaptado (Beck y cols., 1990). Por ejemplo, los pensamientos automáticos como “es necesario que realice esta tarea a la perfección” tal vez inhiban la espontaneidad y la expresión de los sentimientos. También se utilizan los planteamientos conductuales que emplean técnicas como la terapia de exposición, al igual que la terapia de grupo.

Tratamiento de los trastornos de la personalidad

El conocimiento de los trastornos de la personalidad es limitado porque los profesionales consideran una muestra reducida de personas que los padecen (ver el cuadro 10-4). A menos que sus dificultades se conviertan en una carga agobiante, estas personas tienden a sentirse satisfechas con su conducta, es decir —no sienten la intensa infelicidad que puede experimentar una persona ansiosa o deprimida. Como ya se vio, las personas que manifiestan trastornos de la personalidad perciben su entorno —y no sus patrones de conducta rígidos— como la causa de las dificultades que enfrentan.

Es importante recordar que incluso las personas que se clasifican como individuos con trastornos de la personalidad se pueden comportar de manera apropiada y normal una parte del tiempo. Sin embargo, cuando se trata de las conductas de afrontamiento, cada trastorno de la personalidad se distingue por la frecuencia e intensidad con las que aparecen ciertas conductas características. Por ejemplo, una persona que padece el trastorno paranoide de la personalidad no siempre parece suspicaz, pero es mucho más propenso que la mayoría de las personas a sospechar de manera inadecuada.

Muchas personas que padecen estos trastornos pasan la vida sin tener ningún contacto con un profesional de salud mental. Sin embargo, sus estilos de respuesta rígidos los llevan a afrontar el entorno de forma ineficaz. Si el estrés que genera el entorno llega a niveles demasiado elevados, sus estilos de respuesta pueden volverse claramente ineficaces.

Se han empleado una variedad de terapias para tratar los trastornos de la personalidad. A pesar de que en el pasado no se consideraba que la mayor parte de estos trastornos se pudieran tratar en forma eficaz con medicamentos, los clínicos han empezado a utilizar ciertas drogas psicoactivas para tratar a algunas personas con trastornos de la personalidad. Los medicamentos que se evalúan en la actualidad incluyen ciertos fármacos antipsicóticos, un grupo de drogas antidepresivas (los inhibidores de la MAO) y el litio. Hasta el momento no están claros los resultados de la terapia con fármacos. Las técnicas conductuales, como el entrenamiento asertivo y la desensibilización sistemática pueden ser útiles para los pacientes evitativos y dependientes. Aunque algunas terapias cognitivas parecen ser apropiadas para los estilos cognitivos desviados, existe poca información sobre su eficacia.

Debido a que los trastornos de personalidad afectan las relaciones interpersonales, también tienden a provocar ciertos patrones de conducta en familiares y amigos. Por esta razón, cualquier cambio en la conducta que surja por medio de la terapia afectará los patrones de estas relaciones. Por lo tanto, la terapia de grupo o familiar puede ser una parte útil del tratamiento de muchos individuos que padecen trastornos de la personalidad. Los terapeutas necesitan centrar la atención del paciente en el efecto que tiene su conducta sobre la de los demás. Como se vio en el estudio del trastorno límite de la personalidad, sería de gran mérito desarrollar terapias que combinen varios enfoques de tratamiento. Sin embargo, por lo general estos trastornos son difíciles de tratar. Esto parece ser cierto por algunas razones, entre ellas la poca motivación al cambio que contribuye a un alto índice de abandono (Gunderson y Gabbard, 2000).

El panorama de la clasificación de los trastornos de la personalidad

La idea de los trastornos de la personalidad como condiciones independientes (eje II del DSM-IV-TR), que pueden o no estar relacionados con los trastornos más tradicionales (eje I) es relativamente nueva. A pesar de que muchos clínicos han respondido positivamente a este nuevo sistema de clasificación de los distintos patrones de personalidad, quedan todavía muchas dudas (Costa y Widiger, 2002).

En este capítulo varias veces se ha hecho referencia a la necesidad de distinguir entre los diferentes trastornos de la personalidad, y de encontrar maneras de conceptualizarlos y tratarlos. Los estudios del trastorno límite de la personalidad superan por mucho los de otros trastornos de la personalidad del eje II, pero aún existe una gran falta de conocimiento sobre ellos y sobre otras categorías de los trastornos de la personalidad.

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

CUADRO 10-4

Consideración de la cultura

Una pregunta que a menudo surge es si existe una conexión entre el diagnóstico de trastornos de la personalidad y los antecedentes culturales de las personas. Después de todo, las personas con diferentes valores y perspectivas de la vida pueden mostrar lo que parecerían ser estilos de vida y maneras de comportarse inusuales, y hasta desafiantes para quienes no compartan los mismos antecedentes culturales. Los descubrimientos de la investigación sugieren dos razones por las cuales son importantes las consideraciones culturales para entender lo que podría parecer una conducta desadaptada: 1) los factores culturales influyen en muchos casos de aparente desadaptación, y se deben considerar cuando se trabaje de manera clínica con las personas, y 2) lo que parece desadaptación puede ser considerado normal en la cultura del individuo y hasta puede ayudar al ajuste dentro del grupo étnico. Por estas razones, el DSM-IV-TR alienta a los clínicos a ser sensibles sobre las diferencias de lenguaje, valores, normas de conducta, y maneras de expresar la angustia. Las personas de culturas que tienen estas características pueden parecer desviadas (diferentes), pero no son necesariamente anormales o patológicas.

Si un rasgo de personalidad o un patrón de estilo de vida es desadaptado o causa problemas, depende del contexto cultural. Definir o etiquetar las desviaciones de la norma es relativo a la cultura. La singularidad de las experiencias de la niñez entre las culturas puede ser importante en el surgimiento de ciertas características de personalidad o conductas habituales, pues destacan algunas y suprimen otras. Puede ser que un refugiado vietnamita que practique el budismo muestre ciertas características que se pueden tomar como inspiración religiosa para los vietnamitas pero que en una clínica estadounidense podrían llevar al diagnóstico de un trastorno esquizoide de la personalidad. Muchas personas del Mediterráneo creen en los poderes del “mal de ojo”, guardan rencores y no perdonan insultos. A menos que se tome en cuenta el contexto cultural, un inmigrante de esta área puede ser considerado con un diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad. Algunos individuos de grupos minoritarios severamente oprimidos se niegan a expresarse en situaciones sociales por su miedo a decir algo inapropiado. También pueden mostrar ansiedad frente a otros, no estar dispuestos a involucrarse con las personas a menos que estén seguros de que les

va a agradar y sentirse heridos fácilmente por lo que interpretan como una crítica. Etiquetar a dichos individuos como personalidades evitativas sería ocultar los problemas reales relacionados con la diferencia cultural.

Lo que estos ejemplos sugieren es que el diagnóstico de los trastornos de la personalidad no se debe realizar basándose en la conducta del individuo. Se debe considerar el contexto cultural tanto para la clasificación como para el tratamiento. Los clínicos deben estar informados y tener una mente abierta para sacar conclusiones sobre la conducta de un paciente. El silencio de éste en la entrevista se podría considerar como un conflicto consciente o inconsciente, o como renuencia a hablar sobre temas molestos. Sin embargo, algunas personas con orígenes chinos o japoneses pueden usar el silencio como una señal de respeto y amabilidad en lugar de ser renuentes a hablar, o pueden creer que no es apropiado expresar verbalmente su descontento con alguien a quien perciben como una autoridad. En estos casos, el silencio no indica falta de deseo de seguir hablando. Los clínicos que trabajan con personas de otras culturas deben tratar de entender sus características culturales.

Dos preguntas que surgen de manera inevitable son: 1) ¿Los trastornos de la personalidad que se incluyen en el DSM-IV-TR son los correctos, es decir, se definen de una forma que contribuye a la confiabilidad y validez del diagnóstico? Y 2) ¿Existen trastornos de personalidad que no se incluyen en el DSM-IV-TR que deberían ser parte del sistema de clasificación? Es difícil para los profesionales responder a estas preguntas porque, excepto por unos cuantos trastornos de la personalidad (el más notable es la clasificación límite), la investigación es insuficiente. Con el uso cada vez mayor del eje II por parte de los clínicos y a medida que se acumulan las evidencias de la investigación, parece probable que las conceptualizaciones de los trastornos de la personalidad cambien, así como los criterios de diagnóstico.

La experiencia y la investigación clínicas también sugieren incluir en el eje II las clasificaciones de los patrones de personalidad que no están presentes en la actualidad. Por ejemplo, algunas personas presentan un patrón sádico agudo de conducta cruel, exigente y agresiva hacia los demás; otras muestran un patrón auto-destructivo o masoquista que lleva a la desilusión, el fracaso o el maltrato por parte de los demás; y existen todavía otras que presentan un estado de ánimo depresivo, en forma leve pero permanente, que está dominado por el rechazo y la melancolía. El hecho de que éstos y otros patrones de personalidad también se deban incluir en el eje II es, en la actualidad, un tema de debate entre clínicos e investigadores.

Otro tema importante es la forma en que la información sobre los trastornos de la personalidad se puede presentar de manera más eficaz. En la actualidad, el eje II utiliza un modelo de clasificación prototípico, en el cual se considera que un trastorno se diagnostica si se alcanza o excede cierto nivel de criterios. Como ya se vio en los cuadros con las características clínicas que se presentan en este capítulo, no es necesario que estén presentes todos los criterios para aplicar una clasificación en particular.

En contraste con este modelo de clasificación, un **modelo dimensional** centra la atención en los patrones de las características de personalidad. En un enfoque dimensional, una persona se clasificaría como que no presenta un trastorno de la personalidad por dependencia o antisocial, sino un patrón de personalidad que refleja la posición del individuo en una variedad de dimensiones. El valor de un enfoque dimensional es que da como resultado un perfil de cada persona que se clasifica. Una alternativa sería un perfil de clasificaciones de la gravedad de los diversos tipos de patrones de personalidad desadaptada. Es importante reconocer 1) la naturaleza continua del funcionamiento de la personalidad, y 2) el hecho de que los trastornos de la personalidad son variantes desadaptadas de las características comunes de la personalidad. Un ejemplo del enfoque dimensional sobre la personalidad es el Modelo de los Cinco Factores (Costa y Widiger, 2002), el cual evalúa las cinco dimensiones de la personalidad que se cree están relacionados con varios grados de la conducta normal y trastornada. Los cinco factores son:

1. **Neuroticismo** Ansiedad, enojo, depresión, impulsividad
2. **Extraversión** Calidez interpersonal, sociabilidad, asertividad
3. **Apertura a la experiencia** Capacidad para imaginar o aceptar nuevas ideas y experiencias
4. **Agradabilidad** Confianza en los demás, franqueza, modestia
5. **Escrupulosidad** Conciencia de los deberes, autodisciplina, competencia

La investigación futura nos proporcionará información sobre la viabilidad de este tipo de alternativa potencial de las categorías de trastornos de la personalidad del eje II.

El entendimiento y tratamiento de los trastornos de personalidad puede avanzar si reconocemos sus causas múltiples. Las personas con estos trastornos tienen, por un lado, combinaciones variadas de vulnerabilidad y factores de riesgo, y por otro, características de resiliencia. Sus rasgos pueden ser mejor comprendidos como el desarrollo de la interacción de factores con bases biológicas, como el temperamento, y sus muchos tipos de experiencias. Las influencias sociales pueden actuar ya sea como factores de protección contra el trastorno de la personalidad, que mitigan los efectos de riesgos biológicos y psicológicos, o como factores de riesgo en sí mismos. Los trastornos de la personalidad son fenómenos complejos, y su carácter multidimensional necesita estar presente en las mentes de los investigadores y clínicos.

El mensaje con el que nos quedamos

No se conoce lo suficiente sobre los trastornos de la personalidad. Sin embargo, sería un error perder de vista el punto más importan-

te (y positivo) sobre estas condiciones clínicas que a menudo son vagas e inestables: el reconocimiento en el DSM —y de la mayoría de los clínicos— de los papeles significativos que las diferencias individuales de la personalidad juegan en la conducta desadaptada. Con este reconocimiento, surgen dos preguntas importantes:

1. ¿Cómo se pueden especificar mejor los límites y la superposición entre los trastornos de la personalidad?
2. ¿Cómo se pueden entender mejor los límites y la superposición entre los trastornos del eje I y los trastornos de la personalidad del eje II?

A pesar de que estas preguntas plantean retos para los sistemas futuros de clasificación, también se deben tratar los temas relacionados con los conceptos actuales de los trastornos de la personalidad. Uno de esos temas es el hecho de que las personas con estos trastornos tienen altos índices de abandono. Esto sucede porque estas personas en general no forman buenas relaciones con sus terapeutas. También se necesita investigación para fortalecer las relaciones del paciente con el terapeuta, de manera que éste pueda ayudar a los pacientes a controlar sus problemas más importantes. Otro tema urgente es el mayor entendimiento de los tipos de cambios de conducta que deben ser metas terapéuticas razonables. Por ejemplo, ¿qué tanta mejoría se podría esperar de manera razonable en personas con trastornos límite o antisocial de la personalidad?

Aunque se necesita una mejor comprensión de las causas de los trastornos de personalidad y cómo tratarlos, el concepto incorporado en el DSM-III y los sistemas de clasificación posteriores, de que la desadaptación está relacionada con las configuraciones de personalidad es un paso hacia adelante.

Resumen del capítulo

Clasificación de los trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad son formas duraderas, desadaptadas e inflexibles de relacionarse con el entorno. Estos trastornos se diagnostican en el eje II del DSM-IV-TR. Muchas personas que padecen trastornos de la personalidad también presentan un diagnóstico en el eje I. Los trastornos de la personalidad se pueden dividir en tres categorías: *conductas extrañas o excéntricas*; *conductas dramáticas, emocionales o erráticas*; y *conductas ansiosas o temerosas*.

Conductas extrañas o excéntricas

Trastorno paranoide de la personalidad Las personas que padecen **trastorno paranoide de la personalidad** son suspicaces y desconfían de los demás, además de ser hipersensibles; esperan que se aprovechen de ellas y buscan significados ocultos en comentarios o eventos inofensivos.

Trastorno esquizoide de la personalidad Las personas diagnosticadas con **trastorno esquizoide de la personalidad** son retraídas y aisladas, prefieren trabajar solas y no parecen interesadas en sostener relaciones estrechas y cálidas con otras personas.

Trastorno esquizotípico de la personalidad El **trastorno esquizotípico de la personalidad** se relaciona con formas extrañas de pensar, percibir, comunicarse y comportarse, pero estas desviaciones no son tan extremas como las que se observan en individuos diagnosticados con esquizofrenia. Algunas investigaciones sugieren que este trastorno puede ser una forma leve de esquizofrenia.

Conductas dramáticas, emocionales o erráticas

Trastorno histriónico de la personalidad Las personas que padecen de **trastorno histriónico de la personalidad** son egocéntricas, manipuladoras y tienen relaciones interpersonales tormentosas.

Trastorno narcisista de la personalidad Los factores que son importantes en el diagnóstico del **trastorno narcisista de la personalidad** son el sentido extremo de la importancia de sí mismo, necesidad de atención constante, fragilidad de la autoestima y falta de empatía por otros.

Trastorno límite de la personalidad A las personas que se les diagnostica **trastorno límite de la personalidad** tienen relaciones

personales inestables, con frecuencia amenazan y participan en comportamientos autodestructivos, son muy impulsivos y tienden a tener relaciones que se caracterizan por una dependencia extrema y la manipulación de los demás. Debido a la frecuencia del diagnóstico de la personalidad límite se realizan más trabajos para tratar este desajuste que para manejar otros trastornos de personalidad.

Trastorno antisocial de la personalidad El **trastorno antisocial de la personalidad** se caracteriza por un historial de conducta crónica y continua que viola los derechos de los demás. Dicho historial comienza antes de los 15 años y continúa en la edad adulta. De adultos, estas personas siguen cometiendo actos antisociales en contra de otras personas y sus propiedades, son propensos a ser imprudentes e irresponsable y a carecer de remordimiento por perjudicar a otras personas. Sin embargo, muchos actos de conducta criminal y antisocial son cometidos por personas que no encajan en la clasificación del trastorno antisocial de la personalidad. La psicoterapia tradicional no parece ser eficaz para los individuos que padecen este tipo de trastorno.

Conductas ansiosas o temerosas

Trastorno de la personalidad por evitación Las personas diagnosticadas con **trastorno de la personalidad por evitación** tienen baja autoestima, se preocupan por una evaluación negativa de otras personas y evitan las interacciones sociales. Aunque desean el afecto y las relaciones estrechas, el temor al rechazo parece evitar que esas personas busquen dichas relaciones.

Trastorno de la personalidad por dependencia Los individuos con **trastorno de la personalidad por dependencia** carecen de confianza en su capacidad para funcionar en forma independiente. Para mantener sus relaciones dependientes, están dispuestos a someter sus propias necesidades y deseos a los de otras personas.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad El **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** se caracteriza por

la falta de capacidad para expresar emociones cálidas, un perfeccionismo extremo y un punto de vista rígido acerca de la forma en que se “deben” hacer las cosas.

Tratamiento de los trastornos de la personalidad

Debido a que muchas personas que padecen trastornos de personalidad nunca buscan la atención de los clínicos, los investigadores sólo han estudiado una muestra limitada de este grupo. Los individuos con trastornos de la personalidad muchas veces no buscan ayuda clínica porque consideran que el entorno es la fuente de sus problemas. También son propensos a comportarse de manera apropiada gran parte del tiempo, de modo que sus problemas no provocan que otras personas los remitan a tratamiento. Para tratar a estas personas se emplean estrategias terapéuticas de cada uno de los enfoques, en ocasiones combinados. Éstos incluyen varios medicamentos psicoactivos, técnicas conductuales como entrenamiento asertivo y la desensibilización sistemática, terapias cognitivas y terapias psicodinámicas. Las terapias familiares o grupales centran la atención en los efectos de sus conductas en los demás.

Para diagnosticar y tratar los trastornos de la personalidad es necesario tener en cuenta los factores culturales que pueden afectar la manera en que se evalúa la conducta desadaptada. A menos que se tome en cuenta el contexto cultural, es posible que la persona sea considerada para una clasificación del eje II cuando, en realidad, su conducta es justificada y aceptada dentro de un grupo en particular de la población (ver el cuadro 10-4).

El panorama de la clasificación de los trastornos de la personalidad

Debido a que las clasificaciones actuales de los trastornos de la personalidad se superponen entre sí, es probable que a medida que se realicen más investigaciones, las conceptualizaciones de los trastornos cambien y se agreguen nuevas categorías. Otra posibilidad es que el modelo dimensional enfocado en los patrones de personalidad sea preferible al modelo prototípico que se emplea en la actualidad.

Conceptos clave

Escisión, p. 316
Modelo dimensional, p. 327
Personalidad, p. 304
Planteamiento prototípico, p. 307
Trastorno antisocial de la personalidad, p. 317
Trastorno de la personalidad por dependencia, p. 323

Trastorno de la personalidad por evitación, p. 322
Trastorno esquizoide de la personalidad, p. 308
Trastorno esquizotípico de la personalidad, p. 309
Trastorno histriónico de la personalidad, p. 311

Trastorno límite de la personalidad, p. 312
Trastorno narcisista de la personalidad, p. 312
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, p. 324
Trastorno paranoide de la personalidad, p. 307
Trastornos clínicos, p. 305
Trastornos de la personalidad, p. 304

Anthony Walker conoció a una hermosa y atractiva mujer joven, Michelle, que era una paciente psiquiátrica que estudiaba medicina. Se enamoró de ella y se casaron. La relación duró tres años, durante los cuales las manifestaciones del trastorno límite de la personalidad de Michelle se volvieron devastadoras para la relación. Su vida de casados estuvo caracterizada por su impulsividad, crisis de ira, inestabilidad en las relaciones sociales y conducta suicida. Walker es ahora un psiquia-

tra que trata a mujeres adolescentes con trastorno límite de la personalidad. En su libro, *The Siren's Dance: My Marriage to a Borderline*, cuenta la historia del trastorno de Michelle y de su infortunado matrimonio. Es un relato íntimo y fascinante que plantea preguntas sobre las conductas de las personas que padecen el trastorno límite de la personalidad y las personas que se sienten atraídas por ellas.

Un buen libro

Trastornos del estado de ánimo y suicidio



Getty Images Inc.—Illustration Works, Inc.

Estado de ánimo depresivo

Trastornos del estado de ánimo

Depresión

Factores de vulnerabilidad de la depresión

Trastornos depresivos

Trastorno distímico

Trastorno depresivo mayor

Causas y tratamiento de la depresión

Factores biológicos de la depresión

Tratamientos biológicos

Tratamiento psicológico

La perspectiva humanista-existencial

Perspectiva conductual

Tratamiento conductual de la depresión

Perspectiva cognitiva

Terapia cognitivo-conductual

Perspectiva de la vulnerabilidad y la resiliencia

Tratamiento combinado de la depresión

Trastornos bipolares

Trastorno bipolar I

Trastorno bipolar II

Trastorno ciclotímico

Causas y tratamiento del trastorno bipolar

Factores genéticos

Tratamiento con bases biológicas del trastorno bipolar

Factores psicosociales y episodios bipolares

Enfoques psicológicos de pacientes bipolares y sus familias

Suicidio

Enfermedad mental y suicidio

Factores de riesgo para el suicidio

Eventos de vida y suicidio

Suicidio por contagio

Prevención del suicidio

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Tristeza, melancolía, euforia y un gasto excesivo de energía son los temas de este capítulo. Los síntomas que caracterizan los trastornos del estado de ánimo son comunes y caen dentro de dos amplios grupos: depresión y manía. La tristeza y la melancolía son características de la depresión; la euforia y el gasto excesivo de energía son característicos de la manía. Los periodos de manía se alternan con periodos de depresión en condiciones que se conocen como trastornos bipolares. El capítulo describe los trastornos del estado de ánimo, las teorías sobre ellos y la investigación que responde preguntas importantes pero que también plantea nuevas preguntas. En síntesis, se enfoca en los avances recientes en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

Tara Dawson, una estudiante de cuarto semestre de 20 años de edad, sentía lo que caracterizaba como “estados de ánimo bajos”, que se le presentaron en varias ocasiones en los últimos dos años. Cuando fue al centro médico de la universidad dijo que tenía poca energía, un apetito alterado y sentirse irritable. Debido a que éstos son síntomas de la depresión, el psiquiatra le prescribió antidepresivos. Después de tres semanas sus “estados de ánimo bajos” desaparecieron y fueron reemplazados por la sensación de tener bastante energía. Por ejemplo, se levantó a media noche “a hacer cosas” y su productividad aumentó. Sin embargo, su irritabilidad continuó y con frecuencia discutía con sus amigos, otros alumnos y con sus profesores. También empezó a gastar dinero de manera impulsiva, lo que era inusual en ella. Cuando regresó al centro médico parecía distraerse con facilidad y hablaba bastante rápido. Cuando se evaluó su historial se descubrió que, al principio de la secundaria, había experimentado rápidos cambios de estado de ánimo con periodos de “extrema tristeza” alternada con otros de hasta una semana en la que estaba llena de energía, se distraía con facilidad, dormía sólo de tres a cuatro horas en la noche, y hablaba mucho (se describía así misma sintiéndose “elevada”). También reveló que la hermana de su madre había sido diagnosticada con trastorno bipolar (por lo general se les refiere como maniaco-depresivos) y su madre en ocasiones tuvo problemas similares pero nunca buscó tratamiento. Esta nueva información obligó al

psiquiatra a cambiar el diagnóstico de depresión a trastorno bipolar y a prescribirle litio, que con frecuencia es útil en casos como el de Tara. Además, dedicó una sesión a explicarle la naturaleza de los trastornos bipolares y de los cambios de estado de ánimo asociados con éstos. El litio ayudó a Tara, pero regresó al centro médico por seis sesiones debido a que sus preocupaciones sobre cómo vivir el resto de su vida con su vulnerabilidad que le podía provocar amplios cambios de estado de ánimo. Salió de estas sesiones consciente de que podría tener una condición de por vida, pero que podría afrontarla.

El caso de Tara Dawson muestra varios puntos sobre los trastornos del estado de ánimo. Uno es la importancia de obtener un historial detallado del caso. Cuando fue por primera vez al centro médico, describió su estado de ánimo depresivo, pero no mencionó el hecho de que se alternaba con sentimientos de estar “elevada”. El tratamiento eficaz depende de la información completa en relación con la condición que el paciente presenta al clínico. Cuando fue al centro médico, estaba comprensiblemente preocupada sobre su estado de ánimo en ese momento (se sentía “deprimida”). Sin embargo, su depresión fue sólo parte de la historia. ¿Por qué Tara mejoró cuando tomó el antidepresivo? La mejoría pudo haber coincidido con el inicio de un periodo de “elevación”. Nunca lo sabremos. Pero el hecho de que mejoró con el litio y que su mejoría continuó mientras tomaba su medicina sugiere que sus síntomas eran el resultado de un trastorno bipolar. Cabe mencionar que Tara buscó asesoría después de que fue diagnosticada de manera correcta. Debido a que los trastornos bipolares son una condición de toda la vida, fue inteligente aprender todo lo que pudiera sobre cómo vivir con su condición. En este capítulo se exploran los diferentes tipos de trastornos del estado de ánimo, su diagnóstico, tratamiento e investigación relacionados con el mejor entendimiento sobre los mismos.

Estado de ánimo depresivo

Aunque la depresión juega un papel importante en la mayoría de los trastornos del estado de ánimo, la palabra *depresión* es parte de nuestro vocabulario diario. Es importante darse cuenta de que sentirse deprimido no es lo mismo que tener un trastorno depresivo. Técnicamente, cuando las personas dicen que se sienten deprimidos, “con baja energía” o “abatido”, están experimentando un estado de ánimo depresivo. A menudo, estos sentimientos están basados en una situación temporal y desaparecen rápidamente cuando las circunstancias cambian. Por ejemplo, algunas personas pueden sentirse deprimidas en las fiestas y cuando creen que otros están gozando la compañía cercana y agradable. Estos sentimientos, aunque son desagradables, son bastante diferentes de sentirse bajo la nube negra que acompaña a un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor.

TABLA 11-1

Porcentaje de la población que reportó tristeza, desesperanza o infravaloración		
	Siempre o la mayor parte del tiempo	En ocasiones
Tristeza	3.5%	8.5%
Desesperanza	2.2%	4.0%
Infravaloración	2.0%	3.3%

FUENTE: *Vital and Health Statistics*, 2002

De vez en cuando se realizan encuestas para evaluar el estado emocional de diversos segmentos de la población. La tabla 11-1 muestra los porcentajes de la población de Estados Unidos que reportan tres componentes de la depresión: tristeza, desesperanza e infravaloración. Las mujeres reportaron con mayor frecuencia que los hombres la presencia de estos tres componentes, mientras que tanto los afroestadounidenses como los hispano-estadounidenses los reportaron con más frecuencia que los estadounidenses blancos. Entre mayor sea el nivel de educación e ingresos económicos del entrevistado, estos sentimientos se reportaron con menor frecuencia.

Varios tipos de experiencias pueden llevar a un estado de ánimo depresivo temporal. Las personas también utilizan el término depresión para describir la tristeza que proviene de la muerte de alguien en la familia. Después de la muerte de alguien que es importante para las personas, la mayoría de los sobrevivientes experimentan un estado de ánimo depresivo que por lo general se conoce como *duelo*. Los rasgos comunes del duelo incluyen molestias físicas como suspirar, sequedad de garganta, sensación de vacío en el abdomen y debilidad muscular. Además, pueden existir imágenes de la persona muerta, junto con culpa y reacciones hostiles. Estos sentimientos de duelo son completamente normales y no están clasificados como trastornos depresivos.

Es probable que el rompimiento de una relación amorosa, el divorcio o la separación produzcan estos mismos sentimientos, que pueden ocurrir sin importar quién tomó la decisión de terminar la relación. Tales sentimientos a menudo representan una respuesta a corto plazo al estrés. Otros tipos de eventos (perder un trabajo, no ser aceptado para un programa de posgrado o perder todo en un incendio) también pueden causar un estado de ánimo depresivo. Si tales sentimientos de pérdida no son causa del luto y no son lo suficientemente severos para denominarse trastornos del estado de ánimo, se clasifican como **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** (los trastornos adaptativos se estudian en el capítulo 5).

Trastornos del estado de ánimo

Jamás he leído en ningún párrafo de algún libro de texto acerca del tema de la depresión. Jamás he visto un enunciado escrito por un paciente recuperado en la tranquilidad posterior. No necesito aprender sobre la depresión de las páginas de un libro. Yo he tenido la mía propia.

El tormento solitario de una mente deprimida evade cualquier intento de hacerla comprensible a aquellos que no la han experimentado. Y aun para aquellos que la hemos sufrido, esos meses o años desolados, sin importar las similitudes generalizadas de la depresión, cada uno de no-

sotros ha sufrido de manera única y sola. Ni la descripción intensa ni la empatía de los demás pueden traspasar la oscuridad de una larga noche.

Y con todo eso, después de que se quita la depresión, sólo puede ser recordada pero no recuperada, ¡gracias a Dios que no puede recuperarse! Así como el dolor físico pierde su intensa realidad cuando se alivia, la angustia de una profunda melancolía evade incluso los intentos más determinados de aclarar la percepción cuando su horrible abrazo se ha relajado (Nuland, 2003, p. 3).

Sherwin Nuland, un distinguido cirujano y autor, no experimentó depresión como parte de un trastorno adaptativo. Tuvo una verdadera depresión que requirió hospitalización. Una serie de tratamientos con terapia electroconvulsiva y psicoterapia contribuyó para lograr su recuperación duradera. La pesadilla de Nuland expresa la terrible experiencia de muchas personas con trastornos del estado de ánimo.

El DSM-IV-TR divide los trastornos del estado de ánimo en tres tipos generales, los cuales están enumerados en la tabla 11-2. Los dos tipos más importantes del trastorno del estado de ánimo son los *trastornos depresivos* y los *trastornos bipolares*. Ambos estados, que reflejan una alteración del estado de ánimo o reacción emocional que no se debe a ningún trastorno físico o mental, serán el enfoque principal de este capítulo. El tercer tipo de trastornos del estado de ánimo, un pequeño porcentaje del total, son los causados ya sea por enfermedad médica, medicamentos prescritos o abuso de diversas drogas ilegales u otras sustancias químicas. Los trastornos del estado de ánimo relacionados con la medicina pueden coexistir con condiciones médicas generales como cáncer, diabetes o un ataque cardíaco reciente. Algunos de estos trastornos se analizan en el capítulo 6; los trastornos del estado de ánimo asociados con medicamentos, drogas ilegales y otros agentes químicos se analizarán en el capítulo 14.

¿Con cuánta frecuencia ocurren en la población general dos tipos importantes de trastornos que se presentan en la tabla 11-2 (trastornos depresivos y bipolares)? Alrededor de 10% de los adultos de Estados Unidos han experimentado uno de estos tipos de trastorno de estado de ánimo (Thase y Kupfer, 1996), pero la mayoría de estas personas no recibieron tratamiento. Esta gran cantidad de personas sin tratamiento representa un serio problema social debido a que los trastornos del estado de ánimo no tratados tienen un importante efecto, tanto en la calidad de vida de los afectados como en su productividad económica. Por ejemplo, un trastorno depresivo mayor es la segunda causa importante de discapacidad que afecta la calidad de vida y la productividad en todo el mundo. La única causa más frecuente de discapacidad es un ataque cardíaco. Además, el suicidio es la causa principal de muerte en muchos grupos de diferente edad que está estrechamente ligado con los trastornos del estado de ánimo. La depresión parece estar relacionada hasta con una tercera parte de todos los suicidios (Angst y cols., 1999).

En resumen, el tratamiento para los trastornos del estado de ánimo no sólo disminuye la miseria humana sino que aumenta la productividad económica y disminuye el uso general de los centros de asistencia médica. Bajo estas circunstancias, ¿por qué por lo general no se tratan los trastornos del estado de ánimo? Se han identificado varias razones: 1) sentimientos personales de ser socialmente estigmatizados por el tratamiento (ver el cuadro 11-1); 2) fallas de los proveedores de asistencia médica para reconocer el

TABLA 11-2

Tipos de trastorno del estado de ánimo	
Trastorno depresivo	
➤ Trastorno distímico	Antecedentes de estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo
➤ Trastorno depresivo mayor	Uno o más episodios depresivos mayores
Trastorno bipolar	
➤ Trastorno bipolar I	Uno o más episodios maniacomaniacos y por lo general uno o más episodios depresivos mayores
➤ Trastorno bipolar II	Por lo menos un episodio hipomaniaco y uno o más episodios depresivos mayores, pero ningún episodio maniaco ni de ciclotimia
➤ Trastorno ciclotímico	Numerosos episodios hipomaniaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen con el criterio para un episodio depresivo mayor
Otros trastornos de estado de ánimo	
➤ Trastorno de estado de ánimo debido a una enfermedad médica	
➤ Trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias	

trastorno (esto es especialmente verdadero en la depresión, la cual puede producir una variedad de síntomas corporales); y 3) la falta de conciencia de la eficacia potencial del tratamiento y sus beneficios para la persona. Se estima que entre 5 y 10% de los adultos que visitan a su médico familiar están deprimidos, pero sólo la mitad de esos casos son detectados (United States Preventive Services Task Force, 2002). Un reciente equipo operativo patrocinado por el gobierno encontró que examen es sorprendentemente fácil, el médico puede identificar la posibilidad de que exista una depresión simplemente formulando al paciente las siguientes dos preguntas:

1. En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido deprimido o deseperado?
2. En las últimas dos semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer algo?

El equipo operativo encontró, después de mayor investigación, que entre 25 y 40% de los pacientes que dan respuestas afirmativas pueden tener una depresión mayor tratable. Otros pueden padecer formas más leves de depresión, trastornos de ansiedad o problemas con alcohol o drogas. Un examen tan sencillo puede tener implicaciones de salud pública importantes.

Por lo general, los trastornos del estado de ánimo coexisten (comorbilidad) con otros tipos de trastornos. Por ejemplo, la mitad de las personas diagnosticadas con un trastorno depresivo mayor también tienen un trastorno de ansiedad (Goodwin, 2002). Los trastornos relacionados con sustancias también son comunes entre las personas con trastornos del estado de ánimo (Merikangas y cols., 1998). Esta situación es particularmente preocupante debido a que el abuso de sustancias parece empeorar los trastornos del estado de ánimo. Los trastornos de la personalidad también pueden coexistir con los trastornos del estado de ánimo.

La mejor forma de obtener información sobre el número de personas que han sido afectadas por el trastorno del estado de ánimo en

el pasado o en la actualidad es realizar un estudio epidemiológico. La mayoría de este tipo de estudios utiliza una muestra grande, representativa de la población, seleccionada de manera científica. Se contacta y entrevista a las personas seleccionadas usando una forma de encuesta estándar. El enfoque epidemiológico permite identificar a las personas que han estado en contacto con el sistema de asistencia médica, como de las que actualmente tienen o han tenido en el pasado un trastorno, pero que nunca han buscado tratamiento. Con base en este enfoque los investigadores concluyeron que, en Estados Unidos, el porcentaje reportado de trastornos del estado de ánimo por lo general es similar en los casos de estadounidenses blancos, hispano-estadounidenses y afroestadounidenses (Regier y cols., 1993). Sin embargo, existe una pronunciada diferencia de género en los trastornos del estado de ánimo: afectan dos veces más a mujeres que a hombres. El porcentaje más alto de cuadros *depresivos* entre las mujeres explica por completo esta diferencia de género entre los trastornos del estado de ánimo. Hombres y mujeres no difieren en forma sustancial en sus porcentajes de *trastorno bipolar*.

Depresión

El término *depresión* cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos. El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz. En esta sección se analizarán varios tipos de depresión, estado de ánimo temporalmente depresivo, estado de ánimo descendente duradero o negativo que puede interferir sólo un poco con la conducta normal, y estado de ánimo gravemente depresivo acompañado de una marcada incapacidad para funcionar en forma eficaz, que por lo general es temporal.



RELATOS PERSONALES

CUADRO 11-1

El estigma de la enfermedad mental

“Ingresé en el hospital alrededor del 1 de junio. Un demonio secreto [...] mío desde el segundo año en Chapel Hill, es la depresión crónica. Me ha perseguido físicamente y mi vergüenza por el estigma de la enfermedad mental impidió que buscara un tratamiento adecuado. Estoy muy avergonzado por este defecto, pero no puedo seguir ocultándolo” (Mollenkamp, 2002, p. A1).

Estos párrafos es lo que Larry Gellerstedt III le envió a un amigo cercano. Gellerstedt, uno de los hombres de negocios más influyentes y respetados de Atlanta, dirigió al equipo que construyó el estadio para las Olimpiadas de 1996, salvó al Museo de Historia Natural de la ciudad de la bancarota y fue miembro de muchas juntas directivas corporativas y sin fines de lucro. A lo largo de su vida, Gellerstedt había experimentado síntomas de estrés y depresión (dolores de cabeza, sentimientos de tensión y tristeza) que ignoró en gran parte. Cuando se suicidó su mejor amigo, sufrió una profunda depresión y dejó Atlanta en secreto para tratarse en la Menninger Clinic, de Topeka, Kansas. Durante su estancia en Menninger, escribió lo siguiente al mismo amigo al que envió los comentarios de arriba:

“Esta vez casi muero. No he dormido por más de tres horas en cuatro meses, he estado sufriendo de migrañas severas todos los días y úlceras estomacales. Mentalmente estaba tan deprimido que quería morir. Gracias a Dios por C.G. (Carol Gellerstedt).



Figura 11-1 Así como Larry Gellerstedt, tanto Mike Wallace, reportero de la televisión, como Tipper Gore, consejera sobre salud mental del presidente Clinton, comunicaron al público sus batallas con la depresión.

FUENTE: Kevin Lamarque/Reuters America LLC.

“Espero poder regresar a Atlanta a finales de agosto. En el mejor de los casos, todavía tendré dos o tres meses de terapia antes de considerar mi regreso al trabajo” (ibíd., p. A12).

Cuando se presentaron nuevamente los síntomas del estado de ánimo depresivo (junto con pensamientos suicidas) a su regreso a Atlanta, fue necesaria otra estancia en la Menninger Clinic. Los medicamentos y la psicoterapia le ayudaron a recuperarse y regresar nuevamente a su ciudad y a su trabajo. Aunque todavía no se había librado

completamente de los periodos de depresión, funcionaba bien y había superado los sentimientos de estigmatización que le causaba su estado deprimido. Comenzó a hablar públicamente sobre la necesidad de que las personas con problemas psicológicos luchan contra cualquier sentimiento de vergüenza que pudieran tener, y la importancia de buscar tratamiento. Encontró que “hablar en público” sobre su enfermedad y proporcionar información a otros lo hacía sentir bien y le proporcionaba una sensación de logro (Mollenkamp, 2002) (ver la figura 11-1).

Es probable que los síntomas de depresión también se presenten en los trastornos bipolares. Por esta razón, el término *trastorno unipolar* se utiliza con frecuencia cuando se habla de los distintos tipos de trastornos depresivos, para distinguir entre las personas que han experimentado uno o más episodios depresivos pero ningún episodio maniaco o hipomaniaco y aquellas que tienen antecedentes que incluyen por lo menos un episodio de manía o hipomanía. A las personas que tienen uno o más de estos episodios, así como periodos de depresión, se les diagnostica un trastorno bipolar (tema que se analiza posteriormente en el capítulo).

Sin tratamiento, con frecuencia los trastornos depresivos tienen malos resultados a largo plazo. En un estudio que observó a un grupo de personas deprimidas durante 25 años, se encontró que 78% de sus integrantes habían mostrado dificultades propias de su condición y que, en promedio, habían tenido tres depresiones mayores durante ese lapso (Brodsky y cols., 2001). En otro estudio, 49.1% de adultos jóvenes que se recuperaron de una depresión mayor desarrollaron otra depresión grave durante los siguientes 18 meses (Hart y cols., 2001). Tener otro diagnóstico del DSM (como la ansiedad) sumado a la depresión y la incidencia de dificultades interpersonales, fueron buenos predictores de depresión recidivante.

Factores de vulnerabilidad de la depresión

Como se ha mencionado a lo largo de este libro, la probabilidad de que una persona pueda desarrollar un trastorno en particular se relaciona con los factores de riesgo en el ambiente, la vulnerabilidad biológica de esa persona y la presencia o ausencia de factores que promuevan la resiliencia. Los factores de riesgo que afectan la depresión incluyen la herencia, la edad, el género, los eventos de vida negativos y la falta de apoyo social.

Herencia La herencia es un factor de riesgo importante en el caso de los trastornos del estado de ánimo. De forma muy evidente, los estudios de gemelos y de familias sugieren la presencia de este componente tanto en depresión mayor como en trastornos bipolares (Plomin y cols., 2003).

La importancia de la herencia en los trastornos del estado de ánimo se demuestra por la fuerte asociación entre la cercanía de la relación biológica (el porcentaje de genes compartidos entre dos personas) y la probabilidad de que si una de ellas tiene un trastorno del estado de ánimo, el familiar biológico también sea diagnos-

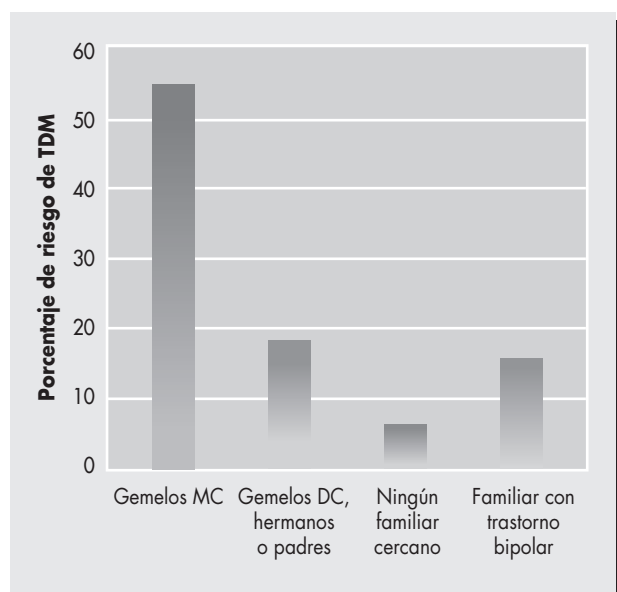


Figura 11-2 El riesgo de herencia de desarrollar un trastorno depresivo mayor (TDM) varía, pues depende de la cercanía de la relación biológica con algún miembro de la familia afectado.

FUENTE: Datos de Gershon, Berrettini y Goldin (1989).

ticado con ese trastorno. Por ejemplo, existe un mayor riesgo de desarrollar una depresión mayor si el gemelo idéntico ha tenido este trastorno, más que si uno de los padres, hermano o hermana lo ha experimentado. La probabilidad de desarrollar el trastorno son aún menores si la persona no tiene familiares cercanos que hayan recibido este diagnóstico. La figura 11-2 muestra la forma en que la cercanía de la relación con una persona con trastorno depresivo mayor afecta el riesgo de padecerlo. También muestra que tanto los trastornos depresivos mayores como los bipolares pueden estar relacionados con la misma estructura genética. Las personas que tienen familiares con un diagnóstico bipolar tienen casi tres veces mayor probabilidad de desarrollar una depresión mayor que los que no tienen ningún familiar cercano con esa condición, ya sea con un diagnóstico de depresión o trastorno bipolar.

Los estudios familiares han demostrado que mientras más jóvenes sean las personas cuando ocurre la primera depresión mayor, es más probable que sus familiares también experimenten periodos de depresión. Por ejemplo, los familiares de las personas cuyo primer episodio depresivo ocurrió antes de los 20 años, es ocho veces más probable que lo padezcan que los familiares de personas sin depresión. En contraste, los familiares de las personas que tenían más de 40 años cuando ocurrió la primera depresión mayor presentaron un riesgo ligeramente más alto que el normal de sufrirla (Weissman y cols., 1984).

Aunque se ha demostrado en forma sólida que la depresión mayor es un problema de familia, se conoce mucho menos sobre la forma en que la herencia afecta las características clínicas del trastorno, como la cantidad y tipo de síntomas y la duración del estado de ánimo severamente depresivo. Un estudio de comparación entre los gemelos monocigóticos (MC) con los dicigóticos (DC) investigó los efectos de la similitud genética sobre dichas cuestiones

(Kendler y cols., 1992). Lo que se conoce como síntomas negativos de la depresión (cambios en peso, apetito y sueño) y si la depresión se ha presentado nuevamente después del primer diagnóstico o no, son circunstancias que parecen estar más influidas por la herencia que por los eventos en la vida de los gemelos, porque estos síntomas se presentan con mayor frecuencia en ambos gemelos MC que en ambos gemelos DC. En contraste, dentro del grupo que experimentó episodios recidivantes de depresión, el número real de episodios parece estar relacionado con las experiencias estresantes no compartidas por el otro gemelo, más que con la herencia.

Edad La edad es otro factor de riesgo de depresión. El riesgo de sufrir un primer episodio de cualquier grado de depresión es más elevado en mujeres que tienen entre 20 y 29 años. En el caso de los hombres, el periodo de riesgo similar es entre los 40 y 49 años (Rorsman y cols., 1990). Además de la edad, otro factor es el año de nacimiento, o la cohorte a la que pertenece una persona. La figura 11-3 muestra que en el grupo de los 24 años, los nacidos entre 1966 y 1975 tenían una mayor probabilidad de experimentar una depresión que quienes nacieron entre 1936 y 1965. Además, por la pendiente de cada curva, muestra que el porcentaje de depresión de quienes nacieron en cada década subsiguiente durante este periodo el porcentaje era mayor y la edad del inicio de la depresión era cada vez menor. En general, el porcentaje de depresión aumentó durante el siglo XX, y también se redujo la edad promedio del primer diagnóstico. Nadie sabe las causas del aumento de la depresión en todo el mundo, ni por qué es más probable que la gente joven esté en riesgo más de lo que estaba en el pasado. Las explicaciones que se dan incluyen un creciente abuso de alcohol y drogas, cambio en la estabilidad de los matrimonios y en la estructura familiar, menos oportunidades de empleo y de promoción, urbanización, los efectos de la creciente contaminación y posiblemente cambios en los criterios diagnósticos. Aunque hasta el momento se han llevado a cabo muchos estudios en cada una de estas áreas, no es claro el papel de juegan estos factores en el aumento de la depresión.

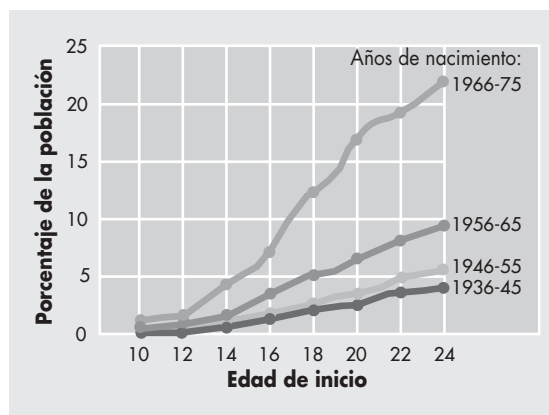


Figura 11-3 La prevalencia de la depresión mayor en Estados Unidos ha aumentado en cada década a partir de 1936, y la edad en la que los síntomas aparecen ha disminuido.

FUENTE: Kessler y cols., 2003.

Género Uno de los principales factores de riesgo de la depresión es, sencillamente, ser mujer. Las mujeres son por lo menos dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres. Los investigadores han tratado de comprender esta diferencia en términos culturales. En la mayoría de las culturas occidentales, en general, se considera más aceptable que las mujeres busquen ayuda por los problemas emocionales que los hombres. Es más probable que ellas consulten a los médicos o expertos en salud mental, y que consideren sus problemas desde un punto de vista psicológico, en lugar de verlos sólo en términos de síntomas físicos. Sin embargo, esta explicación de por qué más mujeres buscan tratamiento para la depresión no aclaran la existencia de un porcentaje general más alto de este trastorno, porque la misma diferencia en el porcentaje de trastornos depresivos para hombres y mujeres se encuentra en encuestas comunitarias, en las que se contacta a las personas en forma aleatoria y no porque busquen ayuda.

Una posible explicación es que, en tanto que las mujeres en general reciben más apoyo social que los hombres, también se espera que ofrezcan más apoyo. Debido a que dar apoyo a menudo implica involucrarse en los problemas y los estresores de otras personas, las mujeres, en promedio, experimentan más estrés que los hombres. En el caso del rango de edad 25 a 45 años, las mujeres casadas tienen un porcentaje de depresión particularmente alto, mientras que las solteras tienen un porcentaje mucho menor, más parecido al porcentaje de los hombres (Paykel, 1991). Esta diferencia puede reflejar un estrés mayor de las mujeres casadas tanto por la gran responsabilidad del cuidado de los hijos pequeños como por sus funciones de apoyo a las familias extensas, además del estrés del trabajo.

El bajo ingreso y la necesidad económica son causas adicionales de estrés que afectan con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, y que pueden estar relacionadas con el porcentaje más elevado de depresión en mujeres (Beekman y cols., 1999). Las mujeres pobres jóvenes (incluyendo afroestadounidenses, hispanas y blancas) están en mayor riesgo de depresión que otros grupos (Miranda y Green, 1999). En general estas mujeres tienen sistemas de apoyo más pobres que las que cuentan con ingresos más altos, y es más probable que hayan sido víctimas en el pasado del crimen y abuso sexual y físico. También es probable que les sea más difícil obtener tratamiento para la depresión. Las mujeres afroestadounidenses también reportan un porcentaje significativamente más elevado de síntomas depresivos que las mujeres blancas en el mismo grupo de edad (Cochran y cols., 1999). Nuevamente parece que un estrés más elevado puede influir, debido a que es más probable que las mujeres afroestadounidenses sean pobres y tengan más responsabilidades familiares como cuidadoras de los nietos y otros familiares que las mujeres blancas de la misma edad.

La forma en que mujeres y hombres afrontan los estados de ánimo deprimidos también puede ser un factor. Los hombres tienden a tener un enfoque orientado a la acción que puede distraerlos de sus síntomas, pero las mujeres tienden a tener un estilo más cognitivo para hablar sobre sus problemas con otros y meditar (seguir pensando) sobre ellos (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994). Este estilo de respuesta meditativa está relacionado con periodos de depresión más largos y con depresión más severa. La respuesta más

orientada a la acción de los hombres puede dar como resultado una expresión diferente de trastorno del estado de ánimo, por ejemplo, una mayor tendencia a abusar del alcohol y a comportarse de manera antisocial. Los hombres y las mujeres sencillamente pueden tener diferentes formas de expresar la vulnerabilidad genética ante la depresión, más que a diferir en la vulnerabilidad por sí misma.

Eventos de vida Los factores ambientales así como los eventos de vida, en especial una acumulación de sucesos estresantes en un corto periodo, pueden jugar un papel importante en el surgimiento de un episodio de depresión, en especial en el caso de personas vulnerables. Sin embargo, la relación entre los eventos de vida estresantes y el inicio de una depresión mayor se reduce a medida que los episodios depresivos previos aumentan (Kendler y cols., 2001). Algunas personas parecen ser genéticamente vulnerables a la depresión recidivante, sin importar que existan eventos de vida estresantes o largos periodos de tranquilidad.

Por lo general, los eventos de vida estresantes no son aleatorios, pues por lo regular están relacionados con la vulnerabilidad de la persona y las circunstancias de vida, no sólo con la “mala suerte”. Muchos eventos de vida están asociados con las relaciones que integran la red social de la persona. Un estudio de gemelos encontró que se considera que más de la mitad de todos los eventos de vida personales dependen de alguna manera de la persona implicada, más que de factores ajenos al control de ella (Kendler y cols., 1999). Aunque ciertos eventos independientes, sobre los que la persona probablemente no tiene control, con frecuencia dan como resultado la depresión, es más probable que ocurra un episodio depresivo después de uno o más eventos que dependen de las personas. La elección de relaciones de las personas y la forma en que interactúan con otras personas cercanas a ellas parece más apropiada para crear eventos estresantes que producen depresión que los eventos basados en fuerzas externas.

Falta de apoyo social El efecto negativo de los eventos de vida concernientes a las relaciones personales cercanas se hace aún más fuerte porque por lo regular está acompañado por una reducción del apoyo social. El **apoyo social**, la confianza de que una persona sea atendida por otros que pueden proporcionar ayuda o apoyo emocional cuando es necesario, es una protección importante contra la depresión. Es probable que la conducta de otros, que transmite críticas o que da a entender que una persona no merece amor o amistad, esté más relacionada con la depresión que la simple ausencia de apoyo (Harris, 1992).

Por lo general se considera que el matrimonio, una relación cercana, proporciona apoyo. Tanto el divorcio como la mala calidad de un matrimonio están relacionados con la depresión y una salud mental y física deteriorada (Prigerson y cols., 1999). La figura 11-4 compara el porcentaje de depresión de hombres y mujeres casados y divorciados en un estudio epidemiológico de varios países. Los descubrimientos de este estudio dejan dos cosas en claro: 1) las personas divorciadas o separadas son más propensas a deprimirse que quienes están casadas, y 2) las mujeres son más propensas a deprimirse que los hombres. El estado civil y las relaciones sexuales tienen efectos similares en todos los países, aun cuando difiere el porcentaje general de depresión (Weissman y cols., 1996).

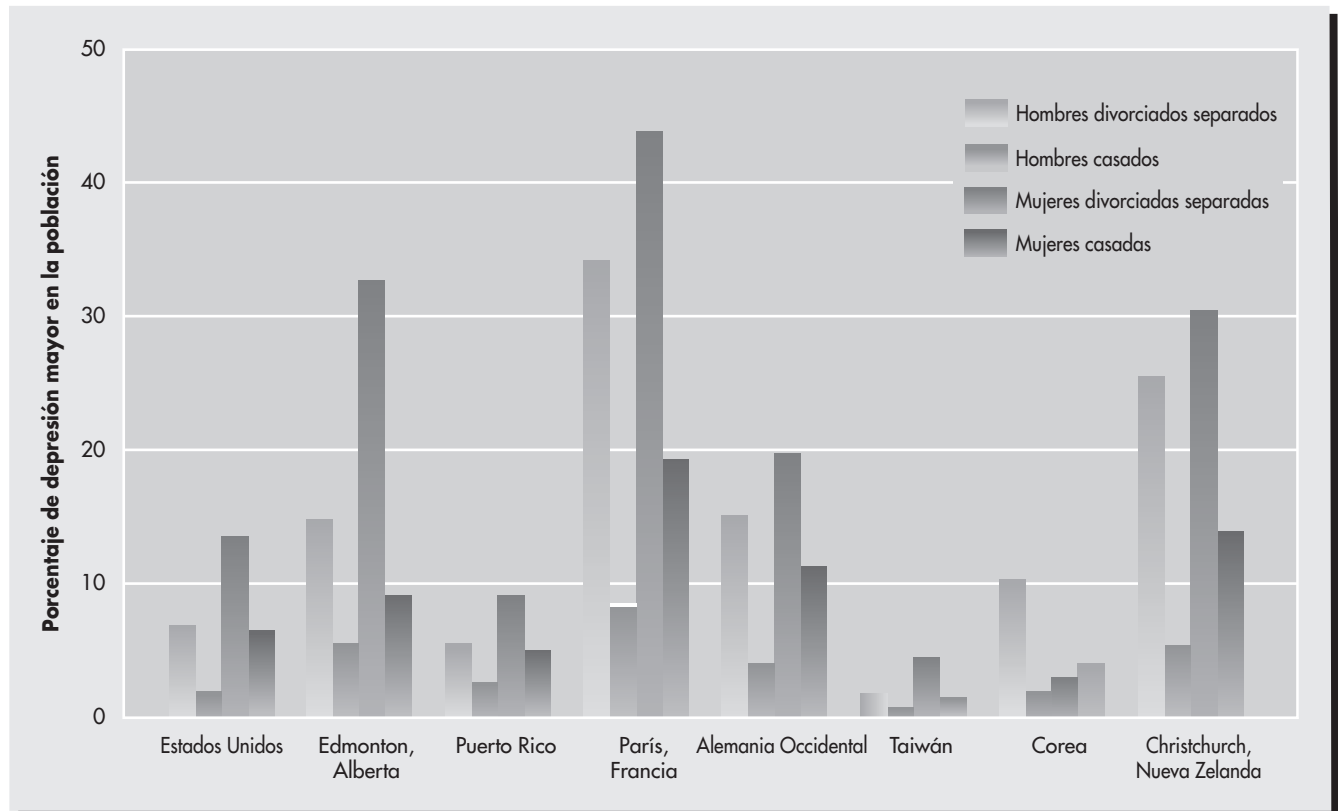


Figura 11-4 El porcentaje del trastorno depresivo mayor en la población, por estado civil, de hombres y mujeres de 26 a 64 años de edad, muestran un patrón similar pero diferentes porcentajes en diversos países. En la mayoría de los países, el porcentaje de personas divorciadas era considerablemente mayor que las casadas. Toda la información, estandarizada, se apega a la distribución de edad en Estados Unidos por género y ajustada por edad.

FUENTE: Weissman y cols. (1996), *Journal of the American Medical Association*, 276, p. 298.

Trastornos depresivos

Trastorno distímico

La mayoría de las personas con **trastorno distímico** afirman que se han sentido deprimidos por varios años, o desde que pueden acordarse. Les parece normal sentirse deprimidos, pues esta condición se ha convertido en su forma de vida y no se sienten capaces de cambiarla. La **distimia** se define como un cuadro caracterizado por síntomas depresivos leves y crónicos. Es común en la población general, y probablemente afecta entre 5 y 6% de todas las personas (Sadock y Sadock, 2003).

La tabla 11-3 resume las condiciones que deben cumplirse para un diagnóstico de trastorno distímico. Tome nota que deben estar presentes otros problemas además del estado de ánimo depresivo. Debido a que éste es de tan larga duración, a veces se le ha considerado a la distimia como un trastorno de la personalidad. Sin embargo, la mayoría de los investigadores la incluyen en el grupo de trastornos del estado de ánimo y creen que está biológicamente relacionada con la depresión. La tabla 11-4 menciona algunas de las características personales que se presentan con frecuencia en personas distímicas. La distimia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, y es más común entre las personas solteras. Se puede decir que las personas distímicas nunca se sienten realmente felices (ver la figura 11-5).

El siguiente caso describe a una mujer que continúa mostrando síntomas distímicos durante la edad adulta. A pesar de que se sometió a una extensa psicoterapia, frecuentemente se siente inferior y sin atractivos para los demás. Incluso cuando los sucesos deben sugerirle que es atractiva y competente, parece hacer todo lo posible para probarse a sí misma que no lo es.

La ejecutiva de 28 años [...] le dijo al terapeuta en su primera entrevista que había recibido psicoterapia extensa con anterioridad, pero que estaba “deprimida” por todo: su trabajo, su esposo y sus planes para el futuro.

Se quejaba de sentimientos persistentes de estado de ánimo depresivo, de inferioridad y pesimismo, que decía experimentar desde los 16 o 17 años. A pesar de considerarse razonablemente buena en la preparatoria, de manera constante pensaba en esos estudiantes que eran “de verdad inteligentes”. Durante sus años universitarios salió con chicos, pero decía que nunca había aspirado a salir con una persona “especial”, porque siempre se sentía inferior e intimidada. Cada vez que veía o se encontraba con un hombre así, actuaba en forma poco natural y confusa o se alejaba tan rápido como era posible, sólo para reprochárselo más tarde y tener fantasías sobre él durante varios meses. Decía que la terapia le había ayudado, aunque todavía no podía recordar alguna ocasión

TABLA 11-3	
Resumen de los criterios diagnósticos del trastorno distímico	
➤ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, unos días más que otros, por lo menos durante dos años.^a ➤ Dos o más de los siguientes síntomas cuando está deprimido: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. ➤ Los síntomas descritos anteriormente jamás han estado ausentes por más de dos meses en un periodo de dos años.^a ➤ Durante los dos primeros años de la alteración,^a no ha ocurrido un episodio depresivo mayor. Si uno de estos episodios ha ocurrido en el pasado, ha existido una remisión completa o la desaparición de los síntomas. ➤ Jamás ha ocurrido un episodio maniaco o hipomaniaco y los criterios no se han alcanzado para el trastorno ciclotímico. ➤ Las alteraciones no son parte de un trastorno psicótico crónico o el resultado de alguna sustancia química (abuso de medicamentos o drogas) o una enfermedad médica general. ➤ Los síntomas provocan aflicción o deterioro en áreas importantes de funcionamiento clínicamente significativos.	
^a Un año para niños y adolescentes.	
FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.	

TABLA 11-4	
Características que se ven con frecuencia en personas distímicas	
Melancolía	
No disfruta las cosas	
Sin sentido del humor	
Pesimista	
Baja autoestima	
Tendencia a estar ensimismado	
Sentimientos de culpa	

en que no se sintiera deprimida de alguna manera (Spitzer y cols., 1981, pp. 10-11).

La distimia y el trastorno depresivo mayor (que se analiza a continuación) tienen un alto grado de comorbilidad. Esto significa que es probable que estos dos trastornos del estado de ánimo se presenten en la misma persona.

Si una persona con trastorno distímico también desarrolla síntomas de depresión mayor, se dice que padece “depresión doble” porque cumple con los criterios para ambos trastornos al mismo tiempo. Este estado doble ocurre con mucha frecuencia. En un amplio estudio epidemiológico, casi la mitad de las personas que tenían trastorno distímico habían tenido también, por lo menos, un episodio depresivo mayor (Weissman y cols., 1996).



Figura 11-5 Quienes padecen trastorno distímico tienen dificultad para disfrutar de la vida aun cuando les suceden cosas buenas.
FUENTE: © The New Yorker Collection 1992 Mike Twohy del cartoonbank.com. Derechos reservados.

“Yo tengo el tazón, el hueso y el jardín grande. Sé que debería estar feliz.”

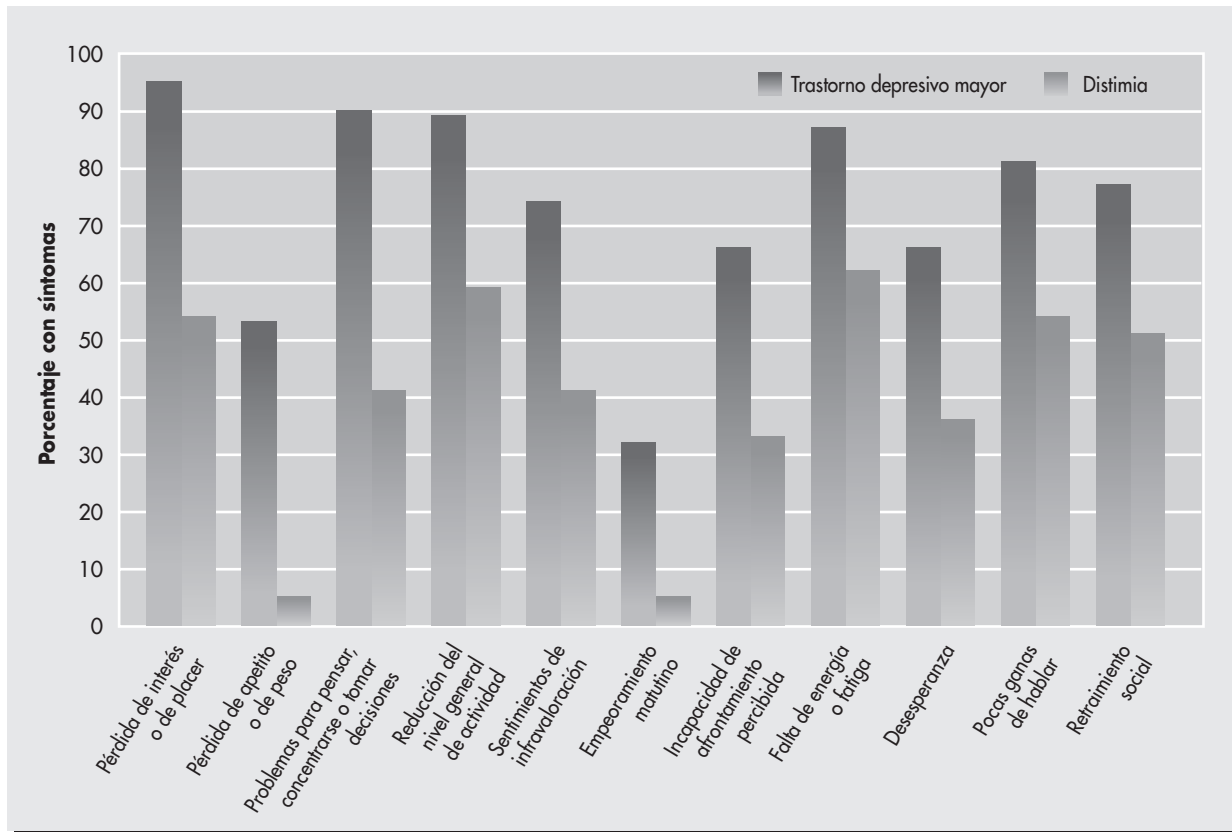


Figura 11-6 Diferencia de síntomas entre los pacientes distímicos y pacientes con episodios recidivantes de trastorno depresivo mayor. Todas las diferencias son estadísticamente significativas.

FUENTE: Keller y col., (1995).

Aunque la distimia parece incrementar la vulnerabilidad de las personas a la depresión mayor, la distimia en sí es diferente de ella en términos de la edad en que las personas tienen mayor probabilidad de ser afectadas. En la depresión mayor los porcentajes aumentan en ciertos grupos de edad, pero en la distimia el porcentaje es estable de los 18 años, aproximadamente, hasta por lo menos los 64 años. En la figura 11-6 se muestra una comparación entre los síntomas de los pacientes con un diagnóstico distímico “puro” (por ejemplo, no tuvieron diagnósticos DSM-IV-TR adicionales) y síntomas de personas a las que se les diagnosticaron episodios recidivantes de depresión mayor. En todos los casos la frecuencia de los síntomas difirió en forma significativa entre los dos grupos de diagnóstico. El trastorno distímico, que tiende a ser crónico, persiste por largos periodos. En contraste, los periodos de depresión intensa se describen por lo regular como de tiempo limitado, lo cual significa que aun sin tratamiento los síntomas tienden a bajar de forma natural con el paso del tiempo.

Trastorno depresivo mayor

La persona que tiene un **trastorno depresivo mayor** ha experimentado uno o más episodios depresivos mayores sin haber sufrido nunca un episodio maniaco o hipomaniaco. La tabla 11-5 resume los criterios para este diagnóstico.

TABLA 11-5

Resumen de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor

- La presencia de un episodio depresivo mayor con o sin un historial de episodios depresivos mayores anteriores.
- El episodio no se explica mejor por la presencia de algún otro trastorno.
- Jamás ha existido un episodio maniaco o hipomaniaco a excepción de alguno que pudiera ser el resultado del abuso de sustancias, medicamentos o de los efectos psicológicos directos de una enfermedad médica general.
- Si están presentes alucinaciones o delirios, se diagnostica el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos.

FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.

Episodio depresivo mayor Un episodio depresivo mayor está marcado tanto por un estado de ánimo depresivo como por la pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades, así co-

mo, por lo menos, cuatro síntomas adicionales del siguiente grupo: pérdida o aumento marcado de peso sin estar a dieta; problemas de sueño constantes; conducta agitada o bastante lenta; fatiga; incapacidad para pensar con claridad; sentimientos de inutilidad; y pensamientos frecuentes sobre la muerte o el suicidio. Estos síntomas deben durar dos semanas y representar un cambio del funcionamiento normal de la persona.

Es difícil expresar con palabras cómo me sentía en esa época. Creo que mi reacción principal fue de desesperación, desesperación por volver a ser humano. Sinceramente, me sentía infrahumano, inferior aun a la peor sabandija. Además, sentía desaprobación por mí mismo y no podía entender por qué alguien podría querer relacionarse conmigo, ya no digamos amarme. Me volví desconfiado y suspicaz con los demás y estaba seguro de que me observaban para probar que era incompetente [...] Me preocupaba cada vez más por las finanzas. Por una parte, creía que recibía dinero extra que no merecía y, por otra, estaba seguro de que íbamos a la bancarrota. En cualquier caso, estaba seguro de que terminaría en la cárcel. Cuando recibí mi salario de julio, me pareció que era más alto de lo que debía. Esto me asustó y dije a mi esposa que debíamos hablar de inmediato a la universidad y devolver el dinero extra, antes de que se presentaran los problemas. Con gentileza, mi esposa me dijo que creía que la cantidad era correcta y no había por qué preocuparse. Desde luego que tenía razón [...] No sólo dudaba de mi situación actual sino también de mi carrera. Estaba seguro de que era un fraude y un farsante y no merecía mi doctorado en filosofía. No merecía el cargo vitalicio; no merecía ser Profesor Titular [...] no merecía las donaciones que me habían otorgado para la investigación; no podía entender cómo había escrito libros y artículos para los periódicos y cómo los habían aceptado para su publicación. Debo haber engañado a muchas personas (Endler, 1990, pp. 41-42).

Éstos eran los pensamientos y estado de ánimo de un reconocido psicólogo canadiense durante un periodo de depresión mayor los cuales ilustran la forma drástica en que la depresión puede alterar el estado de ánimo, la percepción y la conducta.

La señora B. ofrece un ejemplo típico de un episodio de depresión mayor experimentado por alguien que no sabía tanto sobre la psicología como Norman Endler. Su esposo la llevó al consultorio de un psiquiatra. Cuando llamó para pedir una cita y le dijeron que la primera que estaba disponible era después de diez días, contestó que no creía que su esposa pudiera esperar tanto. La señora B., madre de dos pequeños, tenía 45 años de edad y trabajaba como secretaria de un despacho de abogados.

La señora B. vestía ropa arrugada y algo manchada. Llevaba el cabello mal peinado y su olor era peculiar. Tenía el rostro ojeroso e inexpressivo. Su esposo la ayudó a entrar al consultorio en donde se sentó inmóvil, mirando al piso y suspirando de vez en cuando. No decía nada, a menos que se le hiciera una pregunta sencilla y directa. Incluso entonces demoraba sus respuestas, las decía con lentitud y reflejaba indolencia y monotonía. Una parte de la entrevista transcurrió como sigue:

Dr. R: *¿Cuál es el problema que le hace venir?*

Sra. B: *No me importa nada.*

Dr. R: *¿Qué quiere decir?*

Sra. B: *(no respondió)*

Dr. R: *Parece triste.*

Sra. B: *Sí... no triste... sólo nada.*

Dr. R: *¿Hace cuánto tiempo que está así?*

Sra. B: *Más o menos tres semanas... cada vez estoy peor.*

Dr. R: *¿Antes le había sucedido algo parecido?*

Sra. B: *No*

Dr. R: *¿Cómo está su apetito?*

Sra. B: *No tengo apetito.*

Dr. R: *¿Ha bajado de peso en estas tres semanas?*

Sra. B: *No sé... tal vez cinco o seis kilos.*

Dr. R: *¿Duerme bien?*

Sra. B: *No, duermo mal. Todos los días me despierto como a las tres y me quedo acostada.*

Dr. R: *¿Se siente mal por algo?*

Sra. B: *Por todo... desearía estar muerta*

(Tomb y Christensen, 1987, p. 198)

Después de la entrevista, el esposo de la señora B. platicó con el psiquiatra. Dijo que él y su esposa habían estado casados durante 26 años y que esta conducta era muy distinta a cualquier otro periodo anterior. Creía que el problema había empezado hacía más o menos un mes. Desde entonces, ella estaba demasiado cansada para participar en su actividad favorita, los paseos en bote.

"Se aisló en forma gradual. No quiere ver a nadie, sólo desea descansar pero nunca la ve dormir. La obligo a comer. Creo que ayer, cuando dijo que deseaba morir, sentí pánico" (Tomb y Christensen, 1987, p. 198).

Un episodio de depresión mayor puede terminar por completo en un par de semanas o meses o puede sencillamente disminuir, pero algunos síntomas continúan por un largo periodo. Para algunas personas los síntomas pueden continuar y alcanzar los criterios hasta un año después. Aunque el luto o la pérdida de una persona amada cercana pueden dar como resultado una conducta similar a la que se clasifica como trastorno depresivo, una persona en luto que experimenta dichos síntomas por dos meses o menos no se consi-

dera que haya experimentado un episodio depresivo mayor. Algunas personas pueden tener un solo episodio de trastorno depresivo mayor al principio, al cual le sigue un episodio maniaco o hipomaniaco. En ese caso, el primer diagnóstico de trastorno depresivo mayor cambia a trastorno bipolar.

Trastorno depresivo mayor recidivante Por lo menos la mitad de las personas que experimentan un episodio de depresión mayor tendrán una depresión mayor recidivante posteriormente (Thase y Sullivan, 1995). Si tienen tres o más episodios, la probabilidad de un episodio adicional o más dentro de los siguientes tres años es casi de 80% a menos que haya un tratamiento apropiado. Esto significa que para muchas personas un primer episodio de depresión mayor con el tiempo se convertirá en una enfermedad recurrente. Aunque un estrés de vida severo puede ser importante cuando se presenta el primero o hasta el segundo episodio depresivo, parece menos probable que los episodios posteriores estén relacionados con eventos estresantes adicionales.

Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos

Aproximadamente 15% de las personas con depresión mayor tienen algunos síntomas psicóticos, por lo general delirios (falsas creencias sobre la realidad). Normalmente, los delirios incluyen culpa (“es mi culpa que ella esté enferma”); castigo (“estoy sufriendo porque soy una persona terrible”); o pobreza (“voy a la bancarrota y me moriré de hambre cuando sea un anciano”). Algunas veces, pero con menor frecuencia, los delirios no están relacionados con temas depresivos.

La conducta típica de la depresión con síntomas psicóticos se ilustra con el caso de un hombre de 58 años que fue llevado a la sala de urgencias por su esposa y su hijo:

Trabajaba como arquitecto y todo iba muy bien hasta hace tres semanas. En ese momento se volvió mucho más callado y empezó a retirarse a su habitación después de la cena. Hace una semana se negó a ir a trabajar, dejó de comer y empezó a caminar por las noches. Movía las manos en forma nerviosa, apretaba los puños y lloraba. Hablaba de muchos sucesos insignificantes como si fueran “pecados graves” y hoy empezó a advertir a su familia que en realidad él era “el demonio”. “Todos estos años me han confundido con su padre. Soy el demonio, Satanás en persona. Nadie es más malo y despreciable que yo. Traigo la muerte y la enfermedad al mundo y me quemaré en el infierno para siempre”. Es la tercera vez en cinco años... que ha expresado la creencia de que se ha confundido su identidad y en realidad es el demonio (Tomb y Christensen, 1987, p. 49).

Ya sea que estén presentes síntomas psicóticos o no, la depresión grave es muy visible para otros. Las personas que están severamente deprimidas no sólo no pueden trabajar o realizar otras actividades normales de la vida diaria, sino que también parecen estar inmersas en su propia desdicha. El reconocido artista estadounidense Jacob Lawrence describió estos atributos de la depresión grave en su cuadro de hombres deprimidos hospitalizados, obra que realizó después de ser hospitalizado por depresión (ver la figura 11-7).



Figura 11-7 En su obra *Depression*, el artista Jacob Lawrence muestra la mirada baja, la cabeza y los hombros encorvados y la postura encogida de las personas que están profundamente deprimidas. Mientras que con frecuencia la depresión se presenta después de los fracasos de la vida, en ocasiones viene después del éxito. La depresión de Lawrence se produjo poco después de recibir un premio como un artista prometedor. Varios meses de psicoterapia en el Hillside Hospital le ayudaron y no tuvo recurrencia de la depresión. Las obras relacionadas con su estadía fueron vistas por los críticos de arte como un momento decisivo en su carrera, que lo llevó a una gran innovación artística y una elevada expresión emocional. Lawrence se convirtió en uno de los artistas estadounidenses más importantes del siglo xx.

FUENTE: Jacob Lawrence (nació en 1917), “Depression”, 1950, temple sobre papel, 220 × 30-1/2 pulgadas (55.9 × 77.5 cm.). Donación de David M. Solinger. Fotografía ©1997: Whitney Museum of American Art, Nueva York. Colección del Whitney Museum of American Art, Nueva York, número de acceso 66.98. ©2004 Gwendolyn Knight Lawrence/Artists Rights Society (ARS), Nueva York.

Causas y tratamiento de la depresión

Las causas de la depresión aún no se entienden muy bien (*Mental Health: A Report of the Surgeon General*, 1999). Muchas veces se desencadena debido a eventos de vida estresantes, pero no todas las personas que los experimentan se deprimen, y como se observó con Jacob Lawrence, la depresión también puede suscitarse después del éxito personal.

Muchas perspectivas teóricas han contribuido a incrementar la comprensión de este padecimiento. Probablemente ninguna de ellas por sí sola puede explicar en forma adecuada las causas de él, pero cuando se consideran en conjunto los factores biológicos, genéticos y psicosociales se logra un avance en la comprensión y tratamiento de la depresión de varios tipos.

Factores biológicos en la depresión

Aunque no se han definido todavía las causas genéticas específicas de la vulnerabilidad a la depresión, es evidente que está relacionada con factores bioquímicos. La falta o la insuficiencia de ciertos neurotransmisores químicos en regiones particulares del cerebro se relacionan con la depresión. A pesar de que la investigación inicial se enfocó en la actividad de los neurotransmisores **serotonina** y las **catecolaminas** (dopamina, norepinefrina y epinefrina), se sabe que

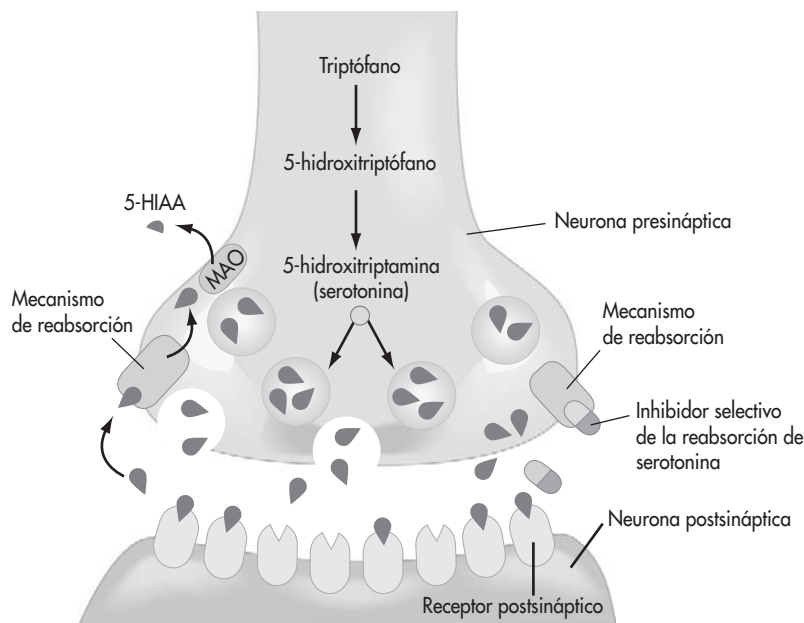


Figura 11-8 Este diagrama simplificado de la sinapsis de la serotonina muestra la liberación y reabsorción de ésta así como su unión con los receptores postsinápticos.

FUENTE: Adaptación de Jacobs (1994).

otros neurotransmisores juegan un papel importante. Entre ellos está el **ácido gama-aminobutírico** (usualmente llamado **GABA**) y **acetilcolina**.

Los neurotransmisores son importantes porque cada una de las miles de millones de neuronas del cerebro interactúa con las demás por medios electroquímicos. Cuando la neurona es estimulada, libera una sustancia química (el neurotransmisor) de las vesículas o áreas de almacenamiento en una neurona, llamada neurona presináptica. El neurotransmisor se propaga a través del espacio sináptico o espacio entre dos neuronas (ver el capítulo 2), e interactúa con receptores ubicados en la superficie exterior de la neurona postsináptica. La figura 11-8 es un diagrama muy simplificado que ilustra la forma en que uno de estos neurotransmisores, la serotonina, cruza la sinapsis de una neurona a otra. La llegada de un impulso eléctrico o potencial de acción a la neurona presináptica da como resultado la liberación de serotonina de las vesículas donde se ha almacenado después de ser sintetizada por el aminoácido triptófano. La serotonina se desplaza entonces hacia la hendidura sináptica. Una parte encuentra el camino hacia los receptores especializados en la neurona postsináptica o receptora, y como resultado la neurona postsináptica altera su actividad eléctrica y química. También se puede eliminar la serotonina de la sinapsis en otras dos formas además de enviarla hacia la neurona postsináptica. Los mecanismos de reabsorción de la neurona presináptica pueden eliminar la serotonina de la sinapsis haciéndola regresar al lugar donde fue liberada. Otra forma de desactivar la serotonina es por medio de la enzima **monoamino oxidasa (MAO)**, que hace que la serotonina cambie de forma químicamente, a ácido 5-hidroxiindol acético (5-HIAA). Tanto la MAO como los mecanismos de reabsorción reducen la cantidad de serotonina disponible en la sinapsis.

Por medio de estudios de las acciones de diferentes tipos de antidepresivos se ha aprendido bastante sobre el papel de las monoaminas, en especial la serotonina. Cada grupo de drogas tiene una

manera diferente de regular la cantidad de serotonina en la sinapsis. Los antidepresivos llamados **inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO)** funcionan mediante la inhibición o reducción de la capacidad de la MAO de convertir la serotonina en 5-HIAA. Esta acción inhibitoria MAO provoca la concentración de serotonina en el cerebro. Sin embargo, la MAO lleva a cabo una cantidad de funciones químicas vitales en el cerebro, y por ello los inhibidores de la MAO pueden ser muy tóxicos, porque afectan otras funciones además de alterar la cantidad de serotonina disponible. Se han desarrollado nuevas versiones de los inhibidores de la MAO llamados **inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa (RIMAs)**, que parecen reducir en forma importante el riesgo de efectos secundarios peligrosos de los inhibidores de la MAO al tener efectos más focalizados y selectivos. Sin embargo, todavía no está claro si los RIMA son tan eficaces para reducir los síntomas de depresión, como lo son los inhibidores de la MAO.

A diferencia de los inhibidores de la MAO, los **antidepresivos tricíclicos** mediante el bloqueo de la reabsorción de serotonina por la neurona presináptica. Esto da como resultado una mayor existencia de serotonina en la sinapsis. Aunque los antidepresivos tricíclicos no tienen los efectos secundarios más peligrosos que los que tienen los inhibidores de la MAO, sí tienen efectos secundarios porque también bloquean la reabsorción de norepinefrina y dopamina. El aumento resultante de las otras monoaminas puede producir una variedad de efectos secundarios, entre otros, reseca de la boca, estreñimiento y dolores de cabeza. Un grupo más novedoso de drogas, llamados **inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina (SSRIs)** limitan su acción a la serotonina y por consiguiente producen menos efectos secundarios.

La investigación de fármacos antidepresivos ha demostrado que su uso cambia los niveles de norepinefrina y serotonina poco tiempo después de que se ingieren los fármacos. Sin embargo, con frecuencia los efectos de elevación del estado de ánimo de estos cambios no se puede observar por varias semanas.

Indicadores de la depresión Debido a que la mayoría de los científicos están de acuerdo en que no todas las depresiones tienen causas similares, se han hecho muchos esfuerzos para encontrar subgrupos de pacientes deprimidos que tengan características similares. El estudio de dichos subgrupos no sólo debería facilitar la comprensión de las causas de la depresión sino, más importante aún, proporcionar claves para el tratamiento más eficaz de un paciente en particular. Un punto importante de la investigación en esta área es el esfuerzo para desarrollar un procedimiento que se pueda utilizar para identificar varios subgrupos, del mismo modo en que se usan estudios de laboratorio para identificar cepas de bacterias para diagnosticar los tipos de infección.

Técnicas de imagenología cerebral Los descubrimientos por medio de una variedad de técnicas de imagenología cerebral (tomografía computarizada (TC), imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía de emisión de positrones (TEP) y tomografía computarizada de emisión de fotón (TCEF), que se realizaron a personas con depresión sugieren que el trastorno se relaciona con algún tipo de disfunción cerebral regional. Por medio de estas técnicas de escaneo se ha demostrado que el estado de ánimo disfórico, la incapacidad para experimentar placer, indefensión y sentimientos de tristeza se relacionan con los cambios en la circulación de la sangre en el cerebro y/o con diferencias en el metabolismo en las áreas fronto/temporales de la corteza y otras áreas específicas del cerebro.

El hecho de que la técnica IRM no expone a la persona examinada a ningún efecto dañino aun después de varias tomas, ha motivado que se realice una cantidad considerable de investigación sobre anomalías biológicas del cerebro, y la forma en que se correlacionan con los patrones conductuales y emocionales que distinguen diferentes patrones de síntomas de la depresión mayor. Un área importante de investigación futura mediante el empleo de estas técnicas de imagenología incluye descubrir si alguna de estas diferencias persiste después de que el paciente se ha recuperado de un episodio de depresión.

Ritmos biológicos El estudio de los ritmos biológicos puede ser otra forma de recopilar información sobre la depresión. Durante mucho tiempo, se han reconocido los **ritmos circadianos**, ritmos regulares diarios en el funcionamiento de los seres humanos y otros animales. Los cambios estacionales también influyen en los ritmos biológicos. El **trastorno afectivo estacional (SAD)**, que se describe en el cuadro 11-2, es un tipo de depresión relacionado con ritmos estacionales, más que con ritmos diarios.

Los ritmos biológicos son controlados o influidos por factores internos (entre ellos los neurotransmisores) y por factores externos (como la luz). Algunos ritmos circadianos (como la temperatura corporal y la actividad durante el sueño) por lo general están sincronizados de modo que sus puntos más elevados ocurren al mismo tiempo. Cuando estos ritmos pierden la sincronización, se presentan otros cambios. Por ejemplo, el sueño dura mucho tiempo si una persona se duerme en el punto más elevado de la curva de la temperatura corporal. Si, por el contrario, la persona se duerme cerca del punto más bajo de esta curva, el sueño dura menos. Los

investigadores de la depresión están interesados en la forma en que los ritmos biológicos afectan el sueño, ya que las alteraciones de éste son frecuentes en personas deprimidas, quienes tienden a presentar problemas para conciliar y mantener el sueño. Los investigadores que estudian las causas de la depresión han observado que el tratamiento con antidepresivos y también con terapia electroconvulsiva (TEC) hace desaparecer estas molestias. La tabla 11-7 menciona algunos de los tipos de alteraciones del sueño en las personas deprimidas.

Tratamientos biológicos

La investigación básica sobre los compuestos químicos que modifican la acción de los neurotransmisores y sobre los cambios en la actividad cerebral que acompañan a la depresión han dado como resultado dos enfoques importantes de tratamiento con bases biológicas: *medicamentos antidepresivos* y *terapia electroconvulsiva*. El uso de medicamentos antidepresivos es mucho más común.

Medicamentos antidepresivos Los antidepresivos han ayudado a millones de personas, y tal vez 35-45% de aquellas que los toman experimentan un alivio completo de sus síntomas. Sin embargo, a millones más, tal vez 55-65%, no les ayuda o sólo les ayuda en menor grado. Hay tres grandes categorías de antidepresivos: inhibidores de la monoamino oxidasa (MAOI), antidepresivos tricíclicos (TCA) e inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina (SSRI).

Los MAOI, los primeros antidepresivos que se utilizaron extensamente, fueron descubiertos casi por accidente. A principios de los años cincuenta, los médicos observaron que los pacientes con tuberculosis mostraban una prolongada elevación del estado de ánimo cuando se les trataba con *iproniazida*, un MAOI que se pensaba era un agente contra la tuberculosis. Se comprobó que la iproniazida era eficaz contra la tuberculosis, pero su efecto sobre el estado de ánimo llevó a una investigación en la que ésta, y otros MAOI también, se utilizaron en pacientes deprimidos. Se encontró que eran bastante eficaces en varias pruebas clínicas, pero había varios efectos secundarios perturbadores. Además, se les pedía a los pacientes que tomaban MAOI que evitaran el queso, el vino tinto y otros alimentos que interactuaban con el fármaco, y que podían causar dolores de cabeza severos y, en algunos casos, derrames cerebrales.

La utilidad de los antidepresivos tricíclicos también se descubrió de forma inesperada, cuando se estudiaba la droga *imipramina* como tratamiento potencial para la esquizofrenia. Aunque no redujo los síntomas psicóticos, sí elevó el estado de ánimo de los pacientes. Como resultado de este descubrimiento, los antidepresivos tricíclicos (uno de los cuales es la imipramina) se comercializaron extensamente para el tratamiento de la depresión. Aunque son eficaces para mejorar el estado de ánimo de muchos pacientes deprimidos, los antidepresivos tricíclicos tienen varios efectos secundarios, que incluyen el estreñimiento, aumento de peso y, en ciertos casos, irregularidades cardíacas. Para algunos pacientes, pequeñas sobredosis fueron letales.

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

Trastorno afectivo estacional

La mayoría de las personas se sentiría más alegre paseando entre flores de primavera, con brisas templadas y agradables y un sol brillante, que luchando contra una tormenta invernal de aguanieve en la tarde cuando la oscuridad se avecina. Muchas personas responden a los cambios estacionales con cambios en el interés, respuestas corporales y de conducta. Desde hace miles de años se ha reconocido este fenómeno estacional. Por ejemplo, lo mencionan tanto Aristóteles como Hipócrates. Sin embargo, estos cambios tal vez estén menos relacionados con la temperatura o el mal clima, que con la cantidad de luz del día en cada estación del año.

La mayoría de las personas viven en regiones del mundo, en las que el número de horas de luz del día varía con la estación. Esta circunstancia tiene su efecto mayor en las regiones más septentrionales y meridionales del mundo, donde la luz del día en invierno dura muy poco tiempo. En 1984 fue la primera vez que se reconoció, de manera formal, que algunas personas sufrían de una depresión recidivante que comenzaba en el otoño, duraba todo el invierno y terminaba en la primavera, en un patrón regular relacionado con el número de horas de luz y oscuridad estacionales (N. E. Rosenthal y cols., 1984). Los investigadores le dieron a este trastorno el nombre de *trastorno afectivo estacional* (SAD). La tabla 11-6 muestra los criterios actuales del DSM-IV-TR para el SAD, al que ahora se conoce como trastorno del estado de ánimo recidivante con patrón estacional. En Estados Unidos, la frecuencia del SAD es de cuatro a cinco veces mayor en la franja más septentrional de estados que en la banda más meridional. El efecto estacional de este trastorno está respaldado por los descubrimientos de que los síntomas mejoran si las personas más afectadas se mudan de latitudes septentrionales a latitudes meridionales (Partinen y Magnusson, 2001). El metabolismo de la serotonina parece jugar un papel importante en el SAD (Lambert y cols., 2002).

Para la típica persona con SAD, los síntomas pueden comenzar en noviembre y durar un promedio de cinco meses. La figura 11-9 muestra el perfil promedio anual de un

grupo de pacientes con SAD a quienes se estudió por un periodo de por lo menos siete años. Los síntomas del SAD incluyen ansiedad e irritabilidad acrecentada, aumento de peso (que aparentemente resulta por antojos de comida rica en carbohidratos) y un aumento del número de horas de sueño. El patrón de síntomas parece ser el reverso de algunos aspectos del patrón de síntomas más

TABLA 11-6

Resumen de los criterios para diagnosticar el trastorno del estado de ánimo recidivante con patrón estacional (SAD)

- Una relación temporal sostenida entre el inicio de un episodio depresivo mayor y una época del año en particular (no se incluyen casos en el que estresores psicosociales en particular, tales como una gran carga de trabajo, tienden a ocurrir en una época particular del año; por ejemplo, la carga de trabajo de los contadores antes del plazo de entrega de los impuestos sobre los ingresos). Estos episodios pueden ocurrir en personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor recidivante o en personas con trastorno bipolar.
- La remisión total (o la desaparición de los síntomas), o el cambio de depresión a episodios de manía o hipomanía que también ocurre en una época del año en particular.
- La presencia en los últimos dos años de dos episodios depresivos mayores que muestran la relación estacional temporal descrita anteriormente, pero ningún episodio depresivo mayor no estacional durante el mismo periodo.
- Muchos más episodios depresivos mayores estacionales en la vida de las personas que episodios depresivos no estacionales.

FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.

En los años setenta los investigadores de la depresión estudiaron el *clorhidrato de fluoxetina*, uno de los SSRI, y descubrieron que era eficaz y tenía menos efectos secundarios que los MAOI o los TCA. El clorhidrato de fluoxetina se comercializó como *Prozac*, que demostró tener algunas ventajas importantes sobre otros antidepresivos, incluyendo dosis estándares que lo hacían más fácil de usar en la práctica clínica diaria. A pesar de la seguridad y tolerancia mejorada de los SSRI, no han demostrado ser más eficaces que otros antidepresivos. El Prozac y medicamentos similares todavía se usan extensamente, y a veces se les ha visto como medios casi mágicos para lograr la felicidad y una sensación de bienestar (ver la figura 11-10).

Obviamente el antidepresivo perfecto aún no se ha encontrado. Debido a su seguridad, los SSRI son los medicamentos contra

la depresión de mayor uso. A pesar de que una gran cantidad de evidencia sugiere que los tres tipos de antidepresivos no difieren mucho en su eficacia promedio, la respuesta a medicamentos específicos varía de manera notable entre las personas (Simon, 2002). Esto significa que los clínicos deben usar su mejor juicio cuando prescriben un antidepresivo, y deben cambiar a otro si el medicamento que se prescribió inicialmente no es eficaz o tiene efectos secundarios inaceptables. Al prescribir antidepresivos, los clínicos deben tomar en cuenta su experiencia previa con fármacos específicos (incluyendo el efecto terapéutico y los efectos secundarios adversos) y la presencia de otros trastornos psiquiátricos potencialmente relevantes o enfermedades médicas. Aunque ningún estudio ha mostrado una conexión entre el suicidio y el uso de antidepresivos en adultos, en 2004 la U.S. Food and Drug Administration

CUADRO 11-2

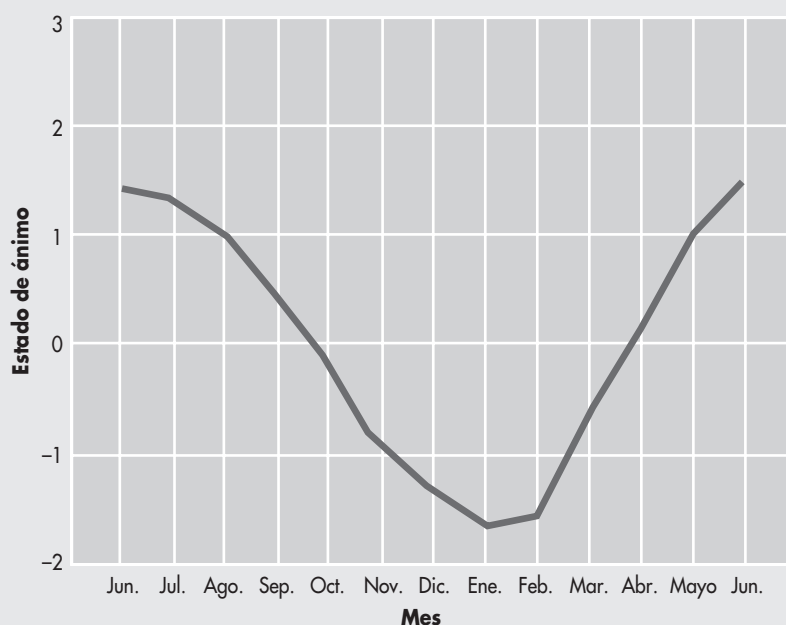


Figura 11-9 Los pacientes con trastorno afectivo estacional, que tuvieron un seguimiento mínimo de siete años, mostraron este patrón de estado de ánimo promedio durante los meses del año.

FUENTE: Data from P. J. Schwartz y cols., (1996).

característico de la depresión, que por lo regular está acompañado por pérdida de peso y problemas de sueño.

Es más probable que el trastorno empiece al comienzo de la edad adulta, aunque parece que afecta a una cantidad considerable de niños y adolescentes. La mayoría de las personas diagnosticadas con este trastorno son mujeres. El porcentaje es mayor que la proporción 2 a 1 de mujeres en relación con

hombres que padecen trastornos depresivos. Es más probable que las familias de las personas que han sido diagnosticadas con SAD tengan un porcentaje más elevado de trastornos psiquiátricos que lo normal (Kasper y cols., 1989). Los estudios de gemelos demuestran que hay un fuerte efecto genético tanto en el caso de hombres como en el de mujeres (Sher y cols., 1999).

Varias teorías se han enfocado en los procesos fisiológicos. De éstos, los más probables parecen tener relación con la función neurotransmisora. Se piensa que la dopamina, la serotonina y la noradrenalina están relacionadas con el SAD. Otro tema de investigación es el estudio de los ritmos circadianos desfasados (Rosenthal y Wehr, 1992). Los estilos de pensamiento negativo y atribuciones depresivas también pueden prolongar la depresión estacional una vez que se presenta.

La terapia que se recomienda con más frecuencia para el tratamiento del SAD es la fototerapia (terapia de luz). Consiste en la exposición a una fuente de luz de alta intensidad una o dos veces al día por un periodo prescrito. Se sabe que la terapia de luz es muy eficaz para pacientes con síntomas típicos de SAD, y parece no tener efectos negativos a largo plazo aun si se utiliza por siete años o más (P.J. Schwartz y cols., 1996). Sin embargo, no hay acuerdo en cuál es el mejor patrón de exposición a la luz o qué parte de la longitud de onda es la más beneficiosa. Algunos investigadores consideran que la luz intensa temprano en la mañana es la mejor; otros prefieren luz que aumenta gradualmente su intensidad cada día para simular el amanecer. Sin embargo, los que tienen síntomas típicos muestran una mayor mejoría con luz más intensa. Para quienes presentan síntomas atípicos (por ejemplo, tener un patrón reverso de mayor depresión en el verano que en el invierno) la intensidad de la luz parece no tener ningún efecto (Lee y Chan, 1999). Para los pacientes que presentan síntomas severos de SAD, una combinación de tratamiento de luz y el uso de uno de los antidepresivos del grupo SSRI parece producir los mejores efectos a largo plazo (Thorell y cols., 1999).

(FDA) emitió un aviso que advertía que pueden presentarse pensamientos o conductas suicidas después del comienzo del tratamiento con antidepresivos, pero se cree que un evento de este tipo es raro. Cierta evidencia sugiere que estos efectos pueden presentarse en niños y adolescentes.

Al considerar un tratamiento para el trastorno depresivo es importante tomar en cuenta el patrón del trastorno. Con frecuencia, un patrón típico se compone de síntomas iniciales y una evolución hacia el trastorno, seguidos de una reducción de los síntomas sin volver completamente al funcionamiento normal. Si los síntomas aparecen nuevamente, se dice que la persona ha experimentado una **recaída**. Si los síntomas se reducen de manera que la persona regresa a su estado normal, se dice que la depresión está en **remisión**. Durante la remisión puede presentarse una recaída. Sin

embargo, si la remisión continúa por lo menos durante seis meses, se considera que el paciente se ha recuperado. Si se presenta otro episodio de depresión después de la recuperación, a los nuevos síntomas se les llama **recurrencia**. La figura 11-11 muestra estos periodos en forma gráfica.

El uso de antidepresivos, su combinación con psicoterapia u otra terapia psicosocial, o sólo el uso de terapia psicosocial puede diferir en eficacia a lo largo de estos periodos. Se recomienda la **terapia de mantenimiento**, es decir, continuar con los medicamentos por algún tiempo después de que el paciente muestra una mejoría de los síntomas o una remisión, se recomienda para aquéllos que hayan sufrido de tres o más episodios depresivos, que hayan tenido una depresión crónica o cuya depresión es parte de un trastorno bipolar (Prien y Kocsis, 1995). Aunque actualmente los antidepresi-

TABLA 11-7	
Principales alteraciones del sueño en la depresión	
Sueño poco profundo	
➤ Reducción de las fases 3 y 4 del sueño (Delta)	
➤ Aumento de la fase 1 del sueño	
➤ Mayor sensibilidad al ruido	
Sueño fragmentado	
➤ Aumento de los despertares	
➤ Aumento de los cambios de fase	
➤ Reducción de la eficiencia del sueño	
Sueño breve	
➤ Reducción del tiempo total de sueño	
➤ Aumento del tiempo para conciliar el sueño	
➤ Aumento del despertar temprano por la mañana	
Sueño REM "intenso"	
➤ Aumento de la densidad de REM (aumento del movimiento ocular durante el sueño REM)	
REM Sueño avanzado hacia el inicio del sueño	
➤ El sueño REM comienza poco después de conciliar el sueño	
➤ Aumento de la duración y la densidad del sueño REM durante el primer periodo de éste	
➤ Aumento de la proporción del sueño REM durante la primera mitad de la noche	
FUENTE: Adaptación de Campbell y Gillin (1987).	

vos son el tratamiento a elegir en la fase aguda de un trastorno depresivo mayor, la investigación sugiere que otros tipos de terapia que se analizarán más tarde, ya sea terapia cognitivo-conductual o psicoterapia interpersonal (PTI), pueden ser eficaces para reducir el porcentaje de recaídas después de retirar los medicamentos, o puede ser un sustituto efectivo de los medicamentos durante una remisión. Los estudios han demostrado que la terapia cognitivo-conductual puede ser igual de eficaz que los medicamentos antidepresivos en el caso de pacientes que están severamente deprimidos pero que no requieren hospitalización (DeRubeis y cols., 1999).

Aunque los científicos han aprendido mucho acerca de la depresión, todavía no saben lo suficiente para seleccionar los medicamentos con precisión. Sin embargo, se realiza un progreso constante, como lo sugieren los avances recientes. Un desarrollo prometedor es la creciente razón para creer que la depresión es más un conjunto de síntomas que uno sólo, resultado de actividad neuronal en muchas áreas del cerebro mediadas por varios neurotransmisores. Esto sugiere que los antidepresivos pueden ser mejorados en forma significativa al hacerlos más complejos. Puede ser que se



“Mira que coincidencia: yo también tomo Prozac”

Figura 11-10 Muchas personas tratan de conseguir recetas para Prozac debido a que se anuncia mucho y se ha escrito tanto sobre él que creen que podría ayudar a ser inmune al estrés.

FUENTE: Del *The Wall Street Journal*, con permiso de Cartoon Features Syndicate.

requiera una mayor complejidad para influir en dos o más neurotransmisores, más que sólo uno (como es el caso en este momento). Por ejemplo, las drogas *duloxetine* y *venlafaxina* influyen en múltiples transmisores que se cree influyen en la depresión. Estos fármacos pertenecen a la clase denominada *inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina y norepinefrina* (SSNRI) porque afectan tanto a la serotonina como a la norepinefrina (Schatzberg y cols., 2003).

Terapia electroconvulsiva Uno de los problemas que se presentan cuando se trata un episodio severo de depresión con antidepresivos es el tiempo que pasa entre el inicio de su uso y los primeros signos de mejoría en el estado de ánimo del paciente. Pueden pasar varias semanas antes de que se note un avance. Si hay preocupación por un suicidio, una espera de tres semanas o más puede representar un gran riesgo. En esas situaciones, o en caso de que las drogas no sean eficaces, la terapia electroconvulsiva puede ser el tratamiento adecuado porque produce un efecto más rápido. Es especialmente apropiada para los pacientes severamente deprimidos.

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en producir una serie de breves crisis generalizadas al pasar una corriente por la cabeza del paciente, utilizando dos electrodos colocados en el cuero cabelludo. Un tratamiento de TEC típico implica seis a 12 sesiones con aproximadamente tres sesiones por semana. Aunque no está clara la forma precisa en la que la TEC afecta el proceso de la depresión, produce cambios en el cerebro, en especial en la actividad del hipotálamo (Fink, 1999, 2000). El tratamiento más eficaz para la depresión severa es la TEC y la depresión estudiada que no ha respondido al uso de antidepresivos. Sin embargo, sólo alrededor de la mitad de los casos de depresión estudiados que no respondieron a los antidepresivos sí lo hicieron con la TEC. Este tratamiento también es eficaz para tratar la depresión severa en la que existe una gran cantidad de pensamientos delirantes, y para los que no se puede identificar un evento o eventos que los precipitaran.

Actualmente se ha mejorado la seguridad de la TEC pues se utiliza estimulación de impulsos breves de electricidad que usa sólo alrededor de un tercio del voltaje que empleaban los métodos antiguos. Esta disminución de voltaje reduce el potencial de confusión y la alteración de la memoria. Por lo general, en la actualidad

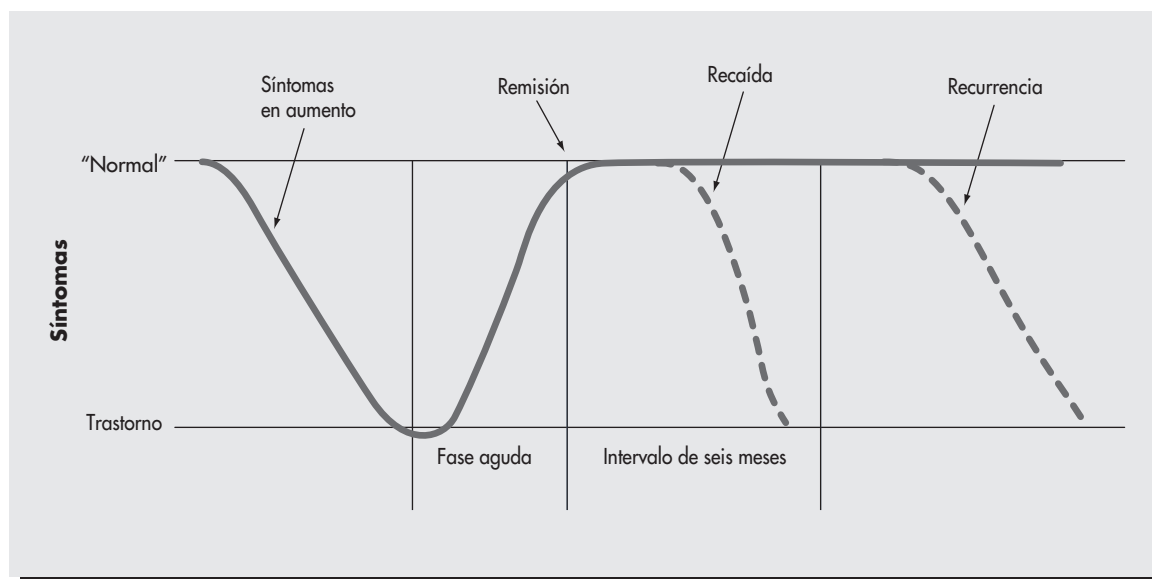


Figura 11-11 Con o sin tratamiento, los trastornos del estado de ánimo por lo general tienen un patrón episódico. Esto significa que los síntomas aparecen y después de un tiempo disminuyen, ya sea como resultado de un tratamiento o como parte de la evolución natural del trastorno. Si la persona funciona nuevamente en el antiguo nivel "normal", se dice que está en remisión. Si después de alguna mejoría los síntomas vuelven a empeorar, se dice que la persona afectada ha sufrido una recaída. Una recaída también puede ocurrir durante la fase aguda, cuando los síntomas empeoran antes de llegar a la etapa de remisión. Si ésta dura por lo menos seis meses y luego los síntomas vuelven a aparecer, se dice que el paciente ha experimentado una recurrencia más que una recaída.

los electrodos de estímulo sólo se colocan en un solo lado de la cabeza (el hemisferio no dominante, que está lejos de los centros cerebrales primarios del aprendizaje y la memoria). Con estas modificaciones, el procedimiento de la TEC prácticamente no produce pérdida detectable de memoria. Otra manera que con frecuencia funciona bien es la colocación de los electrodos en ambos lados de la parte más frontal de la cabeza. Esta colocación bifrontal parece disminuir la depresión y al mismo tiempo tiene muy poco efecto en la memoria (Fink, 2000). La figura 11-12 presenta un diagrama de la colocación de los electrodos y una variedad de monitores fisiológicos en un paciente antes del tratamiento de TEC.

La TEC sólo se administra después de que el paciente da su consentimiento. Sin embargo, en los casos en los que se considera que no tiene capacidad para dar su consentimiento por la severidad de los síntomas, éste debe obtenerse por medio de una audiencia ante un tribunal en la que el paciente tiene derecho a un representante legal. La TEC tiende a disminuir el tiempo de hospitalización y los gastos médicos.

En ocasiones, la TEC puede producir cambios dramáticos en el estado de ánimo. Norman Endler, un reconocido psicólogo canadiense, describió su experiencia con la TEC después de que tanto los tricíclicos como los inhibidores de la MAO probaron ser ineficaces y de que su depresión siguió incapacitándolo por cinco meses más. Endler se enfrentó a la alternativa de elegir entre la TEC y la hospitalización; se decidió de mala gana por la TEC.

El doctor Persad nos encontró en el sexto piso a las siete cuarenta y cinco. Trató de tranquilizarme y recuerdo que me dijo que nunca había visto a nadie tan agitado como yo. La perspectiva de la TEC en verdad me asustaba.

Beatty [la esposa de Endler] se quedó en el área de espera y el doctor Persad y yo entramos a la sala de la TEC. Me puse la pijama y una enfermera tomó algunos de mis signos vitales, tales como presión arterial, pulso y temperatura. La enfermera y otros asistentes eran amigables y me inspiraban seguridad. Empecé a tranquilizarme. La anestesióloga llegó y me informó que me iba a inyectar. Me pidieron que me recostara sobre una camilla y me llevaron a la sala de la TEC. Eran más o menos las ocho. Me inyectaron con una aguja en el brazo y me pidieron que contara en orden descendente empezando por el 100. Llegué más o menos al 91. Después de eso, todo lo que recuerdo es que estaba en la sala de recuperación y eran como las ocho quince. Estaba ligeramente aturdido y cansado, pero no me sentía confundido. Mi memoria no había sufrido ningún daño. Desde luego que sabía dónde estaba. Poco después de las ocho y media me vestí, bajé al vestíbulo para encontrarme con Beatty y me llevó a casa. Ahí disfruté del desayuno y después me recosté algunas horas. Más tarde en la mañana, me vestí. No sentía dolor, confusión ni agitación. No me sentía ni más ni menos deprimido que antes de la TEC [...] Después del tercer o cuarto tratamiento subí al consultorio del doctor Persad y platicué un rato con él. Me preguntó si había notado alguna mejoría y en qué grado. Yo creía que había mejorado de 35 a 40%. El doctor Persad pensó que la mejoría era más bien de 70 a 75% (Endler, 1990, pp. 74-75).

Después que completó el quinto y sexto tratamientos, el doctor Endler regresó a su oficina. Ahí estaba la colega que le ayudó a manejar el departamento de psicología de la universidad durante su ausencia.

Le pedí que se quedara. Contestó que estaría contenta de quedarse siempre que necesitara su ayuda. Temprano por la tarde, Kathy me miró y dijo, "Norm, estás perfectamente bien, no me necesitas aquí". Se fue

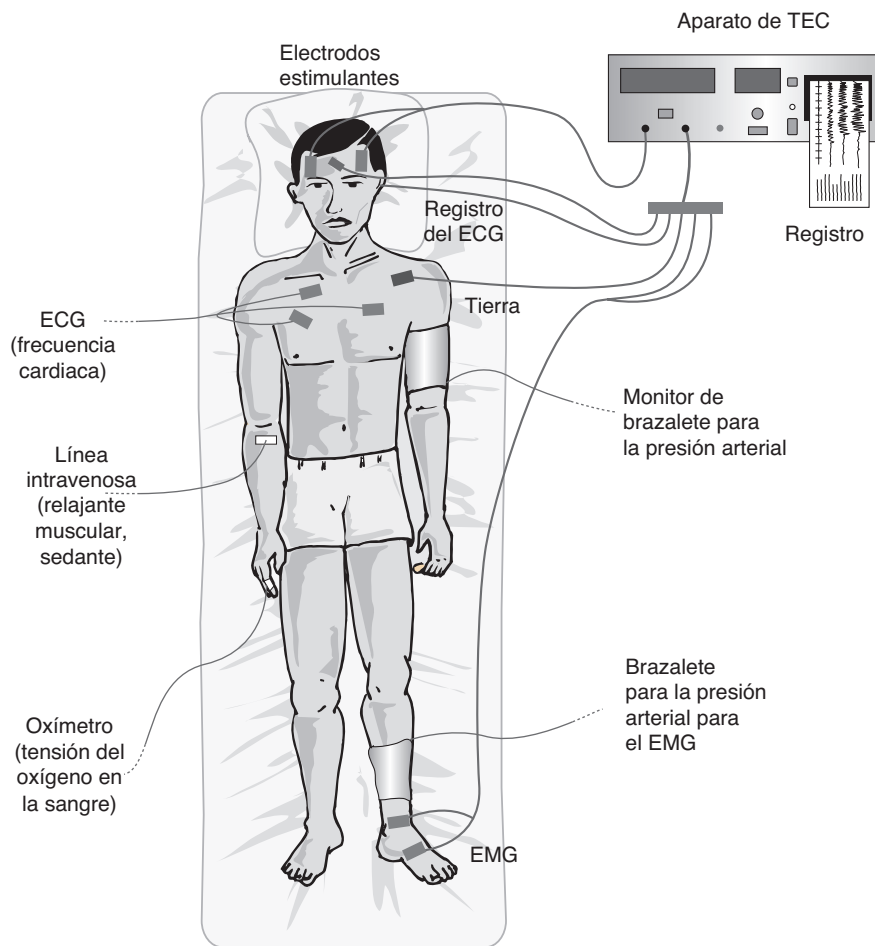


Figura 11-12 Este diagrama muestra la organización para el TEC y los diversos métodos de monitoreo utilizados para evaluar el estado del paciente durante el tratamiento. En él los electrodos se colocan en ambos lados de la frente, una posición que se piensa disminuye en forma importante los efectos negativos del TEC sin reducir su eficacia.

FUENTE: M. Fink (2000). Electroshock revisited. *American Scientist*. 88, p. 165.

y yo me quedé el resto del día. Desde ese momento volví a asumir la dirección por tiempo completo. Un milagro había sucedido en dos semanas. Había pasado de sentirme un minusválido emocional a sentirme bien (Endler, 1990, p. 75).

La TEC sigue siendo un tratamiento importante, eficaz y relativamente seguro para muchos pacientes severamente deprimidos, 50 años después de haber sido desarrollada. En un principio, los pacientes experimentaban molestias debido a los procedimientos empleados, y corrían el riesgo de fracturas de huesos relacionadas con las convulsiones que provocaba el tratamiento. Como consecuencia, la TEC adquirió la reputación de ser un tratamiento inhumano (Kneeland y Warren, 2002). Estos problemas han sido eliminados en la actualidad con el desarrollo de nuevos anestésicos, relajantes musculares y otros avances.

Durante muchos años, haber sido sometido a TEC se sumaba al estigma de tener depresión. En el verano de 1972, el candidato presidencial George McGovern eligió al senador Thomas Eagleton como su candidato a la vicepresidencia. Sin embargo, fue eliminado del programa en cuestión de días cuando aparecieron reportes de que en alguna ocasión había estado deprimido y que se había sometido a TEC (ver la figura 11-13). Una encuesta telefónica llevada a cabo en 2002 descubrió que 24% de los encuestados no



Figura 11-13 El senador Thomas Eagleton fue descartado como candidato a vicepresidente de la planilla demócrata durante la elección de 1972 después de que se reveló que en algún momento había estado deprimido y había sido sometido a TEC. Después de que dejó la planilla, Eagleton observó que cuando joven, en la década 1930 y 1940, nadie hablaba de la palabra "C" (cáncer), y que en las siguientes décadas nadie hablaba de la palabra "D" (depresión). Sin embargo, la opinión del público sobre la depresión puede estar cambiando. En 2002, el representante Patrick Kennedy, un demócrata de Rhode Island, le dijo a sus electores que había sido diagnosticado y tratado por depresión clínica. A pesar de haberlo admitido, los electores de Rhode Island lo regresaron al Congreso con 67% de los votos.

votarían por un candidato con un trastorno del estado de ánimo, y un porcentaje igual “podrían no votar” por un candidato así (*Psychiatric News*, 1 de noviembre de 2002, p. 8). Además, 25% dijo que consideraba que las personas con trastorno del estado de ánimo son peligrosas, que se podían identificar fácilmente en el lugar de trabajo y que no pueden formar y mantener relaciones estables a largo plazo. Veinte por ciento aseguró que las personas con trastornos del estado de ánimo no deberían tener hijos. Tal vez el estigma de la TEC se reducirá cuando más personas comprendan que en la actualidad la TEC es eficaz y segura, y que probablemente causa menos molestias que ir al dentista.

A pesar de su eficacia, un gran número de pacientes deprimidos no se benefician con la TEC. Los investigadores están explorando la posible utilidad clínica de formas alternativas de estimulación cerebral que pueden contribuir a recuperarse de los trastornos del estado de ánimo. Una de ellas es la *estimulación magnética transcranial* (EMT), que utiliza una bobina electromagnética aplicada al cuero cabelludo. La bobina produce un campo magnético de rápida fluctuación que afecta grupos de neuronas. La evidencia preliminar sugiere que la EMT produce cambios positivos del estado de ánimo y pocos efectos cognitivos y físicos no deseados (Dowd y cols., 2002). Se han realizado estudios de la EMT en relación con varias variables que pueden ser importantes para su utilidad clínica, entre las cuales se incluyen la posición e intensidad del estímulo y el número de estímulos.

Tratamiento psicológico

Ningún problema de salud mental ha recibido más atención que la depresión. Los trastornos depresivos pueden ser caracterizados como el resfriado común de los problemas de salud mental. Aunque existe creciente evidencia de que con frecuencia la psicoterapia es útil para superar la depresión, la conexión entre los tratamientos específicos y la mejoría clínica no se ha establecido claramente (Lambert y Davis, 2002). Existe investigación considerable que muestra que, por lo regular, la psicoterapia da como resultado porcentajes más bajos de recaída que los tratamientos médicos (Sammons y Schmidt, 2001). Esta elevada prevención de recaída se podría atribuir a los cambios duraderos en los patrones cognitivos y conductuales resultado de la psicoterapia. Esta técnica se utiliza ya sea sola o combinada con terapias biológicas (antidepresivos y TEC) para tratar los trastornos del estado de ánimo.

El punto de vista psicodinámico de la depresión contempla las causas de los problemas de la persona deprimida, y el tratamiento para controlar esos problemas, de forma muy diferente a la perspectiva biológica. Aunque el enfoque psicodinámico, en especial en términos de las primeras teorías psicoanalíticas y los enfoques terapéuticos de Freud y otros, se utiliza muy raramente en la actualidad para tratar el trastorno depresivo, algunas de las ideas básicas de estas teorías han influido en los enfoques terapéuticos actuales (por ejemplo, la terapia interpersonal). Además, la importancia que otorga el enfoque psicodinámico a la relación terapéutica respecto de los resultados clínicos ha recibido apoyos relevantes (Wampold, 2001).

Los teóricos del psicoanálisis sugieren que estos episodios clínicos de depresión se presentan porque los eventos que la provo-

can reviven veladamente en la conciencia, y amenazan la idea de sí mismo y de los demás que se basan en las experiencias de la infancia. Parece que estas suposiciones se relacionan con la creencia durante la infancia de que a uno nunca lo amarán otras personas, nunca llegará a tener valor y siempre carecerá de capacidad para controlar lo que sucede. John Bowlby, un psicoanalista británico, fue uno de los teóricos más prominentes que hizo hincapié en la importancia de la pérdida o separación en la infancia en el desarrollo posterior. Bowlby (1980) creía que las experiencias de la infancia que contribuían a estos sentimientos no son eventos aislados, sino que se desarrollan a partir de patrones a largo plazo de la interacción familiar.

La investigación apoya el punto de vista de que una combinación de experiencias traumáticas en la infancia y eventos estresantes externos agudos en la edad adulta se relacionan con la aparición de un episodio depresivo mayor (Alnaes y Torgersen, 1993). El siguiente caso ilustra la forma en que las experiencias pasadas pueden contribuir a la depresión y ansiedad en el presente:

Una mujer deprimida afirmó que había tenido conciencia de los síntomas cuando ya no pudo continuar con su trabajo y sintió que era una fracasada. Esta explicación era en parte cierta, pero no describe su situación real. Más adelante se descubrió que había empezado a sentirse ansiosa y disfórica cuando su jefe, de quien dependía su sentido de valor [...] contrató a otra asistente. Esto amenazó la condición especial imaginaria de la paciente ante su jefe y la hizo suponer que éste favorecería a la empleada nueva, que en forma equivocada percibía como más capaz, atractiva y agradable que ella. Gran parte de esta reacción era una recapitulación de los sucesos que rodearon el nacimiento de un hermano menor cuando la paciente tenía cinco años de edad. Al igual que en su niñez, intentó volver a captar la preferencia del padre al trabajar cada vez más, con el objeto de obtener reconocimiento y seguridad.

Sin embargo, al contrario que su padre, el jefe no reconoció su esfuerzo lo suficiente, lo que provocó que se concentrara aún más en su trabajo, hasta que se volvió demasiado para ella. Por lo tanto, se deprimió como resultado del trabajo excesivo; no obstante, la iniciativa de hacer cada vez más había sido suya y la razón básica para hacerlo era volver a ocupar el lugar de favorita del jefe/padre (Bemporad y Vasile, 1990, pp. 57-58).

Con la ayuda del terapeuta, la cliente empezó a comprender en forma gradual que sus creencias se habían originado en la infancia. A medida que comenzaba a darse cuenta de sus puntos de vista distorsionados, aparecieron otras distorsiones en sus reacciones hacia el terapeuta, las cuales se conocen como “distorsiones de transferencia”, porque la cliente reaccionó ante el terapeuta como si éste se comportara como su padre, aunque éste no era el caso. A pesar de que no se daba cuenta de que lo hacía, empezó a considerar al terapeuta como una figura paterna. Pero éste, en lugar de representar un papel paternal como ella lo esperaba, le ayudó a identificar y analizar sus reacciones anticipadas. Conforme estos antiguos supuestos comenzaron a cambiar, la cliente pudo sentirse a gusto con la idea de que la perfección, ya sea desde el punto de vista de uno mismo o de los demás, no es necesaria para la felicidad ni el amor.

Dos ingredientes de la terapia psicodinámica, la expresión de sentimientos y emociones reprimidas, y el apoyo que proporciona el terapeuta, podrían ser especialmente importantes para lograr resultados terapéuticos positivos. Existe cierta evidencia de que la combinación de estos dos factores a veces produce beneficios imprevistos para recuperarse de la depresión (Tang y cols., 2002).

Psicoterapia interpersonal El interés actual en las terapias a corto plazo se enfoca en una variación de la terapia psicodinámica, la **psicoterapia interpersonal (PTI)**. La psicoterapia interpersonal se desarrolló inicialmente para prevenir la recaída después de un episodio agudo de depresión que había sido tratado con antidepresivos. Desde ese momento se ha convertido en una intervención psicoterapéutica muy investigada, útil tanto en el tratamiento de la depresión aguda como la prevención de la recaída de quienes se están recuperando de un episodio depresivo mayor (Stuart y O'Hara, 2002; Swartz y cols., 2002).

La PTI ayuda a una persona deprimida a resolver problemas que puedan tener con otras personas. Dichos problemas pueden incluir disputas, sentirse aislado, cambio de papeles o lidiar con dolor después de perder a un ser amado. A veces los problemas con otras personas pueden provocar depresión. Resolver esos problemas ayuda a recuperarse. Sin embargo, aun si la depresión es provocada por otra causa, resolver problemas que incluyen a otras personas puede ayudar (ver la figura 11-14). Los terapeutas interpersonales están interesados en 1) los detalles de las relaciones interpersonales del paciente, y 2) la exploración de sus opciones para lidiar con los problemas interpersonales.

La psicoterapia interpersonal se enfoca en enseñar a las personas a ser más eficaces socialmente como una forma de mejorar sus relaciones con las personas que aman. Integra la perspectiva psicodinámica (que destaca las experiencias de la infancia) tanto con la perspectiva cognitivo-conductual (que hace hincapié en los estresores psicosociales actuales, como los conflictos maritales cróni-

cos) como con la evidencia basada en la investigación para conectar las dificultades en el ambiente social inmediato con la aparición de la depresión. La PTI funciona bien cuando se usa en conjunto con antidepresivos, y se ha demostrado que es eficaz tanto para disminuir los síntomas depresivos como para prolongar el periodo de remisión en el caso de personas con antecedentes de depresiones recidivantes (Stuart y O'Hara, 2002). En la actualidad, con la terapia cognitivo-conductual, la PTI es una de las terapias psicológicas más eficaces utilizadas para tratar la depresión.

La perspectiva humanista-existencial

En tanto que las ideas de los teóricos humanistas y existencialistas por lo regular se combinan en una **perspectiva humanista-existencial** porque tienen muchas similitudes, los teóricos de estos dos grupos difieren un poco en sus aspectos importantes. Los teóricos existencialistas tienden a enfocarse en la pérdida de autoestima, mientras que los humanistas lo hacen en las discrepancias entre los puntos de vista de una persona sobre el ideal y su yo actual.

Los teóricos existencialistas, en lugar de otorgar relevancia a la pérdida de un objeto amado o una persona importante como la causa central de la depresión, sostienen que la pérdida puede ser simbólica o real (poder, rango social o dinero, por ejemplo). Ya sea que el objeto perdido sea real o simbólico, la pérdida en sí no es tan importante como el cambio en la autoevaluación de la persona como resultado de ella. Muchas personas basan el concepto que tienen de sí mismas en quiénes son y qué tienen: soy el líder del equipo de ensamblaje de la fábrica; soy el jefe; soy miembro de un club atlético exclusivo; soy el esposo de una famosa estrella de cine. Las identificaciones de este tipo ofrecen una verificación externa del valor de la persona en su mente.

Los teóricos humanistas, como Carl Rogers (1951, 1980), hacen énfasis en la diferencia entre el yo ideal de una persona y su percepción del estado real de las cosas como la fuente de depresión y ansiedad. Creen que es probable que la depresión emerja cuando la diferencia entre el yo ideal y el real se hace tan grande que la persona no puede tolerarla. Esta discrepancia ocurre con frecuencia, en especial entre las personas que tienen grandes aspiraciones de logro y que tratan de cumplir con varios papeles en forma simultánea. Un ejemplo de este problema es el dilema que enfrentan muchas mujeres hoy en día. Es probable que ellas traten de cumplir con varios papeles: una carrera exitosa, una esposa que maneja el hogar con eficacia y un madre que proporciona a sus hijos la atención adecuada. En una situación así, es inevitable que cada papel no se desempeñe en su potencial más elevado y, por lo tanto, que la discrepancia entre el yo ideal y el real en cada uno de los papeles sea difícil de manejar y es posible que provoque estrés y sentimientos depresivos, así como una probable depresión clínica en las mujeres que son en especial vulnerables.

Perspectiva conductual

Los conductistas ven la depresión en términos de las capacidades de las personas para lograr reforzamiento social y sus formas típicas para lidiar con las situaciones estresantes. Cuando las personas de-

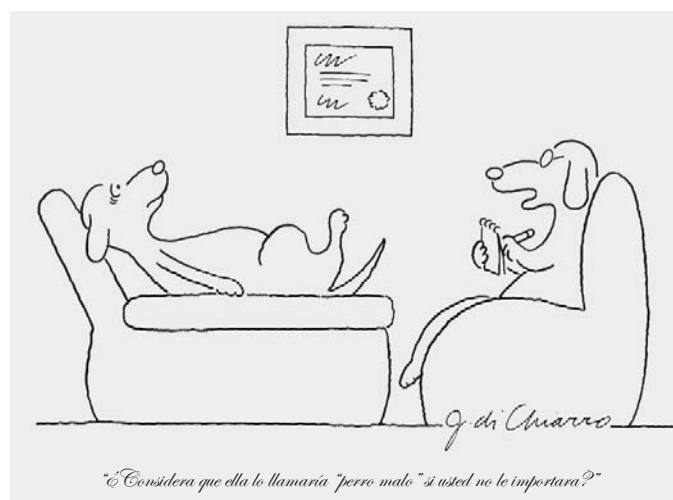


Figura 11-14 Si hubiera una terapia interpersonal para perros, esta caricatura reflejaría ese enfoque. La terapia interpersonal ayuda a las personas a examinar sus relaciones conflictivas o que provocan ansiedad con los demás.

FUENTE: Del *The Wall Street Journal*, con permiso del Cartoon Features Syndicate.

primidas se encuentran en situaciones estresantes, tienden a afrontarlas mediante la postergación (buscar más información antes de tomar alguna acción) y el intento de obtener apoyo emocional por parte de otras personas. La necesidad excesiva de apoyo puede hacer que los demás se sientan incómodos y culpables. Es probable que además las personas deprimidas se quejen con frecuencia para ganar simpatía y afecto. Después de un tiempo es posible que quienes se encuentran en el lado receptor empiecen a sentirse molestos o frustrados. Con el tiempo se forma un círculo vicioso en el cual la demostración de los síntomas de la persona deprimida y la frustración de las personas que la acompañan aumentan hasta el punto en que los demás empiezan a decir, “Si lo intentaras, podrías sentirte mejor,” “¡Nadie tiene por qué actuar así!”. Estas afirmaciones sólo sirven para empeorar una situación que ya es negativa. Dichos sentimientos de frustración, ya sea que se expresen o no, son quizá una razón por la cual las personas tienden a evitar la compañía de personas deprimidas.

A pesar de que en muchos casos las personas deprimidas parecen tener un panorama negativo de sus interacciones con los demás, existen evidencias considerables de que también provocan una impresión negativa en otras personas debido a los déficit en sus habilidades sociales (Dowd, 2002). Se produce una espiral negativa. Las personas deprimidas no sólo son propensas a pensar que los demás responden ante ellas de manera negativa, sino que es más probable que las otras personas respondan en forma negativa debido a la carencia de habilidades sociales por parte de la persona deprimida.

Tratamiento conductual de la depresión

Debido a que las personas deprimidas con frecuencia carecen de las habilidades necesarias para desarrollar relaciones satisfactorias con los demás, un enfoque conductual para solucionar este problema es mediante la capacitación en habilidades sociales. La **capacitación en habilidades sociales** consta de varias etapas. Primero, a los clientes se les enseñan habilidades verbales y no verbales básicas. Una vez que éstas han sido aprendidas, los clientes practican de manera gradual utilizando los principios básicos. Después, a los clientes se les asignan “tareas” en las cuales el objetivo es adaptarse a la nueva habilidad para que sea útil en el entorno diario. También se les capacita para que sean más receptivos sobre las señales que emiten otras personas dentro del entorno y aprenden cómo cambiar su propia conducta en respuesta a ellas. Por último, los clientes aprenden a adoptar criterios realistas para evaluar su desempeño y se les enseñan técnicas de autorrefuerzo. El siguiente caso ilustra la efectividad de la capacitación en habilidades sociales:

La señorita S.J. es una mujer soltera de 43 años de edad con maestría en química. Durante varios años ha trabajado como asistente en un laboratorio. Llegó a la clínica quejándose de a) estado de ánimo triste, b) poca energía, c) dificultad para tomar decisiones, d) sensación de que no valía nada, e) pesimismo por el futuro y f) culpa por su pasado sin éxito. Estuvo involucrada en una relación íntima que duró tres años, que terminó hace poco tiempo. Este suceso reavivó los síntomas de depresión y el temor de que este nuevo episodio fuera tan malo como uno que tuvo lugar diez años antes.

La representación de papeles estandarizada reveló dificultades para demostrar afirmación positiva y negativa, así como para tener una buena conversación. No podía decir un cumplido a otra persona, en especial a un hombre y no podía tocar a nadie [...]

El primer objetivo del tratamiento clínico fue el saludo a las personas. La representación de papeles se concentró en hacer contacto visual con otra persona al decir “hola, soy Sara” y sonreír. Este comportamiento contrastaba en gran medida con su estilo actual de evitar el contacto visual, no sonreír y hablar sólo si se le hablaba de manera directa [...]

A medida que comenzó a mejorar su estabilidad, se agregó la conducta de tocar a la persona. Primero se emplearon representaciones de papeles a la inversa y su respuesta inicial cuando se le tocaba la mano era sentir mucho temor, quedarse callada y alejarse lo más rápido posible. Se llevaron a cabo varias prácticas junto con una tarea [...] Después de una semana de datos de observación, le sorprendía la frecuencia con que la gente se toca [...]

Se repitieron las representaciones de papeles en las conversaciones para agregar el contacto físico. Después de varias repeticiones, se sintió cómoda y empezó a disfrutar del contacto. Antes de la primera tarea, se le enseñaron dos comportamientos de conversación: en primer lugar, nunca portaba un gafete con su nombre porque creía que si alguien en realidad quería conocerla, lo investigaría. Y segundo, siempre se colocaba donde no estorbaba el paso de otras personas [...] Asistió a sus reuniones con instrucciones de a) presentarse a sí misma y decir “hola, soy Sara” a todos, b) ponerse el gafete con su nombre, c) colocarse en áreas donde pasara mucha gente y d) sonreír al saludar y al despedirse [...]

Esta tarea dio como resultado una respuesta sorprendente. La gente fue amigable con ella, la incluyó en sus conversaciones y la hizo participar en algunas de sus actividades [...] Fue tal el éxito para ella, que se preguntó por qué no lo había hecho antes (Becker, 1990, pp. 99-100).

Los terapeutas que utilizan el enfoque de la capacitación en habilidades sociales generalmente encuentran que funciona bien con los clientes deprimidos (Becker, 1990; Dowd, 2002). La representación de papeles es necesaria para que el cliente obtenga la práctica necesaria a fin de utilizar los nuevos comportamientos en las situaciones reales que asignadas como tarea. A su vez, la práctica que se obtiene de estas tareas es crítica para el éxito en el aprendizaje de nuevos hábitos.

Perspectiva cognitiva

Quizá las teorías psicológicas sobre la depresión que tienen mayor influencia en la actualidad se derivan de la perspectiva cognitiva. De acuerdo con este punto de vista, las personas que están deprimidas regularmente perciben las causas de los eventos en una forma que no es favorable para ellas. Por ejemplo, una persona que no recibe el ascenso que esperaba quizá piense: “No valgo nada. Todos tienen un concepto muy pobre de mí. Si no fuera así, me habrían escogido para el puesto”. Es probable que una segunda persona en la misma situación piense: “Eligieron a R. para el puesto que deseaba porque tiene más experiencia en las negociaciones. Sé que yo podría haber hecho el trabajo, pero mis cualidades no parecen tan impresionante en un papel”. La primera atribución causal es más característica de la depresión que la segunda.

TABLA 11-8

Temas tratados con frecuencia en las sesiones de terapia cognitiva

1. Creencias sobre uno mismo, el mundo y el futuro
2. Cómo se organizan e interpretan las experiencias
3. Distorsiones cognitivas, como:
 - Llegar a conclusiones arbitrarias
 - Sobregeneralizar
 - Sobreestimar o subestimar el significado de un evento en particular
 - Enfocarse en un solo detalle, mientras se ignoran otros aspectos más importantes, de una situación
 - Colocar experiencias en categorías de todo o nada (como *bueno o malo*)
 - Personalizar las situaciones (verlas como relevantes para la persona cuando probablemente no sea el caso)

La presencia de **esquemas** o formas de codificar e interpretar la conducta puede ser una de las causas de las interpretaciones negativas injustificadas. Se cree que estos esquemas se originan en los primeros años de vida pero su influencia continúa hasta la edad adulta. Las técnicas de terapia cognitiva se utilizan para contrarrestar los efectos de estos esquemas, y para ayudar al cliente a crear nuevas propuestas de conducta y alterar los esquemas para hacerlos más adaptativos. La tabla 11-8 menciona algunos de los temas más importantes que manejan los terapeutas cognitivos. Aaron Beck (1967, 1976; Beck y cols., 1979), el más influyente de ellos, caracteriza las creencias que una persona mantiene en relación con el yo, el mundo y el futuro como la **triada cognitiva**.

Una persona que está deprimida malinterpreta los hechos de manera negativa, se enfoca en los aspectos negativos de cualquier situación, y también tiene expectativas pesimistas y sin esperanza sobre el futuro. Beck cree que una persona ansiosa se preocupa por

lo que *puede* suceder y *si* será capaz de enfrentarlo. En contraste, la persona deprimida piensa en cómo ha fallado antes, en lo terrible que será el futuro y que será *incapaz* de controlarlo o mejorarlo. Beck afirma que una persona deprimida culpa a sus defectos personales de cualquier desgracia. La conciencia de esos supuestos defectos se vuelve tan intensa que oscurece por completo cualquier concepto positivo de sí mismo. Cualquier situación ambigua se interpreta como una evidencia de un defecto, incluso cuando existen más explicaciones posibles.

Beck también considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce la autoestima. Cada encuentro con otra persona se convierte en una oportunidad de una autoevaluación negativa. Por ejemplo, al hablar con otros, la persona deprimida piensa: “No soy un buen conversador. No soy tan interesante como otras personas”. Beck cree que la tendencia a tener estos pensamientos negativos tal vez se relacione con formas particulares de evaluar las situaciones que provienen de experiencias durante la infancia. Estos esquemas afectan todos los elementos de la triada cognitiva en la vida posterior.

Procesos de atribución y depresión Una de las maniobras cognitivas que Beck analiza es la **atribución** o asignación a una causa. Él predice que las atribuciones de las personas deprimidas serán personales, es decir, las personas deprimidas se culparán a sí mismas por cualquier cosa mala que suceda. Cuando sucede algo bueno, por lo general se atribuye a la suerte. Por ejemplo, una mujer no se sentía especialmente complacida cuando se aceptó para su publicación un cuento corto que había escrito; atribuyó esta aceptación a la buena suerte. Por otra parte, cuando rechazaron uno de sus artículos, estaba afligida porque creía que el rechazo se debía a ella. La mayoría de las personas que no están deprimidas hacen lo contrario: aceptan la responsabilidad por los sucesos positivos en su vida y tienden a culpar a los demás cuando las cosas no salen bien. La figura 10-15 ilustra la diferencia en el pensamiento de atribución. El enfoque atribucional de la depresión no afirma que el estilo de atribución por sí solo sea suficiente para provocar la depresión. El estilo de atribución es especialmente importante só-

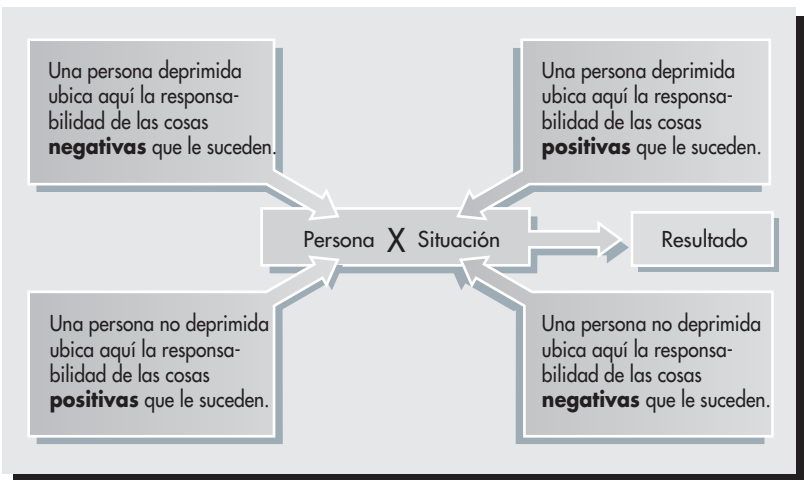


Figura 11-15 Se considera que el proceso de atribución difiere entre las personas deprimidas y las no deprimidas. La responsabilidad personal que toman las personas deprimidas para las cosas negativas en su vida puede tener el efecto de prolongar su depresión.

lo cuando la persona experimenta sucesos intensos o con frecuencia negativos en su vida (Abramson y cols., 1989).

Las personas deprimidas parecen sentirse incapaces de controlar su entorno. Creen que, sin importar lo que hagan, no podrán transformar las cosas. Es posible que esas personas aprendan a sentirse desamparadas como resultado de ciertas situaciones que enfrentaron en el pasado. La investigación del concepto de **inde-fensión aprendida** pronto demostró que algunas personas se sienten por lo general indefensas y otras se sienten así sólo en determinadas situaciones. La explicación de esto parece encontrarse en la clase de atribuciones que las personas dan a las situaciones estresantes (Seligman, 1974, 1975).

Terapia cognitivo-conductual

Las ideas de la terapia cognitiva se han combinado con otros enfoques terapéuticos. Más adelante en este capítulo se revisa la investigación en la que la terapia cognitiva ha sido utilizada de manera exitosa en combinación con antidepresivos. Las ideas cognitivas también se han integrado con las técnicas conductuales en el tratamiento de la depresión. La proporción de técnicas cognitivas y conductuales que se utilizan depende de las capacidades y el grado de depresión del cliente, así como de las metas de la terapia. En general, entre más deprimido esté el cliente, es más probable que el terapeuta utilice técnicas conductuales al comenzar el proceso del tratamiento. Se les enseña a los clientes a que ellos monitorean sus experiencias, esto es, que observen lo que les causa placer y sentimientos de dominio y qué es lo que deteriora su estado de ánimo. Con base en esta información, se les pueden asignar tareas graduales para ayudarlos a aumentar su motivación para ocuparse en actividades o situaciones que pueden ser potencialmente gratificantes. El término **terapia cognitivo-conductual (TCC)** se utiliza para referirse a la fusión de estos enfoques psicológicos. El objetivo principal del TCC en personas deprimidas consiste en ayudarlas a pensar de manera más adaptada y como resultado, experimentar cambios positivos en su estado de ánimo (A.C. Butler y Beck, 1996).

A menudo, mediante TCC se les enseña a los pacientes a monitorear y registrar sus pensamientos negativos. Se hace especial hincapié en los **pensamientos automáticos**, ideas recurrentes que llegan a la mente de la persona casi como un hábito más que como una respuesta específica a lo que sucede en ese momento. Para que la terapia cognitiva sea eficaz, el cliente debe poder identificar estos pensamientos automáticos en el momento en que ocurren. Los terapeutas utilizan varias técnicas para ayudarlos a identificar esos pensamientos, incluyendo preguntas directas, pidiéndoles que usen imágenes para evocar pensamientos o producirlos por medio de representación de papeles. Estos pensamientos automáticos son importantes porque son la conexión entre un evento externo y la reacción del cliente ante éste. Sin embargo, debido a que estos pensamientos ocurren tan rápidamente y con tanta frecuencia, por lo regular pasan inadvertidos. Después de que los clientes aprenden a identificar estos pensamientos, se les pide que mantengan un registro diario de ellos. El registro incluye notas sobre las situaciones, emociones, pensamientos automáticos y el resultado. Después, el cliente y el terapeuta utilizan los registros

para abordar estos pensamientos como una hipótesis comprobable. De esta manera el cliente aprende que su punto de vista de la realidad puede ser bastante diferente de la realidad en sí. El terapeuta puede ayudar a cambiar el pensamiento disfuncional y de esa manera aliviar la depresión, al desafiar partes del sistema de creencias del cliente.

Las sesiones de terapia cognitivo-conductual tienden a ser activas, estructuradas y enfocadas en problemas específicos. Por lo regular implican revisar el estado de ánimo y síntomas del cliente en ese momento, establecer una agenda para la sesión y revisar las tareas que fueron acordadas durante la sesión anterior, un análisis de los temas de la agenda, acuerdo sobre la nueva tarea y retroalimentación del cliente sobre la sesión. Por lo regular se espera que la terapia incluya alrededor de 16 sesiones. En general se presenta una mejora por lo menos en la duodécima sesión. Con frecuencia los clientes regresan por unas sesiones de estímulo durante el primer año después de completada la terapia.

A pesar de que los clientes pueden identificar los pensamientos automáticos y reconocer y corregir sus distorsiones cognitivas, son vulnerables a un regreso de la depresión si no modifican sus esquemas desadaptados iniciales. El terapeuta trata de conectar las experiencias pasadas con emociones presentes al investigar la infancia del cliente e identificar los eventos relacionados con el inicio de dificultades de los problemas con la depresión. Por ejemplo, Michelle fue a la clínica después de dejar de trabajar y de que solamente salía de casa para ir de compras (J.E. Young y cols., 1993). Su depresión parece haber empezado cuando, después de ir a ver al ginecólogo, se enteró de que no estaba embarazada. Reportó haber estado felizmente casada hasta unos meses antes, y que era una exitosa vendedora de bienes raíces. También afirmó que se sentía como una persona sin valor, no querida y poco apreciada.

Su depresión disminuyó después de un periodo de tratamiento en el que aprendió a identificar y probar sus pensamientos disfuncionales y de completar sus tareas de manera exitosa. En ese punto el terapeuta empezó la fase del tratamiento enfocada en los esquemas, para ayudar a prevenir una recurrencia:

Los recuerdos de Michelle respecto de su vida familiar temprana eran imprecisos. Recordaba a su padre como una persona muy brillante y un buen proveedor que “casi nunca estaba”. Ella recordaba a su madre como gentil pero aparentemente pasiva. Durante su crecimiento no pudo confiar en ninguno de los dos por miedo a crear enojo, ridículo o “algo peor”, en especial por parte de su padre. Su hermana, dos años menor que ella, era la favorita de sus padres “y sigue siendo la consentida”.

Michelle no reportó ningún episodio depresivo “verdadero” hasta que empezó a salir en citas y empezó a experimentar sentimientos de “sentirse terriblemente sola y excluida” cuando sus relaciones se deterioraban. Las preguntas adicionales sobre su pasado y su experiencia anterior con psicoterapia revelaron varios episodios menores de depresión y por lo menos un episodio depresivo mayor. Las fluctuaciones percibidas o reales en su relación con Jim, su esposo, parecían haber desencadenado muchas de sus reacciones depresivas, durante su matrimonio y su noviazgo. Su anterior depresión mayor fue desencadenada porque Jim anunció, después de meses de noviazgo, que iba a romper con ella (J.E. Young y cols., 1993, pp. 269-270).

El terapeuta trabajó para cambiar los esquemas de Michelle mediante el examen de la evidencia de sus sentimientos sobre la posibilidad de que su esposo la abandonara:

T: *Basados en algunos de los esquemas que analizamos, sentirte defectuosa o sentir que las personas te van a abandonar, ¿es posible que hayas tendido a exagerar lo poco que le atraes a Jim?*

M: *Sería maravilloso si fuera cierto, pero no lo creo.*

T: *Veamos, ¿qué podrías mencionar como evidencia de que está encariñado y comprometido contigo?*

M: *Él dice que me ama. A menudo está contento de verme, de estar cerca de mí... Me elogia cuando salimos, por lo cual sé que le atraigo. Me compra regalos muy bonitos (anillos, joyería, bolsos) y salimos los fines de semana. Me pregunta adónde quiero que vayamos de vacaciones. Creo que sí piensa en mí.*

T: *¿Hay alguna evidencia de que te vaya a abandonar? ¿Te ha abandonado en alguna ocasión o te ha amenazado con irse?*

M: *Durante nuestro noviazgo me abandonó varias veces*

T: *¿Y desde que se casaron?*

M: *No, desde que nos casamos no, jamás me ha abandonado*

T: *¿En algún momento te habló sobre abandonarte?*

M: *No.*

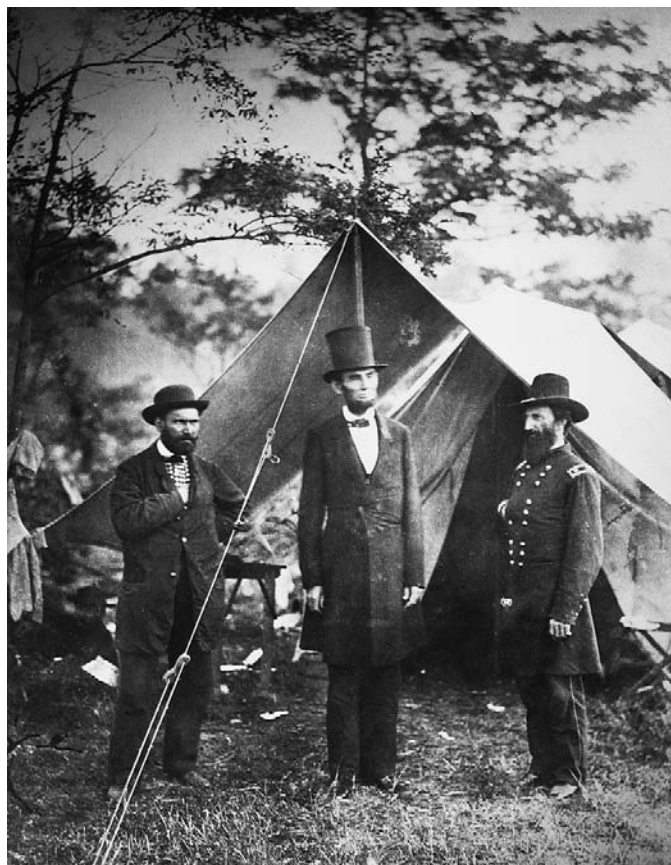
(*ibid.*, pp. 272-273)

El terapeuta también le pidió a Michelle que imaginara diálogos con su padre en el que ella expresaba enojo hacia él por haberla hecho sentirse abandonada. Esto le ayudó a ver la conexión entre esos sentimientos y cómo sus esquemas fueron activados, tanto con su esposo como en sus sesiones con el terapeuta.

Perspectiva de la vulnerabilidad y la resiliencia

Hemos examinado los aspectos biológicos y psicológicos de la depresión. Los factores biológicos tales como la herencia, la actividad neurotransmisora, la estructura cerebral y el metabolismo deben ser considerados en los casos de depresión. También se deben evaluar los factores psicológicos como las ideas erróneas acerca de las causas de los eventos y la fuerza de las relaciones de apoyo. Tanto los factores biológicos como psicológicos contribuyen a la vulnerabilidad y a la resiliencia. Con frecuencia, juntas determinan el resultado cuando las personas enfrentan estresores ambientales (o lo que por lo regular llamamos eventos de vida negativos). Es muy probable que los eventos estresantes de gran relevancia personal, en especial aquellos que ocurren en un contexto de problemas crónicos o dificultades continuas y bajos niveles de apoyo, den como resultado la depresión.

Dos líderes nacionales son ejemplos de vulnerabilidad y en especial de resiliencia: uno, un presidente estadounidense del siglo XIX, Abraham Lincoln, y otro el Primer Ministro de Gran Bretaña del siglo XX, Winston Churchill (ver figura 11-16). Abraham Lincoln podía funcionar de manera eficaz en medio de un gran estrés



(a)



(b)

Figura 11-16 A pesar de su tendencia a la depresión profunda, Abraham Lincoln y Winston Churchill llevaron de manera exitosa a sus países a través de períodos donde la sobrevivencia nacional estaba en juego. (a) Lincoln, en 1862, habla con dos oficiales en el campo de batalla de Antietam Creek durante la Guerra Civil. (b) Churchill inspecciona la destrucción después del bombardeo de la fuerza aérea nazi en Bristol, Inglaterra, en 1941.

(a pesar de toda una vida de lo que ahora se conoce como episodios depresivos mayores) para guiar con éxito a los Estados Unidos a través de uno de sus más difíciles periodos, la Guerra Civil. En 1841, Lincoln le escribió a su socio en Washington DC lo siguiente: “Si lo que siento pudiera ser repartido equitativamente entre toda la especie humana, no habría un rostro alegre sobre la Tierra. No les podría decir si estaré mejor en algún momento. Tengo el terrible presentimiento de que no.” (citado en Grinker, 1979).

A pesar de su temor por el futuro, Lincoln, por supuesto, continuó. Sin embargo, aun durante su presidencia experimentó periodos de depresión. La terrible pérdida de vidas en la Guerra Civil y las derrotas de las fuerzas de la Confederación en la primera parte de la guerra lo afectaron de manera notable. Durante este periodo, el público y muchos de los miembros del congreso se pasaron a la oposición y dudaron de su liderazgo. Sus visitas a los heridos en los hospitales militares también lo alteraban bastante. Con frecuencia se sentaba y estaba callado, “su espíritu lleno de tristeza”. Se sentía culpable y lleno de reproches para sí mismo, quería morir y soñaba con asesinatos.

La vida personal de Lincoln también estaba llena de eventos negativos. No era feliz en su matrimonio con Mary Todd, su esposa, quien fue criticada amargamente y calumniada por la sociedad de Washington, y dos de sus hijos murieron en la infancia. Los primeros años de su vida también fueron difíciles: creció en pobreza extrema, su madre murió cuando él era joven y su padre lo trataba duramente. A pesar de esas condiciones adversas, y de sus episodios de depresión, Lincoln mostró asombrosa resiliencia, tratando de educarse, convertirse en un abogado y político exitoso, ser elegido para el Congreso y la Presidencia y convertirse en uno de los presidentes estadounidenses más respetados.

Winston Churchill, aun cuando tenía un historial de crisis de depresión, alcanzó la cima del liderazgo durante la Segunda Guerra Mundial con base en su buen juicio, coraje y la capacidad para inspirar a los ciudadanos de su país. Había sufrido depresiones en varios momentos de su vida, por ejemplo, cuando fue prisionero de guerra en África durante la Guerra Boer y durante una campaña militar desafortunada que organizó en la Primera Guerra Mundial. En sus escritos, Churchill se refirió a su vulnerabilidad a la depresión como su “perro negro”. Sin embargo, durante la mayor parte de su vida la evitó con éxito. Durante las horas de vigilia rara vez estaba inactivo. Jamás intentó “relajarse” y prefería trabajar hasta que se iba a la cama (a menudo a las tres de la mañana). En periodos en los cuales no ejercía un puesto público se concentraba en la pintura y otros proyectos cuando la depresión lo amenazaba. Churchill peleó de manera activa y venció su tendencia hacia la depresión (Storr, 1969).

Tratamiento combinado de la depresión

¿Qué es lo que se sabe sobre los diferentes tipos de tratamiento contra la depresión y las comparaciones entre ellos? Las limitaciones prácticas en términos de costo hacen imposible comparar todos los tipos de tratamiento e investigar sus efectos en todos los tipos de depresión. Hasta el momento, los esfuerzos de investigación más in-

tenso dirigidos a comparar los resultados de los diferentes enfoques terapéuticos se han concentrado en el tratamiento de personas que experimentan episodios depresivos graves (o que han experimentado varios de estos episodios).

El Programa de Investigación Cooperativa para el Tratamiento de la Depresión, fundado por el National Institute of Mental Health, es un estudio ambicioso e integral sobre la eficacia relativa de los medicamentos antidepresivos y de diferentes tipos de terapias psicológicas para el trastorno depresivo mayor (Elkin 1994; Elkin y cols., 1989). Este estudio fue realizado en tres lugares, en cada uno de los cuales se utilizaron protocolos de investigación idénticos. Hubo cuatro condiciones de tratamiento: 1) terapia cognitivo-conductual (TCC); 2) psicoterapia interpersonal (PTI); 3) el antidepresivo imipramina, combinado con manejo clínico; y 4) un placebo combinado con manejo clínico. (El “manejo clínico” se refiere a la atención normal que se les da a los pacientes que no son parte de un estudio especial. Incluye reuniones de apoyo con un clínico y revisiones de los síntomas y su evolución). Se inscribieron un total de 250 pacientes en el estudio. Cada lugar asignó en forma aleatoria a los pacientes a cada una de las cuatro condiciones de tratamiento. Todos ellos habían sido diagnosticados con un trastorno depresivo mayor. En cada una de las dos evaluaciones durante un intervalo de dos semanas, antes de ser admitidos en el estudio. Este procedimiento se utilizó para asegurar que los síntomas observados fueran relativamente estables a lo largo del tiempo. Se planeó que todos los tratamientos tuvieran una duración de 16 semanas y que incluyeran de 16 a 20 sesiones.

Las cuatro condiciones de tratamiento provocaron una reducción significativa de los síntomas de la depresión y la mejoría del funcionamiento general después del tratamiento. Sin embargo, los diferentes tratamientos presentaron pocas diferencias estadísticas significativas en términos de los resultados. Uno de los problemas del estudio de colaboración fue que el número de condiciones que se debían tratar y el número de lugares era muy grande en comparación con el número de participantes, por lo cual éste se tuvo que limitar debido al costo de tratar a cada uno. Esto significaba que la capacidad de las pruebas estadísticas para detectar las diferencias de grupo era relativamente débil. En contraste, otro estudio más grande pero menos complejo descubrió que, en el caso de las personas que tienen depresión crónica, una combinación de medicamentos y terapia cognitivo-conductual era más eficaz que los medicamentos o la terapia por separado (Rush y cols., 2003). Los pacientes a los que se les suministraron ambos tratamientos tuvieron 85% de mejoría comparado con un porcentaje de mejoría de aproximadamente 50% tanto en el caso de los medicamentos como en el de la terapia cognitivo-conductual.

A pesar de la gran cantidad de investigación comparativa, siguen surgiendo preguntas en relación con los méritos del tratamiento actual de la depresión grave, principalmente con antidepresivos. Algunas de estas preguntas son: Si se utilizan medicamentos, ¿por cuánto tiempo deben usarse? ¿Cuál es la dosis apropiada? ¿Una combinación de medicamento y un poco de terapia con bases psicológicas (por lo regular PTI o TCC) promueve una recuperación más rápida de un episodio agudo? ¿La PTI o la TCC juegan

un papel importante en la prevención de una recaída, ya sea después de dejar de utilizar el medicamento o si todavía se utiliza?

Otra pregunta importante es: ¿Cuál debería de ser la opción de tratamiento para aquellos que, por diversas razones, no deberían utilizar antidepresivos o aquellos para quienes no son eficaces? Un grupo considerable de pacientes (5 a 10%) se rehúsan a tomar medicamentos. Otros (10 a 15%) no toleran sus efectos secundarios. Algunos no mejoran con el medicamento; y a otros (por ejemplo, mujeres embarazadas, quienes tienen diversos problemas médicos y adultos mayores) no se les pueden prescribir estos medicamentos de manera segura (Clarkin y cols., 1996).

Para las personas con una depresión leve o distimia, el cuadro es todavía menos claro. Los méritos relativos de los enfoques de tratamiento con bases psicológicas y biológicas en diferentes tipos de depresión leve no han sido valorados de manera sistemática. Las personas que buscan tratamiento para el estado de ánimo disfórico, con frecuencia optan por la terapia psicológica. Las dos terapias psicológicas más usadas en casos leves son la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal. Tanto la TCC como la PTI parecen ser eficaces en esos casos. Existe una buena base para creer que se logra una mejoría perdurable cuando los pacientes pueden trabajar sus problemas sin drogas. Un paciente de psicoterapia observó: “El medicamento es bueno como una cura temporal para superar una crisis, pero si la puedo manejar yo mismo es mejor”.

Varios estudios de pacientes externos deprimidos han comprobado que la psicoterapia tiene efectos terapéuticos más duraderos que los antidepresivos y también son más económicos (Schulberg y cols., 2002). Pero la tendencia, en la actualidad, parece apuntar hacia un acrecentado uso de antidepresivos para los casos de distimia. Una razón de ello puede ser la mejoría de los cuidados médicos administrados en Estados Unidos. Cincuenta por ciento de las personas deprimidas que están en tratamiento reciben cuidados en entornos médicos generales y no son tratados por especialistas, por lo cual el medicamento es el primer tratamiento sugerido. En general, se ha observado que el tratamiento por un médico general, y no por un especialista, no es adecuado para las personas afectadas por la depresión. Un estudio concluyó que el tratamiento de la depresión por proveedores médicos generales empeora los resultados y disminuye el valor del gasto de los cuidados médicos, de acuerdo con las mediciones del mejoramiento de los cuidados médicos por dólar gastado (Sturm y Wells, 1995). Una combinación de psicoterapia y medicamentos reduce la probabilidad de una recaída en los casos menos severos (Fava y cols., 2002). Otro estudio demostró que estos resultados son ciertos, no sólo en el caso de la PTI y la TCC, sino también en el de la terapia psicodinámica (Burnand y cols., 2002). El siguiente caso muestra el valor de un enfoque de terapia combinada para tratar la depresión.

Un psicólogo atendió a Jan Carroll, una mujer viuda de 50 años, debido a sentimientos de depresión. Después de morir su esposo, hace un año y medio, se deprimió y dormía poco, tenía poco apetito (perdió 6.8 kilos en seis semanas), poca energía y escasa concentración. Después de alrededor de tres meses, la depresión cedió bastante y decidió iniciar un negocio (una franquicia de restaurante) con el dinero que su esposo le

había dejado. Su expectativa era tener éxito financiero, por sí misma, y como resultado poder garantizar la seguridad y bienestar de su familia. Desafortunadamente, fue víctima de fraude cuando adquirió la franquicia (“Me robaron todo”) y tuvo que abandonar el negocio. Durante este periodo particularmente estresante y terrible, los problemas de la señora Carroll se complicaron por el robo que sufrió su departamento, en el cual muchos de sus apreciados bienes desaparecieron, incluyendo un collar de perlas que su esposo le había regalado. Se deprimió de nuevo. En este momento, su médico le prescribió un antidepresivo y mostró cierta mejoría. Debido a que sus finanzas se vieron diezgadas por el fallido negocio, decidió regresar a su ciudad natal donde todavía vivía la mayoría de su familia. A pesar de su deseo de ser económicamente independiente, se vio forzada a aceptar dinero de sus familiares (“Estaba viviendo de la caridad de mi familia”). Su confianza estaba destrozada y se sentía incapaz de cuidarse a sí misma y mucho menos atender a los demás.

Afortunadamente, la señora Carroll fue aceptada como paciente en el centro comunitario de salud mental. Le recetaron antidepresivos y un psicólogo clínico la vio durante 24 sesiones. La psicoterapia enfocó su atención en el duelo que experimentó por la muerte de su esposo, por tomar la enorme decisión de utilizar todo su dinero para incursionar en el negocio de los restaurantes mientras todavía estaba contrariada por la desaparición de su cónyuge (sin pensar claramente), por ser víctima de fraude, por regresar a su ciudad natal y por tener que depender económicamente de su familia. El terapeuta observó que había experimentado múltiples reveses y golpes, y que cualquiera de ellos podría ser un reto importante. Él y la señora Carroll hablaron sobre su incapacidad para aceptar la muerte de su esposo y sus pensamientos dolorosos de victimización y dependencia. El análisis de estos temas parecía ayudar. Con la ayuda del psicólogo decidió buscar trabajo y lo encontró en una tienda departamental que, aunque no proveía todo el dinero que sentía que necesitaba, permitió que ella y sus dos hijos adolescentes se mudaran a un modesto apartamento. Salió de la depresión y se dio cuenta de que disfrutaba su trabajo y dejó de tomar los antidepresivos. Aunque todavía enfrentó muchos retos, la señora Carroll dejó de angustiarse por desastres adicionales, como los que había sufrido y los que pudieran ocurrirle. Su vida parecía más manejable.

Trastornos bipolares

El **trastorno bipolar**, conocido con frecuencia en el pasado como enfermedad maniaco-depresiva, es una enfermedad mental que incluye episodios de manía y depresión. Las personas afectadas por este trastorno, por lo regular experimentan cambios de estado de ánimo de estar “elevados” (y a menudo irritables) a tristes y desesperados y nuevamente a estar elevados, con periodos intermedios de estados de ánimos normales a casi normales. La tabla 11-9 describe los estados de ánimo observados en los trastornos bipolares.

Los estudios epidemiológicos han dado como resultado porcentajes de prevalencia que van de 0.3 a 1.5% de los trastornos bipolares. La cifra más alta podría ser una estimación más exacta. En cualquier caso, el número de casos en Estados Unidos parece estar en aumento. Muchos epidemiólogos piensan que la cantidad de

TABLA 11-9

Estados de ánimo observados en el trastorno bipolar

Manía—episodios caracterizados por un estado de ánimo anormal o persistentemente elevado, expansivo o irritable, que incluye por lo menos tres de los siguientes síntomas: autoestima exagerada o grandiosidad, reducción del sueño, verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades dirigidas a una meta, participación excesiva en actividades placenteras.

Hipomanía—estado levemente elevado que puede no ser reconocido como disfuncional por el paciente y en ocasiones tampoco por otros.

Depresión—estado en el que la persona experimenta menor interés, energía y capacidad para experimentar placer y en ocasiones pesimismo profundo, desesperación, irritabilidad, enojo y ansiedad. Con frecuencia la actividad mental es más lenta, aparece sensación de fatiga, insomnio y pérdida del apetito.

Manía mixta—condición que afecta a alrededor de 40% de los pacientes bipolares, en la que la manía o hipomanía se presentan simultáneamente con síntomas depresivos.

Ciclotimia—cambios de estado de ánimo entre la hipomanía y depresión menos severa. A menudo, con el paso del tiempo, se convierte en una enfermedad bipolar más severa.

Ciclos rápidos—condición que afecta a 20% de los pacientes bipolares. Se caracteriza por cuatro o más episodios en los últimos 12 meses de depresión, manía o hipomanía, con intervalos entre cada uno caracterizados por periodos de estados de ánimo relativamente normales o que representan un cambio dramático de la manía a la depresión o viceversa.

personas afectadas es más alta debido a que algunas personas cuyos síntomas maníacos son relativamente leves y nunca son diagnosticados con este trastorno. Los síntomas del trastorno bipolar aparecen por lo general cuando la persona es joven. La edad más frecuente en la que surgen los síntomas es durante la adolescencia hasta alrededor de los 20 años. El número real de personas afectadas en este intervalo de edad puede ser mayor por dos razones. La primera, los síntomas iniciales a menudo son diagnosticados como un tipo de trastorno de la atención o hiperactividad (ver el capítulo 15). Segundo, el síntoma inicial de muchas personas es la depresión y sólo posteriormente, cuando experimentan algún tipo de manía, son reclasificados con trastorno unipolar o trastorno bipolar. En un estudio de seguimiento, 18% de los clasificados con un trastorno depresivo experimentaron un episodio maniaco dentro de los seis años siguientes y su clasificación cambió después a trastorno bipolar (Winokur y cols., 1995). Después de los 30 años, la probabilidad de desarrollar por primera vez este trastorno se reduce en gran medida.

Por lo general se considera que la manía y la depresión son polos opuestos de un continuo y que el estado de ánimo normal se encuentra en algún punto intermedio. Sin embargo, los síntomas maníacos y depresivos a menudo se presentan juntos en los pacientes y juntos pueden empeorar o mejorar. El DSM-IV-TR divide los trastornos bipolares en cuatro grupos: *trastorno bipolar I*, *trastorno bipolar II*, *trastorno ciclotímico* y una *categoría miscelánea* de trastornos bipolares que no encajan en ninguno de los otros grupos.

A menudo es difícil decidir si una persona tiene trastorno bipolar, depresión unipolar o cualquier otro trastorno, debido a la presencia frecuente de síntomas que se superponen (comorbilidad) (ver la figura 11-17). En la variedad bipolar son más comunes una edad de inicio temprana, una alta frecuencia de episodios depresivos y un comienzo relativamente repentino (Bowden, 2001). Cuando también están presentes otros problemas (por ejemplo un his-

Figura 11-17 ¿Vincent van Gogh tuvo un trastorno bipolar? El gran pintor holandés Vincent van Gogh (1853-1890) tenía una personalidad excéntrica y estados de ánimo inestables. Sufrió de episodios psicóticos recurrentes durante los últimos dos años de su vida y se suicidó a la edad de 37 años. Se han realizado una docena de intentos de diagnosticar su condición, pero la limitada información disponible ha llevado a muchos desacuerdos. Existe consenso general de que van Gogh sufrió de una condición relacionada con la epilepsia, pero que sólo parecía tener convulsiones después de tomar un tipo de licor en particular, el ajenjo, que tiene propiedades convulsivas en algunas personas. Una reseña reciente de la vida de van Gogh (Blumer, 2002) destaca que el pintor pudo haber sufrido de trastorno bipolar. Durante su vida van Gogh tuvo dos episodios claros de depresión profunda, seguidos de periodos sostenidos de mucha energía, entusiasmo y hasta frenesí. Los últimos dos años de su vida también estuvieron caracterizados por una enorme productividad y creatividad. "Starry Night", una de sus pinturas más admiradas, que terminó casi al final de su vida, muestra una de sus épocas de esta energía desbordada.

FUENTE: Vincent Van Gogh (1853-1890), "The Starry Night", 1889, óleo sobre lienzo, 29 × 36-1/4. Adquirida a través de Lillie P. Bliss Bequest (472.1941). Museo de Arte Moderno. Imagen digital ©The Museum of Modern Art/Licensed by SCALA / Art Resources. NY.



TABLA 11-10

Resumen de criterios para diagnosticar un episodio maniaco

- Un periodo claro de estado de ánimo normal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura por lo menos una semana (menos si es necesaria la hospitalización).
- Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, están presentes hasta cierto grado y persisten tres o más de los siguientes síntomas (si el estado de ánimo es sólo irritable, se requieren cuatro o más de estos síntomas).
 - Autoestima exagerada o grandiosidad
 - Disminución de la necesidad de dormir
 - Más hablador de lo habitual o verborreico
 - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamientos acelerados
 - Distraibilidad
 - Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
 - Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias negativas
- La alteración del estado de ánimo causa un deterioro marcado del funcionamiento laboral o social o de las relaciones con los demás, o requiere hospitalización para prevenir daños a sí mismo o existen síntomas psicóticos (alucinaciones o delirios)
- Los síntomas no son el resultado de los efectos directos de alguna sustancia (abuso de drogas o medicamentos) o de una enfermedad médica general.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

torial de crisis de pánico o de trastorno obsesivo-compulsivo), el pronóstico del trastorno bipolar es pobre (Frank y cols., 2002; Vieta y cols., 2001).

Trastorno bipolar I

Una persona con trastorno bipolar I experimenta episodios de manía y por lo general también episodios depresivos mayores. Una cantidad muy pequeña de personas pueden experimentar uno o más periodos de manía pero nunca depresión. Debido a que esto sucede con muy poca frecuencia, las personas son clasificadas con trastorno bipolar después de un episodio de manía con la expectativa de que se presentará finalmente un periodo de depresión. La **manía** se caracteriza por una fuga de ideas, estado de ánimo elevado y aumento de la actividad psicomotora. La tabla 11-10 proporciona los criterios diagnósticos para los episodios maniacos.

La conducta maniaca se ilustra con la vida de un reconocido poeta estadounidense, Robert Lowell (1917-1977), quien sufrió de trastorno bipolar durante casi toda su vida. Durante un periodo de 15 años sus episodios maniacos siguieron un patrón repetitivo. Cada vez, justo cuando su conducta maníaca era evidente, Lowell,

un hombre casado, empezaba una aventura amorosa con una mujer joven.

Con su inmenso encanto y erudición, su talla de famoso poeta y su entusiasmo contagioso, podía enamorar a una mujer mucho más joven. Siempre con éxito. [...] Invitaba a su círculo de amigos a una fiesta para anunciar el excitante cambio en su vida, y que dejaría a su esposa para siempre. En los siguientes días su júbilo se tornaba cada vez más frenético hasta que lo hospitalizaban. Después de 1953 fue tratado con clorpromazina [un fármaco antipsicótico], cuando esta droga estuvo disponible por primera vez. Al júbilo le seguían varias semanas o hasta meses de lo que el llamaba su “humillación oscura, postmaniaca y patológica”. Abandonaba a la joven y regresaba con su [esposa]. Ésta, por su parte, protestaba por la intensa humillación pública a la que era sometida, pero siempre lo aceptaba de regreso. Ninguna modalidad de tratamiento, incluyendo los intentos de psicoterapia, parece haber alterado su patrón hasta el momento en que finalmente le dieron litio (Powell, 1991, p. 378).

El trastorno bipolar se presenta con una frecuencia relativamente más alta en personas altamente creativas, como artistas y poetas, que en la población general (Jamison, 1989). Por ejemplo, ocho de 36 poetas norteamericanos que nacieron a partir de 1900, que son reconocidos por su inclusión en el *New Oxford Book of American Verse*, han padecido historias de trastorno bipolar. Los datos epidemiológicos pueden llevarnos a esperar, a lo sumo, que sólo uno de este grupo reciba un diagnóstico de bipolaridad. El trastorno bipolar también se relaciona con un alto riesgo de suicidio. En la figura 11-18 se muestra a dos reconocidos escritores que sufrieron de la enfermedad bipolar.

Los extremos del estado de ánimo característicos de los trastornos bipolares pueden ser una forma de dar alas al proceso creativo. Por Virginia Woolf, una escritora altamente creativa que sufrió trastorno bipolar, y que finalmente se suicidó mientras estaba deprimida, describió la relación de su trastorno con su creatividad de esta manera:



Figura 11-18 Virginia Woolf y Ernest Hemingway son dos reconocidos escritores que experimentaron cierta forma de enfermedad bipolar. Tanto Woolf como Hemingway se suicidaron durante la fase depresiva de este trastorno. El suicidio es frecuente en el trastorno bipolar, en especial en el trastorno bipolar II.

Como experiencia, la locura es fantástica. Lo puedo asegurar y no sentirme despreciada; y en su lava aún encuentro la mayor parte de lo que escribo. Sale disparado, todo formado, no en simples gotas, como lo hace la cordura (V. Woolf, 1978, p. 180).

Su esposo, Leonard Woolf parece estar de acuerdo.

Estoy muy seguro de que el ingenio de Virginia se relacionaba de modo estrecho con lo que se manifestaba como inestabilidad mental y locura. La imaginación creativa en sus novelas, su capacidad de conversación para “dejar la tierra” y las ilusiones volubles de las crisis provenían del mismo lugar de su mente [...] que en realidad fue la cruz de su vida, la tragedia de su genio (L. Woolf, 1964, p. 80).

Antes de clasificar como con trastorno bipolar a alguien que ha experimentado un episodio maniaco, es importante descartar otras causas de la conducta maníaca. La manía también puede ser causada por ciertos factores químicos que no se relacionan con el trastorno bipolar. Por ejemplo, determinados fármacos pueden hacer que personas que no tienen antecedentes de trastornos afectivos experimenten episodios de manía. Los fármacos que producen esta respuesta incluyen los esteroides, los inhibidores de la MAO y los tricíclicos que se emplean para el tratamiento de la depresión y la L-dopa (que se utiliza para el tratamiento del mal de Parkinson). La manía también puede ser el resultado de infecciones, desequilibrios metabólicos y el crecimiento de tumores. En estos casos, se considera que la manía es un síntoma del cambio del estado bioquímico de una persona y no se clasifica como un trastorno del estado de ánimo.

Trastorno bipolar II

El **trastorno bipolar II** difiere del trastorno bipolar I en que la conducta maniaca está presente en un menor grado, llamado **hipomanía** o **episodio hipomaniaco**, en lugar de un episodio maniaco dramático y florido como los que experimentaba Robert Lowell. La tabla 11-11 resume los criterios para configurar el trastorno bipolar II. Un episodio hipomaniaco ocurre cuando existe un periodo claro de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y otros comportamientos maniacos, pero el funcionamiento social o laboral no se ven afectados en gran medida y la persona no tiene que ser hospitalizada. Esta capacidad para funcionar distingue a la hipomanía de la manía, pero en algunos casos es difícil hacer una distinción completamente segura. El cuadro bipolar II parece ser un tipo separado de trastorno y no un problema preliminar que más tarde se desarrolla y se convierte en un trastorno bipolar típico. Las personas que experimentan episodios maniaco hipomaniacos pueden no verlos como patológicos aunque quienes los rodean puedan estar preocupados sobre la conducta errática que perciben (ver el cuadro 11-3). Para la persona afectada, los sentimientos de júbilo y creatividad y la energía impulsiva que es característica de un estado hipomaniaco pueden ser una fuerza positiva.

Kay Redfield Jamison, una psicóloga que describió de manera intensa sus propios episodios maniacos y depresivos, sería diagnosticada con trastorno bipolar I debido a la intensidad de los pe-

TABLA 11-11

Resumen de los criterios para diagnosticar el trastorno bipolar II

- Presencia o antecedentes de uno o más episodios depresivos mayores.
- Presencia o antecedentes de por lo menos un episodio hipomaniaco. Un episodio hipomaniaco es similar a un episodio maniaco pero no reúne todo los criterios: no es lo suficientemente severo para causar un deterioro marcado en el funcionamiento u hospitalización, pero puede ser visible para otros.
- Nunca ha existido un episodio maniaco o mixto.
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno.
- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.

riodos maniacos que experimentó. Ella también proporcionó una buena descripción de un episodio hipomaniaco que se presentó al inicio de su enfermedad:

Era una estudiante de último año de preparatoria cuando tuve mi primera crisis de enfermedad maniaco-depresiva [...]. Al principio, todo parecía muy fácil. Corrí como una comadreja alocada, borboteaba con planes y entusiasmo, me sumergía en los deportes y me quedaba despierta toda la noche. Noche tras noche salía con amigos, leía todo lo que estaba a mi alcance, llenaba libros de manuscritos con poemas y fragmentos de obras de teatro, y haciendo planes extensos y completamente irreales para mi futuro. [...] Sentía que podía hacer cualquier cosa, que ninguna tarea era demasiado difícil. Mi mente parecía clara, fabulosamente enfocada y que podía dar brincos matemáticos intuitivos que hasta ese momento me habían eludido. Ciertamente todavía me eludían. En ese momento, sin embargo, no sólo todo tenía perfecto sentido, sino que todo empezó a encajar en un tipo maravilloso de relatividad cósmica [...] Acorralaba a mis amigos para decirles lo bello que era todo. Poco les faltó para paralizarse por mis “descubrimientos” [...] aunque considerablemente impresionados por lo agobiante que era estar alrededor de mis entusiastas divagaciones: Kay, estás hablando demasiado rápido. Me estás agotando, habla más lento, Kay. Y en los momentos en los que no me lo decían directamente, todavía podía ver que sus ojos me decían: Por Dios, Kay, habla más despacio [...].

A diferencia de los episodios maniacos severos que sufrí años más tarde y que se intensificaron salvaje y psicóticamente, saliendo de control, la primera ola sostenida de manía leve fue ligera, con tintes de verdadera manía; como cientos de periodos subsecuentes de gran entusiasmo, fueron de poca duración y se consumieron: tal vez cansado para mis amigos; y definitivamente agotante y emocionante para mí; pero no perturbadoramente excesivos (Jamison, 1995, pp. 36-37).

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 11-3

El trastorno bipolar y un formato de inversión

Alice Faye Redd fue sentenciada a 15 años de cárcel como resultado de lo que parecía ser, cuando los detalles fueron dados a conocer, un extraño formato de inversión. Más de cien personas, muchas de ellas de la tercera edad, invirtieron más de \$10 millones en lo que pensaban era una propiedad parcial de un complejo médico. En cierto momento, la señora Redd pagaba a los inversionistas casi 90% de intereses mensuales. Sin embargo, este dinero provenía de nuevos inversionistas, no de las ganancias. Mucho del sobrante del dinero que recolectaba lo usaba para entretenimiento y regalos espléndidos. Los inversionistas perdieron un total de \$3.6 millones de dólares en el ciclo de pagos de interés, préstamos y gastos espléndidos que se llevaron a cabo durante un periodo de nueve años.

La señora Redd no parecía ser una persona que pudiera crear tal formato. Fue presidenta de muchas organizaciones locales como la asociación de padres y maestros y la liga Junior. Tuvo éxito en la recolección de fondos para muchas causas cívicas, religiosas y políticas y la consideraban un pilar de la comunidad. Nixon la honró en la Casa Blanca como una de las diez mujeres jóvenes sobresalientes de Estados Unidos y hasta tuvo su propio programa de radio, *The Happy Homemaker*, en la estación de radio local. Su familia era adinerada y respetada en la comunidad. Para los que la conocían, la señora Redd parecía ser una “super mujer”. Todo fue bien hasta que un día empezó a llorar mientras almorzaba con su hija, a la que le dijo: “nadie me quiere, sería mejor que estuviera muerta”, y empezó a quebrantarse este mito. Cuando el esposo y la hija de la señora Redd empezaron a investigar la razón por la que se sentía tan afligida, em-

pezaron a preguntar a sus amigos y a revisar armarios y cajones. Una de las cosas que descubrieron fueron cuatro años de estados de cuenta del banco sin abrir. Después de descubrir algunos aspectos del formato de inversión de la señora Redd, convocaron a una reunión a los inversionistas para ver si podían llegar a algún acuerdo y la internaron en un hospital mental, porque consideraron que su conducta extraña sugería que había perdido contacto con la realidad. En el hospital la diagnosticaron con trastorno bipolar II. Más adelante, dos psiquiatras designados por el tribunal estuvieron de acuerdo con el diagnóstico. Aunque la evidencia psiquiátrica relacionada con su trastorno era fuerte, el tribunal no fue indulgente con ella debido a que el juez pensaba que los factores de su enfermedad no pesaban más que la cantidad de ahorros de toda una vida que perdieron las personas.

El caso de Alice Faye Redd muestra un fuerte factor genético en el trastorno bipolar. La investigación mostró que ella venía de una familia en la que la enfermedad mental podía rastrearse por cinco generaciones (ver la figura 11-19). También muestra la energía y logros que con frecuencia acompañan a la fase hipomaniaca del trastorno bipolar II, así como los errores de juicio que ocurren con frecuencia durante los periodos hipomaniacos. Una pregunta que nuestra sociedad encuentra difícil de responder es cómo deben ser tratadas estas personas si cometen un delito. ¿Debe tener preferencia el tratamiento para el trastorno en lugar de la prisión? ¿Qué grado de responsabilidad deben asumir quienes padecen trastornos mentales graves? El capítulo 17 analiza este tema con mayor detenimiento.

FUENTE: Basado en Butterfield 1996, p. 104.

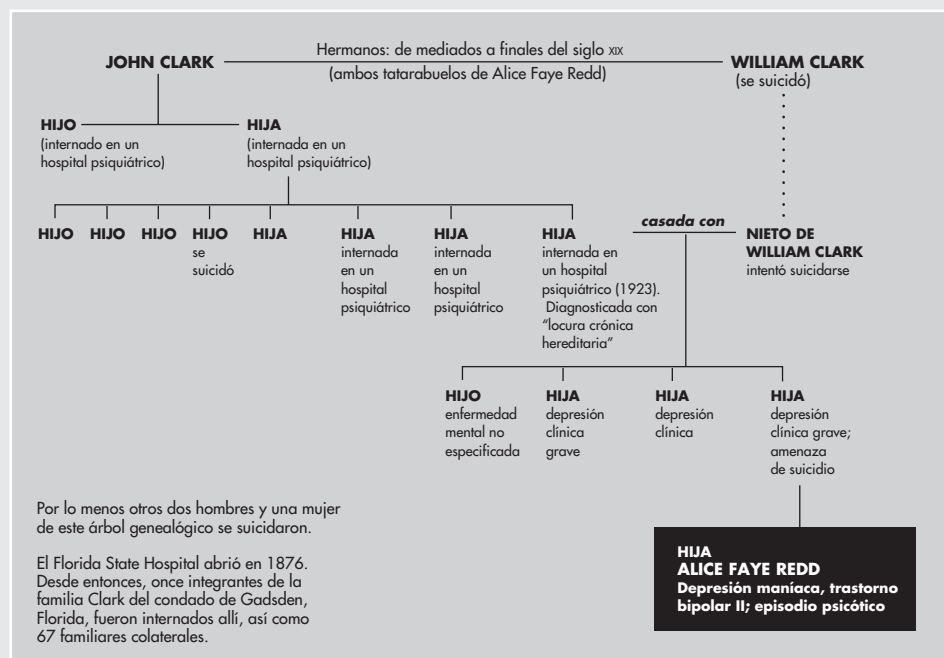


Figura 11-19 La familia de Alice Faye Redd (quien se declaró culpable de llevar a cabo un formato de inversión ilegal y quien fue diagnosticada con trastorno bipolar) muestra un patrón de enfermedad mental a través de varias generaciones. Desde que abrió el Florida State Hospital en 1876, 11 miembros de la familia Clark así como 67 familiares lejanos han sido hospitalizados allí.

FUENTE: *New York Times*, 12 de abril de 1996, p. 10Y. Gráfica realizada por Rebecca Hagelen.

TABLA 11-12

Resumen de criterios para diagnosticar el trastorno ciclotímico

- Presencia de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y numerosos periodos de síntomas depresivos durante dos años a lo menos.^a Los síntomas depresivos no deben reunir los criterios para configurar un episodio depresivo mayor.
- Los síntomas descritos anteriormente jamás han estado ausentes por periodos de más de dos meses durante un periodo de dos años.^a
- Durante los dos primeros años del trastorno no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto.

^aUn año en los casos de niños y adolescentes.

FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.

Trastorno ciclotímico

Igual que el *trastorno distímico*, un tipo de trastorno depresivo que se analizó anteriormente en este capítulo, el **trastorno ciclotímico**, es un estado crónico de alteración del estado de ánimo, que es más notorio como cambio del nivel de energía. En el trastorno ciclotímico, tanto la conducta hipomaniaca como la conducta depresiva se presentan y continúan durante un periodo de por lo menos dos años, pero ninguno de ellos cumple con los criterios del DSM-IV-TR para episodio maniaco o depresivo mayor. La tabla 11-12 define las características de la conducta ciclotímica. Con frecuencia, los episodios de ciclotimia tienen un patrón estacional y son más comunes en primavera o en otoño. Aunque el primer episodio se relaciona con una situación estresante, los siguientes episodios parecen no estar relacionados con el nivel de estrés. En algunos casos se alternan los síntomas de la hipomanía y los depresivos, mientras que en otros uno de estos estados de ánimo es predominante y otro se presenta con menor frecuencia.

Las personas a las que se clasifica con trastorno ciclotímico parecen constituir un grupo heterogéneo. Algunos desarrollarán posteriormente trastorno bipolar (Thase y Howland, 1995). Es más probable que las personas que son diagnosticadas con trastorno ciclotímico tengan un familiar cercano con un trastorno bipolar, que las personas normales o con diagnóstico de trastorno unipolar. Esta diferencia sugiere que el trastorno bipolar puede tener causas genéticas diferentes de la depresión unipolar.

Causas y tratamiento del trastorno bipolar

Factores genéticos

Parece existir gran evidencia de la presencia de un factor hereditario en los trastornos bipolares. Casi dos terceras partes de quienes desarrollan este trastorno tienen antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. El riesgo puede ser aún mayor si los

miembros de la familia de generaciones anteriores también tuvieron trastorno bipolar. La importancia de los factores genéticos se muestra en un estudio de gemelos MC, en los que por lo menos uno de ellos tiene un trastorno bipolar. En estos pares de gemelos, la probabilidad de que el otro también pueda tener trastorno bipolar es muy alta (40 a 70%). Este riesgo de trastorno bipolar es más alto que en el caso de los gemelos DC, cuando el otro gemelo tiene el diagnóstico. El riesgo de los gemelos DC es igual al de hermanos comunes y corrientes (5 a 10%) (Plomin y cols., 2003).

Sin embargo, lo que se puede heredar no es el trastorno en sí, sino la *vulnerabilidad* hacia el trastorno. A pesar de un riesgo hereditario real, el estrés también influye en el trastorno bipolar. Las personas que padecen esta vulnerabilidad genética tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas del trastorno si hay una gran cantidad de estrés en sus vidas. Por ejemplo, en el caso de gemelos MC que fueron discordantes para el trastorno bipolar (discordante significa que uno tenía el trastorno y el otro no), sus hijos que no desarrollaron el trastorno todavía tienen el mismo riesgo del trastorno que sus primos, hijos del gemelo que sí desarrolló el trastorno (Bertelsen y Gottesman, 1986). El hecho de que el gemelo no afectado no desarrollara síntomas pero que podría transmitir la vulnerabilidad genética a la siguiente generación muestra de manera clara que ciertos factores situacionales, entre ellos el estrés, influye en el trastorno bipolar. De la misma manera, el estrés también puede provocar nuevos episodios bipolares en personas con historia del trastorno, pero que funcionan de manera normal en la actualidad.

Aunque la genética parece jugar un papel importante en el desencadenamiento de trastornos bipolares, los investigadores todavía intentan determinar detalles importantes en relación con la herencia genética y el desarrollo de este trastorno. Los estudios de trastorno bipolar I muestran que hay un fuerte componente hereditario que es específico del trastorno bipolar (Winokur y cols., 1995). Los pacientes con un diagnóstico bipolar I tenían mucho más familiares cercanos con trastorno bipolar que los miembros del grupo de control integrado por pacientes con trastorno unipolar del estado de ánimo. Sin embargo, el mismo estudio mostró que las familias de pacientes tanto unipolares como bipolares tenían la misma probabilidad de tener miembros con un trastorno unipolar grave. Estos descubrimientos sugieren que hay una superposición entre los dos trastornos.

Otra pregunta sin responder es si hay ubicaciones de genes en cromosomas específicos que estén relacionados con el trastorno bipolar. Para poder entender más sobre los genes que causan el trastorno bipolar, los investigadores han estudiado a muchas familias extensas que tienen más miembros con este trastorno que lo que podría esperarse. Las familias que se seleccionaron para el estudio tendían a casarse dentro de su propio grupo étnico o religioso, para que su herencia genética estuviera más concentrada. Por medio del uso de la tecnología del ADN se compararon los genes tanto de los miembros de la familia afectados como de los que no estaban afectados. Varios estudios de los grupos familiares han apuntado hacia un cromosoma en particular que pudiera ser la ubicación de los genes identificados, pero en los diferentes grupos familiares no se distinguió el mismo cromosoma. Por ejemplo, en un grupo familiar de Quebec, donde los registros disponibles datan de la década

de 1830, varias ubicaciones genéticas en el cromosoma 12 parecen predecir la herencia de trastorno bipolar (Morissette y cols., 1999). La evidencia disponible sugiere ya sea que varias combinaciones diferentes de genes pueden interactuar para producir los síntomas de trastorno bipolar, o que los factores genéticos implicados son muy complejos. Lo que sí es evidente es que ningún gen por sí solo puede justificar la susceptibilidad hacia este trastorno.

Los estudios familiares sugieren que los miembros de las familias en las que el trastorno bipolar es un alto riesgo, también tienen un riesgo más elevado que el normal de padecer varios otros trastornos (Edmonds y cols., 1998). En promedio, los familiares de quienes sufren trastorno bipolar tienen mayor probabilidad de sufrir una depresión unipolar, trastornos de abuso de sustancias incluyendo trastornos relacionados con el alcohol, trastornos de angustia, fobias y alguna combinación de estos trastornos.

Tratamiento con bases biológicas del trastorno bipolar

El trastorno bipolar no se puede curar; es una condición de por vida o crónica. Sin embargo, en muchos casos existe la posibilidad de un tratamiento eficaz, aunque aun el tratamiento más promisorio no puede evitar nuevos episodios. Por lo general, la frecuencia de éstos se reduce, lo cual es importante porque mientras más episodios experimente la persona, peores serán los resultados a largo plazo.

En la actualidad, el tratamiento más común para el trastorno bipolar es el litio. Es particularmente eficaz para reducir la actividad maníaca, pero también puede disminuir la depresión que se experimenta en el trastorno bipolar. Sin embargo, el tratamiento con litio tiene varias limitaciones importantes, pues puede tener efectos secundarios peligrosos. Sólo hay una diferencia mínima entre una dosis eficaz y una tóxica, la diferencia más pequeña observada en cualquier otro fármaco prescrito de manera rutinaria para una enfermedad psiquiátrica. Además de este peligro, el tratamiento con litio es inapropiado para 50% de las personas afectadas por este trastorno. El litio también tiene efectos secundarios desagradables y como resultado muchos pacientes dejan de usarlo completa o temporalmente en contra de las advertencias de su médico. En algunas ocasiones suelen abandonar el litio durante los periodos de decaimiento, aunque no de depresión, con la esperanza de que dejar de consumirlo mejorará su estado de ánimo. También puede ser que no quieran renunciar a los placenteros cambios cognitivos y conductuales que se presentan con un estado de ánimo elevado. Estos cambios incluyen una mayor sensibilidad al entorno, intensidad sexual, creatividad y tranquilidad social. Kay Redfield Jamison ha dado una visión clara de su renuencia, por muchos años después de que comenzó su enfermedad, a tomar litio de manera regular:

Aunque era clínica y científica, y aunque podía leer la literatura de investigación y ver las consecuencias inevitables, las sombrías consecuencias de no tomar el litio, durante muchos años después de mi diagnóstico inicial me rehusaba a tomar los medicamentos como me los prescribieron. ¿Por qué me rehusaba? ¿Por qué tuve que sufrir más episodios de manía, seguidos por largas depresiones suicidas, antes de tomar el litio de manera médicamente sensata? [...]

Mi familia y amigos esperaban que le diera la bienvenida a ser “normal”, que agradeciera la existencia del litio y que tuviese energía y sueño normales. Pero si usted ha tenido todo a sus pies, está acostumbrado a dormir sólo cuatro o cinco horas en la noche y ahora duerme ocho, está acostumbrado a quedarse despierto todas las noches durante días y semanas consecutivas y ahora ya no puede, es un verdadero ajuste integrarse a un horario ejecutivo, el cual es agradable para muchos, es nuevo, restrictivo y al parecer menos productivo, y enloquecedoramente menos intoxicante. Las personas dicen, cuando me quejo de ser menos jovial, menos energética, menos avivada, “Bueno, ahora eres como el resto de nosotros”, tratando entre otras cosas, de darme confianza. Pero me comparo conmigo misma como era antes y no con los demás. Y no sólo eso: tengo la tendencia de comparar mi yo actual con mi mejor estado, que es cuando he estado levemente maníaca. Cuando soy mi yo “normal”, estoy bastante lejos de cuando he estado lo más avivada, lo más productiva, lo más intensa, lo más extrovertida y efervescente. En resumen, para mí, soy alguien difícil de seguir (Jamison, 1995, pp. 91-92).

A pesar de las limitaciones del tratamiento con litio, se considera que aún es uno de los tratamientos de elección más eficaces para reducir el número de episodios de trastorno bipolar, y también lo es para reducir el porcentaje de mortalidad en pacientes con trastorno bipolar (Baldessarini y cols., 2002). Se ha empezado a utilizar extensamente una droga más reciente, divalproex, con menos efectos secundarios, como sustituto del litio. Sin embargo, la investigación reciente sugiere que el litio es mucho más seguro porque reduce los riesgos de suicidio (FK. Goodwin y cols., 2003). En un estudio de expedientes médicos de más de 20 000 estadounidenses que fueron tratados por trastorno bipolar después de 1994, a los que se les prescribió divalproex tenían 2.7 veces más probabilidad de suicidarse que los que tomaban litio. Aunque pudieran necesitarse estudios prospectivos, estos resultados sostienen que el litio es el mejor tratamiento.

En ocasiones se han utilizado antidepresivos para tratar el trastorno bipolar, en especial cuando el primer episodio es la depresión. Éste es un enfoque riesgoso debido a que, en lugar de disminuir la depresión, el antidepresivo puede acelerar el cambio a una conducta maníaca. El desarrollo de estos cambios tan rápidos hace que el resultado a largo plazo sea mucho menos favorable, debido a que el medicamento no ayuda a ese tipo de trastorno bipolar.

Factores psicosociales y episodios bipolares

Aunque por lo general el trastorno bipolar se considera un trastorno con bases biológicas, los factores psicosociales juegan un papel tanto como desencadenantes de nuevos episodios como en la prevención de éstos. Aun cuando los pacientes reciben la mejor farmacoterapia los porcentajes de recaída son altos. Varían desde 40% en el primer año después de terminado un episodio, hasta 73% durante los cinco años posteriores (Gitlin y cols., 1995). Aunque no haya una recaída, por lo menos la mitad de los pacientes no funcionan tan bien como lo hacían antes del primer episodio, debido a que todavía tienen algunos síntomas. Sólo 20% desempeña su trabajo tan

bien como lo hacían antes. El porcentaje de divorcio es alto entre los pacientes bipolares, y con frecuencia sus hijos tienen problemas de ajuste (Miklowitz y Alloy, 1999). Otro riesgo de los pacientes bipolares es el suicidio. El porcentaje de suicidio en este grupo es mucho mayor que el que predomina en la población normal.

Estresores ambientales En ocasiones, los estresores ambientales pueden ser importantes para desencadenar ya sea el primer episodio maniaco o episodios adicionales maníacos en una persona vulnerable. Un estudio descubrió que dos terceras partes de los episodios maníacos que los pacientes experimentaron fueron precedidos por algún tipo de estrés de vida (Ambelas, 1987). Aunque muchos de los estresores que pueden causar un episodio maniaco involucran relaciones con otras personas, en ocasiones un suceso ambiental como un tornado, un huracán o una inundación puede ser el desencadenante. Es más probable que los episodios maníacos o hipomaniacos aparezcan después de estresores que desorganizan el ciclo sueño-vigilia de una persona, así como que los síntomas depresivos se presenten después de eventos de pérdida (Malkoff-Schwartz y cols. 1998).

Los eventos estresantes también pueden causar un episodio maniaco en personas con antecedentes de episodios maníacos o trastorno bipolar. Por ejemplo, cuando un fuerte huracán golpeó a Long Island, Nueva York, en 1985, hubo un aumento dramático de episodios maníacos entre los pacientes que eran tratados por trastorno bipolar (Aronson y Shukla, 1987). Toda las personas que recayeron ya habían tenido un alto nivel de estrés en sus vidas, y la mayoría de ellas no tenían el apoyo social que significa una relación cercana y de confianza. Para cada una de estas personas, el huracán tuvo como resultado estrés adicional, además del estrés mismo de la tormenta. Dos personas tuvieron que mudarse a la casa de sus padres, donde había un alto nivel de tensión; otra persona fue a un refugio temporal donde no conocía a nadie; y otro más destruyó el automóvil nuevo de su novio durante la tormenta, lo que provocó que su relación se deteriorara. Existe la necesidad de realizar nuevos estudios sobre la interacción entre la vulnerabilidad genética al trastorno bipolar y los factores ambientales estresantes.

Estresores familiares Los eventos positivos y negativos en las relaciones pueden ser importantes en el desarrollo de síntomas bipolares. La mayoría de las personas que padecen trastorno bipolar tienen escaso apoyo social (S.L. Johnson y cols., 1999). A pesar de que no están experimentando un episodio de manía o depresión, las personas con este trastorno reportan tener menos contacto con sus amigos que un grupo de control o un grupo de personas con depresión unipolar. Desafortunadamente, la naturaleza episódica del trastorno bipolar puede hacer que el apoyo social sea más necesario. Aunque en este estudio el apoyo social no parece reducir el estrés de vida, las personas que tuvieron un apoyo social más alto se recuperaron con mayor rapidez de los episodios de depresión o manía que experimentaron y sus episodios de depresión posteriores tendieron a ser menos graves, en comparación con quienes contaban con un apoyo social escaso. En particular, las interacciones y actitudes familiares negativas predicen un porcentaje mayor de recaída en pacientes bipolares (Hooley y Hiller, 2001).

Tanto la manía como la depresión grave pueden hacer más estresantes las relaciones familiares. Además, la naturaleza episódica del trastorno bipolar dificulta saber lo que sucederá después. La manía puede ser difícil de tolerar: “Ninguna otra dificultad, ni siquiera el homicidio en la familia, tiene una probabilidad tan elevada de provocar un caos familiar, ni tan alta probabilidad de que la familia no pueda tolerar al paciente y abandonarlo” (Lansky, 1988, p. 216). Vivir con una persona que experimenta episodios depresivos también es estresante.

Enfoques psicológicos de pacientes bipolares y sus familias

Aunque los principales enfoques para tratar trastornos bipolares son biológicos, han comenzado a reconocerse cada vez más las contribuciones psicológicas para lograr alguna mejoría. Por ejemplo, se está estudiando la terapia cognitiva como un componente del tratamiento para pacientes bipolares (C. Newman y cols., 2002). Con frecuencia, a estos pacientes les perjudica la poca información que se les proporciona sobre su condición y tratamiento. La psicoeducación puede ser de gran valor para las familias de los pacientes, así como para éstos.

Un problema que se presenta en el tratamiento de los trastornos bipolares es que los pacientes no toman con regularidad, o directamente abandonan, los medicamentos que se les prescriben. La información en videos, folletos, conferencias y sesiones individuales pueden ser útiles para promover la adherencia al medicamento. La psicoterapia también puede ser útil para enseñar a los pacientes a emplear capacidades de afrontamiento del estrés, aumentar su conciencia sobre los efectos relacionados con la conducta bipolar en los miembros de la familia y los compañeros de trabajo, y analizar las relaciones interpersonales problemáticas (Craighead y cols. 2002).

Los programas de tratamiento psicoeducativo para la familia puede ser un complemento útil para el tratamiento del paciente con litio u otros medicamentos. Se sabe, desde hace algún tiempo, que las intervenciones familiares psicoeducativas ayudan a prevenir recaídas de los pacientes afectados por la esquizofrenia. Estos programas ayudan a la familia a aprender sobre el trastorno y a capacitar a sus miembros sobre la forma de interactuar con el paciente. Las familias que tienen un paciente bipolar, al igual que en las que hay un miembro esquizofrénico, con frecuencia muestran altos niveles de discordia familiar, pero hasta hace poco nadie había utilizado el enfoque psicoeducativo con ellas.

En uno de los pocos estudios que han investigado el efecto del tratamiento psicoeducativo en familias, los investigadores de la Universidad de Colorado reclutaron a familias de pacientes bajo tratamiento con medicamentos estándares para el trastorno bipolar (Simoneau y cols., 1999). Algunas de las familias participaron en 21 sesiones de terapia familiar en sus hogares durante un periodo de nueve meses. Estas sesiones involucraban a los pacientes así como a sus familiares cercanos (padres, hermanos o cónyuges). Durante las sesiones se analizó la naturaleza de los síntomas, el pronóstico y el tratamiento del trastorno bipolar. También se les proporcionó a los participantes capacitación para mejorar la co-

municación, lo que implicó dar retroalimentación positiva y negativa, formas para pedir cambios de conducta de otros miembros de la familia y capacitación en habilidades de resolución de problemas. Como parte de esta capacitación, los miembros de la familia participaron en sesiones de capacitación de modelamiento y entrenamiento conductual en las que representan papeles en diferentes situaciones y tareas para practicar las capacidades de las sesiones de capacitación. Un grupo control de familias sólo recibió ayuda estándar para el manejo de las crisis cuando era necesario. Los pacientes en ambos grupos continuaron recibiendo el medicamento apropiado. Un año después del inicio del estudio, las conductas tanto verbales como no verbales positivas y negativas se expusieron durante la interacción familiar. Las familias del grupo de tratamiento psicoeducativo tuvieron conductas significativamente más positivas durante la interacción, pero el número de conductas negativas no cambió. Cuando los investigadores observaron los resultados más a fondo, descubrieron que la diferencia entre los grupos se debía mayormente al aumento de las conductas no verbales positivas de los pacientes bipolares. Estas mismas conductas también cambiaron en el caso de los familiares, pero no de manera significativa. Aun más importante, el cambio de las conductas no verbales positivas de los pacientes del grupo psicoeducativo al inicio del estudio hasta ese primer año, también predijo una disminución de los síntomas del trastorno del estado de ánimo hasta ese mismo momento. La razón por la que sólo las conductas no verbales positivas fueron afectadas por este tipo de intervención, no es clara; ésta es una pregunta que sólo se podrá responder por medio de mayor investigación. Lo importante es que la intervención psicosocial con un grupo familiar puede ayudar a los efectos del medicamento para el trastorno bipolar para producir una mejoría en los síntomas.

Un problema con este tipo de intervención es que muchos pacientes bipolares son solteros, divorciados o separados de sus familias. Esto no es sorprendente, si se considera el estrés que la enfermedad bipolar puede provocar en las relaciones. Con frecuencia, los miembros de la familia creen que una persona con trastorno bipolar o unipolar puede controlar sus sentimientos y conductas. Este malentendido puede causar enojo y una sensación de fracaso para todos los que están involucrados. Los miembros de la familia también pueden convertirse en personas hipervigilantes e interpretar cualquier expresión de emoción como una señal de que está por comenzar otro episodio de manía o de depresión.

Suicidio

El *suicidio* (la palabra deriva del latín, que significa “autoasesinato”) es una de las 10 causas principales de muerte en Estados Unidos. Cada año más de 30 000 personas mueren por suicidio, y hay alrededor de 650 000 intentos de cometerlo. El porcentaje de suicidios en Estados Unidos tuvo un promedio en el siglo XX de 12.5 por cada 100 000 personas. Este porcentaje está aproximadamente en el punto medio de los porcentajes de los países industrializados. Japón tiene más suicidios que Estados Unidos aún cuando tiene menos de la mitad de la población. Alrededor de medio millón de personas en todo el mundo se suicidan cada año.

Enfermedad mental y suicidio

Aunque no todos los que intentan suicidarse son enfermos mentales, las enfermedades mentales, en particular aquellas que presentan síntomas psicóticos, aumentan en gran medida la probabilidad de un intento de suicidio (Radomsky y cols., 1999). Entre los trastornos del estado de ánimo, el riesgo de intento de suicidio es mayor en el caso del trastorno bipolar II, intermedio en el del bipolar I, y menor en el de la depresión unipolar (Rihmer y Pestalitiy, 1999).

El **parasuicidio** es un término que se utiliza para describir la conducta suicida que no culmina con la muerte. Un estudio descubrió que en el caso de las personas que han tenido una episodio de parasuicidio, el porcentaje de suicidio en el año posterior al episodio es 100 veces más alto que el de la población en general (Jenkins y cols., 2002). Una pregunta que se plantea es si los sobrevivientes a un intento de suicidio tienen una motivación diferente que los que no sobreviven (tal vez para llamar la atención o pedir ayuda, más que acabar con sus vidas). En general, esta suposición parece no ser cierta. Las razones dadas por los parasuicidas para sus intentos y las razones inferidas por la información disponible sobre los que murieron son muy similares. La diferencia parece estar en la letalidad del método utilizado. El uso de armas de fuego es la más letal; por su parte, los medicamentos no prescritos, como la aspirina, están entre las menos amenazantes, aun sin atención médica.

Factores de riesgo para el suicidio

Varios factores de riesgo, además del estado de salud mental, predicen la probabilidad de suicidio. Entre ellos se pueden mencionar la edad, género, estado civil, origen étnico o raza y la presencia reciente de eventos de vida severos, en particular los relacionados con una pérdida. También son importantes otros factores como las características de la personalidad, el estilo cognitivo, el fácil acceso a los medios para suicidarse y la presencia o ausencia de apoyo social. El abuso de drogas y alcohol hacen que el suicidio sea más probable. Debido a que los factores que determinan si una persona va a cometer suicidio son complejos, tiene sentido un modelo que incluya la vulnerabilidad y la resiliencia personales (ver la figura 11-20).

Edad Dos grupos de edad están particularmente en riesgo de suicidio: 1) adolescentes y adultos jóvenes, y 2) los mayores de 70 años. En el caso de la población de Estados Unidos como un todo, el suicidio en la tercera causa más frecuente de muerte de las personas de entre 10 a 14 años y de 15 a 24 años. Sube al segundo lugar en el grupo de personas de 25 a 34 años y baja al sexto en las edades de 45 a 54 años y al noveno en el caso de las personas de entre 55 a 64 años. Aunque el suicidio no está entre las 10 principales causas de muerte de las personas de más de 65 años, esto no se debe a que el número del suicidio sea menor, sino debido a que en este intervalo de edad, el porcentaje de muerte por diversas enfermedades es mayor, principalmente enfermedades cardíacas y cáncer. Por ejemplo, el número de suicidios entre los hombres blancos mayores de 85 años es seis veces más alto que el porcentaje nacional de suicidio.

Durante varios años, el porcentaje de suicidio ha aumentado rápidamente entre los jóvenes, en particular hombres de 15 a 24

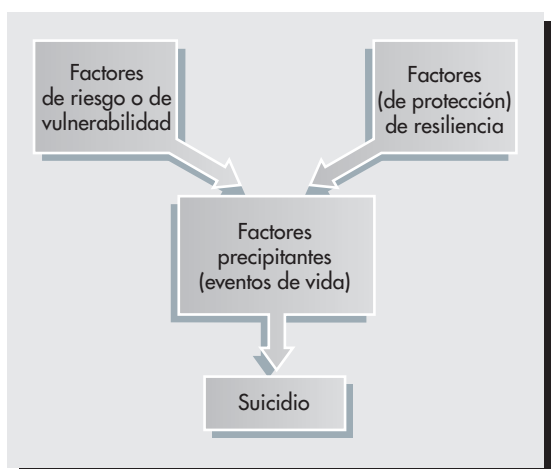


Figura 11-20 El hecho de que suceda o no un suicidio está relacionado con la vulnerabilidad y resiliencia de una persona así como con los eventos de vida negativos.

años de edad. En el grupo de hombres entre 15 y 24 años, el suicidio está detrás de los accidentes y homicidios como causa de muerte. Durante los últimos cincuenta años, el número de suicidios entre los adolescentes ha aumentado y se ha triplicado desde 1970 (Portner, 2001). Varios grupos de adolescente están en particular riesgo de intentos de suicidio: 1) homosexuales, lesbianas y bisexuales jóvenes, 2) los que no tienen hogar, los que huyeron de sus casa y delincuentes, 3) los que han estado encarcelados o que están actualmente encarcelados, y 4) los que han estado expuestos a conductas suicidas de otros (por ejemplo, de miembros de la familia o amigos) (Spirito y Overholser, 2003). El retraimiento social y el aislamiento son característicos de muchos adolescentes que intentan suicidarse.

Se considera que, en particular, los estudiantes universitarios tienen un alto riesgo de cometer suicidio. Sin embargo, después de revisar todos los estudios disponibles sobre el tema entre estudiantes en Estados Unidos, el porcentaje promedio de suicidio entre los universitarios, fue de aproximadamente la mitad del porcentaje de las personas del mismo rango de edad que no estudiaban (Schwartz y Whitaker, 1990). Sin embargo, es posible que el porcentaje de los estudiantes sea más alto de lo que parece. En un estudio de suicidios en la Oxford University, los investigadores observaron que hay una mayor probabilidad de que las autoridades clasifiquen las muertes de estudiantes como “por causa no determinada” o accidental, que clasificar de esa manera las muertes de la población en general (Hawton y cols. 1995).

Género En Estados Unidos los porcentajes de suicidio de hombres y mujeres son muy diferentes. Aunque éstas intentan suicidarse más veces, es más factible que ellos lo logren. Las armas de fuego son el método más común de suicidio tanto de hombres como de mujeres, pues fueron responsables de 58% de todos los suicidios en 1997 (National Institute of Mental Health, 2002); sin embargo, es más probable que los hombres las utilicen más que las mujeres. La adquisición reciente se relaciona fuertemente con el suicidio. Un estudio comparó los porcentajes de suicidio de las personas que habían comprado una pistola en California en 1991 con los porcentajes de la población adulta general de ese estado (Win-

temute y cols. 1999). Durante la primera semana después de la adquisición de la pistola, el porcentaje de suicidio por medio de armas de fuego entre los compradores fue 57 veces más alto que el porcentaje de la población en general. Durante el primer año después de la compra, estas pistolas fueron las responsables de 25% de todas las muertes por suicidio. Estos resultados sugieren que muchas personas que piensan en suicidarse realizan la compra de una pistola con el suicidio en mente.

En Estados Unidos, al igual que en el resto del mundo, las mujeres parecen escoger medios potencialmente menos letales (una sobredosis de drogas o veneno) como el método preferido de suicidio. Esta diferencia al escoger el método también resulta en una diferencia en la probabilidad de suicidio en hombres y mujeres, dependiendo en la disponibilidad de las armas de fuego y venenos letales. En los países en donde las armas de fuego no son tan accesibles, los venenos son más fáciles de comprar y la posibilidad de ayuda médica es menor, el porcentaje de suicidio es mayor para las mujeres que para los hombres (el reverso del patrón observado en Estados Unidos).

Raza y origen étnico El porcentaje de suicidio difiere de manera consistente entre la raza y grupos étnicos. La figura 11-21 muestra el porcentaje promedio de suicidio para hombres y mujeres por grupos más específicos de raza/origen étnico. La figura hace evidente que el porcentaje para mujeres en todos los grupos raciales/étnicos es menor que el de los hombres. Lo que llama la atención en esta figura, es el porcentaje tan alto para los hombres amerindios y nativos de Alaska. No es evidente el porqué estas diferencias raciales/étnicas existen, pero son consistentes para todas las épocas. Ninguno de los pronósticos de suicidio sugeridos con frecuencia, puede relacionarse de manera consistente con estas diferencias raciales/étnicas.

Actitudes culturales Los factores culturales pueden justificar algunas diferencias en el porcentaje de suicidio, pero esto puede ser más real cuando se comparan los porcentajes nacionales de suicidio, que cuando se compraran los porcentajes dentro de un país. Por ejemplo, en Japón, el suicidio tradicionalmente es visto como una forma culturalmente apropiada de manejar los sentimientos de vergüenza y de ser personalmente deshonrados, tal vez por no lograr el éxito o haberse comportado de manera poco ética. Visto de esta manera, el suicidio puede compensar por la vergüenza que una persona, los miembros de su familia y otros sufrirán por su conducta. En un estudio que compara a estudiantes universitarios japoneses y canadienses, era más probable que los estudiantes japoneses pensarán en el suicidio, que hubieran formulado un plan de suicidio y haberlo intentado en el pasado (Heisal y Fuse, 1999). Era más probable que los estudiantes canadienses, más que los japoneses, buscaran ayuda de un profesional de la salud mental.

Desesperanza Las expectativas negativas y la desesperanza son temas importantes para aquéllos que tienen preocupaciones suicidas. Estas personas pueden llegar a creer que el suicidio es la única estrategia posible para manejar los problemas sin solución. La Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale) se ha utilizado en pacientes internos y externos, para predecir si una persona está en un mayor riesgo para de suicidarse (Beck y Emery, 1985; Beck y cols., 1990). En un estudio de pacientes no hospita-

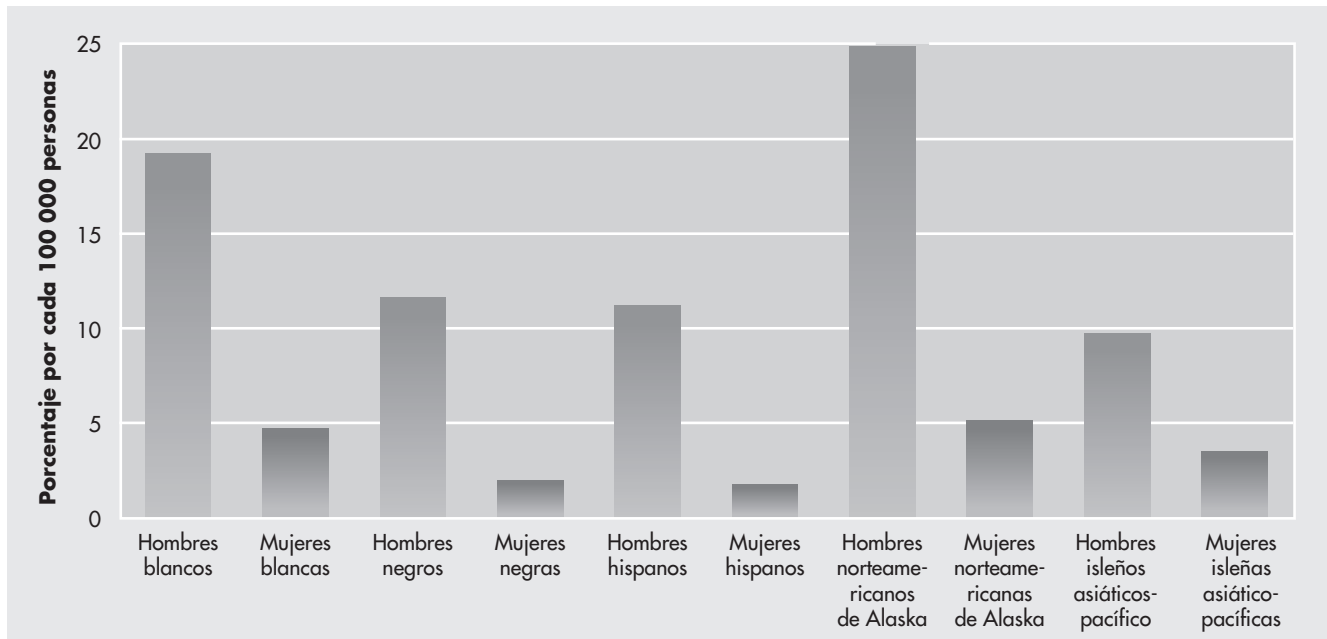


Figura 11-21 Porcentajes de suicidio ajustados por edad para hombres y mujeres de varios grupos raciales/étnicos.

FUENTE: National Center for Health Statistics, 2000.

lizados, quienes obtuvieron puntuaciones mayores a nueve en esta escala, tenían 11 veces más probabilidad de suicidarse que quienes obtuvieron puntuaciones más bajas. Aunque muchas personas que obtienen una calificación alta en esta escala no se suicidan, es útil para hacer notar la posibilidad de un riesgo creciente. También ha ayudado a comprender los aspectos del pensamiento depresivo que pueden estar relacionados con el riesgo de suicidio. Siendo que Beck y sus compañeros de trabajo han demostrado que la desesperanza puede ser modificada con la terapia cognitiva, su enfoque también ha promovido un tratamiento más eficaz.

Perfeccionismo Algunas personas tienen una tendencia a establecer estándares imposibles de alcanzar para ellos mismos y es más probable que sean demasiado críticos en sus autoevaluaciones. El perfeccionismo puede aumentar la probabilidad de suicidio, más que la desesperanza (Flett y Hewitt, 2002). Por ejemplo, el perfeccionismo parece haber influido en la muerte del escritor británico Alasdair Clayre.

Clayre acabó con su vida al brincar frente a un tren subterráneo el día en que su nuevo libro, en el que había trabajado durante años, iba a ser publicado. Según sus amigos, Clayre, un hombre con muchos logros anteriores y ganador de una prestigiada beca, tenía demasiado miedo de lo que los críticos pudieran decir sobre su libro.

Roy Baumeister (1990) desarrolló la **teoría de escape del suicidio**, la cual lo ve como un intento para escapar la conciencia repugnante de uno mismo. Él cree que una cadena causal de eventos lleva al suicidio. La cadena comienza con uno o más eventos de vida estresantes en los que no se cumplen los estándares y expectativas de la persona. Ésta se atribuye internamente estos fracasos, que después generan emociones negativas y pueden producir depre-

sión. Se busca escapar de estas emociones negativas por medio de un retiro hacia un estado cognitivo, enfocándose sólo en las metas inmediatas o a corto plazo. Como resultado de la separación entre sentimientos y cognición, se vuelven aceptables medidas drásticas como el suicidio. La teoría de escape de Baumeister ha sido apoyada por investigaciones en una población de pacientes clínicos no hospitalizados (Dean y Range, 1999). El nivel de perfeccionismo de los pacientes predijo el nivel de depresión, que después predijo la desesperanza. El nivel de desesperanza, a su vez, predijo un aumento de la evaluación negativa de la vida y de los pensamientos suicidas. Esta evaluación negativa de los beneficios de continuar viviendo también contribuyó directamente a los pensamientos suicidas.

Eventos de vida y suicidio

Tal como los eventos de vida muy estresantes han sido relacionados con la depresión, en ocasiones también son factores que precipitan el suicidio. Los eventos de vida que involucran pérdida son particularmente devastadores para muchas personas. Por supuesto muchas de las personas que experimentan estos eventos no tratan de suicidarse; no obstante en una persona vulnerable puede dar como resultado el suicidio. Uno de los factores más importantes es la terminación de un romance o un matrimonio. En conjunto, las personas divorciadas tienen un porcentaje de suicidio mayor que las personas casadas; sin embargo, los estudios epidemiológicos que consideran muchos factores adicionales en la predicción, muestran que el porcentaje de muerte por suicidio aumenta por el divorcio sólo entre los hombres (Kposowa, 2000). La pérdida de un trabajo es otro evento de vida que aumenta la probabilidad de suicidio. Aún sin la pérdida, el estrés en el trabajo también es un predictor de

suicidio. Hay una diferencia a largo plazo en los porcentajes de suicidio entre las profesiones que parecen estar relacionadas con el estrés del trabajo (M.J. Murphy, 1985). Médicos, dentistas y abogados están entre los profesionales mejor preparados, cuyos porcentajes de suicidio son altos. Un grupo bastante diferente, los trabajadores no calificados, también han tenido tradicionalmente un porcentaje alto de suicidio. Desde luego, también es posible que algunas de las características personales que llevan a escoger alguna de estas profesiones sean las responsables, más que el trabajo en sí.

Suicidio por contagio

Algunas veces, cuando el suicidio de una persona reconocida está entre los titulares de las noticias, poco tiempo después ocurre un aumento de suicidios. A esto se le conoce como **suicidio por contagio**, o el *efecto de imitación*. Este fenómeno se ha investigado científicamente, utilizando análisis de series cronológicas de los suicidios diarios generales y relacionando los resultados con los suicidios de personas prominentes que fueron extensamente publicados en la prensa (Jonas, 1992). El análisis apoya la idea de un efecto de imitación. Sin embargo, en ocasiones la intervención puede contrarrestar este efecto. Por ejemplo después del muy publicitado suicidio de Kurt Cobain, una estrella de rock, en Seattle en 1994, las autoridades se prepararon para un desencadenamiento similar de suicidios por contagio, pero éstos no ocurrieron. Es posible que el énfasis de los medios en sus esfuerzos por ayudar a los más necesitados de los centros de crisis de Seattle, proporcionaran un camino a los imitadores potenciales para manejar sus sentimientos.

Un suicidio puede provocar un efecto de imitación aún si la persona involucrada no era famosa (ver la figura 11-22). En lo que pudiera llamarse una epidemia de suicidios, durante un periodo de ocho meses, seis hombres jóvenes del sur de Boston se suicidaron colgándose. Además, aproximadamente 70 adolescentes del área, en su mayoría hombres, fueron hospitalizados en el mismo periodo por intentos de suicidio o pensamientos suicidas agudos. Aunque



Figura 11-22 La muerte de seis hombres jóvenes por colgarse a sí mismos en un periodo corto en el sur de Boston, ilustran el efecto de imitación que es común que ocurra después de un suicidio muy difundido. En una situación como estas, los porcentajes de suicidio, intentos de suicidio y pensamientos suicidas tienden a elevarse de manera abrupta durante algún tiempo.

otros factores podrían estar involucrados, este enorme aumento en los suicidios, muchos por medio del mismo método, así como intentos de suicidio, son una clara ilustración del efecto de imitación.

Algunos otros ejemplos de suicidios múltiples parecen estar relacionadas, más con las creencias compartidas y la presión de grupo, que con el contagio. Estos ejemplos incluyen la muerte de 39 miembros del culto Heaven's Gate en California, y el suicidio masivo de los miembros del Peoples Temple en Guyana, América del Sur.

Prevención del suicidio

Existen varios enfoques para la prevención del suicidio: una mayor conciencia de posible pensamiento suicida, proveer centros de atención de crisis y otras instituciones, y cambiar las expectativas culturales sobre la forma en que la gente debe manejar sus problemas. La tabla 11-13 menciona algunas señales de alerta de que los adolescentes pueden estar considerando el suicidio. Muchos de estas mismas señales aplican a todas las edades (Lester, 2001).

Los centros de atención de crisis pueden jugar un papel importante en la prevención del suicidio, al darle a la persona con problemas una oportunidad para expresar sus preocupaciones y asegurarle que están disponibles ayuda eficaz y tratamiento, y al hacer canalizaciones a hospitales y clínicas que ofrecen ayuda inmediata. También son importantes los cambios en las actitudes culturales en relación con el manejo del estrés, para que las personas no interpreten sus sentimientos de desesperanza como debilidad, sino más bien como una señal de que es importante y aceptable buscar ayuda. Un buen ejemplo de esta necesidad de cambio se refleja en el alto porcentaje de suicidio entre los policías. No solamente el porcentaje es más del doble que el de la población total, sino que más del doble de policías mueren por causa del suicidio que por muerte en el desempeño de sus deberes, incluyendo el asesinato a manos de criminales (Violanti y cols., 1996). Sin embargo, los policías se rehúsan a buscar ayuda, y sus departamentos por lo general, no los motivan a hacerlo (Karel, 1995). Los críticos argumentan que la subcultura de la policía enseña a los oficiales a suprimir las emociones como una forma psicológicamente necesaria para lidiar con la violencia que enfrentan regularmente.

La fuerza aérea de Estados Unidos desarrolló un programa dirigido a reducir la resistencia del personal de la fuerza aérea para ver a un terapeuta y hablar de sus problemas personales. El programa, obligatorio para todo el personal, también proporcionó capacitación para tomar conciencia del suicidio. Después de iniciar el programa, el porcentaje de suicidio del personal de la fuerza aérea se redujo a la mitad durante un periodo de cinco años. El suicidio había sido la segunda causa principal de muerte en la fuerza aérea, pero como resultado del programa el porcentaje se redujo a un nivel por debajo del promedio nacional (*New York Times*, Noviembre 26, 1999).

Los programas de **postvención** que se instituyen después de que ha tenido lugar un suicidio pueden ser útiles para prevenir suicidios adicionales. La postvención puede ayudar a los sobrevivientes a manejar su aflicción y posibles sentimientos de responsabilidad y culpa, además de que sirve como una forma de evitar que vean al suicidio como una manera de lidiar con las dificultades personales.

TABLA 11-13

**Señales de advertencia de suicidio
en la conducta adolescente**

Debido a que los suicidios entre las personas jóvenes han aumentado de manera dramática en los últimos años, las posibles señales de advertencia han sido mencionadas para ayudar a los padres y otros a reconocer las indicaciones de que alguien pueda estar pensando en el suicidio. Muchas de las señales pueden ser señales de depresión o sentimientos suicidas para los que hay tratamientos apropiados.

Señales importantes

- Cambios en los hábitos alimenticios y de sueño.
- Aislamiento de las amistades, familia y actividades regulares.
- Acciones violentas, conducta rebelde, escaparse
- Uso de drogas y alcohol
- Descuido inusual de la apariencia personal
- Cambio notorio en la personalidad
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, baja calidad en las tareas escolares
- Quejas de síntomas físicos como dolores de estómago y cabeza
- Pérdida de interés de actividades placenteras
- Inhabilidad para tolerar halagos y premios

Señales adicionales

- Quejas de ser una mala persona
- Indicios verbales como "Ya nada importa" y "Pronto no seré un problema para ti"
- Arreglar sus pendientes, por ejemplo, regalar o descartar las posesiones favoritas
- Volverse alegre de repente después de un periodo de depresión
- Señales de alucinaciones o pensamientos extravagantes

El suicidio tiene un fuerte impacto en la familia de aquellos que lo cometen y en las personas que los conocieron. Es más doloroso para la familia que otros tipos de muerte y con frecuencia más difícil de aceptar o reconocer. Los padres quizá consideren que el suicidio de su hijo adolescente fue una muerte accidental. Tal vez la familia experimente fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que hacen que sea imposible un duelo normal. Los hijos pequeños de un padre que comete suicidio también son propensos a sufrir graves desequilibrios. Es probable que el padre que sobrevive asegure que el suicidio fue un accidente. Entonces, el niño empieza desconfiar del padre, duda de la realidad de lo que observó o ambas situaciones. Muy a menudo los niños se sienten responsables del suicidio de uno de los padres o piensan que debieron evitarlo. El resultado de estas percepciones erróneas es un niño deprimido, pasivo y autodestructivo. Debido al estigma social que rodea al sui-

cidio, con frecuencia los sobrevivientes evitan hablar con otras personas, y esto puede aumentar su estrés.

En los párrafos siguientes, una esposa describe sus reacciones y las de su hijo de 12 años, Richard, ante la muerte de su esposo.

Para mí los días que siguieron [a la muerte de su esposo] estuvieron llenos de dolor. Las preguntas me abrumaban. ¿Por qué? ¿Por qué? Pero la impresión paraliza; de alguna manera pude manejar los arreglos del funeral. Como un robot, hice lo que tenía que hacer. La gente iba y venía y yo permanecí sentada durante horas sin moverme mucho. Recuerdo que no me cambié de ropa durante dos días. No quería mover ni cambiar nada. Hablar representaba un gran esfuerzo. Comer era un gran esfuerzo.

Al final de la primera semana, después que terminó el funeral, los familiares se habían ido y llegó la verdadera soledad y la culpa. Cada noche, soñaba que tranquilizaba a Dick, le decía lo mucho que lo amaba y lo seguía amando, sintiendo en mis sueños que si lo supiera, regresaría y estaría a salvo [...] Dos meses después, mientras regresábamos en el avión de un viaje que hicimos en Navidad para visitar a la familia de Dick, Richard dijo, "Siento que en verdad extraño a alguien y no sé a quién". Dije, "¿No crees que es a papá?" y surgieron las únicas lágrimas que lo vi derramar. Hablamos con frecuencia y me dice que ahora se siente enojado más que nada. "Cuando empiezo sentirme enojado o triste," – dice – "trato de concentrarme en realidad en lo que estoy haciendo en ese momento, como jugar con la pelota o andar en bicicleta".

Encuentro difícil ser tan sensible, evitar la culpa y la duda constante. Las notas que Dick dejó dicen que fue por su trabajo, que yo no tuve nada que ver con lo que hizo. Aún así, ¿por qué no pude ver lo que sucedía? ¿Por qué no lo pude salvar? Es el mejor amigo que he tenido. Tal vez no fui una amiga lo suficientemente buena para él. Deseaba juntar todas las piezas; revivía cada conversación. Pero no había respuestas y las piezas no ajustaban (Kenyon, 1979, p.17).

Para muchas personas puede ser útil proporcionar información y contestar preguntas acerca del suicidio.

El mensaje con el que nos quedamos

Los trastornos del estado de ánimo muestran por qué defendemos el enfoque interaccionista de la conducta desadaptada. Estos trastornos tienen al mismo tiempo condiciones tanto psicológicas como fisiológicas. Además, hay una creciente evidencia, no sólo de que los tratamientos físicos y psicológicos juegan un papel positivo para ayudar a que las personas logren la recuperación sino que al combinarlos dan mejores resultados. Hay más razones para ser optimistas sobre el tratamiento de trastornos del estado de ánimo que en cualquier época anterior en la historia de su estudio clínico. A pesar de eso, se necesitan responder numerosas preguntas importantes, incluyendo estas dos:

1. ¿Cuál es la eficacia relativa de los diferentes enfoques de tratamiento (por ejemplo, antidepresivos, TEC, psicoterapia), y cuándo son más eficaces ya sea solos o combinados?

2. ¿Cuáles son los mecanismos para que los enfoques del tratamiento alcancen el éxito?

Estas preguntas se podrán responder mejor cuando se descubran mejores explicaciones de las causas de los trastornos del estado de ánimo que las que disponemos en la actualidad. La evidencia de que múltiples neurotransmisores están involucrados en la regulación del estado de ánimo debe llevar a un mejor entendimiento de la etiología de algunos trastornos del estado de ánimo y mejores tratamientos. Es probable que una mejor descripción de la naturaleza de la relación paciente-terapeuta aumente la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas. Un mejor entendi-

miento de los eventos que desencadenan estos trastornos, sería útil tanto en los enfoques físicos como psicológicos de los trastornos del estado de ánimo. ¿Porque algunos trastornos del estado de ánimo parecen estar claramente conectados a ciertos eventos recientes, mientras que otros parecen aparecer de la nada? Se conocen varias de las causas de los trastornos del estado de ánimo, éstas incluyen la composición genética, rasgos de personalidad, factores ambientales y la biología celular. Un reto actual es descubrir cómo se combinan y cómo debemos tratar a las personas cuyos trastornos del estado de ánimo son causados por una combinación particular de estos factores.

R esumen del capítulo

Estado de ánimo depresivo

Aunque la palabra depresión es parte de nuestro vocabulario, sentirse deprimido no es lo mismo que padecer un trastorno del estado de ánimo. Los eventos de la vida pueden causar un estado de ánimo depresivo. Si este estado no es causa del luto se puede clasificar como un **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo**.

Trastornos del estado de ánimo

Hay tres tipos de trastornos de estado de ánimo: **trastornos depresivos**, **trastornos bipolares** y el tercero causado por algún otro factor que incluye enfermedad médica, medicamentos o abuso de drogas. Los trastornos del estado de ánimo, en especial la depresión, también son comórbidos con otros trastornos tales como trastornos de la ansiedad y trastornos de la personalidad.

Depresión

La depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno. El síntoma del estado de ánimo depresivo no necesariamente significa que una persona padece un trastorno del estado de ánimo. Quienes cumplen con el criterio del DSM-IV-TR experimentan más síntomas que son más graves. Los trastornos depresivos en ocasiones se refieren como **trastornos unipolares** para diferenciar los tipos de depresión de los que se encuentran en el trastorno bipolar. Hay varias categorías de trastornos depresivos.

Factores de vulnerabilidad para la depresión La estructura genética o herencia, es un factor de riesgo importante para la depresión mayor y el trastorno bipolar. La edad también es un factor de riesgo: las mujeres se someten a mayor riesgo durante la adultez temprana mientras que para los hombres es mayor en la edad intermedia. En el siglo XX la frecuencia de la depresión ha aumentado, por lo que la generación (cohorte) a la que pertenece la persona también es un factor de riesgo. El género también es muy importante: el doble de mujeres que de hombres en la población en general reportan un trastorno depresivo. Otros factores de riesgo son experimentar eventos de vida negativos y una falta de apoyo social, en particular de las relaciones cercanas. Este apoyo puede ser especialmente valioso si los eventos estresantes han ocurrido recientemente.

Trastornos depresivos

Trastorno distímico Un **trastorno distímico** es una condición estable en la cual el estado de ánimo deprimido domina durante largos periodos, incluso cuando se interrumpe por periodos breves de estado de ánimo normal.

Trastorno depresivo mayor Un **trastorno depresivo mayor** se diagnostica cuando una persona ha experimentado uno o más episodios depresivos mayores pero nunca ha experimentado ya sea un episodio maniaco o hipomaniaco. Un **episodio depresivo mayor** se define como un periodo ya sea de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés y placer en la mayor parte de las actividades o de ambas condiciones, junto con otros síntomas que pueden incluir un cambio muy notorio en el peso corporal, problemas de sueño constantes, cansancio, incapacidad para pensar con claridad, agitación o conducta demasiado aletargado y pensamientos de muerte. Cuando una persona que ha experimentado un episodio depresivo mayor presenta los síntomas nuevamente en otro momento, el diagnóstico se cambia a trastorno depresivo mayor recidivante. Por lo menos la mitad de los que experimentan el primer episodio experimentan un episodio recidivante. Si una persona experimenta delirio u otros síntomas psicóticos durante un episodio depresivo mayor, el diagnóstico se vuelve en un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos.

Causas y tratamiento de la depresión

Por lo general se considera la depresión como resultado de una interacción entre características biológicas, vulnerabilidad psicológica y sucesos o situaciones estresantes. Cada una de las perspectivas teóricas contribuye en la comprensión y en los tratamientos disponibles para la depresión.

Factores biológicos en la depresión El mecanismo para la conducta depresiva o maniaca puede ser la actividad de los sistemas neurotransmisores. Una teoría temprana, la hipótesis de la monoamina, se enfocaba en los neurotransmisores **serotonina** y **catecolaminas**, pero otros neurotransmisores incluyendo **GABA** y **acetilcolina** también parecen estar involucrados en la depresión. El estudio de los efectos de varios antidepresivos (incluyendo los **inhibidores de la MAO** y los nuevos **inhibidores reversibles de monoamino oxidasa**, así como los **trici-**

clicos y los **inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina**) ha llevado a hipótesis acerca de la influencia de los neurotransmisores en la producción de conductas asociadas con la depresión. El estudio de los indicadores de la depresión ha sido una estrategia importante de investigación. Los indicadores investigados incluyen lugares específicos de recepción en el cerebro, estudiados por varios dispositivos de imagen cerebral y el papel de los ritmos biológicos en especial en el **trastorno afectivo estacional (SAD)**.

Tratamiento biológico Los dos tratamientos importantes en las teorías biológicas incluyen **antidepresivos** y la **terapia electroconvulsiva (TEC)**. Los tratamientos biológicos a menudo son exitosos para disminuir la depresión. La TEC actúa más rápido que los antidepresivos y se utiliza con frecuencia cuando no se encuentra un medicamento efectivo.

Tratamiento psicológico La psicoterapia se utiliza ya sea sola o en combinación con terapias biológicas. La psicoterapia lleva a un porcentaje menor de recaída que el medicamento solo. El punto de vista de Freud con respecto a la depresión se centraba en una reducción del cuidado de sí mismo y una conciencia castigadora que constituyan un intento por controlar los sentimientos de enojo y agresión. Los teóricos de orientación psicodinámica posteriores creían que los sentimientos de indefensión para afrontar la pérdida eran cruciales para la depresión. También dan énfasis en la importancia de las expectativas basadas en las primeras relaciones para el desarrollo de relaciones satisfactorias posteriores. La **psicoterapia interpersonal (PTI)** es una terapia basada en ideas psicodinámicas que se basan en la importancia de las relaciones y el papel protector del apoyo social cuando el estrés de vida ocurre. La PTI se utiliza con frecuencia para ayudar a prevenir la recaída después de la recuperación de un episodio depresivo.

Perspectiva humanista-existencial Los teóricos existenciales ven la depresión como una pérdida de la autoestima. Los teóricos humanistas destacan la diferencia entre el yo ideal de la persona y su percepción de su yo real. Si la diferencia es demasiado grande, es probable que aparezca la depresión.

Perspectiva conductual Los conductistas se preocupan por las habilidades de las personas para obtener un reforzamiento social, en particular el relacionado al estrés. Las personas deprimidas se concentran en la búsqueda excesiva de apoyo, lo que a la larga provoca molestias en quienes están en contacto con ellas. Algunas de las personas deprimidas pueden no tener habilidades sociales.

Tratamiento conductual para la depresión Un enfoque conductual efectivo en el tratamiento de la depresión es la capacitación en habilidades sociales, que se concentran tanto en la conducta apropiada como en mejorar las habilidades para comprender las señales que dan otras personas en las interacciones sociales.

Perspectiva cognitiva Las interpretaciones negativas injustificadas de eventos o interacciones es muy probable que estén causadas por **esquemas** o formas acostumbradas de interpretar la conducta basados en las primeras experiencias de vida. Beck desarrolló el primer enfoque cognitivo de la depresión, el cual sigue siendo muy importante. El modelo explica la depresión como una **triada cognitiva** de pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro. Beck pensó que la **atribución** (la asignación de la causa que hacen las personas) es importante para la depresión. Las personas deprimidas tienden a culparse por los resultados negativos. El interés en estas atribuciones se originó de la idea de la **indefensión aprendida**.

Terapia cognitivo-conductual La terapia desde la perspectiva cognitiva utiliza los elementos cognitivos y conductuales y por lo general se le llama **terapia cognitivo-conductual (TCC)**. Los terapeutas trabajan con el cliente para cambiar sus patrones de pensamiento disfuncional. Se presta especial atención a la identificación de los **pensamientos automáticos** de los clientes y eventualmente la modificación de sus primeros esquemas desadaptados.

Perspectiva de la vulnerabilidad y la resiliencia Los factores biológicos y personales se combinan para producir vulnerabilidad o resiliencia a eventos estresantes de vida. Eventos estresantes para la persona, en especial en el contexto de los problemas en curso y crónicos y la falta de apoyo social pueden provocar la depresión.

Tratamiento combinado de la depresión Los antidepresivos son en ocasiones eficaces para el tratamiento de la depresión. Poca investigación ha comparado la eficacia de los medicamentos y otras terapias diferentes en el trastorno distímico o estado de ánimo depresivo leve. En trastornos depresivos mayores, la evidencia sugiere que una combinación de medicamentos con TEC o PTI es más eficaz en la prevención de las recaídas que el medicamento solo.

Trastornos bipolares

Los **trastornos bipolares**, que en ocasiones se conocen como trastornos maniaco-depresivos, incluyen etapas tanto de depresión como de manía o hipomanía. El DSM-IV-TR enumera cuatro trastornos bipolares: *trastorno bipolar I*, *trastorno bipolar II*, *trastorno ciclotímico* y una categoría miscelánea.

Trastorno bipolar I El **trastorno bipolar I** incluye episodios de manía y, a menudo, episodios depresivos mayores. La manía es una condición de estado de ánimo elevado, fuga de ideas y aumento de la actividad psicomotora.

Trastorno bipolar II El **trastorno bipolar II** es una variante del trastorno bipolar, en la cual no existió un episodio maniaco pero sí al menos un periodo hipomaniaco, así como un episodio de depresión mayor. Un **episodio hipomaniaco** se refiere a un periodo de conducta maniaca que no es lo suficientemente extrema para deteriorar en gran medida el funcionamiento.

Trastorno ciclotímico El **trastorno ciclotímico** incluye conductas hipomaniacas y depresivas que se extiende al menos por un periodo de dos años.

Causas y tratamiento del trastorno bipolar

Factores genéticos Los estudios de gemelos muestran que los factores genéticos crean una vulnerabilidad al trastorno bipolar. Los estudios familiares han identificado ciertas ubicaciones de genes que pueden influir, aunque dichas ubicaciones pueden diferir de un estudio a otro.

Tratamiento biológico del trastorno bipolar El trastorno bipolar se trata comúnmente con **litio**, pero en algunas ocasiones con fármacos anticonvulsivos. El litio puede desanimar los estados de ánimo agradables y puede tener efectos secundarios peligrosos pero continúa siendo el tratamiento más efectivo.

Factores psicosociales y episodios bipolares Los factores psicosociales influyen como desencadenantes de episodios de trastornos bipolares y también en su prevención. Los estresores ambientales y familiares pueden causar nuevos episodios.

Enfoques psicológicos para los pacientes bipolares y sus familias

Los programas psicoeducativos pueden ser útiles en la reducción de estrés para los pacientes y los miembros de su familia. Este tipo de intervención puede mejorar la cooperación de los pacientes para continuar con su medicamento y también pueden aumentar los efectos para mejorar los síntomas del trastorno bipolar al reducir el estrés familiar.

Suicidio

El *suicidio* es una de las causas principales de muerte en los Estados Unidos así como en muchos otros países industrializados.

Enfermedad mental y suicidio La enfermedad mental aumenta en gran medida la probabilidad de intento de suicidio. Entre los trastornos del estado de ánimo, el porcentaje en trastorno bipolar II es mayor y el de depresión unipolar es menor. El **parasuicidio** es el término que se utiliza para la conducta suicida que no tiene como resultado la muerte.

Factores de riesgo para el suicidio Los adolescentes y adultos jóvenes están en alto riesgo para suicidio así como los que son mayores de 70 años de edad. El género es un factor: los hombres tienen

un porcentaje mayor de éxito que las mujeres. El porcentaje de suicidio también difiere entre los grupos raciales y étnicos. Los grupos de amerindios y nativos de Alaska (en especial los hombres) tienen el riesgo más alto, le sigue el de los estadounidenses blancos. Otros factores que afectan el porcentaje de suicidio son las actitudes culturales hacia el suicidio, los sentimientos de desesperanza y el perfeccionismo.

Eventos de vida y suicidio Los eventos de vida estresantes son en ocasiones factores precipitantes del suicidio. Los eventos que involucran una pérdida son particularmente importantes.

Suicidio por contagio Cuando el suicidio de una persona reconocida es ampliamente difundido, poco después ocurre un aumento en los suicidios. Esto se llama **suicidio por contagio** o el *efecto de imitación*. Este contagio también puede ocurrir dentro de los miembros de un grupo.

Prevención del suicidio

La prevención del suicidio involucra una conciencia pública creciente de los signos de alerta, proporcionando centros de atención de crisis y de otro tipo de ayuda, y cambiando las expectativas culturales sobre como las personas deberían de resolver sus problemas. Los programas de **postvención** se utilizan con frecuencia para ayudar a los sobrevivientes a afrontar el impacto del suicidio de un miembro de su grupo.

Conceptos clave

Antidepresivos, p. 343
Antidepresivos tricíclicos, p. 342
Atribución, p. 352
Capacitación de habilidades sociales, p. 351
Catecolaminas, p. 341
Depresión, p. 333
Episodio depresivo mayor, p. 339
Esquemas, p. 351
Hipomanía, p. 359
Indefensión aprendida, p. 352
Indicadores, p. 343
Inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO), p. 342

Inhibidores reversibles de monoamino oxidasa (RIMAs), p. 342
Inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina (SSRIS), p. 342
Manía, p. 356
Parasuicidio, p. 364
Pensamientos automáticos, p. 353
Postvención, p. 367
Psicoterapia interpersonal (PTI), p. 350
Recaída, p. 345
Remisión, p. 345
Serotonina, p. 341
Suicidio por contagio, p. 367
Terapia cognitivo-conductual (TCC), p. 353

Terapia de mantenimiento, p. 345
Terapia electroconvulsiva (TEC), p. 346
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, p. 332
Trastorno afectivo estacional (SAD), p. 343
Trastorno bipolar I, p. 356
Trastorno bipolar II, p. 359
Trastorno ciclotímico, p. 361
Trastorno depresivo mayor, p. 339
Trastorno distímico, p. 337
Trastorno unipolar, p. 334
Trastornos del estado de ánimo, p. 332
Tríada cognitiva, p. 352

Un buen libro

Kay Redfield Jamison, ahora profesor en la Universidad Johns Hopkins, empezó a experimentar cambios de estado de ánimo durante su adolescencia pero no buscó ayuda hasta que terminó su doctorado y empezó a enseñar en UCLA. Como muchos otros que sufrieron de trastorno bipolar, ella sintió inicialmente que sus depresiones en etapas temporales que podía manejar. Vea los periodos maníacos como periodos de creatividad y logro excepcional. Sólo más tarde reconoció las bases biológicas de estos cambios de estado de ánimo. Su padre tam-

bién había tenido periodos de depresión seguidos por gran exuberancia y reconoció que lo que estaba experimentando era más bien una manifestación severa de esos mismos problemas. Jamison finalmente controló su condición por medio de los medicamentos apropiados y psicoterapia. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness* es su relato de las experiencias que devastaron su vida y de las cuales se recuperó. Otro libro, *Night Falls Fast: Understanding Suicide* es un intento polémico para entender por qué las personas jóvenes se suicidan.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos



Diana Ong (n. 1940) "Confusión de formas". Colección privado.

SuperStock, Inc.

Trastornos psicóticos

Esquizofrenia

Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR
Síntomas positivos y negativos

Trastornos del espectro esquizofrénico

Desarrollo de la esquizofrenia

Factores genéticos
Factores prenatales

Estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia

Estudios familiares
Estudios de gemelos
Estudios de adopción
Vulnerabilidad y características de las familias adoptivas

Estudios de alto riesgo y búsqueda de indicadores

Enfoques terapéuticos

Antipsicóticos
Enfoques psicosociales
Programas familiares
Apoyo de la comunidad
Enfoque de tratamiento combinado

Otros trastornos psicóticos

Trastorno esquizoafectivo
Trastorno delirante
Trastorno psicótico compartido

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

En este capítulo se incluye la explicación de varios trastornos del pensamiento y la percepción, pero enfocado principalmente en la esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia sufren de delirio, alucinaciones y confusión tanto en los procesos mentales como en la conducta. Ellas y otras personas se sienten asustadas y perturbadas por su conducta. Se examina tanto la vulnerabilidad personal como las condiciones ambientales que pueden incrementar la posibilidad del desarrollo de uno de estos trastornos. En el pasado, se pensó que la esquizofrenia era cuestión de un deterioro continuo y que requería de una prolongada hospitalización, pero el conocimiento y las teorías recientes han alentado la esperanza de que surjan tratamientos eficaces, y por qué no, de lograr prevenirla algún día.

Vivo en un armario. A diferencia de la mayoría de los armarios el mío es invisible. (...) Sin embargo sus paredes y su aterradora oscuridad son muy reales.

"El 'armario' es la esquizofrenia, una grave enfermedad mental o, como algunos profesionales se refieren a ella, un trastorno neurobiológico. He padecido de esquizofrenia durante una buena parte de mi vida adulta. Es tratable, pero hasta ahora no existe cura. (...)

"A pesar de haber estado hospitalizada en dos ocasiones, logré obtener el Phi Beta Kappa en la Brown University y después asistir a la Escuela de Medicina de la Universidad de Connecticut. Sin embargo, poco después de un año, ya no pude funcionar. En ese momento, las voces hicieron su aparición. (...) Hasta el día de hoy, no estoy muy segura de no haber sido responsable del asesinato de Kennedy así como de otras catástrofes internacionales. (...) En una ocasión, el título de un libro me preocupó y me alteró tanto que gasté casi hasta mi último centavo en viajar a Orlando, Florida, porque creía que el libro me había dicho que eso era lo que debía hacer.

"Era, y a pesar de los medicamentos algunas veces aún lo soy, sensible a los comentarios casuales. Algunas veces incluso un 'Hola' o un '¿Cómo estás?' puede parecer amenazador o de una exagerada importancia. Escucho las voces de personas terriblemente crueles que me hablan constantemente, incluso cuando nadie está presente. (...) Escuchar la radio es algo imposible debido a los mensajes personales que recibo, bien sea del DJ o de la secuencia de la música y los anuncios.

"Aunque continúo presentando síntomas, no he sido hospitalizada (excepto brevemente por una reacción a un medicamento) desde hace un año. (...) A los 42 años, pienso que estoy mejorando poco a poco o cuando menos enfrento mejor las dificultades que todavía están presentes. Me siento más fuerte y más estable ahora que antes. Los días malos, días en los que no puedo escribir o incluso leer una sola palabra, son cada vez más raros mientras que los días buenos, llenos de horas de escritura productiva son cada vez más frecuentes. De hecho, publicaron recientemente un artículo mío en el Hartford Courant, mientras que uno que escribí en 1993 ganó el Premio de Medios de Salud Mental de Connecticut, un reconocimiento que sólo se otorga a periodistas profesionales" (Wagner, 1996, pp. 399-401).

Aunque continúa severamente afectada por los síntomas de la esquizofrenia, la mujer del relato que acaba de leer es capaz de llevar una vida productiva. Aunque los medicamentos, el tratamiento y el apoyo no la han liberado por completo de algunas manifestaciones de su trastorno, ha aprendido formas de enfrentarlas de manera que es capaz de funcionar. No todas las personas que desarrollan esquizofrenia tienen tan buenos resultados, como se verá en otros ejemplos que trataremos más adelante en este mismo capítulo.

Trastornos psicóticos

Las personas en estado psicótico tienen dificultad para pensar de forma racional y organizada. Un **trastorno psicótico** se define por alteraciones de la percepción, el pensamiento o la conciencia, alteraciones que son denominadas alucinaciones o delirios. Alguien que hace inferencias incorrectas acerca de la realidad con base en estas alteraciones, y cree son reales, padece un trastorno psicótico. Además, los síntomas de los trastornos psicóticos pueden incluir conducta y lenguaje desorganizados. Los síntomas psicóticos muchas veces producen la clase de conductas que antiguamente se denominaban locura o demencia. En la tabla 12-1 se enumeran los principales trastornos psicóticos de acuerdo con la clasificación de DSM-IV-TR. El carácter incoherente y extravagante de la psicosis se ilustra en siguiente relato proporcionado por un hombre psicótico hospitalizado:

El aspecto más gracioso del hospital es el baño. ¿Por qué le piden a Dios que se bañe? Eso me hace reír. He escuchado las voces de grandes hombres de la historia y he visto el arco iris de la esperanza. Estoy deseoso de enfrentar a Da Vinci y golpearlo, pero el ritmo de la construcción es hipnótico y me saca de balance. Si tan sólo me realizaran electroencefalogramas y pruebas de IQ, podría probarles que soy Dios. Mi barba ha crecido lo suficiente para cumplir la profecía de un Rey de Reyes, y sé que mis poderes se perderán el día que cumpla 33 años. Anticipo mi crucifixión. Pero buscaré al demonio y lo destruiré. Quizá si mato a

TABLA 12-1	
Los principales trastornos psicóticos	
Nombre	Características
Esquizofrenia	La alteración dura seis meses o más. Cuando menos un mes de fase activa, que normalmente incluye, cuando menos, dos síntomas positivos, enumerados en la tabla 12-4 o un síntoma positivo y uno negativo. También se presenta una reducción de la función social u ocupacional. (Existen cinco subtipos: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.)
Trastorno esquizofreniforme	Presenta los mismos síntomas que la esquizofrenia, pero dura entre uno y seis meses. No es necesario que haya una reducción de la función para poder diagnosticarlo.
Trastorno esquizoafectivo	Se presentan los síntomas de la fase activa del trastorno esquizofrénico, junto con un episodio característico de un trastorno del estado de ánimo. Éstos están precedidos o seguidos por, cuando menos, dos semanas de delirios o alucinaciones.
Trastorno delirante	Delirios no excéntricos que duran cuando menos un mes sin otro síntoma que caracterice la fase activa de la esquizofrenia.
Trastorno psicótico breve	Alteración psicótica que dura más de un día pero menos de un mes.
Trastorno psicótico compartido	Alteración que se desarrolla en una persona bajo la influencia de alguien más que sufre de delirio con contenido similar.
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	Síntomas psicóticos que se piensa son resultado fisiológico del estado médico general o enfermedad.
Trastorno psicótico inducido por sustancias	Síntomas psicóticos que se piensa son el resultado fisiológico de la exposición a sustancias, medicamentos o abuso de drogas.

mi hermano me convertirá en el único hijo a los ojos de mi Padre. Sí, debo ir y buscar a mi hermano el demonio (Heinricks, 2001. p 4).

No todas las alucinaciones y delirios indican la presencia de un trastorno psicológico. Algunas veces provienen de causas temporales, como efectos de un medicamento, oxigenación reducida del cerebro durante una fiebre elevada o deficiencias vitamínicas extremas. En otros casos, los síntomas son provocados por cambios permanentes generados por infecciones como la sífilis. Algunas veces se presentan también en trastornos depresivos graves. Sin embargo, si no existe una causa específica de las percepciones y pensamientos trastornados, son considerados como las características que definen uno de los trastornos psicóticos que se comentan en este capítulo: la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante y el trastorno psicótico compartido.

Esquizofrenia

De todos los trastornos psicóticos, la esquizofrenia tiene el efecto más severo sobre la vida de las personas y el sistema de salud. En Estados Unidos, más de dos millones de personas al año, esto es, más de 1% de la población, padecen de esta enfermedad incapacitante y crónica (Sperling, 1999). A pesar del relativamente bajo porcentaje de la población estadounidense afectada, la seriedad y las consecuencias incapacitantes de la esquizofrenia significan que cerca de 50% de los afectados se verán incapacitados permanente-

mente y dependerán de la asistencia pública. Las personas diagnosticadas con esquizofrenia constituyen hoy 10% del total de la población incapacitada, y constituyen un porcentaje significativo de la población sin hogar de los grandes centros urbanos (Rupp y Keith, 1993).

Además del costo económico, las repercusiones psicológicas y sociales de la esquizofrenia son tremendas, tanto para los pacientes como para sus familias y para la sociedad. La repercusión psicológica para los pacientes se demuestra por los altos porcentajes de suicidios perpetrados e intentados por quienes son diagnosticados con esquizofrenia. Casi uno de cada cuatro pacientes con esquizofrenia trata de suicidarse y uno de cada 10 lo logra (Roy, 1992). Los pacientes que se suicidan son en cierta forma muy similares a los suicidas de la población en general. Tienden a quedarse solteros y desempleados, a vivir solos, a sentirse desesperanzados y a haber hecho intentos previos de suicidio. Sin embargo, las personas con esquizofrenia que se suicidan también tienen algunas características adicionales que no son típicas de otros suicidas. Por lo general son personas jóvenes con educación universitaria, han padecido la enfermedad de manera crónica con muchos periodos de mejoría y recaída, tienen miedo de otra desintegración mental, y tienen un punto de vista negativo y no delirante respecto al futuro (Caldwell y Gottesman, 1990).

La **esquizofrenia**, como la define DSM-IV-TR, probablemente incluye muchos trastornos con diferentes causas que se agrupan actualmente porque no existe suficiente conocimiento de los fac-

tores críticos que pueden diferenciarlos. La forma tradicional de categorizar la esquizofrenia es dividirla en sus tipos derivados de puntos de vista históricos sobre el trastorno. En el cuadro 12-1 se comentan tres perspectivas históricas en la evolución del concepto de la esquizofrenia. Sin importar la forma en que se le conceptualice, dos grupos de síntomas caracterizan a los individuos con esquizofrenia. Éstos son los síntomas denominados *positivos* y *negativos*. En las secciones siguientes se expondrán primero las categorías DSM-IV-TR y después se hablará de los grupos de síntomas positivos y negativos.

Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR

Las clasificaciones actuales de los subtipos de esquizofrenia aparecen tanto en las pasadas formulaciones como en las investigaciones recientes. En la tabla 12-2 se enumeran y describen brevemente. Aunque los subtipos tienen una base histórica, presentan limitaciones importantes para los investigadores interesados en comprender las causas más aceptadas de la esquizofrenia. La clasificación por subtipo es sólo moderadamente estable a lo largo del curso de la enfermedad de los individuos, debido que los tipos de síntomas que muestran tienden a ir desde lo paranoide a lo desorganizado e indiferenciado, y de los síntomas positivos hacia los negativos, a medida que pasa el tiempo. Estos cambios parecen estar asociados con una reducción funcional y un deterioro neurológico cada vez mayores. La mayor parte del deterioro de la conducta se presenta durante el primer año después de la aparición de los

síntomas, pero después de tres a cinco años los síntomas parecen estabilizarse, o incluso disminuir. Algunos investigadores piensan que el agrupamiento de síntomas en tipos positivos y negativos puede ayudar a los investigadores a comprender más acerca de las causas y procesos de la esquizofrenia.

La **esquizofrenia paranoide** se caracteriza por delirios y desconfianza extrema y continua. También pueden presentarse sistemas bien definidos de pensamiento paranoide delirante en personas que, en otros aspectos, muestran una conducta bien integrada. Dichas personas son diagnosticadas con *trastorno delirante* más que con esquizofrenia del tipo paranoide. El trastorno delirante se comenta más adelante en este capítulo.

El pensamiento paranoide puede considerarse un estilo cognitivo particular que puede expresarse como un continuo que se va desde los tipos diarios de pensamientos fugaces hasta un pensamiento delirante severo que afecta por completo la vida de la persona. (El caso que se comentó al principio del capítulo describe el relato de una persona acerca de su pensamiento delirante). La enfermedad, los medicamentos, los daños cerebrales, algunos efectos de la edad y experiencias de estrés severo también pueden producir un pensamiento paranoide aun cuando no exista un trastorno.

La **esquizofrenia catatónica** se caracteriza por una alteración psicomotriz que puede ir desde la inmovilidad o estupor, hasta la actividad motora excesiva que parece no tener propósito alguno y que no está relacionada con lo que sucede en el ambiente. Una persona con este tipo de esquizofrenia puede rehusarse a hablar, y puede mantenerse totalmente inmóvil o en movimiento continuo. La *flexibilidad cerosa* es una forma extrema de inmovilidad en la cual el brazo o la pierna de la persona permanecen pasivamente

TABLA 12-2

Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR	
Subtipo ^a	Características
Tipo paranoide	Preocupación con delirios o alucinaciones auditivas. Lenguaje escaso o desorganizado, conducta desorganizada o catatónica o afecto aplanado o inapropiado.
Tipo desorganizado	Todos los siguientes —lenguaje desorganizado, conducta desorganizada, afecto aplanado o inapropiado— son importantes en la conducta, pero no se cumplen los criterios del tipo catatónico. Las delirios o alucinaciones pueden estar presentes, pero sólo de forma fragmentaria o no coherente.
Tipo catatónico	Cuando menos dos de las siguientes: inmovilidad motora extrema, actividad motora excesiva carente de propósito, negativismo extremo (resistencia inmóvil a todas las instrucciones) o mutismo (rehusarse a hablar), movimiento voluntario extraño o peculiar, ecolalia o ecopraxia.
Tipo indiferenciado	No cumplen con las características de ninguno de los subtipos arriba mencionados, pero cumple con los criterios de la esquizofrenia.
Tipo residual	Ha experimentado cuando menos un episodio de esquizofrenia, pero actualmente no tiene síntomas positivos prominentes (delirios, alucinaciones, lenguaje o conducta desorganizados). Sin embargo, aún muestra síntomas negativos y una variación más ligera de síntomas positivos (creencias extrañas, conducta excéntrica).

^aAl asignar un subtipo al diagnóstico, el DSM-IV-TR utiliza las siguientes reglas: tipo paranoide se asigna en caso de que los delirios o alucinaciones sean prominentes, a menos que la persona cumpla también con los criterios del tipo desorganizado o catatónico. Si se cumplen los criterios de cualquiera de estos dos tipos, entonces ese diagnóstico tiene prioridad. Si se cumplen los criterios de ambos tipos, se asigna el tipo catatónico. Esto significa que el diagnóstico del tipo catatónico se utiliza si están presentes los síntomas catatónicos, aun cuando también se observen conductas características de otro tipo. Si una persona muestra síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia pero no cumple con los criterios de ninguno de estos tres tipos, se hace el diagnóstico del tipo indiferenciado.

FUENTE: Adaptado de *DSM-IV-TR*.

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

Hechos memorables conceptuales en el estudio de la esquizofrenia

A pesar de que muchos de los puntos de vista históricos concernientes a la esquizofrenia ya no son aceptados, las primeras ideas —tales como los subgrupos o tipos de trastorno, y las características de los síntomas esenciales para el diagnóstico— todavía tienen influencia, lo cual se puede apreciar tanto en el DSM-IV-TR como en la forma que los investigadores se plantean preguntas para sus estudios.

Demencia precoz

Uno de los primeros investigadores en clasificar la esquizofrenia como un trastorno preciso fue Emil Kraepelin (1856-1926) (ver la figura 12-1a), médico alemán, quien la llamó **dementia praecox** (demencia precoz) debido a que la enfermedad se presentaba en etapas tempranas de la vida, normalmente en la adolescencia. Observó que un signo del trastorno era la pérdida de la propensión y de la capacidad para mantener la atención fija. Creía que la causa de la demencia praecox era un deterioro irreversible, y que con el

tiempo se encontraría que tiene que una causa orgánica específica.

Kraepelin tendió ignorar la historia de la persona, su personalidad y sus experiencias con la enfermedad, porque pensaba que los hallazgos provenientes de microscopios y tubos de ensayo harían posible investigar la enfermedad con objetividad. Dividió la esquizofrenia en tres tipos: *paranoide*, *hebefrénica* y *catatónica*. Estas categorías han influido en los sistemas de diagnóstico hasta nuestros días.

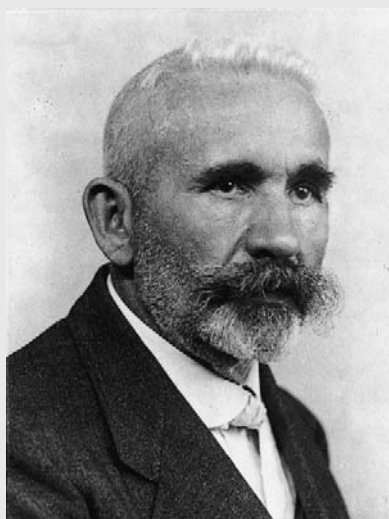
Las esquizofrenias

Una de las primeras personas que otorgó importancia a los aspectos psicológicos del trastorno fue Eugen Bleuler (1857-1939, ver la figura 12-b), un médico suizo que argumentó que sin importar cuál pudiera ser el proceso subyacente, muchos de los síntomas tenían una causa psicológica. Bleuler habló de “las esquizofrenias” en vez utilizar el término de demencia praecox, con lo cual amplió el concepto del trastorno además de cambiarle el nombre. También agregó otro subtipo del trastorno a los tres que Kraepelin había sugerido, y lo que denominó esquizofrenia simple. Bleuler creyó que los síntomas podían representar un grupo de trastornos con diferentes causas y resultados, no una

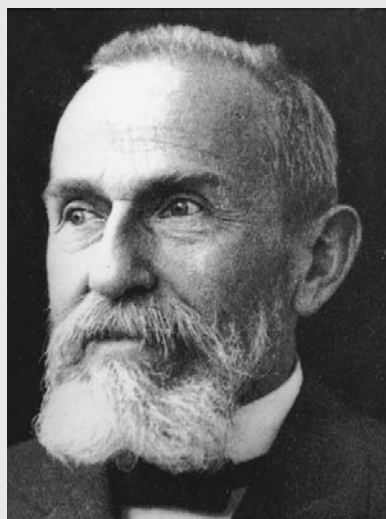
misma causa y resultado, como Kraepelin había pensado.

Bleuler observó que, aunque algunas personas con trastorno psicótico mostraban cierto deterioro, otras permanecieron sin cambio, y que algunos de ellos incluso presentaban alguna mejoría. Hizo hincapié en el papel del ambiente. Desde su punto de vista, algunas personas podían tener el potencial para desarrollar estos trastornos, pero debido a ciertos tipos de situaciones ambientales, éstos no se presentaban, la enfermedad permanecía latente y estas personas nunca mostraban signos visibles de esquizofrenia. Esta idea prevalece hasta nuestros días en el concepto de *vulnerabilidad* que se comenta más adelante en este capítulo.

Bleuler habló de la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por la pérdida de la integración de pensamiento, emoción y motivación más que como un deterioro gradual. Resumió las características principales en la conducta esquizofrénica como las **cuatro “A”**: alteraciones del *afecto* (estado de ánimo), alteraciones de la *asociación* (cognición), *ambivalencia* y *autismo*. Argumentó que, aunque alucinaciones y delirios eran las características más dramáticas y notorias del trastorno esquizofrénico, éstas eran secundarias ante las características primarias y no



(a)



(b)



(c)

Figura 12-1 (a) Emil Kraepelin, (b) Eugen Bleuler y (c) Kurt Schneider, tres investigadores clínicos pioneros, cuya influencia continúa presente en las definiciones actuales de la esquizofrenia.

reflejaban las causas reales del trastorno. Por lo tanto, utilizar un sistema de clasificación que haga hincapié en esos aspectos no será de ayuda ni para tratar pacientes ni para aumentar la comprensión de las causas del proceso esquizofrénico.

Síntomas de primer orden

Kurt Schneider (1887,1967; ver la figura 12-1c), fue uno de los líderes en el esfuerzo para realizar la definición de la esquizofrenia de una forma más concisa y sencilla para lograr consenso. Schneider no negó que fuera correcta la idea del deterioro orgánico de Kraepelin, pero pensó que, debido a que estos cambios no habían sido identificados, era más útil dividir a las personas en tipos con base en sus síntomas psicológicos. Pensó que el sistema de caracterización de las cuatro “A” de Bleuler era demasiado vago para ser confiable.

Schneider enfrentó estos problemas mediante la descripción de una serie de síntomas de primero y segundo orden. Si estaban presentes los síntomas de primer orden y no había una causa orgánica evidente, se justificaba un diagnóstico de esquizofrenia. Los **síntomas de primer orden**, que estaban relacionados con alucinaciones y pensamiento delirante, ahora son descritos como *síntomas positivos*. Era más probable que las alucinaciones fueran auditivas (tales como voces que hablaban constantemente acerca de la conducta de la persona), y los delirios incluían la creencia de que los pensamientos ya no están confinados sólo a la mente de las personas sino que se transmiten simultáneamente para que todos los escuchen. Por ejemplo, Schneider debió considerar el siguiente relato de un estudiante de veintinueve años como un buen ejemplo de síntomas de primer orden:

Conforme pienso, mis pensamientos dejan mi cabeza en un tipo de cinta mental telegráfica. Todos los que están a mi alrededor sólo lo tienen que pasar la cinta a través de su mente y conocerán lo que pienso (Mellor, 1970, p.17).

Los síntomas de primer orden de Schneider incluyeron también experiencias de control externo, tales como tener pensamientos insertados en la cabeza o sacados de manera arbitraria. Los pacientes pueden reportar sentirse hipnotizados o actuar como robots, bajo el control de otros, como informa esta paciente:

TABLA 12-3

Ejemplos de síntomas de primer orden

Escuchar voces que comentan las acciones propias.

Escuchar dos o más voces que comentan las acciones o pensamientos propios.

Creer que los pensamientos son insertados en la mente por una fuente externa (por ejemplo, por otra persona o la televisión).

Creer que los pensamientos propios son transmitidos de manera que otras personas puedan tener acceso a ellos.

Experimentar emociones que la persona cree que no le pertenecen, por lo que se atribuyen a una fuente externa.

Lloro, las lágrimas ruedan por mis mejillas y parezco infeliz, pero por dentro tengo sentimientos de furia hacia quienes me están usando de esta forma, y no soy yo quien está infeliz, sino que están proyectando infelicidad dentro de mi cerebro. Proyectan sobre mí la risa, y no tienen idea de lo terrible que es reír o verse feliz sabiendo que no eres tú, sino sus emociones (Mellor, 1970, p.17).

La tabla 12-3 proporciona ejemplos de síntomas de primer orden.

Los síntomas de primer orden son fácilmente observables y es fácil que los examinadores lleguen a un consenso. Sin embargo, aunque se presentan con frecuencia en la esquizofrenia, no son privativos de ella. Cuando menos una cuarta parte de los pacientes con trastorno bipolar muestran también algunos de estos síntomas (Hoenig, 1984).

Implicaciones de estos enfoques

Al ver los cambios de las ideas referentes a la esquizofrenia a lo largo del tiempo, resulta claro que cada conceptualización tiene implicaciones diferentes para la clasificación, el tratamiento y la investigación. El punto de vista de Kraepelin implicaba que los investigadores debían estar más interesados en examinar el tejido cerebral de los pacientes muertos para comprender mejor la forma en la que la anatomía cerebral se relacionaba con los síntomas. Este punto de vista no alentó el tratamiento ya que se pensaba que era inútil, pero fue el principio del proceso de clasificación formal de los trastornos men-

tales, debido a que distinguió la demencia praecox de los trastornos que incluían depresión y quizás manía. Bleuler, por su parte, tenía una visión con implicaciones totalmente diferentes, que incluían enfoques de tratamiento que se concentraron en disminuir el estrés ambiental. Aún se puede apreciar la influencia de este punto de vista en la importancia que se otorga a la vulnerabilidad, a los factores ambientales y a los aspectos de las relaciones interpersonales. Sus ideas también estimularon la investigación, particularmente de las relaciones familiares (como puede ser el trabajo sobre la *emoción expresada*, que se comenta más adelante en el capítulo). Por su parte, el énfasis de Schneider en el mejoramiento de la descripción de los síntomas —y el desarrollo de un sistema de clasificación confiable para ello—, fue precursor del amplio trabajo sobre los sistemas de clasificación que continúa hasta nuestros días. El amplio uso de un sistema de clasificación como el DSM-IV-TR ha facilitado la comunicación entre los clínicos y ha permitido a los investigadores aprovechar los hallazgos anteriores.

La investigación de hoy en día está enlazada de manera muy estrecha a la influencia continua de ésta y otras teorías del pasado. En el campo de la psicopatología (como en otras áreas de investigación), el foco de atención cambia constantemente entre los procesos biológicos y los sociopsicológicos. La visión interaccionista y el enfoque de vulnerabilidad y resiliencia, en los cuales se enfoca este libro, combinan ambos tipos de procesos.

en la posición en la que se les coloca. En contraste, una persona con conducta catatónica agitada muestra una excitación psicomotora extrema, a la vez que habla y grita casi ininterrumpidamente. Los pacientes que experimentan excitación catatónica prolongada pueden ser muy destructivos y violentos hacia los demás.

Una persona diagnosticada con **esquizofrenia desorganizada** muestra una expresión incoherente, conducta casi completamente desorganizada y reacciones emocionales totalmente aplanadas o extremadamente inadecuadas. Dichas personas se comportan activamente pero sin propósito definido, y pueden mostrar un descuido casi infantil ante las convenciones sociales y resistirse a utilizar ropa, así como orinar o defecar en lugares inadecuados. Normalmente, la perspectiva de recuperación a largo plazo es muy pobre. Con frecuencia las personas con esquizofrenia desorganizada presentan síntomas desde una edad temprana y su adaptación es deficiente incluso antes de ello.

Si una persona ha cumplido con los criterios de diagnóstico de esquizofrenia y ya no tiene síntomas positivos prominentes, pero continúa con síntomas negativos o positivos residuales muy ligeros (tales como conducta excéntrica o creencias extrañas), se clasifica como una persona que sufre de un trastorno esquizofrénico de tipo **residual**. Este tipo puede representar cualquiera de las siguientes situaciones: una transición entre un episodio psicótico activo y una completa remisión, un interludio entre dos episodios psicóticos, o un estado a largo plazo que puede durar muchos años.

Una persona con el **tipo indiferenciado de esquizofrenia** no cumple con los criterios de los tipos desorganizado, catatónico o paranoide, pero cuenta con los síntomas característicos de la esquizofrenia, los cuales incluyen alucinaciones y delirios extravagantes o una combinación de lenguaje desorganizado, conducta desorganizada, aplanamiento afectivo, y cuando menos un síntoma más.

Síntomas positivos y negativos

Los **síntomas positivos** reflejan una distorsión o exceso de las funciones normales, y tienden a ser más frecuentes en las primeras etapas o episodios tempranos de la esquizofrenia. Los **síntomas negativos**, que son déficit de conducta o pérdida o disminución de las funciones normales, tienden a ser poco frecuentes al principio del trastorno, pero alcanzan mayor prominencia con el paso del

TABLA 12-4

Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia
Síntomas positivos
➤ Delirio
➤ Alucinaciones
➤ Lenguaje desorganizado
➤ Conducta extravagante y desorganizada
Síntomas negativos
➤ Aplanamiento afectivo
➤ Pobreza de lenguaje
➤ Pérdida de motivación o ubicación
➤ Pérdida de energía
➤ Pérdida de sentimientos de placer

tiempo. En las primeras etapas de la esquizofrenia tanto los síntomas positivos como los negativos parecen fluctuar en severidad y pueden responder al tratamiento. En etapas posteriores de la esquizofrenia, los síntomas negativos normalmente son los que predominan y tienden a ser más o menos estables. En la tabla 12-4 se enumeran las categorías de conducta clasificadas como síntomas positivos o negativos.

Síntomas positivos Cuando menos, un síntoma positivo debe estar presente en la fase activa o aguda de la esquizofrenia, para que ésta pueda ser diagnosticada. Los síntomas positivos más importantes de la esquizofrenia son los delirios y las alucinaciones.

Delirios Un **delirio** es esencialmente una interpretación incorrecta de la realidad, y no puede eliminarse a pesar de la evidencia clara de lo contrario. Los delirios se presentan en otros trastornos además de la esquizofrenia, pero en cada trastorno tiene un contenido diferente (ver la tabla 12-5). En la esquizofrenia el con-

TABLA 12-5

Contenido típico de los delirios en diferentes tipos de psicosis	
Trastorno	Contenido delirante típico
Esquizofrenia	Variedad de contenido extravagante: ser controlado por otros; ser perseguido por otros; encontrar referencias a uno mismo en la conducta de los demás y en materiales impresos o transmitidos por los medios de comunicación
Depresión (bien sea trastorno bipolar o unipolar)	Culpa injustificada; cambios orgánicos percibidos, por ejemplo, descomposición, putrefacción
Manía	Gran autoimportancia; grandiosidad
Trastorno delirante	Ser amado por una persona de nivel social alto/celebridad; conducta infiel por parte del cónyuge/amante; posesión de talento especial (no reconocido)

tenido de las creencias delirantes, muchas veces contiene contradicciones, y la relación entre ellas y cualquier acción que puedan generar es impredecible.

Los delirios pueden expresarse en muchas formas. Algunos tipos de delirio ocurren con mayor frecuencia en la esquizofrenia que en cualquier otro tipo de psicosis. Entre éstas están los delirios extravagantes, por ejemplo, la creencia de que todo el mundo puede oír los pensamientos de quien padece los síntomas; la creencia de que otros están insertando pensamientos en su mente o bien extra-yéndolos, y la creencia de que sus pensamientos, sentimientos e impulsos están controlados por una fuerza externa. Los delirios extravagantes son considerados como características de la esquizofrenia, por lo que, incluso con la presencia de uno solo de ellos se satisfacen los criterios del DSM-IV-TR. Otra clase de delirios es referencial. La persona cree que ciertos gestos o comentarios, la letra de las canciones, pasajes de libros, etc., están dirigidos a ella específicamente. Otros delirios, típicos de la esquizofrenia pero que se presentan con menos frecuencia, incluyen la creencia de ser perseguido, pensamientos acerca de ser una persona extremadamente importante e ideas sobre un tema religioso. Por ejemplo, un delirio relativamente común es la creencia de ser una figura religiosa importante, como Jesucristo.

Los delirios pueden dar como resultado una conducta violenta que dañe a otros. En 1994, un tramoyista que estaba trabajando en el programa *Today* recibió un disparo y murió después de tratar de alertar a la policía sobre un hombre armado que intentaba entrar a los estudios de NBC en el centro de Manhattan (ver la figura 12-2). William Tager, el hombre de 46 años que fue encarcelado más tarde por el disparo, le dijo a la policía que las redes de televisión lo espiaban y enviaban rayos a su cerebro través de su televisor. Llevó un rifle de asalto al estudio como resultado de estos pensamientos delirantes y, en el momento de ser arrestado, también dijo a la policía que había sido el responsable del ataque al locutor de noticias Dan Rather ocho años antes. Aunque su declaración no fue investigada en ese momento debido a que habían pasado muchos años, el psiquiatra que lo examinó sintió curiosidad por saber si era cierto. Equiparó detalles proporcionados por Tager con los da-

dos por Rather, quien más tarde identificó en una fotografía a Tager como su agresor. En ambos casos, el motivo pareció ser la sospecha hacia los medios. El agresor pensó que los medios se habían introducido en su coche, su casa y su lugar trabajo (Bruni, 1997). Este ejemplo ilustra el nivel de estabilidad y persistencia que pueden alcanzar los delirios.

Aunque delirios como los de Tager pueden parecer sumamente ilógicos, cierta conducta basada en el pensamiento delirante puede estar altamente organizada y parecer sumamente lógica. Por ejemplo, el periódico del ejército *Military Review* publicó un artículo, llamado "Infierno en una canasta de mano: la amenaza de las armas nucleares portátiles" que se enfocaba en el creciente peligro de las armas nucleares manuales que podían ser fácilmente adquiridas por terroristas. C.T. Harrison, el autor, fue descrito en el periódico con un piloto comercial con una licenciatura en ciencias, miembro de MENSA, una organización a la que sólo pueden ingresar individuos con altos niveles de CI, e investigador independiente de diferentes agencias del gobierno. Para vergüenza de los editores del periódico, se descubrió más tarde que Harrison era paciente en una institución de salud mental con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Después de haber sido declarado como no culpable por causas de demencia, fue internado por el asesinato de su madre nueve años antes. Después de que el personal del periódico recibió esta información, se abocaron a realizar mayores investigaciones acerca del autor. Descubrieron que tanto el FBI como el Servicio Secreto lo habían investigado durante al menos 12 años en relación con amenazas de muerte contra figuras políticas y como autor de una serie de cartas en las que se identificaba a sí mismo como miembro de un grupo terrorista ficticio que reclamaba la responsabilidad de complotos para asesinar a muchos líderes mundiales, entre ellos, el Papa. En realidad, a pesar de la aparentemente naturaleza delirante de su pensamiento, era capaz de comunicarse con claridad y lógica suficientes para convencer al periódico de que su artículo merecía ser publicado. En el momento de considerar la publicación del artículo, el editor habló por teléfono con Harrison en varias ocasiones, pero nunca se percató de que conversaba con alguien que estaba hospitalizado.

Figura 12-2 William Tager, escoltado por la policía después de haber sido acusado de la muerte por disparo de un tramoyista de la NBC fuera del programa *Today*, fue identificado más tarde como el agresor del comunicador Dan Rather en un ataque anterior.



Alucinaciones Las alucinaciones representan la mayoría de las dificultades que experimenta una persona con esquizofrenia al percibir la realidad. Las **alucinaciones** son proyecciones de impulsos internos y experiencias en las imágenes perceptuales del mundo externo. Aunque pueden presentarse en otros trastornos, por ejemplo, durante el delirio asociado con la fiebre elevada, o como resultado de los efectos de drogas o de otros productos químicos en el sistema nervioso, sólo en el caso de la esquizofrenia puede decirse que las alucinaciones se presentan cuando la persona está en un estado claro y consciente. Además, pueden asociarse con cualquiera de los sentidos. Las alucinaciones auditivas son las que comúnmente se encuentran en la esquizofrenia. Muchas personas con esquizofrenia reportan voces que hacen comentarios acerca de su conducta, o que les hablan directamente y les dan órdenes, o que los acusan de crímenes o acciones terribles. Por otra parte, también pueden estar relacionadas con el tacto. Por ejemplo, la persona puede sentir que se quema o tener sensaciones de hormigueo. Las alucinaciones relacionadas con el olfato, aunque menos comunes, también son típicas. Los olores fétidos pueden ser percibidos como provenientes del cuerpo de la persona, como señal de putrefacción y muerte o de un cambio sexual.

Aunque muchas alucinaciones son atemorizantes, no todas son acusatorias o desagradables. Algunas veces las personas experimentan alucinaciones tan confortables que no quieren salir de ellas debido a que le sirven como protección de los aspectos negativos de la realidad.

La actividad cerebral durante las alucinaciones ha sido investigada mediante técnicas de exploración computarizada. Los resultados mostraron que, durante las alucinaciones auditivas, el flujo sanguíneo en el área de Broca (el centro de lenguaje del cerebro) era significativamente más grande que cuando no había alucinaciones (McGuire y cols., 1993). Los investigadores descubrieron también que la actividad disminuía en el área de Wernicke (el centro auditivo del cerebro) durante la alucinación. La figura 12-3 muestra la ubicación de estas dos áreas del cerebro. Estos hallazgos sorprendieron a los investigadores debido a que sugerían que las alucinaciones auditivas provocadas por la esquizofrenia estaban relacionadas con una mayor actividad de las áreas corticales especializadas en la producción de lenguaje, y no en la audición, como se podía esperar. En las personas que no presentaban esquizofrenia, el área de Broca se agitaba cuando hablaban silenciosamente para sí mismas. Parece que, según los hallazgos de investigación, el proceso esquizofrénico de alguna manera dificulta la posibilidad de distinguir entre el discurso silencioso propio de la persona y la audición de palabras que provienen de los demás.

En el capítulo 11 se describió el uso de la estimulación transcraneal con individuos deprimidos. También se ha utilizado con los pacientes esquizofrénicos (ver la figura 12-4). En la estimulación transcraneal se sostiene una bobina con forma de ocho sobre la cabeza del paciente. La bobina produce un campo magnético del tamaño de una moneda de 25 centavos de dólar que se enciende y se apaga rápidamente, y produce un campo eléctrico en la materia gris de la corteza cerebral. En un estudio reciente, pacientes esquizofrénicos recibieron 132 minutos de estimulación magnética transcraneal durante nueve días (Hoffman y cols., 2003). Los pacientes tratados mostraron una significativa reducción de las alucinaciones

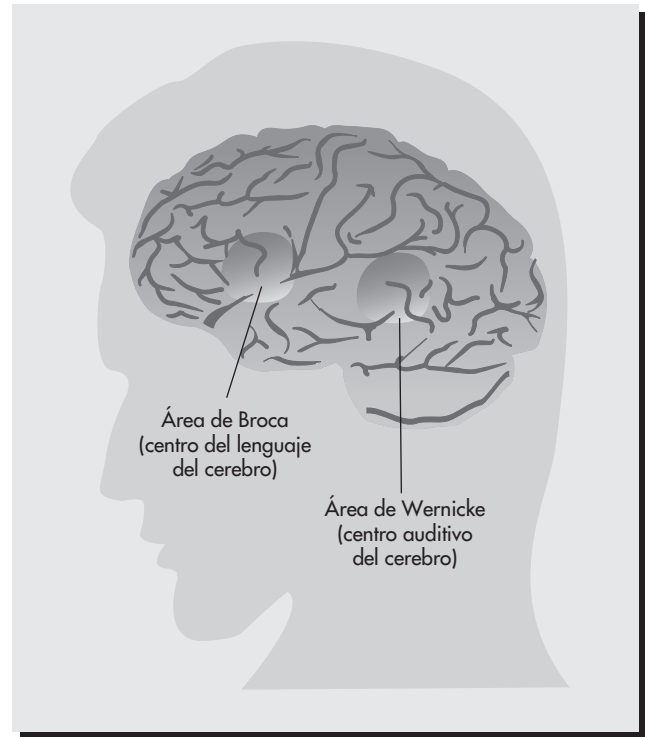


Figura 12-3 Las alucinaciones auditivas, como escuchar voces, son comunes en la esquizofrenia. Las investigaciones que utilizan técnicas de exploración (escaneo) para rastrear el flujo sanguíneo en el cerebro, muestran que la mayor actividad cerebral durante las alucinaciones auditivas es en el área de Broca, el centro del lenguaje del cerebro. Al mismo tiempo, la imagen muestra una reducción de la actividad en el área de Wernicke, el centro de auditivo del cerebro.

auditivas cuando se les comparó con sujetos de control que habían recibido lo que ellos pensaban era el mismo tratamiento. La mitad de los sujetos tratados experimentaron un regreso de sus síntomas antes de 12 semanas, aunque en algunos casos las alucinaciones desaparecieron durante casi un año. Los científicos no saben exactamente cómo funciona el tratamiento, pero creen que disminuye la reactividad de las neuronas, un efecto que pasa entonces a otras regiones conectadas del cerebro.

Lenguaje desordenado Con frecuencia, el pensamiento desordenado ha sido considerado como la característica más importante de la esquizofrenia. Debido a que el pensamiento desordenado es difícil de medir objetivamente, el DSM-IV-TR pone mayor atención en el lenguaje. El **lenguaje desordenado** muchas veces se describe como un relajamiento de las asociaciones, pues las ideas del orador pasan de un tema a otro de manera que parecen no tener relación para la persona que escucha. Cuando el relajamiento de las asociaciones es muy severo, el lenguaje de la persona se vuelve incomprensible. Un ejemplo de asociaciones desligadas es la respuesta dada por esta persona a la pregunta: “¿Qué significa este proverbio: ‘A hierro caliente batir de repente’?”

Podría significar [pausa] ¡Hércules! (¿Puede decirse más?) Vi la película Hércules. (Sí...) y significa que no planches sobre tus manos y no golpees a nadie antes de lanzar la primera piedra (Marengo y cols., 1986, p. 498).



Figura 12-4 Una asistente de investigación muestra cómo se utiliza la estimulación magnética transcranial en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos que tienen alucinaciones auditivas. Los diodos en las manos monitorean al paciente ayudándolo a prevenir crisis de epilepsia.

FUENTE: *New York Times Pictures*.

La dificultad para comprender el significado del lenguaje esquizofrénico proviene de la tendencia hacia el **lenguaje perseverante**, o la repetición de palabras o frases, insertándolas muchas veces en afirmaciones subsecuentes. El lenguaje incoherente del paciente que se cita, aquí ilustra esta tendencia perseverativa:

Sí, quiero decir eh, digo eso es del hombre, quiero decir le gusta Londres, lo particular de Londres, pienso que Londres es autobuses locos, autobuses locos en Londres y trenes locos bajo tierra es loco en Londres autobús quiero decir es un autobús del Líbano un autobús de Londres y Líbano creen de Londres así que somos el canciller está bajo tierra (Cutting, 1985, p. 250).

Los mensajes difíciles de seguir también pueden provenir de personas a las que se les ha dado un diagnóstico distinto a la esquizofrenia. El siguiente extracto fue producido por un paciente que experimentaba un episodio hipomaniaco (la conducta hipomaniaca se puede ver en el trastorno bipolar que se trata en el capítulo 11):

Mujeres de Estados Unidos, les incumbe a cada una y todas deben ayudar en esto, la época más interesante de la historia del mundo, en toda forma posible, la marcha de la civilización, la marcha de la victoria, ejecutaré con ustedes la Gran Sinfonía de Beethoven con sus cuatro fatídicas notas de apertura: sol, sol, sol, mi [...] V.V.V.V., el día del siglo ha despertado (R.A. Cohen, 1975, p. 1020).

Es importante recordar que no todas las personas con esquizofrenia presentan una forma extraña de hablar. La mayoría habla coherentemente casi todo el tiempo, y el lenguaje extravagante se

encuentra en otros pacientes casi con tanta frecuencia como en los que padecen esquizofrenia. Para apreciar este punto, clasifique los siguientes ejemplos en una escala de cinco. Donde 1 es esquizofrénico y 5 es normal:

Entonces, siempre me ha gustado la geografía. Mi último profesor de la materia fue el maestro August A. Era un hombre de ojos negros. También me gustan los ojos negros. También hay ojos azules y grises y de cualquier otro tipo. He escuchado que dicen que las serpientes tienen ojos grandes. Las personas tienen ojos. Hay algunas, también, que son ciegas. Estas personas ciegas son guiadas por un niño. Debe ser terrible no poder ver. Hay personas que no pueden ver y que además no pueden oír. Conozco a algunos que escuchan demasiado. Uno puede escuchar demasiado. Hay muchas personas enfermas en Bùrgholzli; se les llama pacientes (Bleuler, 1915/1950, p. 17).

Si desde luego, no todo fue mi idea. Así que supongo que estaré perfectamente feliz si él regresa y decide hacerlo por sí mismo. Si yo puedo hacer dos viajes, no veo porque él no (Laffal, 1965, p.309).

Cuando esos extractos fueron clasificados de manera informal por parte de varios psicólogos, el primer ejemplo normalmente fue clasificado como lenguaje esquizofrénico. Representa la forma de hablar que la mayoría de las personas piensa, es característica de los que padecen de este trastorno. El segundo ejemplo fue clasificado como normal debido a que no era ni extraño ni oscuro. ¿Cómo concuerdan estas clasificaciones con la suya? Los resultados pueden

provocar que usted reajuste sus ideas acerca de los que padecen esquizofrenia, debido a que ambos ejemplos fueron producidos por pacientes que tenían un diagnóstico de esquizofrenia.

Conducta desorganizada La conducta de los que sufren esquizofrenia varía de forma muy amplia, es impredecible y puede parecer poco relacionada con su medio. Esta **conducta desorganizada** pueden deberse a alucinaciones, experiencias que el observador no comparte. Otra respuesta emocional inapropiada que puede presentarse en la esquizofrenia es el surgimiento de sentimientos de ira repentinos, impredecibles y aparentemente inexplicables. Hasta el momento se desconoce si estas expresiones inadecuadas de las emociones están relacionadas o no con las alucinaciones que acompañan a los delirios. Algunos de los exabruptos de ira pueden ser resultado de ideas de referencias mencionadas anteriormente, en las cuales la conducta de los demás o la presencia de materiales escritos puede ser interpretada erróneamente por la persona con esquizofrenia como si se refirieran a ella, normalmente, en forma despectiva. El ejemplo con el que comenzó este capítulo ilustra las interpretaciones erróneas, aunque en ese caso la autora podía controlarlas. Sin embargo, algunas personas pueden volverse sumamente agresivas como resultado de dicha interpretación. Existe una relación significativa, aunque pequeña, entre la violencia y la esquizofrenia. Gran parte de esta relación se debe al abuso de sustancias por parte de personas que sufren esquizofrenia (Walsh y cols., 2002).

Síntomas negativos Las características comentadas hasta ahora, alucinaciones, delirios, lenguaje y conducta desorganizados, se conocen normalmente como síntomas positivos de la esquizofrenia. Los síntomas negativos pueden describirse como déficit de la conducta, e incluyen aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje y del contenido del discurso, y falta de ubicación. Estos síntomas, aunque no se encuentran exclusivamente en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, aparecen con mayor frecuencia en éstas que en otros grupos diagnóstico. La tabla 12-6 proporciona ejemplos de varias categorías de síntomas negativos enumerados en la tabla 12-4. La siguiente descripción caracteriza a un paciente con síntomas negativos predominantes:

Es un hombre soltero que ha presentado problemas para socializar a lo largo de toda la adolescencia y no tiene citas románticas. Presenta un aprovechamiento escolar de mediocre a pobre y, cuando mucho, un registro esporádico de trabajo. Muestra falta de coordinación física y transmite un aura de ser diferente o inusual. Aunque puede presentar tanto síntomas positivos como negativos en un patrón fluctuante cuando el trastorno comienza a aparecer, más adelante se observa un bajo nivel de funcionamiento y un predominio de síntomas negativos. Este trastorno da como resultado una condición incapacitante crónica que parece requerir de cierta forma de hospitalización en un ambiente protegido, como puede ser un hogar grupal, durante el resto de su vida.

A medida que los síntomas negativos empiezan a predominar en el cuadro clínico, el pronóstico se vuelve cada vez más desfavorable. El siguiente caso ilustra este proceso y muestra un efecto profundo de los síntomas negativos.

TABLA 12-6

Ejemplos conductuales de síntomas negativos

Aplanamiento afectivo

- Evita tener contacto visual
- Rostro inexpresivo, inmóvil
- Muestra poca emoción cuando se habla sobre material emocional
- Apatía y desinterés
- Voz monótona
- Voz baja, difícil de escuchar

Limitaciones del lenguaje

- Lapsos prolongados antes de responder a las preguntas
- Restricción en la cantidad del lenguaje
- Falta de respuesta
- Lentitud en el lenguaje
- Bloqueo

Retraso psicomotor

- Movimientos lentos
- Reducción de los movimientos voluntarios
- Incapacidad para iniciar
- Poco interés en la participación social

Ronald, un hombre soltero de 42 años ha vivido en hospitales estatales más o menos desde la muerte de su padre, cinco años atrás. Como hermano menor, su familia observó que era extremadamente tímido y retraído. Aunque claramente unido a ellos, no le gustaba abrazar, besar o alguna otra expresión de efecto. En la escuela tendía a ser solitario, y aunque funcionaba en un nivel promedio, sus padres lo consideraban como brillante y creativo porque había leído una gran cantidad de libros, poseía un amplio vocabulario y disfrutaba de diversos juegos intelectuales. También le gustaba inventar cosas. En preparatoria, inventó un nuevo alfabeto que se suponía sería más funcional fonéticamente que el de uso actual. Aunque trató de explicar sus principios básicos, nadie pareció entenderlo. Algunas veces sus padres no podían determinar si era difícil entenderlo debido a que era mucho más inteligente que ellos o si su pensamiento era desorganizado simplemente.

Durante la preparatoria, Ronald no participó en ninguna liga, no tenía amigos y nunca tuvo una cita romántica. Ingresó a la universidad, pero se dio de baja al finalizar el primer semestre debido a sus malas calificaciones. Regresó a vivir con sus padres, pero a pesar de los repetidos esfuerzos por sacarlo de casa y de que realizara diversos tipos de trabajos, nunca fue capaz de persistir y de llevar a cabo alguna tarea de forma confiable. Se vio cada vez más absorbido por un mundo de fantasías y pasaba la mayor parte de su tiempo en una “comunicación intergaláctica”. Decía que recibía mensajes de una galaxia desconocida en un lenguaje especial que sólo él podía entender. Estos mensajes que escuchaba como si fueran voces, que le hablaban desde dentro de su cabeza,

TABLA 12-7

Predictores de un pronóstico relativamente bueno o malo

Pronóstico bueno	Pronóstico malo
Síntomas positivos	Síntomas negativos
Surgimiento tardío	Surgimiento temprano
Factores precipitantes identificables	Sin factores precipitantes
Surgimiento agudo	Surgimiento gradual
Ajuste premórbido bueno	Ajuste premórbido malo
Buen sistema de apoyo	Mal sistema de apoyo
Casado	Soltero, divorciado o viudo
	Historial traumático en el momento del nacimiento
	Muchas recaídas
	Anormalidades neurológicas

describían eventos en la lejana galaxia de Atán. A medida que crecía, parecía perder interés en comentar con otras personas acerca de su mundo interior y de las voces que escuchaba. Nunca le interesó su apariencia y se volvió descuidado. Mostró tendencia a usar ropa y estilos de peinado muy extraños. [...]

Ronald fue hospitalizado brevemente después de volver a casa de la universidad, y se le administraron antipsicóticos que lo ayudaron muy poco. Era incapaz de dar seguimiento a las tareas, desarrolló un retiro social extremo y se preocupó completamente por su mundo de fantasías. Después de la muerte de su madre, cuando él tenía 32 años, requirió una nueva hospitalización. Altas dosis de antipsicóticos parecieron ayudarlo temporalmente, pero no tuvieron efectos duraderos. Tenía 36 años en el momento de fallecer su padre. Vivió solo en su casa durante el siguiente año, pero fue finalmente hospitalizado, después de que varias quejas de los vecinos atrajeron la atención de agencias comunitarias. Había vivido en la casa durante el último año sin haber lavado nada de ropa, sin sacar la basura o lavado los platos. La casa gradualmente se llenó de comida podrida, desperdicios y periódicos viejos. Se internó en una institución de cuidado crónico porque era incapaz de funcionar de manera independiente (Ho y cols., 2003, pp. 390-391).

Junto con los síntomas positivos y negativos, existen otros indicadores del pronóstico en el caso de la esquizofrenia, los cuales se enumeran en la tabla 12-7.

Trastornos del espectro esquizofrénico

Los **trastornos del espectro esquizofrénico** incluyen condiciones que comparten algunas características con la esquizofrenia pero que no cumplen completamente con los criterios para diagnosticarla. Estos trastornos del espectro incluyen algunos trastornos de la personalidad. De todos los trastornos del espectro, el *trastorno de la*

personalidad esquizotípica parece ser el que más se acerca genéticamente a la esquizofrenia. Los patrones de lenguaje desordenado, disfunción social y retraimiento, la comunicación rara y la desconfianza, sugieren formas ligeras de síntomas de esquizofrenia. La excentricidad, el afecto y la emoción restringidos y la ansiedad social excesiva en este trastorno pueden tener los mismos orígenes biológicos que en la esquizofrenia. Otros trastornos de personalidad —*trastorno de personalidad paranoide* y *trastorno de personalidad esquizoide*— pueden presentarse con mayor frecuencia también en las familias de personas que han sido diagnosticados con esquizofrenia. Además de estos trastornos de la personalidad, el espectro de la esquizofrenia incluye el *trastorno esquizoafectivo*, categoría que incluye a personas que muestran una depresión significativa o síntomas maniáticos, junto con el desarrollo de un trastorno del pensamiento y de otros tipos de trastornos psicóticos. El trastorno esquizoafectivo se comenta más adelante en este mismo capítulo.

La idea de trastorno del espectro es coherente con un modelo teórico que incluye dos niveles diferentes de predisposición familiar. La figura 12-5 ilustra dicho modelo. Las personas situadas del lado derecho del umbral de la derecha (para síntomas severos) desarrollan una forma severa de esquizofrenia, mientras que las que se encuentran a la izquierda del umbral de la izquierda (para síntomas ligeros) no muestran síntomas de esquizofrenia. Quienes están entre los dos umbrales desarrollan una forma ligera del trastorno. La idea de una predisposición a la esquizofrenia que se incrementa con la presencia de ciertos factores genéticos y ambientales puede ayudar a explicar la presencia cada vez mayor de trastornos ligeros del pensamiento en la familia extensa de las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

Desarrollo de la esquizofrenia

Se desconoce la causa de la esquizofrenia, aunque parece probable que sus síntomas sean producidos por la interacción de factores de vulnerabilidad con cierta clase de estrés ambiental (Hirsch y Weinberger, 2003). Por lo tanto, al estudiar la esquizofrenia es importante utilizar muchas perspectivas: buscar los factores genéticos, otras variables biológicas y condiciones ambientales que puedan estar o no relacionadas con la aparición de los síntomas del trastorno. También es importante considerar los efectos interactivos de la vulnerabilidad con otros factores. El estudio de caso que aparece en el cuadro 12-2 describe a cuatrillizos con esquizofrenia, cuyas vidas fueron investigadas desde muchas perspectivas. Sugiere la importancia de la interacción entre la vulnerabilidad y las experiencias de vida en la esquizofrenia.

Factores genéticos

La importancia de los factores genéticos en el desarrollo de la esquizofrenia ha surgido de los resultados de muchos estudios familiares, de gemelos y de adopción realizados durante los últimos 75 años. Estos estudios han demostrado que el riesgo de desarrollar esquizofrenia está correlacionado con la cercanía de la relación ge-

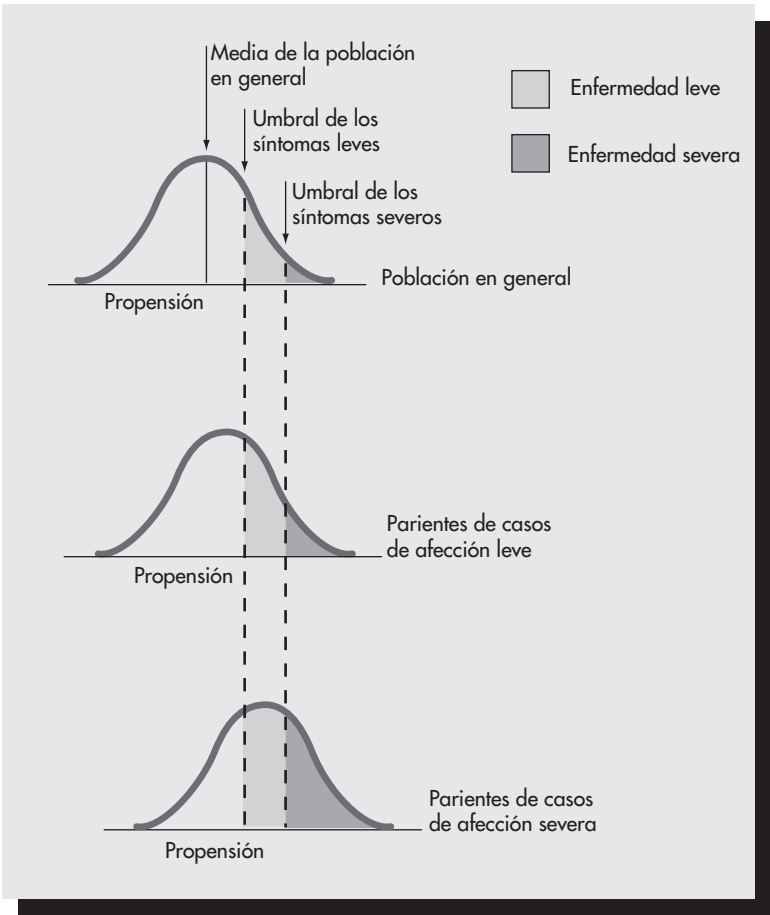


Figura 12-5 Estas distribuciones muestran la probabilidad de los trastornos ligeros y severos dentro del espectro esquizofrénico entre la población en general, y entre parientes de individuos con trastornos leves y severos. Si la probabilidad es mayor que el umbral, puede observarse el trastorno. Los parientes de quienes están severamente afectados tienen un riesgo mayor tanto de diagnóstico severo como ligero que el que presentan los parientes de los que sólo están ligeramente afectados.

FUENTE: Adaptado de Baron y Risch, 1987.

nética, o con la superposición con el **caso índice**, como se llama frecuentemente a la persona que se encuentra bajo estudio. La superposición genética, o porcentaje de genes que el pariente tiene en común con el caso índice, varía de 100% en el caso de los gemelos idénticos a 12.5% en el caso de los bisnietos, primos en primer grado y sobrinos-nietos.

En la tabla 12-8 se muestra el riesgo promedio de desarrollar esquizofrenia cuando los miembros de la familia con diferentes grados de relación han sido diagnosticados con el trastorno. El riesgo a lo largo de la vida de desarrollar esquizofrenia correlaciona de manera muy alta con la proporción de genes compartidos con un pariente afectado (Gottesman, 2001). En otras palabras, mientras más se parezcan los genes de dos personas, mayor será el riesgo.

Sin embargo, parece que existen otros factores que juegan alguna función además de la desempeñada por la herencia. En un importante estudio realizado entre gemelos finlandeses se encontró que la mayor parte del riesgo de desarrollar esquizofrenia podía atribuirse a efectos genéticos, mientras que el riesgo restante no parecía provenir de experiencias ambientales compartidas por los gemelos, sino de efectos ambientales específicos de la persona (Canon y cols., 1998). Otro importante y sólido hallazgo de la investigación muestra también que la herencia genética no es suficiente para explicar la esquizofrenia. Ochenta y nueve por ciento de las personas con diagnóstico de esquizofrenia no conocen a ningún

pariente con este trastorno, lo que sugiere que si la herencia está involucrada no forma parte del trastorno en sí (Cromwell, 1993).

A pesar de que, como se ilustra en la tabla 12-8, la transmisión genética parece ser un factor dentro la esquizofrenia, no se ha identificado un modo específico de transmisión genética. Esto significa que no se ha detectado la ubicación específica de genes asociados con la esquizofrenia en cuando menos varios estudios de di-

TABLA 12-8

Prevalencia de la esquizofrenia en poblaciones específicas	
Población	Prevalencia (%)
Población en general	1.0
Hermano no gemelo de un paciente esquizofrénico	8.0
Hijo de un padre con esquizofrenia	12.0
Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico	12.0
Hijo de dos padres con esquizofrenia	40.0
Gemelo monogigótico de un paciente con esquizofrenia	47.0

FUENTE: Basado en Sadock y Sadock, 2003, p. 482.

ferentes grupos familiares. Puede ser que muchos genes que actúen de manera conjunta constituyan un factor de riesgo para la esquizofrenia, y que diferentes combinaciones de genes puedan producir vulnerabilidad. El hecho de que una persona con cierta herencia genética experimente algún trastorno en el espectro esquizofrénico depende de la interacción de esta herencia genética tanto con factores físicos como psicosociales en el ambiente (Jablensky y Klaydjieva, 2003).

Modelos de transmisión genética Existen varios modelos de la herencia de los rasgos. La más sencilla es el **modelo monogénico**, en el cual un par de genes es todo lo que se necesita para determinar una característica particular. Esto se llama *patrón mendeliano de herencia*.

Algunos genes son **dominantes** y otros son **recesivos**. Debido a que un gen de cada par de genes se hereda de cada uno de los padres, el patrón mendeliano puede expresarse en una de tres formas posibles. Consideremos el siguiente ejemplo de un patrón mendeliano, el caso del color de los ojos. Si ambos padres tienen ojos café (el café es dominante), esto significa que cada uno de ellos debe tener un gen de ojos café. Sin embargo, cuando un gen dominante se aparea con un gen recesivo, se dice que el gen dominante debe *expresarse*. En este caso, significa que si el padre tiene ojos café no sabemos si el otro gen del padre es de ojos azules o cafés. Por lo tanto, si cada uno de los padres tiene un gen recesivo de ojos azules apareado con su gen dominante de ojos cafés, su hijo puede tener dos genes de ojos cafés; o tener un gen de ojos cafés y un gen de ojos azules, y por lo tanto tener el **rasgo expresado** de ojos café como los padres. Por otra parte, el hijo puede recibir el gen recesivo de cada uno de los padres y por lo tanto tener ojos azules. En este caso, el niño no tendría la posibilidad de pasar el gen de ojos cafés a sus hijos. Los primeros investigadores que revisaron la genética de la esquizofrenia buscaron resultados que apoyaran un modelo monogénico pero no pudieron encontrarlo. Descubrieron que el número de casos de esquizofrenia en parientes de personas aquejadas por este padecimiento fue siempre menor al que hubiese sido precedido por un modelo monogénico.

Otro modelo posible, el **modelo poligénico**, supone que varios pares de genes encontrados en una parte precisa de cromosomas específicos, pueden interactuar para producir un rasgo o un trastorno. Se piensa que muchas características básicas de los seres humanos —como puede ser la estatura, el peso y el color de piel— están influidas por más de un par de genes, y por lo tanto pueden predecirse a partir de un modelo poligénico. Algunos de estos modelos sugieren que participan un número limitado de ubicaciones en los genes y que éstas pueden ser identificadas.

Modelos poligénicos más complejos o multifactoriales parecen ser los que mejor se ajustan a los hallazgos provenientes de la investigación genética relacionadas con la esquizofrenia. Los **modelos poligénicos multifactoriales** no especifican cuáles o cuántas son las ubicaciones en genes (llamadas loci) involucradas. Estos modelos suponen que los pares de genes de cualquier número y combinación de loci pueden estar involucrados, y que cada par puede tener un pequeño efecto aditivo en la vulnerabilidad de una persona a la esquizofrenia. De acuerdo con este punto de vista, mu-

chas personas pueden tener cierta predisposición a desarrollar esquizofrenia. Aunque esta vulnerabilidad integrada no es en sí misma suficiente para determinar quién desarrollará el trastorno, cuanto mayor sea la carga genética, mayor será el riesgo.

Avances recientes en biología molecular han hecho posible estudiar variaciones en la secuencia de ADN para identificar ubicaciones de genes relacionadas con trastornos particulares. Esta nueva tecnología se ha utilizado para comprender las contribuciones genéticas a diversas enfermedades (tales como la enfermedad de Huntington y la distrofia muscular). Varios estudios han identificado ubicaciones de genes asociadas con esquizofrenia mediante el estudio de ADN de varias generaciones de grupos familiares en los que ha existido más de un miembro con un diagnóstico de esquizofrenia (Owen y O'Donovan, 2003). Sin embargo, todavía hay mucho que aprender acerca de las muchas ubicaciones genéticas. Aunque otro estudio del genoma sostiene la promesa de comprender más acerca de las causas genéticas de la esquizofrenia, todavía estamos muy lejos de identificar los componentes genéticos de este trastorno.

Factores prenatales

De acuerdo con ciertos estudios, los niños nacidos entre enero y marzo —en áreas urbanas, y no en las rurales— parecen tener un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia que los niños nacidos en otra época del año (Verdoux y cols., 1997). Una posible causa de este efecto puede ser la mayor prevalencia de influenza y de otras enfermedades virales durante el invierno y la primavera. Otras investigaciones han descubierto que si la madre sufrió de influenza mientras estaba embarazada, el niño nacido de ese embarazo tiene un mayor riesgo de esquizofrenia. Una prueba de esta hipótesis fue posible debido al desencadenamiento de una epidemia de influenza, inusualmente severa y durante un periodo muy preciso, que se presentó en Helsinki, Finlandia, en 1957. Aproximadamente dos tercios de la población presentaron algunos signos de influenza durante un periodo de cinco semanas. Los investigadores determinaron los porcentajes de esquizofrenia en la edad adulta de bebés nacidos de mujeres de Helsinki en los nueve meses posteriores a la epidemia de 1957 (Mednick y cols., 1988).

Debido a las fechas precisas de inicio y terminación de la epidemia fue posible dividir estos nacimientos en tres grupos. Los que se encontraban en el primer grupo nacieron en los tres meses posteriores a la epidemia, por lo que sus madres podrían haber contraído la gripe durante el tercer trimestre del embarazo. El segundo grupo, que nació entre cuatro y seis meses después de la epidemia, podría haber estado expuesto a la gripe en el segundo trimestre de embarazo, y los que lo hicieron entre los siete y nueve meses más tarde podrían haber estado expuestos en el primer trimestre. La posibilidad de dividir a los sujetos de esta forma fue muy importante debido a los diferentes aspectos de desarrollo que se presentan en cada trimestre y que han sido estudiados de forma muy extensa. Lo que demostró el estudio fue que el riesgo durante el primer y tercer trimestres fue el mismo que para los involucrados en la epidemia y para un grupo de control (ver la figura 12-10). Sin embargo, en el caso de los nacidos entre cuatro y seis meses después de la epidemia y expuestos a la gripe en el segundo trimestre del em-

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

Investigación de la esquizofrenia desde diversas perspectivas

La investigación de la conducta esquizofrénica desde varias perspectivas puede ayudar a comprender tanto el trastorno como sus síntomas. El caso de las hermanas Genain ilustra la forma en que las investigaciones de la herencia, actividad y anatomía cerebral, las medidas psicofisiológicas y las interacciones familiares pueden complementarse unas con otras.

Las hermanas, que eran cuatrillizas idénticas, compartieron la misma herencia (ver las figuras 12-6 y 12-7). Debido a que las posibilidades de nacimiento de cuatrillizas idénticas es de 1 en 16 millones, se convirtieron en una celebridad en su lugar de origen, después de haber nacido en 1930. Durante su infancia, realizaron rutinas de baile y canto y fueron tan populares que tenían una escolta policial en cada una de sus giras. Sin embargo, a medida que crecían se volvió cada vez más evidente que no estaban desarrollándose de manera normal. Una de las hermanas dejó el bachillerato. Las otras tres se graduaron pero tuvieron problemas para retener el empleo. Cuando tenían veintitantos años, las cuatro hermanas desarrollaron esquizofrenia.

Debido a la singularidad de este caso (cuatro personas con herencia genética idéntica que mostraron conducta esquizofrénica, era algo que podía esperarse que ocurriera sólo una vez en decenas de miles de millones de nacimientos), un médico local alertó a los científicos del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). Las hermanas llegaron a Washington D.C. y fueron hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos a mediados de los años cincuenta. Durante los tres años que estuvieron en el Instituto, fueron examinadas desde diferentes perspectivas. Para proteger su privacidad, se les bautizó con una serie de seudónimos, que correspondían a las iniciales de NIMH —Nora, Iris, Myra y Hester— y a la familia se le dio el nombre de Genain proveniente de la palabra griega que significa “espantoso nacimiento”.

Varios de los miembros de la familia de las cuatrillizas tenían algún historial de problemas psicológicos. No sólo se trataba de la conducta, en muchas ocasiones extravagante, de su padre, sino que también de que el hermano, la madre y un tío paterno habían sufrido colapsos nerviosos (D. Rosenthal, 1963).

Aun cuando tenían el mismo riesgo genético, la esquizofrenia en las hermanas podía ser, al menos en parte, resultado de factores ambientales. Por ejemplo, como sucede con frecuencia en los nacimientos múltiples, fueron muy pequeñas en el momento de nacer. Todas ellas pasaron tiempo en incubadoras y salieron del hospital seis semanas des-



Figura 12-6 Las hermanas Genain cuando eran pequeñas.

pués de haber nacido. Crecieron sometidas a la publicidad y escuchaban comentarios constantes acerca de su similitud. Su padre limitó su interacción con otras personas, rehusándose a permitirles que jugaran con otros niños, o, después, a que participaran en las actividades escolares o tuvieran citas románticas.

El padre de las niñas también se oponía a la estancia de sus hijas en el NIMH, y constantemente amenazaba con frecuencia con sacarlas del hospital. Aunque mostraba una actitud de cooperación y hasta cordial en algunas ocasiones, también tenía una considerable hostilidad hacia las personas. Su

esposa informó que había tratado de estrangularla en varias ocasiones y que había considerado abandonarlo. En algunas oportunidades, el padre acusó a su esposa de tener relaciones sexuales con los psiquiatras de sus hijas. Falleció durante el tercer año de estancia de las cuatrillizas en el hospital.

La calidad de la relación madre-hija variaba entre las cuatro niñas. Por ejemplo, la señora Genain tendía a buscar apoyo en Myra en momentos de tensión y a sentirse quizá más cerca de Nora.

Las Genain fueron invitadas a regresar al NIMH para una visita de seguimiento en 1981. Durante el periodo intermedio, Myra



Figura 12-7 Las hermanas Genain de adultas actuando en una fiesta del NIMH.

CUADRO 12-2

fue la que logró vivir con mayor normalidad. Acudió a la escuela de administración de empresas y más tarde trabajó como secretaria. Fue la única de las cuatro hermanas que se casó y tuvo hijos. Nora fue la siguiente en tener un mejor ajuste. Trabajó durante cuando menos siete años, parcialmente en programas de capacitación del gobierno. Hester e Iris pasaron más de quince años en hospitales y recibieron mayor tratamiento con antipsicóticos que Myra y Nora.

Los investigadores se preguntaron si las técnicas de exploración, desarrolladas después del estudio anterior realizado a las hermanas, podrían arrojar algo de luz sobre las diferencias en sus conductas. Las TC realizadas a las hermanas fueron normales, pero otros tipos de exploración mostraron patrones anormales. La Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) que se llevó a cabo cuando las mujeres descansaban, mostró activi-

dad en las áreas visuales (ver la figura 12-8). Los científicos se preguntaron si esto era un indicador de alucinaciones. Las TEP de Myra y Nora, las dos hermanas que habían tenido un mejor ajuste, estuvieron más cerca de las TEP normales que los de las dos hermanas cuyas conductas eran menos adaptativas. Las hermanas Genain también mostraron menos actividad de ondas cerebrales alfa de la que se considera normal. Debido a que las ondas alfa aparecen cuando las personas se relajan o ponen su mente en blanco, la menor frecuencia de ondas alfa también puede sugerir alucinaciones.

A las hermanas se le sometió también a una tomografía electroencefalográfica (TEE). Las exploraciones TEE se refieren a la actividad eléctrica en el cerebro en contraste con las TEP en el cerebro que muestran la actividad química (ver la figura 12-9). Debido a que las TEE son mucho más baratas y

seguras para el sujeto que las TEP, pueden repetirse en intervalos frecuentes. Las cuatro hermanas Genain mostraron bajos niveles de ondas alfa en las TEE al compararlas con las de un sujeto de control. La correlación entre los patrones de TEE y TEP, en este caso y en el de los hallazgos de investigación general, parece ser muy alta. Si se comparan estos hallazgos con los historiales de conducta de las hermanas y con datos de pruebas anteriores, pueden probar su utilidad en la relación de conductas específicas con factores ambientales y funcionamiento biológico.

Los exámenes neuropsicológicos llevados a cabo cuando las hermanas Genain tenían 66 años proporcionaron resultados similares a los obtenidos cuando tenían veintitantos años. Se encontró una disminución cognitiva relativamente pequeña durante este periodo. (Mirsky y cols., 2000).

continúa

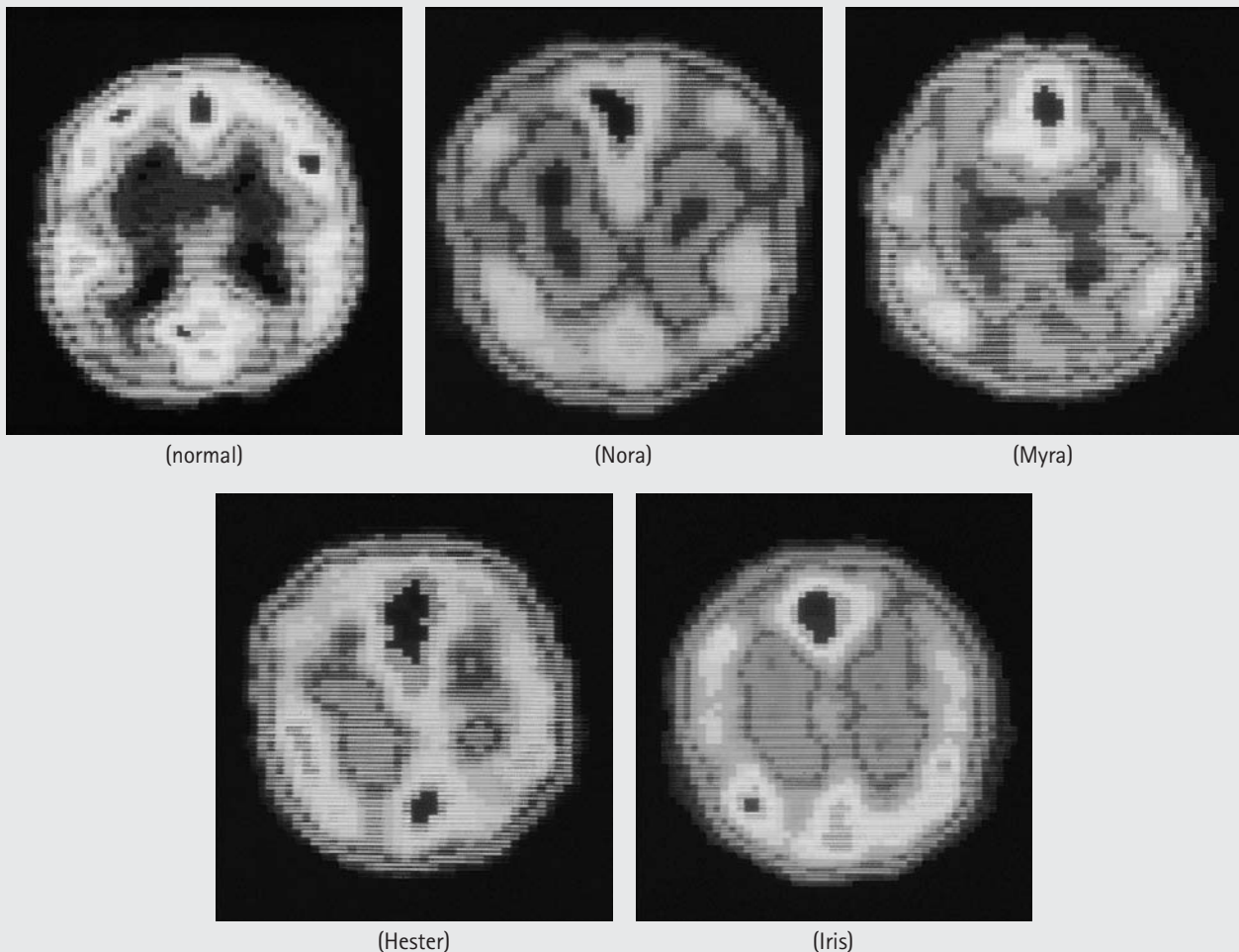


Figura 12-8 Las exploraciones con TEP de las hermanas Genain difieren de los resultados normales. El uso de energía es más alto en los lóbulos frontales de la imagen normal (la energía alta se indica por la parte de amarilla-naranja-roja del espectro y la energía baja por los colores azul-verde-morado). En contraste, las áreas visuales de las tomografías de las hermanas son más activas, posiblemente como resultado de las alucinaciones.

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN *continúa*

CUADRO 12-2

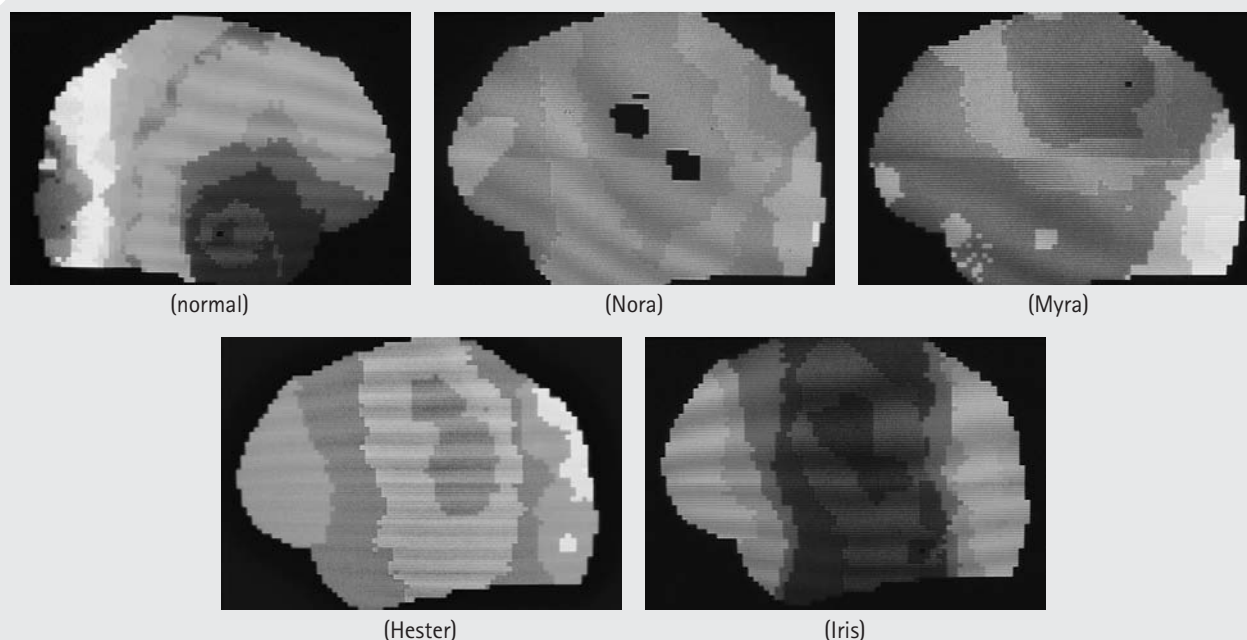


Figura 12-9 Las exploraciones con TEE de las cuatrillizas Genain mostraron bajos niveles de ritmo alfa al comparárseles con la exploración normal. Todas estas exploraciones TEE se realizaron mientras los sujetos descansaban con los ojos cerrados.

barazo, el riesgo de diagnóstico de esquizofrenia fue mucho más alto que en el caso del grupo de control. Los resultados de este estudio no sólo esclarecieron los hallazgos previos relacionados con la esquizofrenia y con el mes de nacimiento, sino que ayudaron a establecer la fase de desarrollo prenatal en la que se presentaban los efectos. La exposición al virus de la influenza puede provocar una alteración del desarrollo neuronal que se lleva a cabo durante el segundo trimestre, alteración que puede afectar la vulnerabilidad a la esquizofrenia en la edad adulta.

Otras clases de estrés experimentados por una madre durante el segundo trimestre de embarazo también parecieron crear una vulnerabilidad adicional a la esquizofrenia. En 1939, el ejército ruso invadió Finlandia, y poco más de tres meses después habían

muerto 25 000 soldados finlandeses. Los investigadores compararon las consecuencias en niños de mujeres embarazadas en ese momento, cuyos esposos habían sido asesinados en la batalla, con las consecuencias en otras cuyos esposos habían estado en el ejército pero habían sobrevivido (Huttunen y Niskanen, 1978). Se presentaron significativamente más casos de esquizofrenia entre los niños de las mujeres viudas que estaban en el segundo trimestre de embarazo cuando recibieron la noticia de la muerte de su pareja. Al igual que en el estudio de la influenza, la investigación finlandesa indica que lo que ocurre en el segundo trimestre del embarazo puede estar implicado con la vulnerabilidad a la esquizofrenia.

En algunos estudios —aunque no en todos—, personas diagnosticadas con esquizofrenia en la edad adulta también resultaron

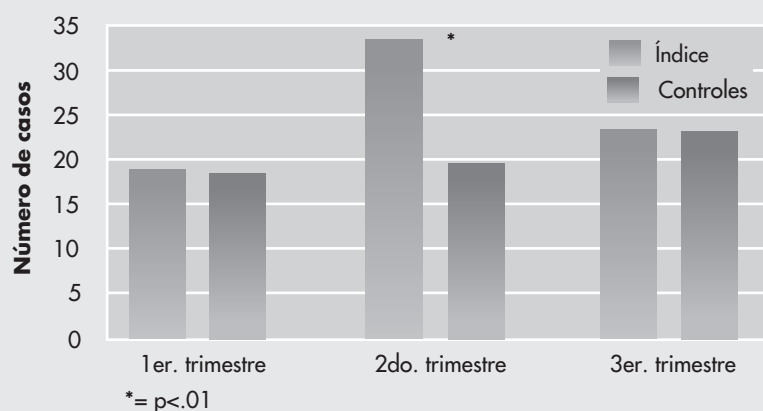


Figura 12-10 Los adultos, cuya madre estuvo expuesta al virus de influenza durante el segundo trimestre del embarazo, estaban en un riesgo significativamente mayor de desarrollar esquizofrenia que los adultos cuyas madres estuvieron expuestas al virus durante el primer o tercer trimestres. Estos dos grupos no tenían mayor riesgo que si sus madres no hubieran sido expuestas al virus de la influenza durante su embarazo.

FUENTE: De Mednick y cols., 1988, pp. 189-192.

tener mayor propensión a complicaciones obstétricas durante el parto (O'Callaghan y cols., 1992). Estas complicaciones pueden haber sido factor causal por sí mismas, o ser el resultado de otros problemas ambientales y de desarrollo experimentados por el feto. A pesar de ello, las complicaciones durante el nacimiento sugieren posible daño al cerebro o al sistema nervioso.

Procesos del desarrollo prenatal Durante el segundo trimestre de embarazo, las células cerebrales migran de su posición original a una ubicación más remota, donde pueden establecer conexiones con otras neuronas. Esto hace que los investigadores se pregunten si el cerebro de los pacientes, que han sido diagnosticados con esquizofrenia, podría mostrar una organización celular diferente a la que normalmente se espera. A pesar de la existencia de complejos métodos para tomar neuroimágenes como los que se han comentado en este libro, la principal forma de responder a esta pregunta sigue siendo el examen de tejido cerebral en la autopsia. Varios estudios de tejido cerebral han demostrado el desplazamiento de neuronas en el cerebro de pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia. En cada uno de los casos, los investigadores encontraron que si se les compara con pacientes de control, la distribución de las neuronas era diferente. Existe un mayor número de células en las capas más profundas de la corteza y menor hacia la superficie (Akbarian y cols., 1996). Debido a que la corteza se desarrolla de adentro hacia afuera, este hallazgo sugiere que muchas neuronas no pudieron migrar de la forma en que debieron haber-

lo hecho. Esto a su vez puede alterar el proceso de depuración sináptica. La **depuración sináptica** es un proceso de desarrollo en el cual las neuronas reducen de manera selectiva el número de ramas de sus dendritas. Si esta reducción sucede de manera anormal, puede dar como resultado demasiadas sinapsis o demasiado pocas, y los problemas correspondientes en la función cognitiva, una importante dificultad en la esquizofrenia. La depuración sináptica comienza al final de la infancia, y los científicos creen que el proceso es esencial para manejar el crecimiento explosivo de la información a la cual están expuestos los niños, especialmente durante sus años de adolescente. La depuración prepara al cerebro para actividades mentales más complejas demandadas por los adultos. El **modelo de desarrollo neurológico** de la esquizofrenia sugiere que el cerebro de personas que desarrollan este trastorno puede experimentar una depuración excesiva o bien, debido a problemas de desarrollo durante el segundo trimestre del embarazo, sus cerebros pueden tener menos dendritas desde el principio. En el último caso, el proceso normal de depuración los deja con un número insuficiente (McGlashan y Hoffman, 2001). En la figura 12-11 se muestran algunas de las áreas del cerebro donde se piensa que ocurre esta depuración. Si esta teoría es correcta, entonces la intervención durante la aparición de los primeros síntomas de la esquizofrenia puede ayudar a evitar una mayor destrucción de esas conexiones neuronales. El tratamiento basado en esta idea se comentará más adelante en este mismo capítulo.

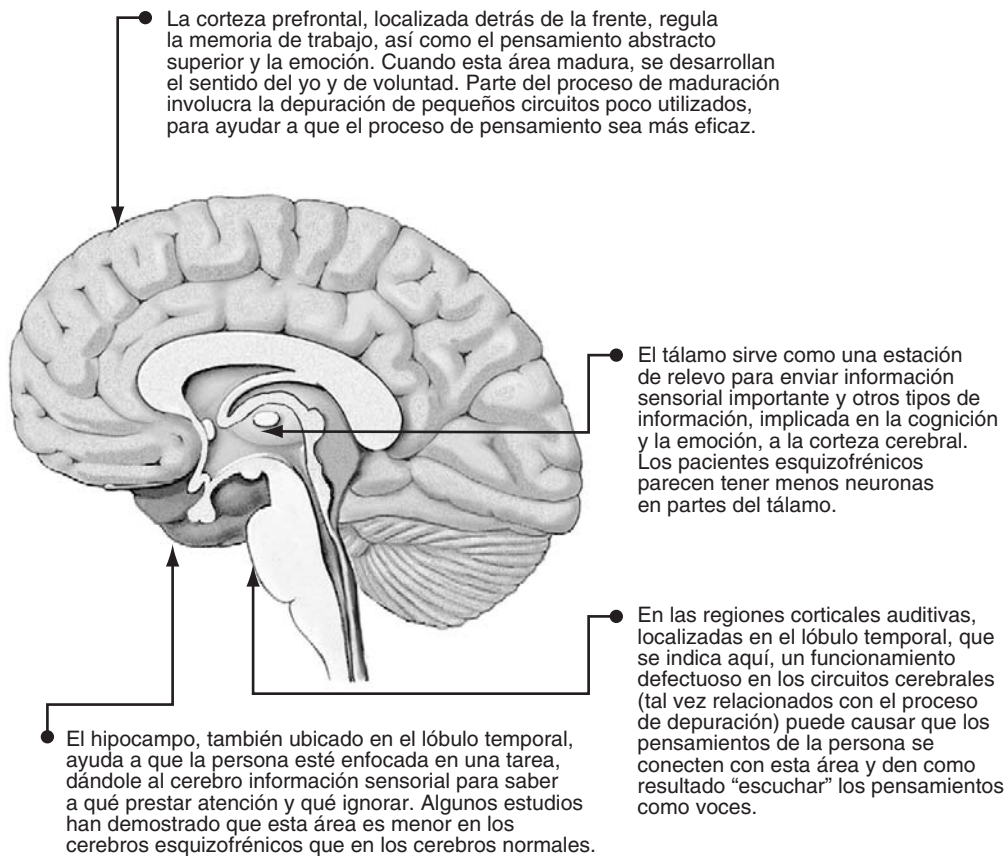


Figura 12-11 La vista de la línea media interior del cerebro muestra las regiones que se considera que están involucradas en el "proceso de depuración", que es parte del desarrollo de la adolescencia tardía y la edad adulta.

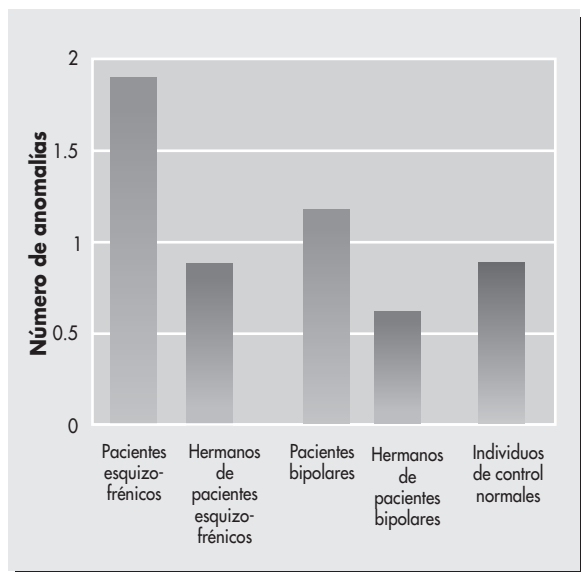


Figura 12-12 Las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienden a mostrar un mayor número de anomalías físicas que sus hermanos, lo que sugiere que pueden estar involucrados otros factores además de los genéticos. También presentan más anomalías que los diagnosticados con un trastorno bipolar y los individuos de control. Se piensa que estas anomalías reflejan procesos que se presentan durante el segundo trimestre del embarazo.

FUENTE: De M. F. Green (1998), p. 12.

Las anomalías del desarrollo prenatal se reflejan frecuentemente en anomalías físicas menores, a las que muchas veces se les denomina **anomalías físicas**, que pueden detectarse desde casi el momento del nacimiento y en etapas posteriores. Estas anomalías incluyen anomalías menores de la cabeza, los pies, las manos o el rostro (por ejemplo, orejas mal formadas, un espacio inusual de conductos lagrimales o anomalías en el interior de la boca, como puede ser un paladar arqueado en exceso). Muchos niños tienen una sola anomalía, pero a los que más tarde se les diagnostica con esquizofrenia, pueden tener varias de ellas (ver la figura 12-12). Aunque no se conoce exactamente en qué etapa del desarrollo prenatal se presentan estas anomalías, se piensa que están asociadas con procesos del desarrollo neuronal que suceden en el segundo trimestre del embarazo (M.F. Green, y cols., 1994). El número de anomalías parece no tener una base genética, pues los hermanos de pacientes con esquizofrenia no las tienen en exceso. El exceso de anomalías, que muchas veces se encuentra en la esquizofrenia, no se presenta en otros trastornos psicóticos, pero sí en otros en los que la participación neuronal prenatal es sumamente clara, por ejemplo, en el síndrome de Down.

Además de las anomalías de desarrollo en el cerebro, el desarrollo del sistema neuromotor también parece estar afectado en la esquizofrenia. Los niños que pueden desarrollar más adelante esquizofrenia muchas veces muestran expresiones de emociones y conductas motoras poco usuales, por ejemplo, posturas atípicas de las manos, como las que se muestran en la figura 12-13. Estas conductas pueden ser relativamente sutiles y pasarse por alto en el momento de su primera aparición.



Figura 12-13 Este pequeño muestra algunas de las posturas anormales de las manos que pueden indicar vulnerabilidad a la esquizofrenia.

Un hallazgo que ha surgido del uso de técnicas de exploración es que algunas personas con esquizofrenia tienen **ventrículos cerebrales** (cavidades que contienen fluido cerebroespinal) significativamente más grandes que los que se encuentran en el cerebro de personas sin este diagnóstico. Sin embargo, cierto agrandamiento de los ventrículos parece presentarse de forma natural; en general, los ventrículos de las personas se van agrandando con la edad. También se encuentran ventrículos agrandados en otras condiciones como el alcoholismo, lesiones traumáticas en la cabeza y trastornos graves del estado de ánimo que involucran psicosis. Otra dificultad para comprender el significado de ventrículos agrandados es que éstos y otros efectos cerebrales significativos se presentan en aproximadamente en una tercera parte de personas que tienen esquizofrenia, cuyas tomografías cerebrales han sido estudiadas.

El resultado de un estudio de 15 pares de gemelos MC, en los que sólo uno de cada par había sido diagnosticado con esquizofrenia, fue de particular interés para comprender el papel de los ventrículos agrandados. Se esperaba que la anatomía de los cerebros de cada par podía fuera muy similar (Suddath y cols., 1990). Sin embargo, los gemelos con esquizofrenia tenían más grandes los ventrículos tercero y lateral si se les comparaba con los gemelos que no tenían el diagnóstico (ver la figura 12-14). También se descubrió que existía una reducción del tamaño de las áreas del cerebro que participaban en el pensamiento, la concentración, la memoria y la percepción. Todos estos aspectos de la conducta están afectados en la esquizofrenia. En todos los pares de gemelos, excepto en uno, el gemelo diagnosticado con esquizofrenia presentó también un volumen cerebral reducido al compararse con su gemelo sano. Un hallazgo particularmente importante en este estudio fue que, en muchos casos, el agrandamiento ventricular encontrado en el gemelo con diagnóstico de esquizofrenia no era suficiente para ser considerado como anormal por un especialista. Dicho agranda-

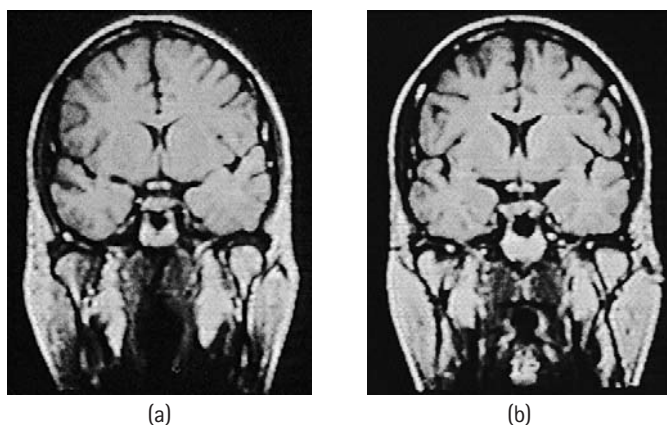


Figura 12-14 Cuando un gemelo idéntico (MC) desarrolla esquizofrenia y el otro no, una diferencia que se encontró entre ellos es que el gemelo afectado tiende a mostrar ventrículo más grandes. La exploración IRM muestra las diferencias de tamaño de los ventrículos entre el gemelo no afectado (a) y su hermana gemela (b), que tiene el diagnóstico de esquizofrenia. Una explicación posible de esta diferencia entre las gemelas MC es que la gemela con los ventrículos agrandados pueda haber experimentado algún daño antes de nacer.

miento podía observarse únicamente al compararlo con el del gemelo sano. Esto sugiere que inclusive variaciones sumamente ligeras en el tamaño del ventrículo pueden ser importantes en cuanto a la vulnerabilidad a la esquizofrenia. El incremento del uso del ultrasonido y de la exploración IRM en fetos condujo al hallazgo de que incluso en los gemelos MC, el desarrollo cerebral no es idéntico. Además de las diferencias en el tamaño ventricular, existe una diferencia en la cantidad de pliegue cortical. (Kulynych y cols., 1997). Un pliegue cortical poco profundo, que significa que existe un área cortical total menor, se ha relacionado también con vulnerabilidad a la esquizofrenia.

El uso de técnicas mucho menos complejas como pueden ser las películas caseras viejas (por ejemplo, las de los primeros cumpleaños), también puede mostrar claras diferencias entre un niño que más tarde desarrolló esquizofrenia y sus hermanos. El siguiente relato acerca de un hermano que posteriormente se vio afectado por la esquizofrenia lo ilustra de manera muy clara:

A pesar de las diferencias en la forma que percibimos y enfrentamos el mundo, Andy y yo estábamos inusualmente unidos cuando éramos pequeños. [...] yo adoraba e imitaba a mi hermano mayor [...] era mi compañero diario, mi compañero de juegos, y también pensaba en él como mi protector.

Sin embargo, una reciente mirada a viejas fotos familiares [...] contradijo mis recuerdos acerca de Andy como mi cuidador. [...] en todas y cada una de las fotografías [...] aparezco robusto y sonriendo; Andy se ve endeble y con el ceño fruncido. Se ve de pie en una postura cóncava, chupada en el centro, precipitado desmañadamente hacia el frente. Brazos delgados, doblados en los codos, colgaban a los lados de su torso como si se sostuvieran en un conjunto de barras de apoyo invisibles. Ocasionalmente, sonreía pero [...] la sonrisa cerrada y tiesa de mi hermano, que dejaba al descubierto la mayor parte de sus dientes frontales superiores e inferiores, transmite únicamente una gran tensión y dolor. [...] (Brodoff, 1988), pp. 114-115).

Se piensa que estas anomalías en la conducta motora son resultado de una falta de regulación del sistema de dopamina, que más adelante en la vida puede llevar al desarrollo de síntomas psicóticos (Walker y Diforio, 1997). En un estudio de cinco familias donde sólo uno de los hermanos fue diagnosticado con esquizofrenia en la edad adulta, los observadores capacitados estudiaron películas caseras de los hermanos que cubrían un periodo cuando menos hasta los cinco años de edad (Walker y Lewine, 1990). Aunque a los observadores no se les informó sobre el estado psiquiátrico posterior de los niños, pudieron identificar de manera confiable cuál de ellos recibiría el diagnóstico de esquizofrenia, simplemente con base en su grado de reacción ante los demás, la cantidad de contacto visual, afecto positivo y coordinación motora, tanto de movimientos finos como gruesos. Estas diferencias se hicieron evidentes a los clasificadores antes de que los niños tuvieran ocho años de edad. En muchas ocasiones estas conductas inusuales fueron menos notorias a medida que el niño crecía, pero permanecía el problema subyacente.

Anormalidades bioquímicas del cerebro Existen sólidos argumentos para suponer que los factores bioquímicos tienen un cierto papel en la esquizofrenia. Los desarrollos recientes y la tecnología de la exploración computarizada han permitido a los investigadores buscar anomalías en el funcionamiento bioquímico. Por ejemplo, la investigación mediante exploración TEP muestra que las personas cuya conducta esquizofrénica es crónica y de larga duración tienden a presentar un nivel menor de metabolismo en sus lóbulos frontales y temporal, y un flujo relativamente mayor en la base del cerebro en comparación con los sujetos de control (ver la figura 12-15). Se sabe que los antipsicóticos producen ciertos cambios bioquímicos en el cerebro, así como cambios positivos en la conducta.

La hipótesis de la dopamina y más allá Al igual que actualmente se piensa que los neurotransmisores juegan un papel en cuando menos algunos de los trastornos del estado de ánimo (ver el capítulo 11), la investigación de la esquizofrenia que tiene orientación biológica también destaca la importancia del funcionamiento de los neurotransmisores. Durante muchos años la *hipótesis de la dopamina* fue la explicación más ampliamente aceptada de la patología bioquímica de la esquizofrenia. La **hipótesis de la dopamina**, dicho de manera simple, sostiene que un exceso de dopamina en ciertas sinapsis del cerebro se relaciona con la esquizofrenia.

El soporte más sólido de la relación entre la función de la dopamina y la esquizofrenia proviene de la investigación de los años setenta, que demostró que la eficacia clínica de ciertos antipsicóticos (la clorpromacina fue el primero de ellos) depende de su capacidad para bloquear los receptores de la dopamina. Investigaciones recientes, sin embargo, han demostrado que 1) existen en realidad cinco tipos de receptores de la dopamina que difieren en su distribución cerebral, y 2) que otros procesos (y sustancias) bioquímicos, distintos de aquellos en los que participa la dopamina, también desempeñan un importante papel en la esquizofrenia y su tratamiento (Bradford, y cols., 2002). Una sustancia de este tipo es la *serotonina*, que puede ser importante, pero que ha sido mucho menos investigada en relación con la esquizofrenia que la dopami-

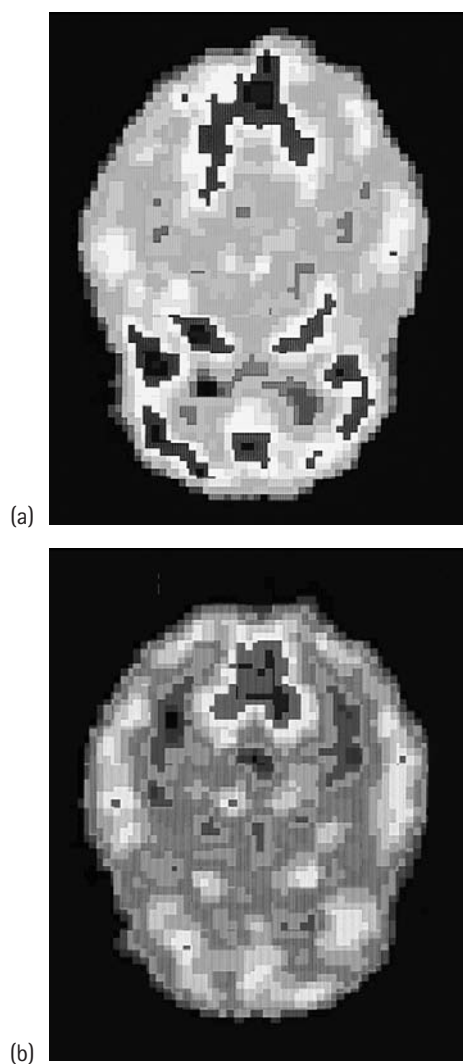


Figura 12-15 Las fotografías de la exploración TEP muestran el metabolismo cerebral, la actividad química que tiene lugar en un cerebro vivo. La fotografía (a) muestra un cerebro normal y la (b) el cerebro de una persona afectada con esquizofrenia, que no está recibiendo antipsicóticos. Los colores tendientes al extremo amarillo-naranja-rojo del espectro indican un índice más alto de actividad metabólica, mientras que los del extremo verde-azul-morado muestran un índice menor. Observe el metabolismo frontal relativamente mayor en la persona normal y el metabolismo posterior mayor en el paciente.

na. Otra es el *glutamato*, el neurotransmisor más ampliamente distribuido en el cerebro. Debido a la dificultad de confirmar la hipótesis de la dopamina sin ambigüedad alguna, es probable que en el futuro se desarrollen hipótesis más complejas que incorporen el papel desempeñado por los neurotransmisores recientemente identificados y los procesos relacionados con ellos.

Estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia

Hasta ahora en este capítulo se ha hablado tanto de factores genéticos como no genéticos —aunque biológicos— que contribuyen

a la esquizofrenia. ¿Cuál es el papel que desempeña cada uno de ellos en el desarrollo de la esquizofrenia? Es posible que tengan papeles independientes y que la esquizofrenia pueda desarrollarse como resultado de cualquiera de ellos, pero lo que sabemos hasta ahora sugiere que los problemas de desarrollo prenatal neuronal en particular, pueden sumarse a la vulnerabilidad genética para hacer más probable la esquizofrenia. Por otro lado, un tercer factor, el grado de estrés en el ambiente, también tiene un papel importante. Los investigadores han trabajado durante muchos años para comprender la contribución de cada factor al desarrollo de la esquizofrenia. En esta sección se destacan algunos de los principales métodos de investigación utilizados para estudiar el efecto combinado.

Se han empleado distintos métodos para estudiar el papel de la genética en la esquizofrenia, entre ellos, estudios familiares, de gemelos y de adopción. Las serias consecuencias de la esquizofrenia han estimulado muchos estudios importantes, de los cuales una gran cantidad involucra un seguimiento a largo plazo.

Estudios familiares

El primer paso común en el estudio de la genética de cualquiera trastorno es determinar si los parientes de una persona afectada tienen mayor probabilidad de sufrir el mismo trastorno que otros miembros de la población en general. Una forma de comenzar un estudio familiar es construir un diagrama del árbol genealógico y remontarse a varias generaciones anteriores. Después, se identifica a todas las personas que hayan mostrado síntomas del trastorno que se está estudiando. De esta forma es posible ver si el trastorno parece presentarse en un patrón particular a lo largo de las generaciones. Este patrón puede compararse con las predicciones basadas en los modelos teóricos.

Además de resaltar los patrones de herencia de trastornos específicos, los **estudios familiares** proporcionan información acerca de la relación de la esquizofrenia con otros trastornos. Si varios trastornos diferentes se presentan normalmente en una misma familia, significa que esos trastornos pueden ser genéticamente similares y representar un espectro de trastornos que pueden estar relacionados de manera muy cercana. Esto es lo que se conoce como *concepto espectro*, que se comentó antes en este capítulo.

Un factor que quizás afecta el riesgo de padecer esquizofrenia u otros trastornos es la **unión selectiva**. Este término se refiere a la tendencia que tienen las personas a elegir una pareja que frecuentemente tiene similitudes genéticas mayores a lo que se esperaría por el simple azar. La unión selectiva se presenta en los rasgos físicos y psicológicos, y en los trastornos de la conducta. Debido a este fenómeno, los cónyuges de los individuos esquizofrénicos tienen mayor probabilidad de portar genes asociados con la esquizofrenia que las personas de la población general. Por lo tanto, los hijos de estas parejas pueden recibir “dosis dobles” de genes asociados con la esquizofrenia.

Aunque es raro encontrar familias en las que tanto el padre como la madre hayan sido diagnosticados con esquizofrenia, se han realizado estudios de la descendencia adulta de dichas parejas. Los resultados de todos estos estudios son similares. En cada estudio, cerca de una tercera parte de los niños de estos padres habían desarrollado esquizofrenia. Debido a que algunos de los niños estudia-

dos todavía no tenían la edad suficiente para haber pasado a través de todo el periodo de riesgo de desarrollar esquizofrenia, el riesgo máximo a lo largo de la vida estimado para el grupo fue de 46%. Este riesgo es mucho más alto que el 17% en el caso de los niños con sólo uno de los padres afectados. (Estos porcentajes son un poco más elevados que los que se encuentran en la tabla 12-8, pero estos últimos representan los índices promedio de muchos estudios). Incluso los hijos de estos matrimonios que no desarrollaron esquizofrenia, tuvieron un riesgo considerablemente mayor de presentar otro diagnóstico psiquiátrico en comparación con los niños promedio. Estos estudios estuvieron también de acuerdo acerca de otro hallazgo, en cierta forma sorprendente: cerca de 25% de los niños de estas familias no presentaron esquizofrenia o algún otro tipo de trastorno de la conducta. Este hallazgo es asombroso, no sólo en vista de la herencia genética, sino también por la posibilidad de que estos niños hayan experimentado una buena dosis de estrés por el hecho de vivir en una familia con dos padres que presentaban este trastorno (Gottesman, 2001).

A continuación presentamos el relato de estrés que se muestra un entorno familiar en el que la madre tenía esquizofrenia:

Mi madre es una esquizofrénica paranoide. En el pasado me daba miedo admitirlo, pero ahora que lo he escrito, podré repetirlo una y otra vez. [...]

He estado enseñando a niños internos del hospital psiquiátrico de Bellevue de la ciudad de Nueva York durante 13 años, y aún me siento recelosa de revelar la naturaleza de la enfermedad de mi madre. [...]

De afuera, nuestra casa era muy parecida a cualquiera de las de nuestros vecinos, pero en el interior era tan distinta que no había punto de comparación. Nuestra casa era un desastre. Todo estaba revuelto. [...] me daba vergüenza. Era imposible invitar amigos a casa. Era imposible imaginarme lo que mi madre estaría haciendo o cuál sería su apariencia.

Era totalmente imprevisible. Con suerte, estaría trabajando en escultura, o practicando al piano, fumando como una chimenea y tomando litros de café, con un vestido todo roído que hubiese sido imposible donar a la beneficencia colgando de su escuálido cuerpo. Por otro lado, lo peor que podía suceder era encontrarla gritándole a mi padre, vestida todavía con su camisón a las 6 de la tarde y con una expresión de fiereza en su rostro. Nunca fui una joven muy popular, y siempre culpé de ello a mi madre. [...]

Mi madre estaba muy interesada en la música y el ballet, y me llevaba a todo concierto y función de ballet de la ciudad de Kansas. Siempre se veía terrible cuando salía, y más de una vez se presentó en el teatro calzando pantuflas. Me daba mucha vergüenza verla, [pero] amaba la música y el baile tanto como ella. Incluso sacrifiqué mis tardes del sábado para quedarme en casa con ella y escuchar las transmisiones desde el Metropolitan Opera, y era cuando más la quería y más cercana me sentía a ella [...] cuando escuchábamos la música juntas. [...]

Cuando estaba en preparatoria, mi madre y yo compartíamos una habitación con camas gemelas. Cuando ella estaba acostada, podía empezar a lamentarse como si estuviera hablando en sueños. “No puedo soportar a esa niña. Es malvada; es una perra. Es igual a su padre” [...] solía quedarme en cama, deseando estar muerta, creyendo que era yo la niña despreciable que ella describía (Adaptado de Lanquelot, 1984, pp. 467-471).

Estudios de gemelos

Mientras que los estudios familiares nos pueden proporcionar una imagen global de los riesgos hereditarios de la esquizofrenia y las posibles relaciones genéticas entre los trastornos, los estudios de gemelos proporcionan una forma para enfocarse en los factores ambientales que contribuyen a la esquizofrenia al mismo tiempo que controlan los factores hereditarios. Esto es posible debido a que los gemelos *dicigóticos* (DC) se producen a partir de dos huevos fertilizados. Como resultado tienen la misma relación genética que cualquier otro par de hermanos. En contraste, los gemelos *monocigóticos* (MC) se producen del mismo huevo fertilizado y como resultado se puede esperar que comiencen la vida con las mismas características genéticas. Es posible que un pequeño porcentaje de gemelos MC pueda no ser genéticamente idéntico, debido a alteraciones de los cromosomas o a una mutación genética que puede presentarse en uno solo en los gemelos después de la primera división celular. Sin embargo, este tipo de mutación es muy rara, y debe tener muy poco efecto en los hallazgos basados en amplias muestras de gemelos.

Los **estudios de gemelos** muestran que los gemelos MC tienen una probabilidad mucho mayor de compartir características de la esquizofrenia, que la que tienen los gemelos DC. Sin embargo, como se puede ver en la tabla 12-8, el porcentaje de concordancia en gemelos MC es menor a 50%. Este hallazgo deja en claro que la herencia por sí sola generalmente no es suficiente para producir este trastorno.

Una forma de aprender más acerca de los factores biológicos no genéticos y de los factores ambientales que pueden incrementar la vulnerabilidad a la esquizofrenia es a través del estudio de los gemelos MC, de los cuales uno está afectado por el trastorno y el otro no. Un estudio de seis años a 27 pares de gemelos MC que diferían o eran **discordantes** en el caso de la esquizofrenia fue realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (Torrey y cols., 1994). Estos pares discordantes se compararon con 13 pares de gemelos en los cuales ambos habían sido diagnosticados con esquizofrenia, y ocho pares normales que sirvieron como grupo control. Este estudio presentó una oportunidad para aprender más acerca de los factores de riesgo, la vulnerabilidad y la resiliencia, aun en el caso de que estos gemelos representaran un grupo único, y los hallazgos no pudieran generalizarse a una población mayor. Una cuestión que interesó a los investigadores en este estudio fue la edad en la que el gemelo afectado fue observado por vez primera como “diferente”. Esta información es importante para comprender el desarrollo de la esquizofrenia. En muchos casos la diferencia fue evidente en una etapa temprana. Veinticinco por ciento de los pares de gemelos discordantes de esquizofrenia se catalogó como diferente a la edad de cinco años. Sin embargo, el resto no mostró diferencia sino hasta los 13 años o más, y la edad más común para el surgimiento de una diferencia oscilaba entre los 14 y 16 años, que fue el momento en el que existía mayor probabilidad de que surgieran por vez primera los síntomas de la esquizofrenia. Estos resultados sugieren que algunos procesos neurocognitivos relacionados con la esquizofrenia, aunque basados probablemente en un desarrollo prenatal anormal, no muestran sus efectos hasta que han sido activados por una etapa de desarrollo posterior (Green, 1998).

Estudios de adopción

Otra forma de investigar los efectos de la herencia en el desarrollo de la esquizofrenia es a través de los estudios de adopción. Los estudios de adopción pueden dar a los investigadores una comprensión más clara de los papeles que pueden desempeñar la herencia y el ambiente en la esquizofrenia. Existen dos clases básicas de **estudio de adopción** en la investigación de la esquizofrenia. El primer tipo compara a los niños adoptados, cuyos padres biológicos fueron diagnosticados con esquizofrenia, con los hijos adoptados por padres que no tenían este trastorno. El segundo examina la incidencia de esquizofrenia en las familias adoptivas y biológicas de los niños que más tarde desarrollaron este trastorno.

Uno de los primeros grandes estudios de adopción que se realizaron fue reportado por un grupo de investigadores daneses y estadounidenses que trabajaban en Dinamarca (Cannon y Mednick, 1993; D. Rosenthal y cols., 1968, 1975). Debido a que Dinamarca y algunos otros países cuentan con excelentes registros nacionales médicos y psiquiátricos, así como archivos de adopción, de matrimonio y de otro tipo, muchas de las grandes investigaciones para rastrear la herencia de los trastornos han sido realizadas en estos países. En el estudio, los investigadores buscaron en principio el registro del gobierno del área de Copenhague para encontrar los nombres de padres que habían entregado a sus hijos en adopción a personas ajenas a su familia. Luego buscaron en el registro psiquiátrico oficial para ver si podían encontrar los nombres de algunos de esos padres. Se clasificaron los registros de los que se encontraron, y se seleccionó a los padres que claramente encajaban en una estricta definición de esquizofrenia. Los niños que habían sido dados en adopción por parte de estos padres fueron denominados casos índice. El grupo control consistió en niños adoptados cuyos padres no tenían historial psiquiátrico. Tres de los 39 casos índice y ninguno de los 47 de control tuvieron un diagnóstico definitivo de esquizofrenia al llegar a la edad adulta. Este alto porcentaje (8%) del grupo índice comparado con la ausencia de casos en el grupo de control, señala un factor hereditario.

En otra clase de estudio de adopción, Seymour Kety y sus colegas (1978, 1994) aprovecharon los amplios registros del gobierno danés para ubicar a personas en Dinamarca que hubiesen sido adoptados y que más tarde hubiesen desarrollado esquizofrenia. Se compararon las frecuencias de la esquizofrenia o de otros trastornos en los padres adoptivos y biológicos de las personas adoptadas. En dos estudios —uno limitado al área urbana de Copenhague y otro que cubría un área de Dinamarca que incluía zonas menos urbanizadas— los investigadores encontraron que las personas adoptadas que desarrollaron esquizofrenia, tenían dos veces más probabilidades de tener padres biológicos con diagnósticos de esquizofrenia, que de tener padres adoptivos con ese diagnóstico.

El estudio de 1978 contenía también una importante submuestra: medios hermanos que tenían el mismo padre, pero no la misma madre, como los hijos adoptados. Los medios hermanos comparten 25% de sus genes, en lugar de 50% como en el caso de los hermanos de padre y madre. Lo que es más importante, los medios hermanos con un padre en común no compartieron el ambiente en el útero antes del nacimiento, ni la misma experiencia temprana

de cuidados maternos. Se descubrió que los medios hermanos de padre tenían un mayor riesgo de esquizofrenia y de trastornos del espectro esquizofrénico que los del grupo control. Este hallazgo dio un mayor peso a la importancia de los factores genéticos en la esquizofrenia en comparación con los factores prenatales. En realidad, los factores genéticos y la vulnerabilidad biológica en general interactúan con los factores ambientales que desempeñan un papel en el hecho de que los individuos biológicamente vulnerables desarrollen o no esquizofrenia o alguno de los trastornos del espectro esquizofrénico. Puede pensarse en la esquizofrenia, no como un trastorno permanente sino como una vulnerabilidad permanente al trastorno. Cada persona tiene un cierto nivel de vulnerabilidad a la esquizofrenia determinado tanto por herencia genética como por factores prenatales y posnatales. Este nivel de vulnerabilidad, que puede variar de la ausencia de riesgo a un elevado riesgo, interactúa con eventos o condiciones estresantes en la vida de una persona. Si la combinación excede un cierto nivel crítico o umbral de bienestar/enfermedad, se presenta la conducta esquizofrénica. Este concepto de vulnerabilidad ofrece una forma de comprender por qué, si un gemelo idéntico tiene esquizofrenia, la probabilidad de que el otro presente el trastorno no es de 100%, sino apenas de 50%.

Vulnerabilidad y características de las familias adoptivas

La complejidad y el valor de los estudios de adopción se ilustran en un estudio realizado en Finlandia (Tienari, y cols., 1990, 1994). Los hijos adoptados cuyas madres biológicas fueron diagnosticadas con esquizofrenia fueron comparados con niños adoptados cuyos padres biológicos no tenían este diagnóstico. Con el fin de llevar a cabo este estudio, los investigadores recabaron información de cerca de 20 000 mujeres que habían sido tratadas en hospitales psiquiátricos de Finlandia en algún momento durante un periodo de 10 años. De este grupo, encontraron a 171 mujeres que habían sido diagnosticadas con esquizofrenia, y que habían dado a luz un hijo que había sido adoptado antes de cumplir cuatro años por otra familia finlandesa. Calificaron menos de 1% de los casos originales.

Otras de las tareas que enfrentaron los investigadores fueron las siguientes:

1. Seleccionar dos niños adoptados como controles emparejados para cada caso índice (un niño adoptado cuya madre hubiese sido diagnosticada con esquizofrenia).
2. Revisar el historial psiquiátrico de los padres de los niños del grupo control.
3. Llevar a cabo entrevistas estructuradas a todas las madres biológicas, para obtener un diagnóstico para compararlo con el diagnóstico asentado en los registros hospitalarios.
4. Entrevistas con el padre biológico de cada miembro del grupo índice para evaluar si presentaba también un trastorno psiquiátrico que pudiera agregar algún riesgo al niño.

Además, el equipo de investigación realizó una evaluación del ambiente de crianza en cada familia adoptiva de los niños adoptivos de los grupos índice y control, lo que incluyó los siguientes pasos:

1. Una entrevista con toda la familia.
2. Una entrevista conjunta con ambos padres adoptivos.
3. Pruebas psicológicas de los padres adoptivos juntos, y después también con el niño adoptado.
4. Una amplia batería de pruebas para cada niño y cada padre adoptivo, por separado.
5. Evaluaciones de seguimiento de cinco a siete años después de la evaluación inicial.

Cómo podía esperarse, debido a la importancia de los factores biológicos en la esquizofrenia, los investigadores descubrieron que las personas que se encontraban en el grupo control eran mucho más sanas que las que se encontraban en el grupo índice. Sólo 1.5% del grupo control desarrolló un trastorno psicótico, a diferencia de más de 7% del grupo índice. Además, 15% de los que se encontraban en el grupo control presentaron un trastorno del espectro esquizofrénico, y 30% en el grupo índice. Sin embargo, el hallazgo más interesante de este estudio es la relación entre el ambiente familiar adoptivo y la frecuencia de problemas psicológicos de los casos índice.

Los hallazgos del estudio, que se muestran en la figura 12-16, apoyan la idea de que un ambiente familiar sano tiene un efecto protector para los niños que pueden estar en riesgo de esquizofrenia. En el grupo de niños índice rodeados por familias psicológica-

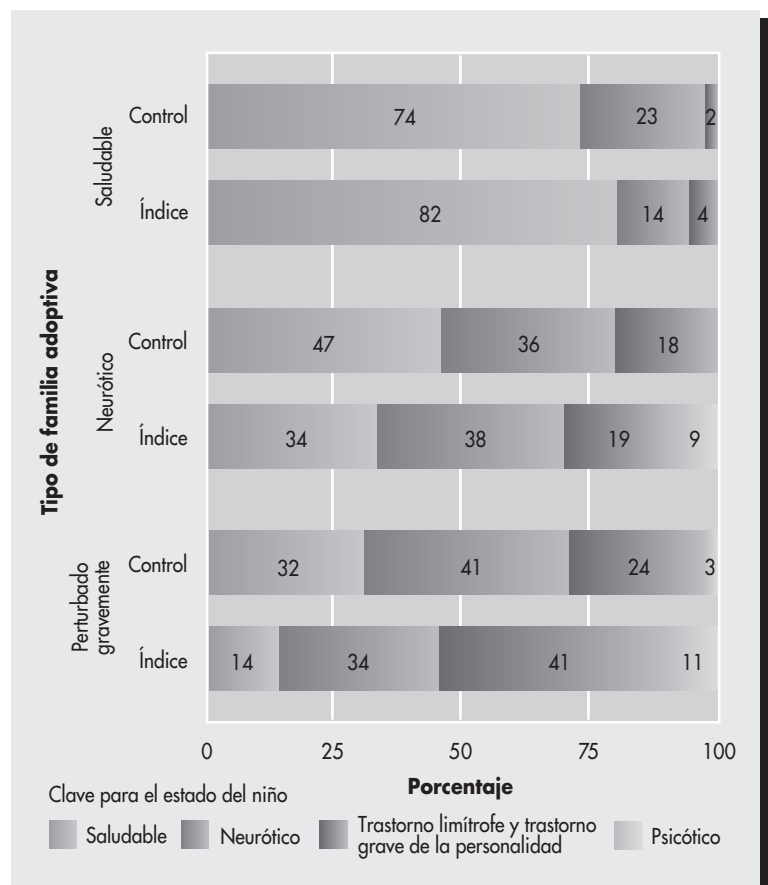
mente sanas, ninguno presentó psicosis, y sólo 4% tuvo un trastorno psicológico grave. En el caso de los niños índice que crecieron en familias con trastornos severos, 11% padeció de psicosis y 41% presentó un trastorno psicológico grave. Los niños índice mostraron menor probabilidad de ser psicológicamente sanos y también una mayor probabilidad de tener psicosis, en comparación con los niños de control, dentro de cada tipo de familia. Estos hallazgos apoyan el punto de vista de que la vulnerabilidad transmitida genéticamente puede ser necesaria para crear, o cuando menos incrementar, la probabilidad de la presencia de esquizofrenia, pero que un ambiente familiar trastornado puede jugar un papel importante en la expresión de esa vulnerabilidad como esquizofrenia.

Estudios de alto riesgo y búsqueda de indicadores

Los déficit prenatales, genéticos, bioquímicos y cognitivos observados en etapas tempranas de la vida pueden predecir futuras dificultades. Cuando estas anomalías se presentan pueden considerarse como **indicadores** de alto riesgo o señales de futuros problemas. El conocimiento de estos indicadores puede ser importante en lo que se denomina *prevención primaria*: una intervención que puede ayudar a evitar que se desarrolle el trastorno. Los investigadores interesados en la prevención tienen problemas para enfocar sus es-

Figura 12-16 Aun cuando los niños adoptados, cuyas madres biológicas fueron diagnosticadas con esquizofrenia (el grupo índice), están en mayor riesgo de esquizofrenia y otros trastornos que los niños que fueron adoptados, cuyas madres biológicas no tienen tal diagnóstico (el grupo de control), la atmósfera en las familias adoptivas es importante para su resultado psicológico.

FUENTE: Adaptación de Tienari y cols. (1990), p. 327.



fuerzos, debido a que sólo 1 de cada 100 personas en la población general puede desarrollar esquizofrenia. Esto significa que los investigadores que toman una muestra de la población en su conjunto deberían incluir inicialmente a muchos miles de personas con el fin de encontrar un número suficiente de individuos que posteriormente desarrollen el trastorno, y lograr que estos resultados sean estadísticamente significativos.

Los estudios del riesgo alto resuelven este problema de baja incidencia en la población general mediante la selección de un grupo que se considere con un mayor potencial o riesgo de sufrir esquizofrenia, de manera que para el mismo número de sujetos estudiados se espere la presencia de un mayor número de casos del trastorno. Una dificultad con este método de selección de sujetos es que, se espera que la población estudiada tenga riesgo elevado, pues es un grupo especial, y surge la pregunta de qué tanto se pueden generalizar o extender los resultados a la población general.

Aunque los estudios del riesgo alto pueden tener algunas desventajas, tienen una gran ventaja sobre otros tipos de estudios debido a que son *prospectivos*, esto es, que seleccionan y comienzan el estudio con participantes que aún no han presentado síntomas. Este método prospectivo es mucho mejor que el enfoque retrospectivo en el cual se pide a los pacientes y a sus familias que recuerden conductas anteriores y eventos del pasado. Esto es especialmente importante debido a que, una vez hecho el diagnóstico de la esquizofrenia, cualquier persona de la familia puede ver los eventos pasados desde una perspectiva distinta. Estudiar a la persona y su familia después de haberse desarrollado la esquizofrenia nos dice más acerca de la consecuencia de tener el trastorno que acerca de sus causas. El diagnóstico de la esquizofrenia significa que la persona pudo haber sufrido algunos fracasos educativos, económicos y sociales, y también haber experimentado una extensa terapia con medicamentos y hospitalización. Estos factores aislados pueden explicar muchas de las diferencias que los investigadores encuentran entre grupos con un diagnóstico de esquizofrenia y los grupos control.

Muchos estudios del riesgo alto definen el estado de riesgo en términos genéticos; esto es, se selecciona a niños de padres biológicos que han sido diagnosticados con esquizofrenia. Una ventaja de este tipo de estudio es que proporciona casos de control ideales: niños dentro de la población de estudio que no desarrollan esquizofrenia pero que han sido seleccionados de acuerdo con la misma base genética de niños que sí la han desarrollado. Los estudios del riesgo alto alientan también el estudio de la interacción ambiente-genes, como la describe el estudio de adopción finlandés que se describió anteriormente. Es importante en el estudio de trastornos como la esquizofrenia, en los cuales los síntomas no aparecen con claridad, sino hasta los primeros años de edad adulta, continuar con un estudio longitudinal de individuos con alto riesgo a lo largo del periodo de riesgo del trastorno. Hasta ahora sólo se han realizado algunos estudios de esa duración. Los participantes en el estudio del riesgo alto de Copenhague, cuyas madres habían sido diagnosticadas con esquizofrenia severa, fueron estudiados cuando menos hasta que cumplieron 40 años (Mednick y cols. 1987; Parnas y cols., 1993). A esa edad, cerca de 20% de ellos había desarrollado esquizofrenia o alguna psicosis asociada con ella. Sin embargo, de igual importancia fue el hecho de que un número aún

mayor de este grupo haya sido diagnosticado con un trastorno paranoide o esquizotípico. Todos estos trastornos se presentaron con mucha mayor frecuencia en el grupo de alto riesgo que en el grupo control, donde sólo cerca de 1% de los participantes fue diagnosticado con una psicosis de cualquier tipo, y sólo 5% fue diagnosticado con un trastorno de personalidad paranoide o esquizotípico. Los resultados de éste y otros estudios del riesgo alto demuestran que la herencia genética incrementa en gran medida el riesgo de desarrollar esquizofrenia o algunos de los trastornos del espectro esquizofrénico, aun cuando el niño no es criado por un padre con esquizofrenia o con un trastorno del espectro esquizofrénico.

Los resultados de los estudios daneses del riesgo alto han identificado varias características distintivas entre los niños que tienen un padre con esquizofrenia y que finalmente la desarrollan. Entre estas características, la que mejor predice es la deficiencia en la atención. La disfunción social y la desviación de conducta, reportada por profesores, también fueron factores confiables como predictores de una esquizofrenia posterior (Cannon y cols., 1990). Otras características, que incrementaron el riesgo de desarrollar esquizofrenia, incluyeron la presencia de influenza en la madre durante el segundo trimestre del embarazo, complicaciones durante el parto y la separación temprana del niño y la madre (Olin y Mednick, 1996). Sin embargo, ninguna de este último grupo de características predijo la esquizofrenia en el grupo de control. Esto sugiere que se agregaron al riesgo de desarrollar esquizofrenia sólo en los que ya presentaban vulnerabilidad genética.

Un estudio longitudinal bien conocido, el Proyecto del Alto Riesgo de Nueva York, estudió dos grupos de niños seleccionados de manera tal que los investigadores pudieran buscar si un trastorno del estado de ánimo o esquizofrenia de los padres tenían efectos similares o diferentes en los niños participantes. Los niños de un grupo estaban en riesgo debido a que uno de sus padres tenía esquizofrenia, mientras que los que pertenecían al segundo grupo, debido a que sus padres tenían una forma severa de trastornos del estado de ánimo, una depresión mayor o un trastorno bipolar I (trastornos que se comentaron en el capítulo 11). También incluyó a un grupo de niños de bajo riesgo como grupo control. El estudio comenzó en 1971 y dio seguimiento a los niños desde su infancia hasta la edad adulta media.

Un hallazgo longitudinal a partir del estudio fue el hecho de que los hijos de un padre con un trastorno del estado de ánimo no compartían los síntomas de los niños que tenían un padre con esquizofrenia (Erlenmeyer-Kimling y cols., 1995). Esto sugiere que las causas básicas de los dos tipos de trastorno son diferentes; los trastornos no tienen solamente síntomas diferentes que provienen de una categoría general de trastornos psicológicos serios. En el momento de llegar a la edad adulta, 11% de los hijos de padres esquizofrénicos fue diagnosticado como esquizofrénico, y 5% adicional fue diagnosticado con una psicosis no especificada. Este porcentaje de diagnóstico es mucho más elevado que el porcentaje de 1% que se encontró en la población en general. Ninguno de los otros niños del estudio, del grupo de padres con trastornos del estado de ánimo o del grupo de control, recibieron alguno de estos diagnósticos.

Se han encontrado déficit cognitivos en personas que más tarde desarrollaron esquizofrenia (Harvey, 2001). Estos déficits,

principalmente en la atención y la percepción exacta de la información (sobre todo bajo condiciones de distracción), también se han encontrado en personas que están en alto riesgo de esquizofrenia. Por esta razón, se administraron varias medidas respecto de la disfunción de la atención cuando los niños del estudio de Nueva York tenían siete años de edad. Estas medidas de déficit de atención detectadas aparecieron varios años antes que otros indicadores de riesgo, como puede ser la insensibilidad social, la indiferencia hacia los demás y el aislamiento social. Una de las medidas utilizadas se obtuvo mediante *Retención de Dígitos, subprueba* de la Escala de Inteligencia Weschler para Niños. Esta subprueba requiere que los niños repitan secuencias de números en el mismo orden o en orden inverso. Cuanto más larga sea la secuencia que el niño pueda repetir de manera correcta, más alta será la calificación. Las calificaciones bajas en estas subpruebas fueron asociadas con el desarrollo posterior de la esquizofrenia.

Estos hallazgos provenientes del Proyecto de Alto Riesgo de Nueva York confirmaron la idea de que la atención anormal en la infancia puede ser un indicador importante de la susceptibilidad biológica a la esquizofrenia (Cornblatt y cols., 1996). Este descubrimiento se adapta bien a la investigación de la distribución anormal de neuronas en el segundo trimestre del embarazo. Esta anomalía se piensa que interrumpe el proceso de depuración sináptica que comienza al final de la infancia, y se cree que es un factor de peso en los problemas de atención. La desviación de la atención parece ser un factor clave en la relación entre el riesgo de esquizofrenia y una disfunción social posterior (Freedman, y cols. 1998).

Otra medida utilizada en el Proyecto del Alto Riesgo de Nueva York fue la **Prueba de Ejecución Continua (CPT)**. Esta prueba mide la atención visual sostenida durante periodos de hasta 20 minutos (Rosvold y cols., 1956). A la persona que se somete a la prueba se le solicita que responda a un tipo particular de estímulo presionando una tecla, y después se le expone a una serie de estímulos diferentes. Por ejemplo, los estímulos posibles pueden incluir números de 0 a 9, y en cada ensayo, un monitor presenta tres de estos números en secuencia aleatoria. La tarea de los participantes es presionar el botón de respuesta sólo cuando un 1, en la posición media de la secuencia de números, es seguido por un 9 en la misma posición en la siguiente secuencia. Los números de la derecha y de la izquierda sirven meramente como distractores. Se registran dos clases de errores. Si la persona que realiza la prueba no presiona el botón cuando aparecen el 1 y el 9 en la posición media, se le denomina *error por omisión*. Si presiona el botón de respuesta después de una secuencia diferente de números (digamos, 7 y 1) en la posición media, o después de que aparece la secuencia correcta de números en las posiciones derecha o izquierda en lugar de la posición media, se le llama *error por comisión*.

Los hijos de madres que han sido diagnosticadas con esquizofrenia obtuvieron peores calificaciones en la CPT, que aquellos cuyas madres estaban severamente deprimidas o los niños del grupo control cuyas madres no tenían ningún trastorno conocido (Nuechterlein, 1983). Estos resultados sugieren que las dificultades de atención que mide la CPT son características relacionadas a un rasgo, y no están determinadas por un proceso psicótico actual, pues ninguno de los niños mostró síntomas de psicosis cuando se sometieron por

primera vez a esta prueba. Las puntuaciones del CPT de los niños que participaron en el Proyecto del Alto Riesgo de Nueva York también predijeron si era probable o no que fueran diagnosticados más tarde con esquizofrenia o con un trastorno del espectro esquizofrénico (Erlenmeyer-Kimling y cols. 1995). Este estudio mostró que las puntuaciones del CPT pueden ser indicadores para determinar cuáles son los niños que tienen mayor riesgo de desarrollar posteriormente esquizofrenia.

La idea de que los problemas de atención revelados por la prueba CPT indican un rasgo permanente más que un resultado de los síntomas psicóticos actuales, es apoyada por un estudio del desempeño en la CPT, tanto de pacientes adultos diagnosticados con esquizofrenia como de sus familiares (Finkelstein y cols., 1997). Este estudio comparó a pacientes, sus hermanos e individuos normales como grupo control. En la figura 12-17 se muestra que, tanto los pacientes como sus hermanos cometieron significativamente más errores que los que pertenecían al grupo control. Estos errores fueron tanto por omisión (no responder cuando se mostraba un estímulo correcto) como por comisión (responder a un estímulo que era incorrecto y que por lo tanto debió haber sido ignorado).

Otro tipo de respuesta que puede ser indicativa de vulnerabilidad a la esquizofrenia es una medida de rastreo ocular. El rastreo ocular es una medida de **movimientos oculares de búsqueda suave**, movimientos oculares que no parecen estar bajo el control de

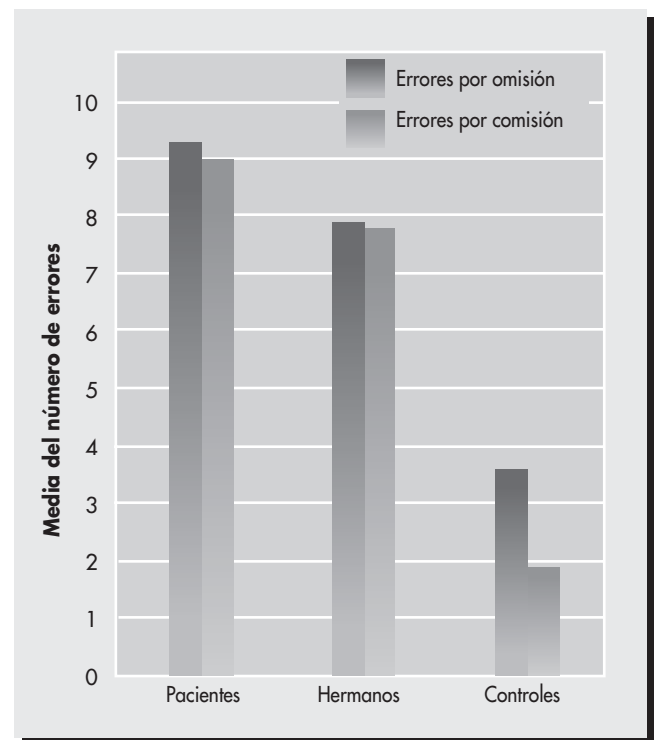


Figura 12-17 La media de los errores por omisión y comisión, como una medida de disfunción de la atención en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sus hermanos y un grupo control sin diagnóstico. La media de los errores de los pacientes y de sus hermanos difiere significativamente de la media del grupo control.

FUENTE: Adaptación de Finkelstein y cols. (1997), pp. 203-212.

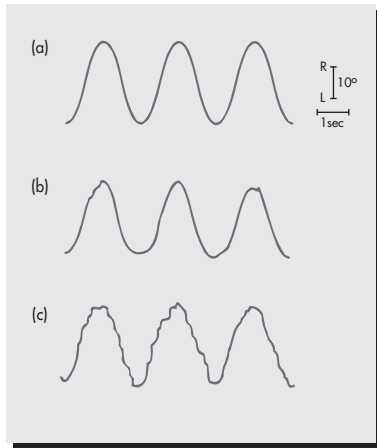


Figura 12-18 Rastreo ocular normal y anormal. La figura (a) muestra el movimiento del objetivo; la (b) un registro del rastreo ocular normal. La figura (c) muestra el rastreo anormal, del tipo que puede sugerir vulnerabilidad a la esquizofrenia.

FUENTE: De Levy y cols. (1993), pp. 461-536.

una conducta voluntaria. Esto normalmente ocurre sólo cuando una persona sigue el movimiento lento de un objetivo, como puede ser un péndulo. Las pruebas realizadas a pacientes diagnosticados con esquizofrenia mostraron que cerca de 85% de ellos tenían patrones anormales de movimiento ocular de búsqueda suave (Siever y Coursey, 1985). La figura 12-18 ilustra la diferencia entre el patrón de rastreo típico de un individuo normal y el patrón que se encuentra por lo general en alguien con esquizofrenia. Cerca de 50% de los parientes cercanos de estos pacientes mostraron también este patrón desviado, en contraste, sólo 13% de los parientes de otros tipos de pacientes mostraron patrones de seguimiento anormal.

El estudio del rastreo ocular y otras anomalías del movimiento ocular de los pacientes con esquizofrenia mostró patrones hereditarios consistentes (Grove y cols., 1992). Sin embargo, este lazo genético puede no ser específico de la esquizofrenia, o incluso de los trastornos del espectro esquizofrénico, sino que puede indicar un control motor deficiente, lo cual predice varios trastornos. Los rastreadores deficientes, incluso personas que no han recibido diagnóstico psiquiátrico, tienen probabilidad de mostrar dificultades interpersonales y deterioro neurológico.

A pesar de la falta de especificidad de los problemas de seguimiento ocular respecto de la esquizofrenia, un patrón anormal de rastreo ocular puede servir como indicador de vulnerabilidad a la esquizofrenia de niños en riesgo. Al igual que los problemas de atención en la CPT, los patrones de rastreo ocular anormales parecen ser una medida de rasgos más que una medida del estado clínico de una persona (Schlenker y Cohen, 1995).

Los déficits cognitivos de personas con esquizofrenia requieren de un mayor estudio, pero algunas evidencias disponibles sugieren que estas personas muestran con frecuencia disfunciones cognitivas específicas. Esto no significa que la esquizofrenia sea un simple asunto de baja inteligencia. Aunque se ha encontrado que se presenta con mayor frecuencia entre quienes obtienen calificaciones bajas de CI, existen muchas personas con una alta inteligencia

que se ven afectados por ella (Fearon y Murray, 2002). Es mejor pensar en la esquizofrenia como resultado de varios déficit neuropsicológicos graves medianamente específicos (Hoff y Kremen, 2003).

Enfoques terapéuticos

Hemos descrito la forma en que algunas personas son vulnerables a desarrollar esquizofrenia debido a la herencia genética, problemas durante el desarrollo prenatal, o ambas circunstancias, y que esta vulnerabilidad puede interactuar con el estrés para producir los síntomas del trastorno. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad, menor será el estrés que se necesita para producir este resultado. Sin embargo, debido a que se desconocen las causas biológicas específicas de la vulnerabilidad y a que la categoría de esquizofrenia del DSM-IV-TR puede incluir trastornos con distintas causas, se ha desarrollado una amplia gama de enfoques de tratamiento a lo largo del tiempo que reflejan varias de las perspectivas consideradas en este libro —biológicas, conductuales, cognitivas y psicodinámicas— así como varios enfoques centrados en la familia. Actualmente, los enfoques centrados en la familia, conductuales y biológicos parecen ser los más prometedores, aunque no se puede decir que alguno de ellos, aislado o en combinación, cure la esquizofrenia. Lo que pueden hacer es distinguir los síntomas, particularmente los positivos, de muchos pacientes, permitiéndoles así funcionar de una manera más eficaz. Sin embargo, para muchos de los pacientes, la recaída y el empeoramiento de los síntomas se presentan periódicamente, aun sin haberse interrumpido el tratamiento.

A pesar de la impresionante y dramática naturaleza de algunos de los síntomas de la esquizofrenia, con frecuencia se presenta un periodo sustancial entre el surgimiento de los primeros síntomas y el diagnóstico y el comienzo del tratamiento. Por lo general, en los casos de primer episodio, el tratamiento comienza después de un año o más después de haberse observado por primera vez en forma clara los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado). Esta fase no tiene una etiqueta de diagnóstico oficial, pero muchas veces se denomina *periodo prodromal*, que se deriva de una palabra griega que significa “ir hacia adelante”. El retraso para reconocer en estos síntomas tempranos el comienzo de un proceso crónico, puede tener un efecto negativo en el grado final de mejoramiento del paciente. Un número cada vez mayor de investigadores piensa que la psicosis que no se trata es “biológicamente tóxica” y que el retraso del tratamiento da como resultado una calidad de vida peor que cuando se trata de manera temprana, aun cuando el tratamiento posterior también da resultados (Bustillo y cols., 1999). Algunos obstáculos que provocan el retraso incluyen la imposibilidad por parte de la persona y de su familia de reconocer la seriedad de los síntomas, su apatía y la esperanza de que los síntomas sean temporales. Si los síntomas se desarrollan en forma gradual, es posible que durante algún tiempo no se note su importancia.

El siguiente relato, escrito por un psicoanalista, muestra qué tan difícil puede ser, incluso para un observador experto, comprender las implicaciones de estos cambios tempranos hasta después de haberse realizado el diagnóstico. El psicoanalista y su esposa, cono-

cedores y cercanos a sus hijos, vieron sólo en retrospectiva que, lo que en ese momento parecía ser una conducta explicable de uno de éstos, era en realidad el inicio de un proceso esquizofrénico:

Muchas veces me han preguntado, ¿cuando comenzó la enfermedad de Gary? Si yo fuera su psiquiatra y escribiera el historial de su caso, diría: “cuando se dio de baja en Harvard durante su segundo año de estudios” o “cuando se hospitalizó por primera vez dos años más tarde”. Pero cuando el surgimiento de la enfermedad es tan insidioso [...] es una pregunta imposible de responder. En retrospectiva, tenemos razones para pensar que la enfermedad comenzó mucho tiempo antes.

Cuando Gary tenía 13 años, mientras estaba en un campamento de verano, se deprimió durante un mes aproximadamente. A los 14 años acudió a un psiquiatra, que lo trató durante cuatro años. Más tarde comprendí que Gary experimentaba cierta imaginación visual poco común en su vida de fantasía en ese tiempo. Por otro lado, el psiquiatra pensó que tenía conflictos de adolescencia típicos, y nunca [...] sospechó de ninguna clase de psicosis. Durante la preparatoria, Gary se dio de baja del equipo de tenis con el pretexto de que quería concentrarse en tocar el tambor en la banda. En ese momento parecía razonable, pero pensando en retrospectiva fue el comienzo de una tendencia hacia el aislamiento. Pidió un cuarto individual en Harvard, aun cuando siempre había sido muy sociable. En el último año de la preparatoria envió tarde su solicitud a la Universidad Amherst; algo nada extraño en muchos adolescentes, pero sí en su caso. [...] Su bien escrito ensayo universitario mostraba preocupación por cuestiones de integridad moral y preocupaciones de ser falso. ¿No eran estas preocupaciones clásicas de un adolescente?

No fue sino hasta que su enfermedad se reveló completamente que nos dimos cuenta de que su ambivalencia respecto de la elección de su universidad fue una manifestación temprana de la profunda ambivalencia tan característica de su enfermedad. En los momentos graves, podía pasar muchos minutos abriendo y cerrando la puerta del refrigerador, acompañando cada acción con un miedo delirante y el intento de evitarlo. Sólo cuando su enfermedad fue diagnosticada nos dimos cuenta de que la preocupación que había mostrado por la moralidad y la falsedad que expresó en su ensayo, fue una forma temprana de los delirios típicos, con los que aún sigue luchando. A pesar del hecho de que estos síntomas comenzaban a apoderarse de él, fue seleccionado como el ejecutante de tambor líder de la banda de jazz de Harvard durante su primer año y mantuvo un promedio de B. Sin embargo, el siguiente año ya no pudo realizar el trabajo y se deterioró su condición (Willick, 1994, pp. 708-709).

Gary fue hospitalizado en tres ocasiones, recibió diversos antipsicóticos y diez años después de haber dejado Harvard vivió en una casa de medio internamiento.

Los cambios en el funcionamiento del sistema nervioso que se asocian con la esquizofrenia parecen ser más dañinos en las etapas del surgimiento temprano. Por esta razón, un enfoque reciente, y en cierta forma controvertido, ha sido el de recetar bajas dosis de antipsicóticos a personas jóvenes que están en alto riesgo, aun cuando no presenten síntomas claros. Quienes se oponen a este enfoque están preocupados porque, debido a que hasta ahora se desconoce exactamente cuáles son los síntomas tempranos de la esquizofrenia, muchas de las personas tratadas de esta manera podrían recibir medicamentos innecesarios o el tratamiento equivocado.

Debido a que se desconocen los efectos a largo plazo de dichos tratamientos sobre las personas que no tienen esquizofrenia, es posible que puedan tener efectos negativos permanentes. A pesar de estas preocupaciones, debido a que muchos investigadores piensan que la esquizofrenia puede provenir de cambios neuronales que se presentan en el cerebro durante el final de la adolescencia y el principio de la edad adulta (la llamada “depuración natural” que se comentó anteriormente), se piensa que el uso de los antipsicóticos puede ser una forma útil de modificar estos cambios en personas de alto riesgo (McGlashan y Hoffman, 2000).

Se han realizado avances en la detección de signos tempranos que predigan una esquizofrenia posterior. Los investigadores examinaron los resultados de una serie de pruebas obligatorias a jóvenes israelíes de entre 16 y 17 años por parte del Israeli Draft Board Registry (Davidson y cols., 1999). Descubrieron que podían identificar de forma exacta 88% de los que más tarde desarrollaron esquizofrenia mediante diferencias sutiles en el funcionamiento social e intelectual encontrado en las pruebas. Éstas trataban sobre relaciones personales, capacidad para organizar las actividades de la vida y evidencia de madurez, mediante preguntas tales como: “¿Cuántos buenos amigos tienes?” “¿Cuántas veces llegas tarde a la escuela?” “¿Quién limpia tu habitación?” y “¿Sueles ser el centro de atención en las fiestas?”. Aunque es necesario realizar mayor investigación, y los predictores tienen que ser probados en otros grupos, es importante para el tratamiento el desarrollo de medidas válidas de los síntomas tempranos de la esquizofrenia.

Cuando se presenta el primer episodio de esquizofrenia o uno posterior, los profesionales clínicos muchas veces deben responder estas preguntas: ¿Requiere el paciente de atención en un hospital?, ¿puede manejarse el problema como paciente externo? La hospitalización tiene muchas ventajas:

1. La oportunidad de observar la forma en que funciona el paciente.
2. Oportunidades para evitar o para enfrentar emergencias.
3. Provisión de seguridad y soporte para una persona que puede estar muy desequilibrada.

En la tabla 12-9 se enumeran varias de las consideraciones actuales que sugieren la conveniencia de la hospitalización.

TABLA 12-9

Consideraciones que apoyan la decisión de hospitalización

1. Estado mental inestable que incluye ira o desconfianza
2. Alucinaciones auditivas que pueden llevar a dañarse a sí mismo o a los demás
3. Conducta desorganizada
4. Déficit cognitivos importantes, que incluyen falta de discernimiento, atención deteriorada e incapacidad para comunicarse de manera coherente con los demás
5. Apoyo social e inadecuado (vivir solo, descuidado)

Antipsicóticos

Los medicamentos antipsicóticos son la base del tratamiento de la esquizofrenia, y reflejan la importancia de la perspectiva biológica para comprender y tratar este trastorno. Sin embargo, al mismo tiempo existe evidencia considerable de que las intervenciones psicosociales que acompañan a estos medicamentos —especialmente después de un episodio agudo del trastorno— son de mucha ayuda para evitar las recaídas y para mejorar el funcionamiento social.

Los primeros antipsicóticos eficaces (tales como la clorpromacina) aparecieron hace más de 40 años. Estos medicamentos suprimieron los delirios y las alucinaciones, y redujeron la conducta destructiva y extravagante. Como consecuencia, desempeñaron un papel importante en la reducción del número de pacientes esquizofrénicos que fueron confinados en hospitales mentales para su protección o tratamiento. Pero hasta hace pocos años, los antipsicóticos, aunque en muchas ocasiones eficaces para moderar los síntomas de la esquizofrenia, tenían dos desventajas importantes relacionadas con la acción del bloqueo a los receptores de dopamina. Una de estas desventajas fue el efecto negativo de los medicamentos en la motivación de las personas y el aturdimiento de las entradas sensoriales. Además, los pacientes que utilizaron los antipsicóticos “antiguos” o “convencionales” muchas veces estaban aletargados o estreñidos, la resequedad de su boca podía llegar a ser muy molesta, y su visión era muchas veces borrosa. Podían sentirse mareados y caerse al cambiar de posición. Otro inconveniente importante fue un efecto secundario deformante o socialmente incapacitante (y en muchas ocasiones irreversible), la **disquinesia tardía**, movimiento involuntario de boca, labios, lengua, piernas y cuerpo. Cerca de una tercera parte de los pacientes tratados durante largo tiempo con estos antipsicóticos desarrollaron cuando menos una forma ligera de disquinesia. Debido a que no existe un tratamiento confiable para la disquinesia tardía, ésta persiste frecuentemente aun después de haberse interrumpido el tratamiento.

Debido a los efectos negativos de los antipsicóticos tradicionales, se han desarrollado nuevos medicamentos de este tipo. El primero de ellos en volverse de uso común fue la clozapina (Clozaril). La clozapina disminuyó algunos de los problemas de los antipsicóticos tradicionales debido a que era más selectiva en los tipos de receptores que afectaba. Parecía ser eficaz para un gran número de pacientes cuyos síntomas no habían podido mejorar a través de los antipsicóticos tradicionales, y en general fue más eficaz para todos los pacientes (Wahlbeck y cols., 1999). Sin embargo, en casi 10% de aquellos a los que se les administró, tuvo un efecto potencialmente fatal en la producción de glóbulos blancos. Por lo tanto, no es seguro utilizarlo a menos de que se realicen pruebas sanguíneas con regularidad. Debido a este peligro fue adoptándose con lentitud. Se han desarrollado otros medicamentos nuevos o *atípicos* que tienen menos efectos colaterales dañinos que los antipsicóticos convencionales, entre ellos, la risperidona, la olanzapina y la quetiapina.

Muchos pacientes consideran que estos nuevos medicamentos son más tolerables que los anteriores, y numerosos expertos piensan que son mejores para tratar algunos tipos de esquizofrenia. Sin embargo, la investigación ha demostrado que su superioridad

es modesta y sus efectos colaterales potenciales, muy serios, pues, por ejemplo, pueden provocar diabetes. En conclusión, los antipsicóticos más recientes pueden ser mejores que los convencionales, pero no por un amplio margen, y no están libres de efectos secundarios (Shatzberg y Nemeroff, 2004). En realidad, todos los medicamentos —tanto los convencionales como los atípicos— contribuyen a reducir los síntomas esquizofrénicos. Debido a que cada episodio esquizofrénico puede elevar la vulnerabilidad del cerebro, exponiéndolo a una psicosis y un deterioro ulteriores, existe consenso general de que el tratamiento con antipsicóticos debe comenzar tan pronto como sea posible después de haberse realizado el diagnóstico. Una vez que se presentan episodios psicóticos repentinos o prolongados, es más difícil lograr un ajuste social y personal satisfactorio.

A quienes mejoran con ayuda de los antipsicóticos se puede recomendar que continúen en un programa de tratamiento médico después de haber salido del hospital, con la esperanza de disminuir los síntomas y evitar una posible recaída. A pesar de esta recomendación, cerca de la mitad de los pacientes a los que se da de alta, interrumpen el uso del medicamento recetado (Herz y Marder, 2002). Un desarrollo reciente que puede ayudar en esta situación, cuando menos en el caso de pacientes dados de alta dispuestos a tomar antipsicóticos, es la disponibilidad de algunos de éstos en forma inyectable de larga duración, de manera que los pacientes no tienen que recordar tomarlo oralmente todos los días. Otra forma de lograr que los pacientes continúen el tratamiento después de haberse reducido los síntomas, puede ser disminuir la cantidad de las dosis recetadas. Numerosos estudios han demostrado que a los pacientes dados de alta, cuyos síntomas agudos han retrocedido, se les receta una dosis más alta del medicamento de la que es necesaria para mantener su sintomatología bajo control (Schulz, 2000). Una disminución adecuada en la dosis recetada puede reducir los efectos secundarios y lograr que el consumo del medicamento sea más aceptable.

Un problema importante para llevar el tratamiento basado en medicamentos es determinar si los pacientes tienen o no la capacidad de decidir si aceptan o rechazan el medicamento. Aunque la ley es clara en el caso de que ningún paciente debe recibir ningún medicamento sin su consentimiento informado, el deterioro cognitivo y la pérdida de discernimiento, que son los principales efectos de la esquizofrenia, dificultan la cuestión de la capacidad. Por tanto surge la pregunta: ¿Cuándo tiene una persona el derecho a rehusarse a recibir el tratamiento? Debido a la cuestión de la capacidad sobre consentimiento informado, las familias de pacientes que se rehúsan a recibir medicamento, y los profesionales clínicos que piensan que éste es necesario para el bienestar del paciente, se ven muchas veces forzados a esperar hasta que se interrumpa la medicación y la psicosis empeore y los pacientes se vuelvan un peligro para sí mismos o para los demás. Sólo en ese momento puede requerirse una nueva hospitalización y tratamiento con medicamentos. Cuando dichos pacientes mejoran nuevamente con el medicamento y se consideran como legalmente capaces, pueden rehusarse de nuevo a tomarlo y reiterar el ciclo de empeoramiento de síntomas y psicosis activa.

Una madre describió elocuentemente esta situación. Su hijo fue hospitalizado por primera vez doce años antes, pero actualmente vive en una casa de medio internamiento. Los medicamentos actuales parecen no tener efecto, y con mucha frecuencia se rehúsa a tomarlos durante largos periodos.

Durante el pasado año, mi esposo y yo hemos observado un mayor deterioro de la conducta y el pensamiento de nuestro hijo, a pesar de que toma sus medicamentos. Dejó de visitarnos semanalmente en nuestro departamento de Manhattan después de que las voces le prohibieron tomar el elevador al octavo piso. Nos dijo que no podríamos verlo más debido a que la CIA se preparaba para sacarlo del país.

La única esperanza que tenía era probar uno de los nuevos medicamentos [...] que podía ser más eficaz en la disminución de los síntomas psicóticos. Sin embargo, se rehusó a volver al hospital, donde los medicamentos que recibía le serían administrados y se vigilarían los efectos secundarios potenciales. Fue el estándar círculo vicioso: cuando estaba tomando el antiguo medicamento, no sintió la necesidad de ser hospitalizado; cuando la medicina perdió gradualmente su eficacia, o dejó de tomarla, perdió la capacidad de reconocer su propio deterioro y se rehusó completamente a hospitalizarse. Aprendimos que la hospitalización involuntaria no estaba en nuestras manos. Debido a que Serge no era peligroso, sus derechos civiles eran inviolables. Aunque estaba completamente loco, tenía el derecho de permanecer sin el tratamiento apropiado. Sólo podría internarse si se dañaba a sí mismo o a alguien más (Lanquenet, 1994, p. A12).

Aunque se han presentado ciertos progresos en la búsqueda de antipsicóticos más eficaces y con menos efectos secundarios, por lo general se presentan recaídas frecuentes en los primeros años de la esquizofrenia. Esto es cierto incluso cuando se encuentra un tratamiento en curso con los medicamentos más eficaces que se disponen, y aun entre aquellas personas que inicialmente muestran una buena respuesta a la medicación. Por lo tanto, aunque los antipsicóticos se consideran como el tratamiento básico estándar, otros enfoques que acompañan a la terapia con medicamentos pueden mejorar la calidad de vida de algunas personas afectadas con esquizofrenia. Los enfoques de tratamiento adicionales se concentran en mejorar las capacidades cognitivas, de cuidado personal y social del paciente, mediante la educación tanto de la familia como de la persona afectada acerca de la esquizofrenia. Estas medidas tienden a mejorar las relaciones dentro la familia y proporcionan una red de apoyo social que permite a la persona afectada funcionar en el mejor nivel posible.

Enfoques psicosociales

Saber que muchos pacientes continúan sufriendo síntomas perdurables, a pesar de los medicamentos, ha representado un desafío para los proveedores de servicios de salud mental. Afortunadamente, existe cada vez mayor evidencia de la eficacia de diversos tipos de tratamiento psicosocial para la esquizofrenia (Williams y cols., 2002). Aunque la psicoterapia convencional se utiliza pocas veces, diversas estrategias e intervenciones psicoterapéuticas pueden ser útiles (Hales y Yudofsky, 2003). Éstas incluyen la resolución de problemas, la pruebas de realidad, psicoeducación y técnicas cog-

nitivo-conductuales y de apoyo para lograr una alianza terapéutica con el paciente. El enfoque específico o la combinación de enfoques depende el estado clínico del paciente. Las metas de las intervenciones psicosociales son mejorar la adherencia a los medicamentos prescritos, mejorar el funcionamiento ocupacional y social, y evitar una recaída. El aprendizaje de habilidades cognitivas y sociales puede ser de especial ayuda en los casos agudos y en los crónicos. Una de las metas de los enfoques cognitivo-conductuales de la esquizofrenia es disminuir la angustia relacionada con los síntomas psicóticos, mediante el incremento de estrategias de tratamiento, la disminución de la tensión y el incremento de la autoestima (Lecomte y Lecomte, 2002).

Capacidades sociales Las personas con esquizofrenia tienen déficit de habilidades en diferentes áreas: interacción social; habilidades cognitivas, especialmente las relacionadas con la atención; habilidades de cuidado personal y de identificar síntomas relacionados con la vida independiente; y finalmente el afrontamiento del estrés en general. Cerca de dos terceras partes de quienes sufren esquizofrenia crónica son seriamente deficientes en habilidades sociales generales tales como la asertividad, ceder cuando resulta socialmente apropiado y el manejo de síntomas (Mueser y cols., 1991). Las habilidades de percepción social que son importantes en la interacción con otras personas también pueden ser inadecuadas. Éstas incluyen autoconciencia, regulación emociones y el reconocimiento de señales sociales. Además, la esquizofrenia parece encabezar los déficit en habilidades de resolución de problemas sociales, entre los cuales se pueden mencionar la valoración de situaciones sociales y de otro tipo, pensar en respuestas alternativas posibles y predecir sus efectos.

Existen tres categorías generales de entrenamiento en habilidades sociales: *habilidades básicas, resolución de problemas sociales y eficacia cognitiva*. Los primeros esfuerzos realizados en el área del entrenamiento en habilidades tendieron a concentrarse en un programa de capacitación que combinaba la instrucción, el modelamiento, el ensayo de conductas y el reforzamiento verbal. Por lo general, los estudios mostraron que, a corto plazo, estas intervenciones mejoraban las habilidades en las que los pacientes fueron puestos a prueba utilizando tareas muy similares a las del entrenamiento. Una cuestión importante es si esta técnica ayuda a evitar una recaída y un incremento de síntomas después de haber terminado el entrenamiento.

Un amplio enfoque de las habilidades sociales incluye el control de medicamentos, el manejo de los síntomas, y habilidades básicas de conversación y de cuidado personal, dependiendo de las necesidades del paciente. Este tipo de entrenamiento puede producir ganancias en algunos aspectos del ajuste social al compararse con el resultado de la terapia grupal de apoyo, pero las diferencias fueron muy pequeñas (Marder y cols., 1996).

Habilidades cognitivas El entrenamiento en habilidades cognitivas también se ha probado como un medio para mejorar el resultado de la esquizofrenia. Parece claro a partir de los resultados de estudios del alto riesgo que los deterioros de las habilidades cognitivas de atención, memoria y planeación no son simplemente resultado de síntomas de la medicación o del proceso activo de la

TABLA 12-10	
Estrategias correctivas para algunos déficit cognitivos de la esquizofrenia	
Déficit cognitivo	Estrategia correctiva
Sobreexcitación por una sobreestimulación ambiental	Disminuya los distractores externos, ruido ambiental y cualquier probable interrupción
Dificultad para mantener la atención durante cierto tiempo	Mantenga las actividades de entrenamiento cortas y enfocadas. Use recordatorios frecuentes para recobrar la atención. Use programas de incentivo y técnicas de autocontrol para mejorar las metas de atención planeadas
Distracciones por señales irrelevantes	Mantenga el lugar de entrenamiento ordenado retirando los estímulos no relacionados con las habilidades de cada módulo
Mala interpretación de los temas de aprendizaje	Pegue gráficas que expliquen las habilidades
Dificultades con las actividades rápidas	Trabaje de manera lenta en cada etapa del entrenamiento
Sobrecarga por la complejidad de las tareas	Realice un análisis de las tareas y divídalas en sus partes más simples
Distracción por los estímulos inmediatos del ambiente	Evite el apareamiento accidental de variables extrañas mediante retroalimentación inmediata y reforzamiento. Después de que el reaprendizaje ha ocurrido es necesario hacer desaparecer la retroalimentación y los refuerzos de manera gradual
Distracción por alucinaciones y asociaciones	Adopte técnicas para detener el pensamiento. Automonitoreo del pensamiento desordenado y alucinaciones, y evite estresores que pudieran exacerbarlos.
FUENTE: Basado en Liberman y Corrigan (1993), p. 246.	

esquizofrenia, sino que son características generales de quienes están en riesgo. Un enfoque para ayudar a las personas con esquizofrenia se basa no en corregir o disminuir los déficits cognitivos característicos del trastorno, sino en desarrollar estrategias para tratar sus efectos. Algunas de esas estrategias aparecen en la tabla 12-10.

La terapia cognitivo-conductual se ha utilizado de manera experimental para tratar algunos de estos déficit en las habilidades de procesamiento, por ejemplo, disminuir las alucinaciones auditivas crónicas para hacerlas menos molestas. Estos esfuerzos se enfocan en la idea de que las alucinaciones, aunque surgen del interior del paciente, éste puede atribuirlos erróneamente a una fuente externa (Norman y Townsend,1999). Por ejemplo, al utilizar este enfoque cognitivo, algunos pacientes se dieron cuenta de que las voces no eran tan estresantes, sino sus propios pensamientos acerca de ellas. Cuando pudieron reconocer las situaciones que provocaban que las voces empeoraran, en muchas ocasiones fueron capaces de comprender que las voces reflejaban sentimientos que ellos eran incapaces de expresar. Este descubrimiento les permitió comenzar a tratar algunos de estos problemas con el terapeuta. Aunque todavía la aplicación de técnicas de terapia cognitiva para tratar la esquizofrenia no se ha demostrado adecuadamente, el enfoque cognitivo en la reducción de estrés puede ayudar a que los individuos vulnerables eviten o reduzcan sus pensamientos delirantes.

Cuidado personal y habilidades de identificación de síntomas Además de habilidades sociales deficientes, los pacientes crónicos parecen presentar habilidades inadecuadas para cuidarse a sí mismos, y una conciencia insuficiente de los síntomas que tienden a predecir una recaída. Muchas veces se muestran

descuidados en su aseo personal, dejan de limpiarse con regularidad, muestran malos modales en la mesa y son incapaces de utilizar el transporte público, manejar su dinero o preparar sus alimentos. Los métodos de entrenamiento conductual pueden enfocarse en el mejoramiento de estas habilidades. Una exitosa transición desde el hospital hacia la comunidad se predice mejor por medio de estas habilidades que a través de las características de conducta durante la hospitalización. El centro de investigación clínica de la UCLA desarrolló una serie de módulos, enfocados en diferentes habilidades de cuidado personal y social que se requerían para vivir de manera independiente. Esto incluye mejorar el manejo de medicamentos por parte del paciente, el automonitoreo de síntomas de una recaída, habilidades de aseo personal y de conversación, así como las relacionadas con las actividades recreativas. La tabla 12-11 ilustra las áreas de habilidades para el manejo de síntomas y medicamentos. Ambos conjuntos de habilidades son importantes para ayudar al paciente a evitar una recaída en la conducta psicótica, o, si se presenta una recaída, para ayudarlo a reconocer los síntomas y buscar ayuda.

Habilidades de afrontamiento del estrés Un enfoque en cierta forma diferente sobre el entrenamiento en habilidades de los que sufren esquizofrenia se centra en la respuesta característica de cada persona al estrés en general, más que en una categoría específica de estrés (Hogarty y cols., 1997a). En este enfoque los participantes aprenden a identificar sus propios indicadores cognitivos, afectivos y orgánicos de angustia, y las técnicas cognitivas y de relajación adecuadas para utilizarlas en el momento en que estas señales de estrés aparezcan. Este enfoque sobre cómo enfrentar

TABLA 12-11

Área de habilidades y metas de dos módulos de la UCLA de entrenamiento de habilidades sociales y para vivir de manera independiente

Áreas de habilidades y metas para el manejo de medicamentos

Áreas de habilidad	Metas
1. Obtener la información sobre los antipsicóticos	Comprender cómo funcionan estos medicamentos, por qué se utiliza la terapia de mantenimiento de medicamentos y cuáles son sus beneficios
2. Saber la correcta autoadministración y evaluación del medicamento	Aprender los procedimientos apropiados para tomar el medicamento y cómo evaluar las reacciones ante la medicación diaria
3. Identificar los efectos secundarios de la medicación	Identificar los efectos secundarios que, en ocasiones, son el resultado de tomar el medicamento y qué se puede hacer para aliviar estos problemas
4. Negociar los temas del medicamento con los proveedores de los servicios de salud	Practicar las formas de obtener asistencia cuando se presentan problemas con un medicamento; por ejemplo, cómo hablar al hospital o al médico y cómo reportar los síntomas y el avance
5. Utilizar medicamentos inyectables de larga acción	Disminuir el miedo a las inyecciones y conocer los beneficios de medicamentos inyectables de manera quincenal o mensual

Área de habilidades y metas para el manejo de los síntomas

Áreas de habilidad	Metas
1. Identificar las señales de advertencia de una recaída	Aprender cómo identificar las señales de advertencia y monitorearlas con la ayuda de otros
2. Manejo de las señales de advertencia	Aprender a utilizar técnicas específicas para manejar las señales de advertencia y desarrollar un <i>plan de emergencia</i>
3. Manejar los síntomas persistentes	Aprender cómo reconocer los síntomas persistentes y a utilizar técnicas para controlarlos
4. Evitar el alcohol y las drogas ilícitas	Aprender sobre los efectos adversos del alcohol y las drogas ilícitas y cómo evitarlas

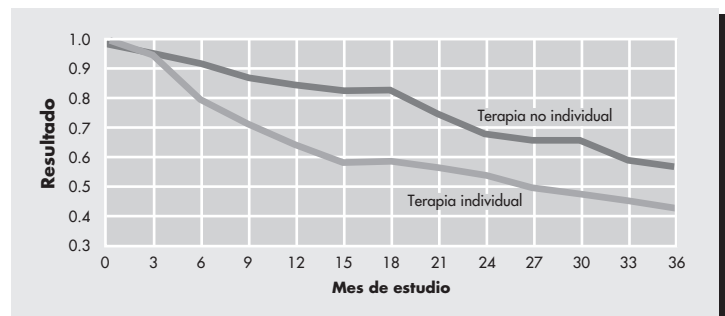
FUENTE: Basado en Liberman y Corrigan (1993), p. 242.

el estrés tiene mucho éxito para reducir la probabilidad de recaída, pero sólo en el caso de los participantes que vivían con sus familias (ver la figura 12-19). Los que vivían de manera independiente se vieron afectados negativamente por este enfoque terapéutico y experimentaron un porcentaje significativo de incremento de recaídas en comparación con el grupo control. La evidencia su-

girió que este resultado negativo se debía a una sobrecarga cognitiva. El grupo que vivía lejos de sus familias experimentó mayor inestabilidad en sus condiciones de vida y mayores estresores, y como resultado probablemente encontraron que las demandas agregadas del programa de entrenamiento eran más de lo que podían manejar.

Figura 12-19 Entre los pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que vivían con sus familias, los que recibieron terapia individual, que se enfocaba en manejar el estrés tenían menos recaídas, episodios afectivos y abandono del tratamiento, que los pacientes que recibieron terapia familiar o de apoyo. Todos los pacientes recibieron antipsicóticos durante este periodo.

FUENTE: De Hogarty y cols. (1997b), p. 1510.





RELATOS PERSONALES

CUADRO 12-3

Reducción de la culpa que siente la familia por la esquizofrenia

Donna Lee tiene dos hijos gemelos de 25 años de edad, Malcolm y Michael. Malcolm ha estado hospitalizado con un diagnóstico de esquizofrenia. Donna, Malcolm y Michael participaron en un estudio de gemelos en el National Institute of Mental Health (NIMH). El NIMH localizó aproximadamente 150 pares de gemelos en Canadá y Estados Unidos, de los que uno había sido diagnosticado con esquizofrenia o trastorno bipolar y el otro no había desarrollado el trastorno. Sesenta y cuatro de estos pares de gemelos y sus padres fueron a Washington, D.C., para someterse a una intensa batería de pruebas y entrevistas. Entre ellos estaban los Lee.

Algunos de los comentarios que hicieron los Lee durante sus entrevistas muestran lo importante que es, para las familias en las cuales hay un miembro afectado por el trastorno, tener información sobre la esquizofrenia:

Donna comentó: “Cuando hospitalizaron a Malcolm la primera vez, me llevaron a una habitación, me dijeron que tenía esquizofrenia y me preguntaron si tenía alguna duda. En ese momento uno experimenta un estado total de shock, y nadie se sienta y le explica a uno qué es la esquizofrenia exactamente.

Ella dijo: “Los parientes deberían recibir una explicación precisa sobre la enfermedad después de recuperarse del shock inicial, porque en ese momento uno no escucha nada, todo lo que escucha es sólo esa palabra y no puede pensar en nada más. ...

Michael dijo firmemente: “No culpen a las familias”, y enfatizó el “daño psicológico y emocional” que provocan este tipo de enfoques. “Están haciendo de una mala situación algo terrible”. Su madre estuvo de acuerdo [:]... “yo no sabía nada acerca de la esquizofrenia y me culpaba total y completamente... yo pensaba, que yo le había hecho eso”.

En Washington los Lee hablaron abiertamente sobre sus experiencias con la enfermedad mental. Pero en casa, Michael dijo: “yo realmente no hablo de eso para nada. Si debo decir algo, sólo digo que [Malcolm] tiene una enfermedad cerebral”.

Donna agregó: “Tengo parientes con los cuales no he tenido ningún contacto, porque sé ... que tienen el punto de vista general de que una mala madre causa el trastorno... y además no aceptarían a Malcolm cerca de ellos”.

Luego comentó: “Venir aquí, de verdad, nos ha ayudado a todos en la familia. Descubrir que la esquizofrenia tiene una causa biológica me hizo sentir mejor y también a mi ex esposo. Hasta mi hijo menor está empezando a aceptarlo. Darle cuenta que es sólo una enfermedad me ha hecho sentirme más tranquila con Malcolm”.

Sin embargo, Donna y Michael Lee experimentaron muchas frustraciones al tratar de lidiar con Malcolm después de que se evi-

denció su trastorno, pero también estaban conscientes de que había sido mucho más difícil para él que para ellos.

“No importa lo que cada uno de nosotros haya experimentado, para Malcolm ha sido diez veces peor”, dijo su madre. “No se cuántas veces trató de suicidarse desde que le dieron el diagnóstico. Porque cuando piensas que eres diferente y la gente te evade y algunos hasta te tienen miedo... ¿qué tipo de vida te espera?”

Sin embargo, Michael observó que su gemelo recientemente obtuvo su diploma de la secundaria [:]... “está mejor que muchas personas que no están afectadas por una enfermedad mental”.

La experiencia de los Lee muestra la importancia de ayudar a los miembros de la familia para comprender que existen causas biológicas de la esquizofrenia, para evitar la culpa innecesaria e incapacitante. Ilustra cómo el conocimiento puede ayudar a las familias a lidiar, en forma más eficaz, con los problemas creados por el trastorno esquizofrénico, pues de esa forma se ayuda tanto a la persona con el trastorno como a ellas mismas.

FUENTE: Extractos adaptados de *Psychiatric News*, 17 de marzo de 1989, pp. 2, 23.

Programas familiares

Tal como lo demostró el resultado del estudio de habilidades para manejar el estrés, la familia del paciente puede jugar un papel importante en la reducción de la frecuencia de las recaídas en síntomas psicóticos. Al combinarse con un antipsicótico, los programas familiares han demostrado que reducen los porcentajes de recaída de la esquizofrenia (Carpenter, 1996). Un enfoque para ayudar a la familia a apoyar al paciente es a través de intervenciones familiares psicoeducativas relacionadas con temas que explican cómo convencer al paciente para que tome su medicamento. Estas intervenciones parecen mejorar el bienestar global de la familia. Las intervenciones familiares normalmente incluyen diferentes combinaciones de varios elementos: 1) educación acerca de qué es la esquizofrenia (criterios de diagnóstico, síntomas, curso futuro), 2) información sobre la forma en que se trata (manejo familiar y de medicamentos), 3) identificación de causas probables y 4) instrucción en habilidades para el manejo de crisis y resolución de problemas para ca-

da uno los miembros de la familia. En algunos programas de intervención familiar se incluye al paciente en algunas o en todas las sesiones. Algunas veces el programa se realiza con una familia a la vez; en otros casos se reúnen varias familias.

La información proporcionada a las familias acerca de la psicobiología de la esquizofrenia parece ser particularmente útil. Los ayuda a comprender los mecanismos subyacentes que crean vulnerabilidad y producen los síntomas que se observan en el miembro afectado. Una de las principales metas de estos programas es disminuir los sentimientos de culpa de los miembros de la familia que piensan que su conducta puede de alguna forma haber provocado la enfermedad. Como resultado de esta premisa, la mayoría de los programas hace hincapié en los aspectos genéticos de la esquizofrenia y exponen la dificultad que tienen estos pacientes vulnerables para enfrentarse al estrés (ver el cuadro 12-3). El papel de la familia para ayudar a manejar el estrés que experimenta el paciente se destaca como una posible forma de disminuir los síntomas y evitar una recaída.

La intervención familiar más eficaz parece ser una combinación de un enfoque positivo centrado en el presente; la importancia de la reestructuración cognitiva de los miembros de la familia, con respecto a sus atribuciones hacia el paciente; un enfoque conductual; y atención a una mejor comunicación dentro de la familia. Esta clase de intervención puede ayudar a los participantes a aprender cómo enfrentar la esquizofrenia. Pueden aprender formas constructivas de manejar la culpa, la vergüenza, la frustración y la ira ante la conducta de su familiar. También pueden aprender a evaluar sus tácticas conductuales para tratar al paciente y a comprender por qué algunas de las tácticas que utilizan pueden no funcionar tan bien como otras, además de medios más eficaces de interactuar.

Emoción expresada Muchos de los primeros estudios que se utilizaron para elaborar los enfoques de la intervención familiar se refirieron a los efectos de la emoción expresada. La **emoción expresada (EE)** es una medida de las actitudes expresadas por los miembros de la familia al hablar acerca de la persona cuya conducta está trastornada (Leff y Vaughn, 1985). La tabla 12-12 menciona las categorías de emoción expresada que se miden. Mientras que la calidez y las expresiones positivas de los miembros de la familia tienen un efecto positivo sobre los pacientes, los comentarios críticos, la hostilidad y el sobreinvolucramiento emocional parecen tener efectos negativos. Los investigadores han descubierto que, por lo general, los pacientes hospitalizados por esquizofrenia que fueron dados de alta y que regresaron a familias con una alta EE negativa no podían permanecer fuera del hospital tanto tiempo como los pacientes cuyas familias eran menos críticas.

La EE negativa incluye la crítica, la hostilidad, y el sobreinvolucramiento emocional (respuesta emocional exagerada a la enfermedad o sobreprotección extrema). Los familiares que recibieron una alta clasificación en EE negativa realizaban comentarios como:

“Yo siempre le digo: ‘Por qué no tomas un libro, haces un crucigrama, o algo que mantenga tu mente alejada de ello.’ Hasta eso parece ser demasiado problema” (Hooley, 1985, p.134).

“Le dio 90 vueltas al jardín, entrada, volvía a salir. Le dije ‘Siéntate en esa silla, quédate un rato al sol.’ Casi me desquicia.” (ibid)

Los parientes que tuvieron baja calificación en EE negativa hicieron, en cambio, comentarios como éstos:

“Sé que es mejor para ella estar sola, es mejor que se aleje de mí y trate de hacer las cosas por sí misma” (Hooley, 1985, p.134).

“Tiendo a no prestar atención porque me doy cuenta de que cuando ella quiere hablar... habla.” (ibid)

A medida que ha avanzado la investigación en la EE, se han encontrado los siguientes aspectos:

1. La EE en una familia puede cambiar a lo largo del tiempo. Puede ser producto tanto de un grado de agitación en el paciente como de un estilo de interacción familiar. La EE puede considerarse como parte de un marco de trabajo interaccional (Hooley y Richters, 1995). Ciertas características hasta ahora no identificadas de algunos miembros de la familia pueden colocarlos en un mayor riesgo de desarrollar una actitud crítica en el momento de ser expuestos a la conducta trastornada del pariente que padece esquizofrenia. A medida que se incrementa la exposición a la conducta trastornada, cada vez más familiares pueden ser clasificados como con alta EE negativa. Durante los periodos de la enfermedad en los que existe una disminución de síntomas, los niveles negativos de EE también pueden disminuir. La EE refleja una interacción de factores de características de los familiares, el estado clínico actual del paciente y otras influencias, como puede ser la duración de la exposición a la conducta patológica.
2. La cultura en la que viven las personas, o de dónde provienen, desempeña un papel en el nivel de EE que expresan. En la India, los parientes muestran niveles relativamente bajos de EE negativa hacia los pacientes en comparación con los que muestran los familiares de pacientes de raza blanca en Estados Unidos. Los mexico-estadounidenses que siguen prácticas culturales tradicionales también muestran menores niveles de EE negativa hacia sus parientes que la que muestran los angloamericanos (Jenkins y cols., 1986; Leff y Vaughn, 1985). Sin embargo, a pesar de estas diferencias culturales, la asociación entre las EE negativas y el riesgo elevado de una recaída de la esquizofrenia se han replicado en muchos escenarios culturales (Hooley y Hiller, 1997).
3. La investigación en EE tiene también implicaciones para pacientes que no viven con sus familias. Una EE negativa elevada está asociada a un tratamiento de altas demandas y muchas expectativas en cuanto a la conducta en casas hogar y centros de tratamiento diario, que a su vez pueden llevar a altos porcentajes de recaída.

TABLA 12-12

Aspectos de la emoción expresada

1. **Comentarios críticos sobre el familiar.** El descontento se expresa de manera intensa y enfática con frases como “me molesta” o “no me gusta”.
2. **Hostilidad.** Sentimientos negativos expresados sobre la personas más que sobre la conducta específica.
3. **Sobreinvolucramiento emocional.** Respuesta emocional exagerada a la enfermedad del paciente, una preocupación notoria que se refleja en conductas devotas y de autosacrificio inusual, o conductas de sobreprotección extrema.
4. **Calidez.** Simpatía, preocupación, empatía expresada cuando se habla sobre el paciente, entusiasmo e interés en sus actividades, expresiones espontáneas de afecto y tono de voz que se utiliza cuando se habla sobre él.
5. **Comentarios positivos.** Elogio, aprobación o apreciación de la conducta o personalidad del paciente.

La investigación de EE se ha convertido en un foco de controversia, debido a que muchos profesionales y algunos miembros de la familia piensan que se acusa a ésta por el desarrollo de la esquizofrenia en uno de sus miembros. La investigación no debe pensarse de esta manera. No se enfoca en la causa de la esquizofrenia, sino en las condiciones que incrementan la posibilidad de una nueva hospitalización. El término *emoción expresada* se asoció con un estilo de interacción negativo debido a que los primeros trabajos mostraron la forma en que los aspectos negativos de la EE predijeron un alto porcentaje de recaídas. Investigaciones posteriores han demostrado que los comentarios positivos y la calidez pueden ayudar a proteger de una recaída (Leff y Vaughn, 1985). El resultado más importante del trabajo sobre la EE ha sido el desarrollo de programas de entrenamiento que ayuden a las familias a aprender la forma en que pueden interactuar con mayor eficiencia con sus familiares cuando regresan del hospital después de un episodio agudo de esquizofrenia.

El término *emoción expresada* también puede ser engañoso debido a que la investigación sobre la EE negativa puede sugerir que en las familias no se deberían manifestar las reacciones emocionales unos a otros. Lo que se ha encontrado es totalmente lo contrario: en general, la manifestación de ciertos sentimientos crea una atmósfera emocional más sana para todos y evita el encono de ira e irritación que conduce a una explosión emocional incontrolable.

Apoyo de la comunidad

Debido a que es posible los antiguos pacientes no tengan una familia para reincorporarse a ella, son necesarios los programas de apoyo basados en la comunidad. Estos programas —como casas de medio internamiento, o casas grupales, instalaciones de cuidado diario y clínicas de salud mental— pueden ser fuentes tanto de tratamiento como de ayuda práctica. Algunas formas de este apoyo pueden ser del tipo transitivo, pues ayudan al paciente que ha sido dado de alta a reajustarse a la vida en comunidad. Otros pueden ayudar a las personas que funcionan en un bajo nivel a permanecer fuera del hospital. La mayoría de los programas de apoyo tiene la intención de ayudar a las personas a mantener el mismo nivel de conducta adaptativa que tuvieron en el momento de su alta, pero no esperan incrementar sus niveles de desempeño.

Las **instalaciones residenciales**, tales como casas de medio internamiento o casas grupales, proporcionan un ambiente cómodo que reduce la necesidad de los residentes de enfrentar muchos de los estresores financieros y sociales que tendrían si trataran de funcionar por sí solos en la comunidad. En condiciones ideales, estas instalaciones residenciales también deberían ofrecer un ambiente familiar y terapéutico que proporcione apoyo y protección a los residentes junto con cierta estructura para desarrollar su vida cotidiana. El personal que trabaja en estas instalaciones puede proporcionar la supervisión necesaria para asegurarse de que los residentes sigan sus planes de medicamentos antipsicóticos. Este control es importante pues su objetivo es combatir la tendencia de muchos pacientes a dejar de tomar su medicamento, con lo cual se incrementan las probabilidades de experimentar una recaída. En un sistema de salud mental que funcione adecuadamente, estas instalaciones de tratamiento residenciales, en combinación con equipos de crisis, deben ser capaces de asumir las funciones del hospital psiquiátrico tradicional. Desafortunadamente, estas instalaciones muestran muchas carencias.

Enfoque de tratamiento combinado

¿Cuál es el programa de tratamiento óptimo para la esquizofrenia? Aunque no existe una respuesta definitiva a esta pregunta, parece claro que el tratamiento preferido incluye tanto medicamentos como intervenciones basadas en varias perspectivas psicosociales. Los esfuerzos para mejorar ciertas habilidades del paciente, para educarlo a él y a su familia acerca de la esquizofrenia, y para proporcionar apoyo familiar y una red de seguridad social para todos los pacientes, especialmente para los muchos individuos con una forma crónica del trastorno y sus familias, son importantes para asegurar el mejor resultado posible. Desafortunadamente, dichas combinaciones de tratamiento son muy raras. Sin embargo, incluso intervenciones familiares relativamente sencillas, así como programas de tratamiento comunitario más amplios, han demostrado que son eficaces para evitar la recaída y reducir el “síndrome de la puerta giratoria”. Cuando padece este síndrome, la persona afectada va hacia delante y hacia atrás entre la vida en comunidad y la hospitalización, y experimenta poca coordinación en el tratamiento que le dan diferentes instituciones y proveedores de otros servicios. Los síntomas de un gran grupo de pacientes no se reducen con el medicamento, así que para ellos el enfoque del tratamiento psicosocial es aún más importante (Bustillo y cols., 1999).

El tratamiento psicosocial puede variar en complejidad: desde el que proporcionan instituciones de gran tamaño que tienen programas de psicología, psiquiatría, trabajo social y capacitación, hasta aquellos que proporcionan profesionales individuales. A continuación se presenta la forma en que un psiquiatra de práctica privada describió su trabajo con una mujer de 47 años con esquizofrenia paranoide:

He visto a Miriam durante ocho años. Claramente sufre de esquizofrenia paranoide y estuvo hospitalizada en seis ocasiones antes de verme por vez primera. La primera hospitalización ocurrió cuando tenía 22 años y la última un año antes de que empezara a tratarse conmigo. Sus primeros síntomas psicóticos incluían escuchar voces que parecían provenir de dentro o de atrás de su cabeza. Las voces podían decirle que fuera al baño, se acostara y se masturbara. Está graduada en una universidad altamente selectiva, mientras estaba en ella mostró cierta promiscuidad sexual y utilizó diferentes drogas como LSD y bebidas alcohólicas. Después de graduarse su condición aparentemente empeoró, por lo que hubo que hospitalizarla por vez primera.

Dados sus delirios y desorganización conductual, me siento feliz de que no haya requerido hospitalización desde que la trato. La considero una persona altamente inteligente que trata de enfrentar sus dificultades. La he sometido a tratamiento con media docena de antipsicóticos que parecen ser de ayuda aunque con algunos de ellos mostró importantes aumentos de peso. En una etapa más temprana de su vida tuvo varios empleos, tales como técnico en computación. Vivió con su padre hasta dos años atrás, cuando él falleció. Ahora vive sola y no trabaja. Le gusta leer, ver televisión e ir al centro comercial. La veo aproximadamente cada dos meses. Tiene coche y maneja hasta mi consultorio para las visitas. Aún padece experiencias psicóticas. De pronto hace algunos meses mencionó una alucinación visual de un sartén derritiéndose. Tiene fantasías sexuales en las que participa su padre y voces que le dicen que

dibuje imágenes obscenas. Una vez vino a mi consultorio con la cabeza totalmente rapada.

Pienso que la razón por la que es capaz de vivir en la comunidad es por los medicamentos que toma y por el hecho de que me considera una persona interesada en ella. En alguna ocasión me dijo: “Tú estás de mi lado.” Llama a mi consultorio para hacer la cita, pero yo le telefoneo algunas veces durante el año para ver cómo se siente. Burlonamente se refiere a mis llamados como “checadoras”. A ella le gusta que la “cheque”. Es capaz de vivir una vida prácticamente solitaria, pero con frecuencia satisfactoria. Mientras en el pasado era posible que respondiera a las voces que escuchaba, es algo que ha dejado de hacer. Asiste a la iglesia con regularidad y tiene tres amigos (parecen ser conocidos más que personas a las que se sienta cercana). Pienso que puede continuar con la vida que actualmente lleva.

Este caso muestra el valor de combinar las terapias psicológicas con las biológicas. El interés de este psiquiatra en Miriam y su deseo de hacer cosas como llamarla por teléfono para ver cómo se siente son probablemente características muy positivas de su vida. Sus expectativas en cuanto a la paciente parecen ser realistas considerando la evidencia de la investigación que sugiere que aunque una recuperación completa o casi completa de la esquizofrenia es muy rara, es razonable esperar una recuperación parcial y que el paciente aprenda a vivir con síntomas psicóticos (Hafner y An der Heiden, 2003).

La mayoría de los estudios sobre resultados del tratamiento se enfocan en la reducción de síntomas. Aunque esto es ciertamente importante, el ajuste psicosocial, particularmente entre recaídas, es también de gran relevancia. Para las personas que viven de manera independiente de sus familias, las terapias psicosociales combinadas con medicamentos han logrado una mejoría en el desempeño laboral y en la relación con los demás (Hogarty y cols. 1997a). Entre los que viven separados de sus familias, los que recibieron terapias psicológicas mostraron mayor competencia y eficacia interpersonal. Otro aspecto de importancia fueron la duración de los efectos de estos cambios. Mientras que los cambios basados en medicamentos tendieron a durar un año o menos después de la hospitalización, los cambios relacionados con el tratamiento psicosocial combinado con el medicamento continuaron siendo evidentes después de varios años. La tabla 12-13 resume varias características de manejo integral de casos de esquizofrenia.

TABLA 12-13

Características del manejo integral de casos de esquizofrenia

1. Medicamentos antipsicóticos
2. Buena relación entre el profesional y el paciente
3. Ayuda práctica con los problemas que importan al paciente
4. Entrenamiento en habilidades cognitivas y sociales según se requiera
5. Arreglos laborales, sociales y de alojamiento adecuados
6. Apoyo familiar para el paciente que vive en casa

Otros trastornos psicóticos

Existen otros trastornos psicóticos que se describen en DSM-IV-TR. En esta sección se describirán brevemente tres de ellos, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante y el trastorno psicótico compartido. Las características clínicas de cada uno, según se describe en el DSM-IV-TR, se muestran en la tabla 12-1.

Trastorno esquizoafectivo

Algunas personas presentan conductas y síntomas que no encajan en ninguna categoría de los principales trastornos del estado de ánimo ni de la esquizofrenia. En lugar de eso, parecen tener características que pertenecen a ambas categorías. El **trastorno esquizoafectivo** es la categoría de diagnóstico relacionada con este “desorden del mundo real” observado por los profesionales debido a que combina algunas de las características de la psicosis con algunas de los trastornos principales del estado de ánimo. En un estudio en el que se compararon tres grupos de pacientes externos a los que se les asignó el diagnóstico respectivo de trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno del estado de ánimo, se encontró que los pacientes con trastorno esquizoafectivo o deprimidos estaban aún más deprimidos que los que tenían esquizofrenia, y tenían menos síntomas positivos severos (Evans y cols., 1999). Los pacientes externos con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo tenían un rendimiento neuropsicológico más deficiente (medidas de habilidades psicomotoras, atención, aprendizaje y memoria) que los pacientes externos deprimidos.

Para poder diagnosticar un trastorno esquizoafectivo, las alucinaciones o los delirios deben presentarse aun cuando no estén presentes los síntomas de estado maniaco o depresivo. Además debe haber un periodo ininterrumpido de la enfermedad en el cual se presente, durante el mismo periodo en el que la persona cumpla con los criterios de la esquizofrenia, un episodio depresivo mayor, un episodio maniaco o uno en el que haya tanto manía como depresión. Las características del estado de ánimo deben estar presentes en los periodos tanto activos como agudos del trastorno y en periodos en los que los síntomas agudos hayan disminuido.

Se estima que la prevalencia de por vida del trastorno esquizoafectivo está entre 0.5 y 0.8%, un poco menos que la prevalencia de la esquizofrenia. Al igual que en la esquizofrenia, la edad en la que comienza normalmente el trastorno esquizoafectivo es la adolescencia tardía o los primeros años de edad adulta, pero, en general, el resultado de él es mucho más favorable del que se tiene en el caso de la esquizofrenia (J.H. Stephens y cols., 1997). Este trastorno puede considerarse como una parte del espectro esquizofrénico descrito por el mismo modelo que constituye la base del punto de vista interaccionista de la esquizofrenia. Puede presentarse en personas que tienen vulnerabilidad moderada a la esquizofrenia y quienes, en el momento de experimentar el estrés de un trastorno mayor del estado de ánimo, muestran también algunos síntomas de esquizofrenia. Los antipsicóticos y el litio son los tratamientos biológicos que se usan con más frecuencia cuando hay claros síntomas maníacos en el trastorno esquizoafectivo. Basado en esta observación, puede parecer lógico, si la persona tiene síntomas depresivos prominentes, agregar un medicamento antide-

presivo durante la etapa aguda del trastorno esquizoafectivo quizá resulte de utilidad, pero esto no es cierto. Durante estos periodos de síntomas agudos, el trastorno esquizoafectivo, con depresión como el estado de ánimo predominante, parece tratarse mejor mediante la utilización de algunos antipsicóticos que se usan en la esquizofrenia. Sólo después de que los síntomas agudos disminuyen, resulta útil la administración de antidepresivos.

Trastorno delirante

El trastorno delirante se considera como un padecimiento extraño que se presenta con mucho menos frecuencia que la esquizofrenia. Tiene una incidencia anual que cerca de uno a tres nuevos casos por cada 100 000 personas, y se desconoce qué es lo que lo provoca (Sadock y Sadock, 2003). De acuerdo con la definición del DSM-IV-TR, el **trastorno delirante** incluye lo que antes se conocía como paranoia, pero no se limita únicamente a delirios con elementos acusatorios o paranoides. Mientras que los delirios en la esquizofrenia son generalmente extravagantes (creencias que la cultura considera como totalmente inverosímiles), en el trastorno delirante, aunque no son una representación exacta de la situaciones, reflejan situaciones que pueden presentarse en la vida real. Para poder diagnosticar un trastorno delirante, la persona no debe haber cumplido nunca con los criterios de la esquizofrenia. El caso que presentamos a continuación es ejemplo de un trastorno delirante, marcado por la grandiosidad. En la tabla 12-14 se enumeran algunos de los tipos de delirios normales en el trastorno delirante.

Un hombre de 51 años fue arrestado por alterar el orden. Se llamó a la policía para que se presentara en un parque local con el fin de evitar que marcara sus iniciales y las de un culto religioso recién formado en diferentes árboles que rodeaban un lago en el parque. Cuando se le enfrentó, comentó despreciativamente que había sido elegido para comenzar una resurrección religiosa en toda la ciudad, y que era necesario que hiciera público su intento de una forma permanente. La policía no tuvo éxito en evitar que el hombre marcara los árboles y lo arrestó. Se ordenó un examen psiquiátrico en el hospital estatal y el paciente fue observado durante varias semanas. Negó la presencia de cualquier dificultad emocional y nunca había recibido un tratamiento psiquiátrico.

No existía historial de euforia o de vaivenes emocionales. El paciente estaba enojado por estar hospitalizado y sólo permitió gradualmente que el doctor lo entrevistara. En pocos días, sin embargo, ya estaba sumamente ocupado predicando entre sus compañeros pacientes y haciéndoles saber que Dios le había dado un mandato especial para lograr nuevas conversiones a través de su capacidad para sanar. Finalmente, su preocupación por poderes especiales disminuyó, y no se encontró evidencia de ninguna otra psicopatología. El paciente fue dado de alta, sin recetarle ningún medicamento. Dos meses más tarde fue arrestado en un teatro local, esta vez por interrumpir la presentación de una película en la que se mostraba a personas que él consideraba como satánicas (Sadock y Sadock, 2003. p. 517)

Los delirios que se observan en los trastornos delirantes son estables y bien sistematizados. Esto significa que, aparte de cualquier tema particular involucrado en el delirio, el pensamiento de la persona parece seguir patrones lógicos y que es capaz de funcionar cuando menos de forma relativamente eficaz en otras áreas de la vida.

Es posible que la categoría de trastorno delirante consista en un grupo de trastornos con diferentes causas, aunque algunos investigadores piensan en el aislamiento social o en ciertas experiencias estresantes, tales como la inmigración, pueden influir en muchos de los casos. Otra causa posible es el flujo sanguíneo reducido hacia los lóbulos parietales o temporales del cerebro (Wada y cols. 1999b). Debido a que el trastorno delirante es relativamente raro, no existen estudios controlados que evalúen los diferentes tratamientos. Un antidepresivo tricíclico, clomipramina, ha probado ser eficaz en algunos casos, especialmente en los de tipo somático (Wada y cols. 1999a). Entre los tratamientos psicosociales apropiados se incluye la terapia cognitiva y la terapia general de apoyo con el fin de mejorar la frágil autoestima común de estas personas. Un grupo particularmente afectado por trastorno delirante es el de los adultos mayores. Esta circunstancia puede estar relacionada con el estrés creado por un impedimento sensorial cada vez mayor (como puede ser la pérdida de la audición) y al aislamiento social. Es posible que la mayoría de las personas con trastornos delirantes permanezcan en la sociedad, funcionen en diversos grados, incluso en caso de estar discapacitados y sufriendo, y en pocas ocasiones aceptan ser revisados por un profesional clínico.

TABLA 12-14	
Tipos de delirio	
1.	Tipo grandioso. Creencia de que uno es grandioso, poderoso o conocedor, o tiene una relación especial con una deidad o persona famosa.
2.	Tipo ero-maniaco. Creencia de que una persona de un estatus más alto está enamorado de uno.
3.	Tipo celotípico. Delirio de que la pareja sexual le es infiel.
4.	Tipo persecutorio. Creencia de que lo tratan de alguna manera injusta y con malicia.
5.	Tipo somático. Delirio de que tiene algún defecto físico, trastorno o enfermedad (como SIDA).

Trastorno psicótico compartido

El **trastorno psicótico compartido**, al que en ocasiones se conoce como *folie á deux*, fue descrito por vez primera hace 100 años. Es probablemente muy raro y la mayor parte de la información acerca de él está disponible sólo a partir de informes de casos individuales vistos en escenarios clínicos. En este trastorno, los delirios parecen haber sido transferidos de una persona a otra. Por ejemplo:

Una mujer de edad mediana realizó visitas recurrentes a su médico quejándose acerca de un espantoso olor corporal que percibía a pesar de sus intentos diligentes de eliminarlo mediante el baño y otras medidas de limpieza. El profesional no pudo encontrar ninguna causa física de este trastorno, y ni el ni otras personas del cuerpo médico podían percibirlo. El esposo de la mujer se quejó también del olor diciendo que contami-

naba completamente cualquier habitación en la que se encontrara su esposa. Después de haberse percatado de que el olor no existía, la pareja pareció sentirse en cierta forma aliviada pero algunas semanas más tarde reiniciaron las visitas al médico, quejándose nuevamente acerca del olor corporal de la esposa.

Normalmente, ambas personas afectadas por el trastorno psicótico compartido casi siempre son de la misma familia y viven juntas en un aislamiento social relativo. Uno parece jugar un papel dominante y el otro —muchas veces de menor inteligencia, más pasivo, más ingenuo y muchas veces más joven— adopta las creencias del primero. Algunas veces, si se les separa, la persona secundaria puede abandonar el delirio. Después de la separación la persona dominante puede ser tratada con antipsicóticos, y la persona secundaria puede recibir ayuda psicológica para compensar la pérdida del compañero. Un estudio que examinó cerca de 90 casos de trastorno psicótico compartido en Japón descubrió que la combinación de personas que con mayor frecuencia presentaba este trastorno eran madre e hijo o un matrimonio. La parte dominante se diagnosticó con mayor frecuencia con esquizofrenia, y la parte sumisa como sometido a una reacción paranoide (Kashiwase y Kato, 1997). Cuando el delirio compartido incluye un tema reli-

gioso, existe un alto riesgo de un resultado fatal o casi fatal (Kraepelin y Patrick, 1997).

El mensaje con el que nos quedamos

A pesar de todo lo que falta por conocer acerca de las causas de la esquizofrenia, y que es frecuentemente pobre el pronóstico y los efectos secundarios de los antipsicóticos, pensamos que existen razones para sentirnos optimistas de que se encontrarán formas de ayudar a las personas que sufren de este trastorno. Ahora sabemos que existe una vulnerabilidad familiar al trastorno, aun cuando los genes exactos involucrados aún no han sido identificados. Es más, tenemos buenas razones para pensar que lo que se hereda es una sensibilidad a la psicosis y que el ambiente social influye en la activación de esta sensibilidad. Por ello, la educación puede interactuar con la predisposición genética. También sabemos que cuanto más pronto se inicia el tratamiento, mayores serán las probabilidades de obtener un resultado favorable. ¡Nada malo para un trastorno que Kraepelin consideró como perdido!

R esumen del capítulo

Trastornos psicóticos

Un **trastorno psicótico** presenta síntomas que involucran alteraciones en la percepción, el pensamiento o la conciencia. Estas alteraciones se denominan alucinaciones o delirios. La **esquizofrenia** es el subgrupo más importante de trastornos psicóticos. Otras categorías de trastornos psicóticos del DSM-IV-TR son el **trastorno esquizofreniforme**, el **trastorno esquizoafectivo**, el **trastorno delirante**, el **trastorno psicótico breve**, el **trastorno psicótico compartido** y el trastorno psicótico relacionado con una enfermedad médica o inducido por sustancias (abuso de drogas, del efecto de un medicamento o de la exposición a toxinas).

Esquizofrenia

La **esquizofrenia** es un trastorno debilitante que afecta a más de 1% de la población en un año. Un diagnóstico de la esquizofrenia, con base en el DSM-IV-TR; requiere que tenga una duración mínima de seis meses, con cuando menos un mes de fase activa que incluya al menos dos síntomas positivos o un síntoma positivo y uno negativo. También debe haber una disminución en la función ocupacional o social.

Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR El DSM-IV-TR divide la esquizofrenia en varios subtipos: **paranoide**, **catatónico**, **desorganizado**, **indiferenciado** y **residual**. La clasificación de cada tipo es sólo moderadamente estable y cambia durante el transcurso de la enfermedad.

Síntomas positivos y negativos Con el fin de investigar las diferencias entre los subgrupos de personas con esquizofrenia, los in-

vestigadores han dividido los síntomas en dos categorías, positivas y negativas. Los delirios, las alucinaciones, el lenguaje desordenado y la conducta desorganizada son consideradas como **síntomas positivos**. Los **delirios** son interpretaciones distorsionadas de la realidad. Las **alucinaciones** son percepciones erróneas que pueden relacionarse con cualquiera de los sentidos; las alucinaciones auditivas son las más comunes. Los **síntomas negativos** son los déficit de conducta, entre ellos el aplanamiento afectivo, pobreza de lenguaje y falta de motivación o ubicación.

Trastornos del espectro esquizofrénico

Diversos trastornos son más comunes en las familias extendidas en cuyo caso se presenta la esquizofrenia. Estos **trastornos del espectro esquizofrénico** que pueden ser del mismo origen biológico que la esquizofrenia, incluyen el trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizoafectivo. De éstos, el **trastorno esquizotípico de la personalidad** parece ser el más cercano genéticamente a la esquizofrenia, e incluye diversas conductas: excentricidad, emociones restringidas y excesiva ansiedad.

Desarrollo de la esquizofrenia

Las causas de la esquizofrenia continúan siendo desconocidas, aunque parece probable que los síntomas sean producidos por interacción de factores de vulnerabilidad y estrés ambiental de algún tipo.

Factores genéticos Los factores genéticos parecen ser importantes, pero los genes involucrados no han sido identificados todavía de una manera confiable. Es probable que la herencia de la esquizofrenia se comprenda mejor utilizando un **modelo poligénico multifactorial**.

Factores prenatales Los factores prenatales —tales como la enfermedad viral o el estrés excepcional experimentado por la madre durante el embarazo (especialmente durante el segundo trimestre), el ambiente prenatal y las lesiones durante el nacimiento— parecen incrementar el riesgo de esquizofrenia. Actualmente se le asigna máxima importancia al **modelo de desarrollo neurológico** de la esquizofrenia. De acuerdo con este modelo, las células cerebrales migran y establecen conexiones con otras neuronas durante el segundo trimestre del embarazo. Si las neuronas no logran migrar adecuadamente, el proceso de **depuración sináptica** que normalmente comienza durante la infancia también puede ser anormal y dar como resultado problemas de la función cognitiva. Las anomalías en el desarrollo prenatal se reflejan muchas veces en **anomalías físicas** menores, que tienden a ser más frecuentes en aquellos individuos que desarrollan esquizofrenia. También se han identificado **ventrículos cerebrales** agrandados en algunos casos de esquizofrenia, como tener anomalías bioquímicas en el sistema neurotransmisor del cerebro. Estas funciones anormales de los neurotransmisores llevaron a la **hipótesis de la dopamina**.

Estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia

Estudios familiares Aunque proporcionan cierta información acerca de la transmisión genética de la esquizofrenia, los estudios familiares no separan los efectos genéticos de los ambientales. Los estudios familiares muestran en muchas ocasiones patrones de **unión selectiva**, lo que significa que las personas tienden a elegir una pareja que tenga mayores similitudes genéticas con ellas de las que tendría en caso de elegirse simplemente al azar.

Estudios de gemelos El estudiar pares de gemelos MC y DC en los que cuando menos uno de ellos ha sido diagnosticado con esquizofrenia, ayuda a los investigadores a comprender mejor los efectos de la herencia, en contraposición con los provocados por factores ambientales. Debido a que incluso en los gemelos MC la probabilidad de que su hermano desarrolle esquizofrenia es menor a 100%, resulta claro que los factores ambientales son tan importantes como los factores genéticos.

Estudios de adopción Otra forma de estudiar los efectos de la herencia es mediante los estudios de adopción, en los que, normalmente, los resultados de niños adoptados por familias saludables, cuyas madres biológicas han sido diagnosticadas con esquizofrenia, se comparan con otros infantes cuyas madres biológicas no han recibido un diagnóstico de este tipo. El riesgo de desarrollar esquizofrenia, aun cuando se vive en una familia adoptiva, es mayor en el caso de un niño que tiene un progenitor biológico con un trastorno de este tipo.

Vulnerabilidad y características de la familia adoptiva Los estudios de adopción muestran que el ambiente en la familia adoptiva es importante para determinar si los niños adoptados con padres biológicos esquizofrénicos desarrollarán los síntomas de este padecimiento o uno de los trastornos del espectro. Cuanto menor es el estrés en la familia adoptiva, menor será la probabilidad de que un niño desarrolle uno de estos trastornos.

Estudios del alto riesgo y búsqueda de indicadores Los estudios del alto riesgo son estudios longitudinales que se enfocan principalmente en la posibilidad de que los niños estén en riesgo debido al historial familiar, complicaciones en el nacimiento o factores ambientales negativos, o por encontrarse en grupos que muestran signos potenciales de enfermedades mentales antes de la edad adulta.

El objetivo de los estudios del alto riesgo es identificar **indicadores** del trastorno antes de que los síntomas sean evidentes. Los problemas de atención y cognición parecen ser indicadores de un trastorno potencial, especialmente en el caso de aquellos individuos con alto riesgo de esquizofrenia. Dos medidas de atención que pueden identificar indicadores de esquizofrenia son la **prueba de ejecución continua (CPT)** y el rastreo con **movimientos oculares de búsqueda suave**.

Enfoques terapéuticos

La prescripción de medicamentos antipsicóticos es el primer paso en el tratamiento de la esquizofrenia, aunque la adición de tratamientos psicosociales se reconoce como un factor importante para la prevención de las recaídas y el mejoramiento del funcionamiento social. El tratamiento tan pronto como se presentan los primeros síntomas del proceso esquizofrénico es más importante para el resultado posterior.

Antipsicóticos Algunas veces, los antipsicóticos tradicionales causan **disquinesia tardía**, mal que puede ser irreversible, así como otros efectos secundarios negativos. El medicamento más reciente, llamado clozapina, tiene menores probabilidades de provocar estos problemas pero también tiene efectos secundarios peligrosos. Aunque los nuevos antipsicóticos parecen tener menos efectos secundarios desagradables, muchos de ellos continúan siendo serios, especialmente el desarrollo de la diabetes. Un problema con los medicamentos es que muchas personas con esquizofrenia dejan de tomarlos debido a los efectos secundarios negativos que experimentan o a los daños cognitivos provocados por el trastorno.

Enfoques psicosociales Las personas con esquizofrenia crónica tienen probabilidades de ser deficientes en habilidades sociales generales y en ciertas habilidades cognitivas. Las habilidades de cuidado personal y de identificación de síntomas pueden ayudar a las personas con esquizofrenia a permanecer fuera del hospital.

Programas familiares Los programas de educación familiar son eficaces para evitar la necesidad de una nueva hospitalización. Estos programas pueden ayudar a reducir una **emoción expresada (EE)** dañina y sentimientos negativos acerca del paciente, lo cual incrementa la comprensión familiar acerca de la esquizofrenia. También ayudan al paciente y a su familia a mejorar las habilidades de reconocimiento de recaída, de manera que pueda buscarse un tratamiento adicional o cambios en los medicamentos que ayudan a evitar el empeoramiento de los síntomas o la necesidad de volver a hospitalizarse.

Apoyo de la comunidad Las instalaciones residenciales (como pueden ser las casas de medio internamiento o las casas grupales, las instalaciones de cuidado de día y las clínicas de salud mental) pueden proporcionar tanto ayuda práctica como tratamiento, especialmente a pacientes que no cuentan con familiares que los ayuden en el momento de salir de la hospitalización.

Enfoques de tratamiento combinado Los enfoques óptimos de tratamiento normalmente combinan los medicamentos con terapias psicológicas. Esta combinación ayuda a la eficacia interpersonal y la competencia durante un periodo más largo que cuando se utiliza únicamente el medicamento.

Otros trastornos psicóticos

Trastorno esquizoafectivo Un trastorno esquizoafectivo es aquel que combina los delirios o alucinaciones con síntomas de de-

presión o estado de ánimo maniaco. Puede ser parte del grupo de *trastornos del espectro esquizofrénico*.

Trastorno delirante La diferencia entre los delirios en la esquizofrenia y en el **trastorno delirante** es que en el diagnóstico de este último, los delirios son menos extravagantes que los que se ven en la esquizofrenia. Estos delirios son normalmente sistematizados o están relacionados con un solo tema en particular.

Trastorno psicótico compartido Un extraño trastorno, el **trastorno psicótico compartido** normalmente involucra a dos personas, la mayor parte de las veces de la misma familia, que comparten las mismas creencias delirantes. Uno de los afectados es quien origina estas creencias mientras que el otro parece ser un seguidor pasivo aunque sostiene firmemente los mismos delirios.

C Conceptos clave

- Alucinación, p. 380
- Anomalías físicas, p. 390
- Caso índice, p. 384
- Conducta desorganizada, p. 382
- Cuatro “A”, p. 376
- Delirio, p. 378
- Dementia praecox
- Depuración sináptica, p. 389
- Disquinesia tardía, p. 400
- Emoción expresada (EE), p. 405
- Esquizofrenia, p. 374
- Esquizofrenia catatónica, p. 375
- Esquizofrenia de tipo indiferencia, p. 378
- Esquizofrenia desorganizada, p. 378
- Esquizofrenia paranoide, p. 375
- Esquizofrenia residual, p. 378
- Estudios de adopción, p. 394
- Estudios de gemelos, p. 393
- Estudios del alto riesgo, p. 395
- Estudios familiares, p. 392
- Gemelos dicigóticos (DC), p. 393
- Gemelos monocigóticos (MC), p. 393
 - discordantes, p. 393
- Gen dominante, p. 385
- Gen recesivo, p. 385
- Hipótesis de la dopamina, p. 391
- Indicadores, p. 395
- Instalaciones residenciales, p. 406
- Lenguaje desordenado, p. 380
- Lenguaje perseverante, p. 381
- Modelo de desarrollo neurológico, p. 389
- Modelo monogénico, p. 385
- Modelo poligénico, p. 385
- Modelos poligénicos multifactoriales, p. 385
- Movimientos oculares de búsqueda suave, p. 397
- Prueba de ejecución continua (CPT), p. 397
- Rasgo expresado, p. 385
- Síntomas de primer orden, p. 377
- Síntomas negativos, p. 378
- Síntomas positivos, p. 378
- Síntomas prodromales, p. 398
- Trastorno delirante, p. 408
- Trastorno esquizoafectivo, p. 407
- Trastorno psicótico compartido (*foile á deux*), p. 408
- Trastorno psicótico, p. 373
- Trastornos del espectro esquizofrénico, p. 383
- Unión selectiva, p. 392
- Ventrículos cerebrales, p. 390
- Vulnerabilidad, p. 394

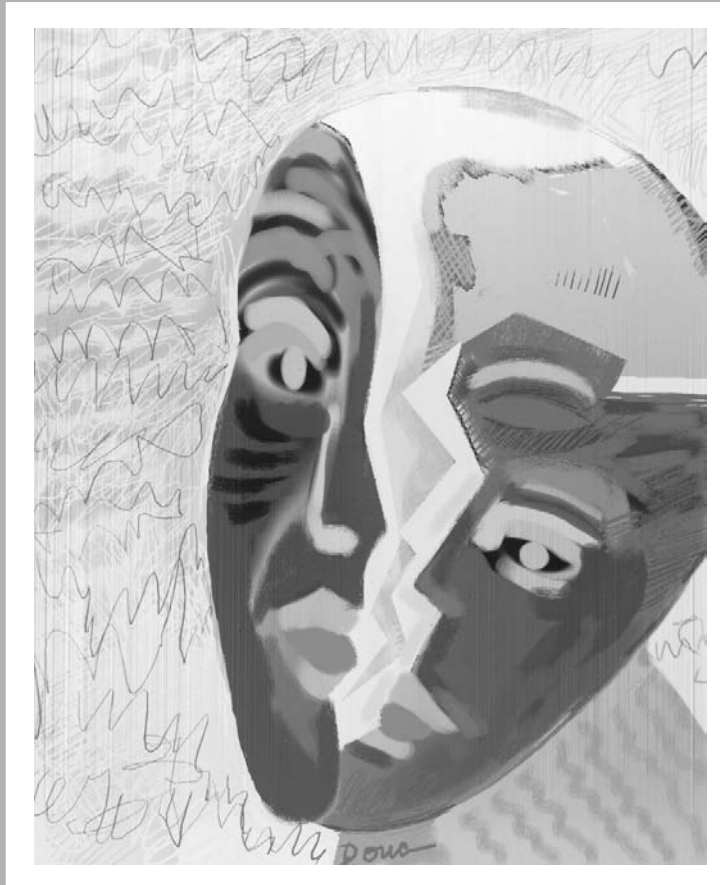
Un buen libro

Aunque la verdad es muchas veces más extraña que la ficción, en ocasiones esta última puede transmitir las verdades de la vida con mucha mayor precisión que los hechos y las estadísticas. Esto es lo que sucede en la primera novela de Paul Ableman, *I hear voices*. Escrita hace casi 50 años, pero continuamente reimpresa desde entonces, es la historia de un hombre joven con esquizofrenia que es confinado en un hospital. Desde la perspectiva del paciente, se observan los procesos de

deterioro intelectual, aislamiento social y pensamiento extravagante. Se escucha la voz de su hermano (que es la que él escucha) como parte de este retrato de corriente de conciencia de una persona con esquizofrenia. A partir de este retrato se puede apreciar la experiencia esquizofrénica y sentir empatía hacia ella.

13

Trastornos por déficit cognitivo



SuperStock, Inc.

El cerebro: una perspectiva interaccionista

Vulnerabilidad a los trastornos cerebrales
Evaluación del daño cerebral

Delirium

Delirium tremens

Demencia

Enfermedad de Alzheimer
Enfermedad de Pick
Enfermedad de Huntington
Enfermedad de Parkinson

Trauma cerebral: lesiones, tumores e infecciones

Trastornos amnésicos

Diversidad de los trastornos por déficit cognitivo

Trastornos cerebrovasculares
Demencia vascular
Síndrome de Korsakoff
Epilepsia

Un enfoque integral de los trastornos cerebrales

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

En este capítulo se analizarán los trastornos caracterizados por déficit cognitivos relacionadas con las disfunciones cerebrales y del sistema nervioso. La disfunción se evalúa de diferentes formas (por ejemplo, mediante observación de la conducta, tomografías computarizada (TC) y exámenes neuropsicológicos. Se mostrará la forma en que se realiza esta evaluación, y se describirán los principales tipos de trastornos por déficit cognitivo. Los problemas de memoria, desorientación y confusión son prominentes en todos estos trastornos. Aunque los trastornos cognitivos involucran anomalías identificables del cerebro y el sistema nervioso, los factores psicológicos y sociales juegan un papel importante en la forma en que los individuos afrontan los efectos de estas anomalías.

Bob Oxley, de 39 años, era un corredor de bolsa y, hasta hace poco, parecía estar en excelentes condiciones. Una mañana se despertó con el peor dolor de cabeza de su vida, tanto, que tenía demasiadas náuseas como para comer y se recostó en la cama atrapado entre sueños y delirios. Después de un gran esfuerzo, llegó a su oficina, pero el dolor se intensificó y apenas pudo llamar a su esposa para que lo llevara a casa. Cuando ella lo llevó al hospital, una exploración por TC detectó una masa blanca de sangre en los espacios llenos de líquido alrededor del cerebro. El tejido hinchado cubría ambos lóbulos frontales. Un tinte inyectado en sus vasos sanguíneos llenó una protuberancia en forma de uva que salía de una arteria debilitada en la parte anterior del cerebro. La sangre se había filtrado de una pequeña fisura en la protuberancia, lo que le provocaba el agudo dolor de cabeza, y después se coaguló, evitando la muerte de Bob. Sin embargo, él entró en una condición que se conoce como afasia, en la cual el individuo tiene problemas para encontrar las palabras y expresar lo que desea decir. La afasia fue generada por el hecho de que el centro del lenguaje, ubicado en el lóbulo frontal izquierdo, sufrió daños. Cuando Bob quería referirse a su médico, decía una palabra parecida. Cuando se le pidió que nombrara diez animales, no pudo decir los nombres de más de dos ("perro" y "gato"). Cuando se le preguntó sobre su trabajo, dijo que trabajaba con "climas" (era corredor de bolsa y trabajaba con sus clientes). En la mayor parte de los casos, Bob no se mostraba preocupado por sus errores.

Ann Martin solía tener una memoria envidiable. Ahora, a los 58 años, olvida sucesos recientes y muestra poca capacidad de razonamiento. (Hace poco desechó un valioso juego de salero y pimentero de plata sterling.) Como ya no puede llevar el presupuesto de la casa, planear sus comidas y cuidar de sí misma en otras formas, ahora vive en una residencia de retiro, a pesar de que todavía es relativamente joven. Se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer, que es provocada por la degeneración física del cerebro. Esta enfermedad da como resultado la pérdida de la capacidad intelectual y cambios en la personalidad y la conducta.

Estos dos casos muestran tanto similitudes como diferencias. Son distintos porque la conducta de Ann Martin fue el resultado de un deterioro del tejido cerebral producido por el proceso de una enfermedad que afectó muchos aspectos de su funcionamiento intelectual. El problema de Bob Oxley se debe a un daño que afectó una función cerebral específica: su capacidad para traducir los pensamientos a palabras. A pesar de estas diferencias, ambas personas son similares porque cada una experimenta los efectos de los cambios en el cerebro.

El DSM-IV-TR clasifica a los trastornos mentales en términos de grupos de características de conducta y psicológicas que se relacionan con la aflicción o con déficit. Las causas de los trastornos son desconocidas o sólo se entienden de manera imperfecta. Por ejemplo, aunque existe cierta evidencia de disfunción en el sistema nervioso central en la esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos obsesivo-compulsivos y otros, no se sabe lo suficiente para asegurar que sus causas son orgánicas. Los factores orgánicos se pueden considerar como una característica para definir estos trastornos y otros, con base en investigaciones futuras, o podrían ser descartados como causas específicas. Por el contrario, los trastornos que analizaremos en este capítulo componen uno de los pocos grupos del DSM-IV-TR que incluyen tanto síntomas conductuales específicos como factores etiológicos conocidos. En cada uno de ellos existen alteraciones características de la conciencia, memoria y/u otro funcionamiento cognitivo relacionado con una condición médica o sustancia (inyectada, ingerida o inhalada), relacionadas de un modo causal con la alteración. Establecer la conexión entre los síntomas conductuales y la condición médica o sustancia es el elemento clave para elaborar el diagnóstico de los déficit cognitivos que se describirá. El capítulo trata sobre los tres tipos de trastornos por déficit cognitivo: 1) *Delirium*, en el que hay confusión de corto plazo y cambios en la cognición; 2) *Demencia*, que se caracteriza por la falta severa de memoria, el juicio, la orientación y la cognición; y 3) *Trastornos amnésicos*, caracterizados por la falta de memoria y el olvido.

El conocimiento de las condiciones que provocan estos trastornos y sus efectos específicos sobre el funcionamiento cerebral es cada vez mayor, no sólo por los nuevos instrumentos para el estudio del cerebro vivo, sino también por la información sobre las interacciones entre el funcionamiento orgánico, las características personales y las variables ambientales. A pesar de estas técnicas y conocimientos nuevos, para muchas personas como Bob Oxley y Ann Martin, que desarrollan un trastorno orgánico cerebral, la vida nunca volverá a ser igual.

El cerebro: una perspectiva interaccionista

Creer que el cerebro es simplemente una serie de reacciones químicas es aislar a los seres humanos de cualquier efecto de su entorno y sus propias acciones. En realidad, una parte de las funciones cerebrales tienen un “cableado directo” que se establece antes del nacimiento y otra parte está diseñada para ser moldeada por la experiencia. En una época, el punto de vista prevaleciente sostenía que el cerebro crecía durante la niñez, adquiría su forma definitiva en la adolescencia y después envejecía poco a poco. Sin embargo, nuevas investigaciones demuestran que cada área del cerebro se desarrolla en formas únicas durante toda la vida. Mientras que unas zonas del cerebro se deterioran, la mayor parte de las células que lo conforman continúan con su tarea de formar nuevas conexiones.

Tres áreas en la investigación sobre el cerebro parecen especialmente importantes para comprender la conducta tanto normal como anormal.

1. La especificación de la forma en que el cerebro crece y se conserva;
2. La identificación de los mecanismos mediante los cuales el cerebro adquiere, almacena y utiliza la información en los niveles celular y molecular, así como en el nivel de la conducta y la interacción social;
3. Dejar en claro el papel que desempeña el cerebro en el monitoreo y regulación de los procesos orgánicos internos.

En el pasado, las personas trataban de encontrar causas físicas para todo tipo de conducta desadaptada. Si la gente se comportaba de manera extraña, era porque tenía algo mal en el aspecto físico. Las personas podían “nacer siendo un criminal” o tener “mala sangre”. Más adelante, los científicos se dieron cuenta de la existencia de causas psicológicas y sociales en el surgimiento de los problemas de conducta. Las explicaciones físicas se consideraron inadecuadas e incluso ingenuas. Sin embargo, en la actualidad, los psicólogos desarrollan un panorama más completo para comprender el grado de vinculación entre las áreas psicológicas, sociales y físicas de la conducta humana.

Aprendemos las habilidades sociales, interactuamos con otras personas y adquirimos actitudes personales dentro de un marco de desarrollo físico. El funcionamiento del hombre recibe influencia de los sucesos orgánicos que ocurren durante la vida intrauterina antes del nacimiento, el proceso de nacimiento y el largo periodo de desarrollo después de éste. Por ejemplo, es probable que el ce-

rebro se dañe de repente cuando una persona tiene una parálisis o sufre una lesión en la cabeza en un accidente (ver el cuadro 13-1). En otros casos, ciertas enfermedades causan el deterioro lento del cerebro. Estos cambios en la naturaleza física del cerebro, ya sea que se presenten en forma rápida o lenta y que comprendan áreas pequeñas o grandes, con frecuencia son la causa de conductas poco comunes. El daño en el cerebro puede provocar una amplia variedad de problemas conductuales, que dependen de qué parte del cerebro se vea afectada y la extensión del daño.

Lo que en la actualidad se conoce sobre los trastornos cerebrales es coherente con lo que hemos dicho en este libro sobre las interacciones entre los factores personales y ambientales, la vulnerabilidad y el estrés. El trabajo de los clínicos e investigadores sería más sencillo si pudieran asumir que ciertos tipos de inadaptación se deben sólo a variables personales, otros sólo a factores físicos y los demás a presiones generadas por las situaciones. Desafortunadamente, esto no se puede hacer. La conducta es un producto combinado de las diferencias individuales y las variables ambientales. La combinación particular de estas variables determina la forma en que actúan las personas y lo que piensan. No existe ningún tipo estándar de efecto psicológico para cada tipo y grado de defecto cerebral.

Vulnerabilidad a los trastornos cerebrales

No sólo existen muchas diferencias en el daño real al cerebro por una lesión o enfermedad que se presentan en diferentes individuos, sino que la misma cantidad de daño o deterioro cerebral puede tener distintos efectos en diferentes personas. Hasta cierto punto, estos efectos dependen de la personalidad y las capacidades del individuo, así como de los apoyos sociales que están disponibles para amortiguar el daño. Por ello, hay muchos casos en los que los efectos psicológicos y conductuales de las lesiones y tumores cerebrales no coinciden con lo que se espera con base en la cantidad del daño cerebral.

Entre los factores que influyen en la vulnerabilidad al daño y los trastornos cerebrales se encuentran los siguientes:

1. **Edad.** La edad en la que se desarrolla una condición cerebral puede tener efectos tanto a largo como a corto plazo. Aunque en algunos casos el cerebro de un infante es más capaz de recuperarse de una lesión que el cerebro de un adulto, es probable que también sea más susceptible a una variedad de condiciones patológicas. Muchos déficit conductuales causados por un daño cerebral en la infancia no se detectan hasta después de mucho tiempo.
2. **Apoyo social.** La presencia de personas que se preocupan y aceptan al individuo y en quienes éste puede confiar, por lo general facilita el ajuste a una enfermedad cerebral. El aislamiento social, por otra parte, aumenta los déficit cognitivos y, por lo tanto, la conducta anormal.
3. **Estrés.** Cuanto mayor sea el estrés, mayores serán los déficits cognitivos y conductuales. Las personas mayores que tienen enfermedades cerebrales crónicas, con frecuencia muestran un deterioro marcado después de una sucesión de eventos de vida estresantes (como la jubilación o el fallecimiento de un cónyuge).

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 13-1

Sarah se cayó y su vida cambió para siempre

Un día de abril, Sarah Monahan, de diez años, perdió el control de su bicicleta y cayó. Lo hizo sobre una herramienta para jardín con picos y una punta de cinco centímetros le perforó la sien izquierda. En la actualidad, sólo queda una pequeña cicatriz, nada que recuerde el orificio del tamaño de una moneda donde el pico penetró el cráneo de Sarah y dejó astillas de hueso en su cerebro. El accidente provocó en Sarah un daño cerebral permanente: en el aspecto emocional es como una niña de dos años y en el académico se encuentra en el tercer nivel (ver las figuras 13-1 y 13-2). A raíz del accidente su estado de ánimo cambia en un instante y cada vez es más agresiva con sus familiares y compañeros de clase. A sus padres se les aconseja tener bajo llave tijeras y cuchillos. En una ocasión, Sarah empujó a su hermano de dos años hacia unas rocas, provocando que se hiriera en la cabeza y que lo tuvieran que llevar a la sala de urgencias. No tiene el concepto de que haya hecho algo malo. En ocasiones, Sarah escucha voces. Una noche mientras la familia veía televisión, se puso de pie y gritó, “si vuelves a decir eso, te mato”. Nadie había dicho ni una palabra.

Casos como el de Sarah son especialmente traumáticos por lo repentino del daño y los efectos dramáticos resultantes, que pueden variar mucho dependiendo de las áreas del cerebro involucradas. Otros efectos muy estresantes en muchos daños cerebrales es que es difícil predecir cuánta mejoría, si es que hay alguna, ocurrirá a lo largo del tiempo, particularmente en los primeros meses después de que ha ocurrido la lesión. El estrés de la familia de Sarah es provocado por la imposibilidad de predecir su conduc-

ta, y el hecho de que Sarah no puede reflexionar sobre su conducta, sus causas y consecuencias.

FUENTE: Basado en el *Seattle Times*, 15 de marzo de 1991, pp. A1, A3.



Figura 13-1 Las heridas externas de Sarah se han curado y parece que la lesión no la afectó.

FUENTE: Jim Berry/*Seattle Times*.



Figura 13-2 Sarah y su maestra celebran el éxito para resolver los problemas en la computadora.

FUENTE: Jim Berry/*Seattle Times*.

4. **Factores de la personalidad.** Es una observación clínica común que algunas personas reaccionen con ansiedad intensa, sentimientos de despersonalización, pensamiento paranoide, estado defensivo y alucinaciones ante cualquier condición que provoque un aturdimiento leve de la conciencia y el deterioro del funcionamiento cognitivo y perceptual.
5. **Condición física.** La ubicación del trastorno cerebral, la tasa de aparición de éste y su duración influyen en el panorama clínico. Además, el nivel general de salud del individuo desempeña un papel en el ajuste.

El estado psicológico y las relaciones sociales de un individuo en el momento en que se presenta una enfermedad orgánica pueden influir en el efecto de ésta sobre su conducta. La persona que tiene una vida estable, por ejemplo, casi siempre responde al tratamien-

to en forma diferente, más adaptada, que alguien que enfrenta problemas conyugales o financieros. Cuando los problemas personales complican una enfermedad orgánica tal vez sea necesario un tratamiento médico y psicológico. Además de sus efectos personales, el deterioro de la función cerebral tiene gran influencia en las relaciones interpersonales. Por ejemplo, las personas con epilepsia sufren por las consecuencias sociales indeseables, así como por las crisis.

Debido a que es complicado determinar la presencia y el grado del daño cerebral, por la necesidad de aislar sus efectos de los factores personales y sociales, los médicos deben evitar los diagnósticos superficiales. Es obvio que una persona que muestra gran desorientación, tiene problemas con la resolución de problemas y muestra estados de ánimo y emociones cambiantes y superficiales padece de algún tipo de problema de conducta. Sin embargo, los

aspectos básicos del diagnóstico—, un cálculo del papel que desempeñan el daño orgánico, la personalidad y el estrés como causas del desequilibrio —no se pueden determinar de manera sencilla.

Evaluación del daño cerebral

En tanto que la lista de trastornos cerebrales raros es larga, los trastornos cerebrales que tienen un efecto importante en el pensamiento y la conducta son bastante comunes. Por ejemplo, los daños cerebrales, la epilepsia y las enfermedades cerebrovasculares agudas son más comunes que la esquizofrenia y los trastornos de pánico (J.M. Silver y cols., 1990). La labor para identificar en forma correcta las condiciones que probablemente se deban a una disfunción del cerebro es importante. Esta labor se complica por el hecho de que el daño a un área particular del cerebro puede tener efectos diversos. Dicho punto se ilustra en la tabla 13-1, que menciona los síntomas que se observan con frecuencia en los pacientes con trastornos relacionados con la disfunción de los lóbulos frontales. Algunos de estos síntomas son evidentes en el siguiente caso:

La señora L., un ama de casa de 58 años de edad, fue llevada al hospital por su hija, quien indicó que durante el último año su madre ha mostrado poco interés en cuidar de su casa y sus necesidades personales. La paciente vive sola en un área rural, con pocos vecinos. La hija, en una visita ocasional, notó un cambio en la conducta de su madre; mostraba falta de interés en la conversación y su apariencia era descuidada, falta de interés en los asuntos familiares y total desatención del aseo personal y de la casa. Los vecinos notaron que había dejado de ir a la iglesia, que casi no iba de compras y que había dejado de hacer visitas sociales. Durante el examen al ingresar al hospital, la señora. L. estaba despierta pero con una marcada apatía. No conversó espontáneamente y respondía a todas las preguntas con una sola palabra. Caminaba lento, arrastraba sus pies y tuvo varios episodios de incontinencia. Una tomografía computarizada (TC) reveló que tenía un gran quiste en el

lóbulo frontal. El resultado de la cirugía para extraer el quiste fue la marcada inversión en su conducta. Después de dos semanas, la paciente caminaba bien, conversaba en forma espontánea y ya no tenía incontinencia ni apatía.

Se utilizan varios procedimientos para evaluar la gravedad del daño o deterioro del cerebro. Además de una evaluación física general, las pruebas clínicas pueden incluir un examen del estado mental, pruebas neuropsicológicas, rayos X tradicionales, así como técnicas radiológicas más recientes como las exploraciones por medio de tomografías computarizadas que proporcionan información sobre los tejidos suaves del cerebro y su actividad química.

Examen del estado mental y pruebas neuropsicológicas

El examen del estado mental consiste en una entrevista que es útil para la observación clínica, así como para evaluar cualquier afirmación que pueda hacer el individuo. Como se mencionó en el capítulo 4, el examen del estado mental proporciona información sobre la conducta y pensamientos actuales del paciente. Las preguntas y tareas tratan sobre orientación hacia la realidad, memoria y capacidad para seguir instrucciones. La tabla 13-2 proporciona ejemplos de las preguntas y tareas que se utilizan para detectar trastornos cerebrales.

Este examen, con frecuencia, se complementa con las pruebas psicológicas y los exámenes neurológicos. Los clínicos lo utilizan para obtener la siguiente información:

- 1. Nivel de conciencia: ¿cuál es el grado de conciencia del individuo sobre lo que sucede?
- 2. Apariencia general (conducta, vestimenta, cooperación)
- 3. Periodos de atención
- 4. Orientación en tiempo y espacio
- 5. Memoria a corto plazo (sucesos pasados de la vida o conocimiento común)
- 6. Lenguaje (lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, lectura, escritura)
- 7. Corriente de pensamiento: ¿las ideas del individuo se relacionan en forma lógica?
- 8. Estado de ánimo
- 9. Juicio e insight (entendimiento)

Como se vio en el capítulo 4, el uso del examen mental no se limita a los casos en que se sospecha daño cerebral (Heilman y Valenstein, 2003). Por lo general, se emplea para describir la conducta de los pacientes durante la época en que reciben tratamiento clínico. Proporciona un registro objetivo que es importante para elaborar el diagnóstico y para evaluar el curso de un trastorno y su respuesta subsecuente al tratamiento. Las descripciones detalladas y precisas de la conducta, sin especulaciones o inferencias, son necesarios para registrar el examen del estado mental. Sus resultados se interpretan en conjunto con la información acerca de los antecedentes del paciente, los datos de un examen físico y los resultados de las pruebas de laboratorio.

TABLA 13-1

Cambios de personalidad y cognitivos en pacientes con trastornos que se relacionan con disfunciones del lóbulo frontal

- Apatía; pérdida de interés en la interacción social
- Falta de atención a la apariencia personal
- Bullicio; lenguaje obsceno; aumento en el volumen del lenguaje
- Irritabilidad; violencia
- Aumento de la búsqueda de situaciones de riesgo
- Comer o beber en exceso
- Reducida capacidad del uso del lenguaje, los símbolos y la lógica
- Disminución de la capacidad de concentración
- Pérdida de orientación del tiempo o el espacio

FUENTE: Adaptación de Silver, Hales y Yudofsky (1990).

TABLA 13-2

Preguntas y tareas que se utilizan en los exámenes del estado mental para la evaluación de los trastornos cerebrales

Tipos de pregunta o tarea	Ejemplos
Orientación en el tiempo	"¿En qué año estamos?"; "¿Qué día es hoy?"
Orientación en el espacio	"¿En qué ciudad estamos?"; "¿En qué estado estamos?"
Memoria inmediata	"Repita estas palabras: pelota, bandera, árbol."
Atención	"Reste 7 de 100. Continúe restando de 7 en 7."
Retención	"Repita las palabras [pelota, bandera, árbol] que mencioné antes" [unos minutos después de haberlas dicho].
Nombrar	"¿Qué es esto?" [Mostrar un lápiz, reloj, etc.]
Repetición	"Repita: este, oeste, aunque cueste".
Seguir órdenes	"Tome el lápiz y póngalo allá en la mesa".
Percepción visual	"Copie esta figura". [Muestre un triángulo y después dos pentágonos entrelazados].

Los neuropsicólogos utilizan distintas técnicas para evaluar el daño cerebral y sus causas. La **neuropsicología** es una rama relativamente nueva de la psicología que trata sobre las relaciones entre la conducta y la condición del cerebro. Los neuropsicólogos clínicos se interesan en especial por los efectos que las lesiones cerebrales tienen en la conducta. Las **pruebas neuropsicológicas** se utilizan para evaluar el daño en ciertas áreas como la conciencia y la respuesta a la estimulación sensorial, la capacidad de comprender la comunicación verbal, para expresarse y la expresión emocional. Las pruebas neuropsicológicas son sensibles al deterioro del funcionamiento de las distintas áreas del cerebro. Los neuropsicólogos estudian los déficit con tres objetivos en mente: 1) para conocer la estructura y funcionamiento del sistema cognitivo normal, 2) para explorar la ubicación de varias funciones en el cerebro, y 3) para lograr un mejor entendimiento de cualquier déficit, como base para el diagnóstico y tratamiento.

Al trabajar con pacientes, los neuropsicólogos tratan de describir los cambios en el funcionamiento psicológico (por ejemplo, en relación con el pensamiento, con la solución de problemas, las emociones y la conducta). Al hacer esto, deben ser sensibles a los factores culturales que pudieran ser pertinentes en relación con la disfunción cognitiva y la rehabilitación (Ferraro, 2002). Además de detectar el nivel del funcionamiento, intentan determinar las partes del cerebro que no funcionan en forma apropiada. La evaluación neuropsicológica proporciona claves sobre el tipo de programas de rehabilitación que pudieran ser de ayuda y también guías prácticas para la familia y las personas que los cuidan (Hebben y Milberg, 2002).

Imagenología cerebral El progreso en la elaboración de pruebas para medir los trastornos en las distintas áreas del cerebro se ha limitado por la falta de información directa acerca de lo que en realidad sucede en este órgano. Como ya se vio en capítulos anteriores, la tecnología que emplea una variedad de **técnicas de imagenología cerebral** ha provocado un rápido cambio en esta situación. Dicha tecnología contribuye al esclarecimiento de la re-

lación entre el daño a regiones específicas del cerebro y sus efectos en el funcionamiento psicológico. Con frecuencia, los estudios que utilizan tanto técnicas de imagenología cerebral como pruebas neuropsicológicas han encontrado que las conclusiones que resultan de ellas por lo regular son comparables (Ritchie y Richards, 1999). Este capítulo, que centra la atención en los trastornos cerebrales, ofrece una buena oportunidad para analizar cierta información sobre las técnicas de exploración. La figura 13-3 muestra los principios básicos involucrados en tres de las técnicas de exploración que se emplean con mayor frecuencia: la tomografía computarizada (TC), la tomografía por emisión de positrones (TEP) y la obtención de imágenes por resonancia magnética (IRM).

La TC proporciona imágenes que muestran la ubicación, deterioro o aumento de las lesiones. La TEP permite que los investigadores visualicen la actividad química de las distintas partes del cerebro humano. En forma muy parecida a como los mapas climáticos muestran los distintos niveles de precipitación pluvial, una exploración por TEP muestra la forma en que varían los niveles del metabolismo de la glucosa en las distintas partes del cerebro según el estado mental y la conducta del individuo. La exploración TEP permite que los científicos estudien los cambios bioquímicos en el cerebro que nunca antes se habían podido analizar. La aplicación de TEP permite evaluar la actividad metabólica y la medición de la función de los neurotransmisores.

La obtención de imágenes por resonancia magnética (IRM) emplea conjuntos de detectores sensibles que se colocan en la cabeza para localizar y medir la ubicación precisa de la actividad neural dentro de los surcos y pliegues. Tanto la tomografía computarizada como las imágenes por resonancia magnética permiten visualizar la anatomía cerebral y las posibles anomalías estructurales. A diferencia de la TC que se limita a proporcionar imágenes de las regiones del cerebro en un plano transversal, la IRM puede dar imágenes de todos los planos.

La tomografía computarizada fue una de las primeras técnicas de imagenología que se utilizaron en trabajos clínicos y de investigación relacionados con la salud. Actualmente, la IRM ha sido

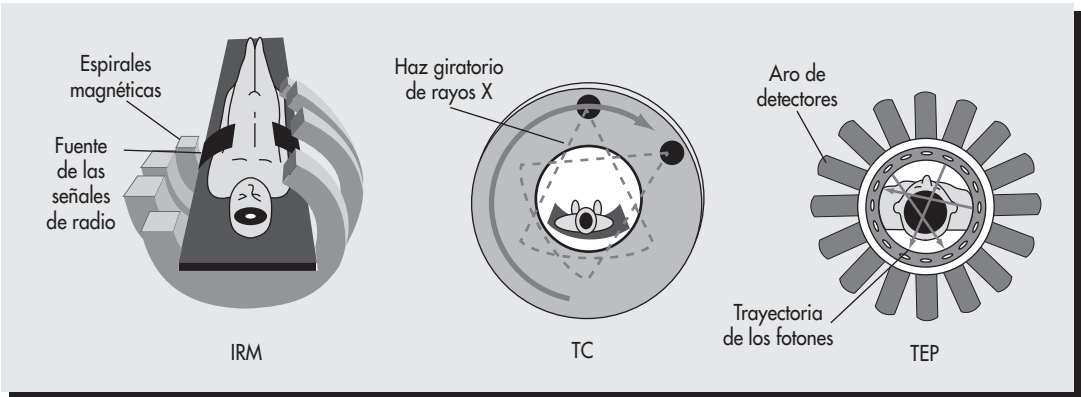


Figura 13-3 Cada una de las tres principales técnicas de exploración que se emplean para estudiar el cerebro produce imágenes en forma diferente y, como lo explica el texto, cada tipo de exploración puede tener diversos usos.

Las imágenes por resonancia magnética (IRM) emplean la energía en forma de ondas de radio. Después que el paciente se coloca dentro del dispositivo para obtener las imágenes, se crea un fuerte campo magnético. En estas condiciones, los átomos de cada tipo de tejido tienen una resonancia diferente. Una computadora utiliza estos patrones de resonancia para recrear una fotografía compuesta.

La tomografía computarizada (TC) funciona a través de rayos X, con un enfoque estrecho, que gira con rapidez alrededor del cuerpo del paciente mientras éste permanece recostado en el dispositivo. De esta forma, una computadora elabora una imagen del cuerpo en porciones delgadas a partir de las medidas de las radiaciones que pasan por el paciente a medida que la fuente de rayos X se mueve de un lugar a otro.

Con el objeto de utilizar los procedimientos de exploración de la tomografía por emisión de positrones (TEP), primero se deben inyectar químicos radiactivos en el cuerpo del paciente. Mientras estos químicos se metabolizan y se mueven por el cuerpo del paciente, emiten electrones con carga positiva, o positrones. Entonces, los electrones y positrones chocan y emiten pares de fotones que crean señales al golpear los detectores en el aparato. Después, estas señales se convierten, por medio de una computadora, en un mapa de la actividad química.

reemplazada en gran parte por la TC como el método de imagenología más útil y económico. La IRM puede distinguir mejor la interconexión entre la materia gris y la blanca en el cerebro, y es superior para detectar ciertos tipos de lesiones. Igual que la TC, el valor de la IRM en la evaluación de los trastornos cerebrales se basa en los diagnósticos que puede descartar (por ejemplo, la presencia de un tumor). Aunque de gran potencial diagnóstico, el costo de las exploraciones TEP es muy alto para un uso clínico de rutina, y se necesita más investigación para identificar con certeza las funciones que pueda llevar a cabo con mayor eficacia.

Delirium

Los síntomas del **delirium** incluyen deterioro cognitivo relativamente global, desorientación y confusión. En el delirium, un individuo tiene dificultades para cambiar, centrar, transferir y mantener la atención. Pueden ser evidentes varias emociones fuertes y cambiantes que no parecen relacionarse con los sucesos del entorno. La tabla 13-3 presenta las características clínicas más importantes de esta enfermedad.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el delirium se mencionan a continuación:

- 1. Alteraciones de la conciencia (por ejemplo, percepción reducida de lo que sucede en el entorno), incapacidad reducida para centrar, mantener y cambiar la atención

TABLA 13-3	
Características clínicas del delirium	
Conducta	Hiperactivo y agitado; hipoactivo y somnoliento; cualquiera de estos pares de conducta pueden presentarse o fluctuar. Habla en forma incoherente y murmurando. Desorientación grave.
Estado de ánimo	Ansioso, irritable, deprimido. Estos estados de ánimo varían con frecuencia.
Pensamiento	El pensamiento es confuso y lento, la persona parece perpleja. Pueden presentar delirios. La memoria y la retención están dañadas.
Percepción	Ilusiones visuales, malas interpretaciones y alucinaciones.

- 2. Déficit cognitivo y alteraciones de la percepción (pérdida de memoria, desorientación)
- 3. Desarrollo de síntomas durante un corto periodo (por lo regular de horas a días), y fluctuación durante el transcurso de un día
- 4. Evidencia de que la condición es causada por las consecuencias fisiológicas directas de una condición médica, o por intoxicación atribuible a una sustancia psicoactiva (como el alcohol)

El delirium se puede presentar como resultado ya sea de una condición cerebral aguda o crónica. Existen cuatro causas orgánicas generales del delirium:

1. Enfermedad cerebral (por ejemplo, un infección o un tumor)
2. Una enfermedad o infección en otra parte del cuerpo que afecta al cerebro (por ejemplo, una condición metabólica)
3. Intoxicación (por ejemplo, con alcohol)
4. Abstinencia de una sustancia a la que una persona es adicta (por ejemplo, drogas opiáceas)

Por lo general, el delirium acompaña a algún otro problema físico grave; alrededor de 10% de los pacientes hospitalizados por cuadros médicos y quirúrgicos (en especial las personas de edad avanzada) lo padecen (Lipowski, 1987). Una persona internada en el hospital después de un ataque cardíaco puede padecer delirios debido a que la cantidad de oxígeno que recibe el cerebro depende de que el paciente esté sentado o recostado. La excreción inadecuada de los desechos corporales también puede provocarlo. Por ejemplo, si los riñones no funcionan, las toxinas que por lo regular son filtradas y se excretan en la orina, se acumulan en el torrente sanguíneo y la sangre tiene menos capacidad para transportar oxígeno. Como resultado de estas alteraciones físicas, el cerebro empieza a carecer de oxígeno y pueden ocurrir síntomas de delirium, los cuales, por lo general, desaparecen poco después que se corrige la condición que la precipitó. El estrés psicológico, la restricción del sueño y sensorial, la inmovilización prolongada y la fatiga excesiva probablemente contribuyan a la aparición del delirium y aumenten su gravedad. Se cree que un desajuste general del metabolismo cerebral aunado a un desequilibrio en los neurotransmisores se encuentra detrás de todos los casos de delirium.

Aunque todos tenemos el potencial para desarrollar el delirium, parecen existir grandes diferencias entre las susceptibilidades. Algunas personas padecen delirium como respuesta a cambios metabólicos o medicamentos que en otros casos no producen dicho trastorno, en cambio, otras personas no sufren delirium bajo condiciones metabólicas que podrían provocar este trastorno en la mayoría de las personas. La frecuencia del delirium es más elevada entre los ancianos. No se sabe hasta qué grado este aumento es una función de la edad misma, más que de la frecuencia de las enfermedades cerebrales en la vejez.

Los pacientes con lesiones cerebrales son especialmente propensos a desarrollar el delirium, así como los que tienen antecedentes de adicción al alcohol y a las drogas. El delirium es frecuente después de una cirugía, ya sea de inmediato o después de varios días de lucidez, y al parecer se debe al estrés físico y psicológico de la operación y al periodo postoperatorio. Es probable que cada individuo tenga un umbral específico para esta condición, como resultado de una variedad de factores. Un daño cerebral preexistente, la adicción y ciertos trastornos mentales crónicos pueden acercar a las personas a este umbral aun cuando no lo sobrepasen; los cambios metabólicos relativamente pequeños pueden entonces provocar que el paciente lo cruce.

Para poder tratar de forma más eficaz el delirium, el clínico debe obtener la mayor cantidad de información posible acerca de las causas y las circunstancias que lo precipitaron. Esto puede ser difícil porque el paciente, con frecuencia, está demasiado confundido para dar información confiable. Los siguientes pasos son tratar las causas físicas, si es posible; ofrecer confianza para reducir la ansiedad y disponer de cuidado médico y enfermeras en un ambiente tranquilo.

Delirium tremens

Uno de los ejemplos más dramáticos del delirium se puede observar en una condición cerebral aguda conocida como **delirium tremens** (o el “DT”) que, en ocasiones, puede ser el resultado del consumo excesivo de alcohol. Las personas que lo padecen pueden ser incapaces de seguir instrucciones (como “saca la lengua”) o prestar atención a los eventos que tienen lugar a su alrededor. Además del delirium, el DT se caracteriza por temblores y alucinaciones visuales que provocan un estado de terror.

Por lo general, los síntomas del delirium tremens no son evidentes hasta después que la persona deja de beber. Varios aspectos del mecanismo que provoca sus síntomas no se comprenden bien, pero, al parecer, el DT se debe a la prolongada interferencia del alcohol con el metabolismo del cerebro. La condición se presenta en aproximadamente 5% de los alcohólicos. Sin importar la causa (alcohol, infección, etcétera), un descubrimiento común es el aletargamiento difuso de los patrones de las ondas cerebrales.

El delirium tremens puede durar una semana o más y la persona afectada casi siempre debe ser hospitalizada. Durante un episodio de DT, la condición física del paciente se deteriora y se incrementa su vulnerabilidad a las infecciones. Los tranquilizantes y un entorno silencioso y ordenado son esenciales, ya que incluso las conversaciones de rutina entre el personal del hospital pueden asustar al paciente y aumentar sus experiencias alucinantes. La renovación de la capacidad para dormir y descansar casi siempre indica que el episodio de DT llega a su fin. Sin embargo, la recuperación depende de la restauración del equilibrio metabólico. En algunos casos, éste no se puede conseguir y el paciente muere.

Demencia

Temo que no estoy bien de la mente.

Me parece que debería conocerte y conocer a este hombre;

Sin embargo, tengo dudas, ya que soy sobre todo ignorante

Qué lugar es éste; y toda la capacidad que tengo

No recuerdo estas prendas; tampoco sé

Dónde me alojé anoche. [...]

(Shakespeare, *El Rey*, acto IV, escena 7)

La descripción del Rey Lear respecto de su confusión muestra los síntomas característicos de la demencia que las personas han pre-

senciado durante siglos. La característica esencial de la **demencia**, o *deterioro cerebral*, es una pérdida gradual de las capacidades intelectuales que es suficiente para interferir con el funcionamiento social y ocupacional. La palabra *demencia* se deriva del latín que significa el estado de estar fuera de sí o despojado de sí mismo. También se presentan deterioro de la memoria, reducción de la capacidad de juicio y de pensamiento abstracto, pérdida del control de sí mismo, confusión, problemas motores y de lenguaje y cambios en la personalidad. La demencia puede ser progresiva, estática o incluso reversible si hay un tratamiento eficaz disponible. Ya que los individuos con demencia no pueden pensar con claridad y con frecuencia tienen dificultades para elaborar juicios razonables, son en especial vulnerables al estrés físico, psicológico y social. Los individuos que padecen demencia son más propensos que otras personas a experimentar el delirium.

La aparición de la demencia es engañosa y, casi siempre, el curso del trastorno es gradual (Weiner y Lipton, 2003). Con frecuencia se emplea el término *demencia senil* para referirse a la condición cuando se presenta en las personas mayores de 65 años (ver la figura 13-4). Las autopsias muestran que la mayor parte de las demencias seniles tienen las características de la *enfermedad de Alzheimer* (que estudiaremos más adelante en este capítulo). Si la demencia se presenta en individuos más jóvenes, se conoce como *demencia presenil*. En las personas con esta condición, existe una atrofia (degeneración) progresiva del tejido cerebral y los patrones de las ondas cerebrales son casi siempre anormales. El individuo con demencia tiene cada vez más lapsos de amnesia, poco juicio y desorientación. El deterioro de hábitos personales es común, y la conducta se puede volver impredecible e impulsiva. Debido a que la persona recuerda mejor los eventos antiguos que los recientes, parece vivir en el pasado gran parte del tiempo.

La tasa a la que la conducta se ve afectada y la forma en que cambia depende de muchos factores, uno de ellos la reacción del individuo al deterioro físico y psicológico. Un porcentaje considerable de personas con demencia parecen sufrir cambios de personalidad profundos. Sin embargo, estos cambios pueden ser de grado más que alteraciones básicas de la personalidad. En estos casos, la consideración cuidadosa de los rasgos anteriores de personalidad del individuo puede revelar la presencia de patrones desadaptados de conducta previos a la aparición de la senilidad, que incluyen patro-



Figura 13-4 La demencia no representó ninguna preocupación importante para la salud pública antes del siglo xx porque pocas personas vivían más allá de los 75 años, pues es un problema que se relaciona con la edad avanzada. El efecto económico de la demencia es fuerte en razón de que representa un gasto de miles de millones de dólares cada año.
En la actualidad, más de 50% de toda la población de Estados Unidos alcanza los 75 años y 25% vive hasta los 85 años. Muchos de los ancianos que viven en los asilos padecen algún grado de demencia.

nes de reacción psicótica o neurótica reales y severos, o lo que es más probable, tendencias en esas direcciones. Estas tendencias empeoran por la aparición de la senilidad, pero no son provocadas por ésta. Un síntoma común es la **confabulación**: al enfrentarse a la pérdida de recuerdos particulares, el individuo llena los espacios vacíos en su memoria con relatos detallados, pero inexactos, de sus actividades.

Más de la mitad de los casos a los que se diagnostica como demencia senil muestran varias combinaciones de agitación, reacciones paranoides y esquizofrénicas. Las características depresivas son especialmente comunes en los casos de demencia; incluyen inquietud durante la noche, irritabilidad, reducción de intereses y pérdida de iniciativa. La tabla 13-4 menciona algunas de las formas para distinguir la demencia de la depresión.

La demencia se distingue principalmente por los daños a la memoria y al funcionamiento cognitivo. Aunque existen muchas causas para la demencia, el DSM-IV-TR reconoce algunos criterios

TABLA 13-4	
Signos y síntomas que ayudan a distinguir la depresión de la demencia	
Demencia	Depresión
Progreso uniforme durante meses o años	Progreso no uniforme durante semanas
Intentos de ocultar la pérdida de la memoria	Quejas por la pérdida de memoria
Empeoramiento al final del día o cuando hay cansancio	Con frecuencia, hay un empeoramiento en las mañanas, y mejora a medida que pasa el día
Inconsciencia o minimización de la incapacidad	Conciencia y exageración de la incapacidad
Rara vez, abuso de drogas	Posible abuso del alcohol u otras drogas
FUENTE: Con base en Heston y White (1991).	

TABLA 13-5

Criterios centrales de la demencia

1. Daño a la memoria (incapacidad para aprender nueva información y para recordar la información que se aprendió previamente).
2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - a. Deterioro de la función del lenguaje (la comunicación se vuelve vaga o vacía, y puede deteriorarse la comprensión del lenguaje hablado o escrito)
 - b. Capacidad reducida para realizar actividades motoras a pesar de una función motora intacta, función sensorial y comprensión de la tarea requerida (por ejemplo, capacidad reducida para hacer la pantomima de utilizar un objeto, como un peine y peinarse)
 - c. Fracaso para reconocer o identificar objetos aunque la función sensorial esté intacta (por ejemplo, pérdida de la capacidad para reconocer objetos como sillas o mesas, a pesar de una agudeza visual normal)
 - d. Alteración de las funciones de ejecución, como planear, organizar, establecer secuencias y abstraer (la disfunción de ejecución incluye, por ejemplo, incapacidad para recitar el alfabeto o nombrar tantos animales como sea posible en un minuto)

centrales, sin importar la causa. La tabla 13-5 menciona estos criterios centrales.

El riesgo para la demencia se incrementa en forma dramática con la edad: de 1% para personas de 65 años o menos hasta 25 a 50% para personas de más de 85 años (Hales y Yudofsky, 2003). Una gran encuesta de canadienses de más de 65 años de edad dio como resultado una prevalencia estimada de demencia de 8% (Costa, 1996). La proporción de mujer-hombre fue de 2:1. Cincuenta y seis por ciento de todas las personas de más de 65 años de edad que viven en instituciones de diversos tipos fueron diagnosticadas con demencia. La cifra de personas que están en instituciones en el grupo de 65 a 74 años fue de 40% y de 66% para las mayores de 85 años.

El tratamiento de la demencia se enfoca en reducir la angustia que experimentan los pacientes y mejorar su funcionamiento conductual y cognitivo; reducir la angustia de los miembros de la familia que los cuidan; y, donde sea posible, reducir la necesidad de institucionalizarlos. Los enfoques de tratamiento particulares pueden variar de un caso a otro, dependiendo de la disfunción y sus causas, pero éstas son las áreas principales de intervención que deben considerarse:

1. Capacitación sobre habilidades cognitivas y conductuales para pacientes (por ejemplo, aprender a utilizar etiquetas como una ayuda de memoria para desempeñar varias actividades, como encender y apagar luces o abrir y cerrar las llaves del agua)
2. Actividades de los pacientes (por ejemplo, ejercicio e interacción social)
3. Medicamentos (por ejemplo, para la demencia subyacente y para la depresión asociada con el déficit cognitivo)

4. Capacitación y actividades para los cuidadores (por ejemplo, grupos de apoyo, asesoría familiar, línea telefónica de ayuda, programas educativos)

Enfermedad de Alzheimer

En muy raras ocasiones, dice mi nombre. Con más frecuencia, simplemente aprieta mi brazo y me mantiene frente a él y sus ojos me miran fijamente. Su mano todavía es fuerte, su agarre firme. Las enfermeras me comentan que reconocer mi cara es ahora lo único que todavía lo conecta con la vida que vivió (Kozol, 2000, p. 27).

El autor Jonathan Kozol describe de esta forma a su anciano padre, quien por casi 50 años dio clases de neurología en la Harvard Medical School, y después desarrolló la enfermedad de Alzheimer. La demencia es un problema, principalmente, de los ancianos. Por muchos años, diversos problemas del envejecimiento fueron agrupados en la categoría “trastornos seniles”. En la actualidad sabemos que diversos tipos de problemas psicológicos y de conducta se presentan entre las personas de edad avanzada. Los ancianos son vulnerables tanto a las serias consecuencias de los cambios cerebrales (como la demencia senil), como a otras condiciones psicológicas (como en los que el papel de los factores orgánicos es mucho menos claro). Por ejemplo, los episodios depresivos aumentan, tanto en la frecuencia como en la profundidad en los últimos años de vida. Es probable que la depresión sea causada por el comienzo de una enfermedad o incapacidad, o la muerte del cónyuge; sin embargo, con el tiempo, la mayoría de las personas se adaptan a estos cambios. La mayoría de las depresiones severas en la edad avanzada son recaídas, aunque pueden presentarse nuevos casos aun después de los 75 años. También son comunes los trastornos paranoides e hipocondríacos en las personas mayores.

Un importante desafío clínico que deben enfrentar los ancianos es una mayor probabilidad de trastornos en los que exista degeneración cerebral. El siguiente relato fue escrito por un estudiante de medicina, quien estuvo trabajando con un paciente con la enfermedad de Alzheimer. El paciente mostró un significativo déficit cognitivo, y la descripción del estudiante transmite algunas de las realidades de esta insidiosa y desgarradora enfermedad que se relaciona con los ancianos.

Visitaba a Margo en su casa todos los días. En el camino, compraba en la tienda cualquier cosa que ella necesitara y, en ocasiones, una sorpresa. Sus favoritos eran los emparedados de mantequilla de maní y mermelada con pan blanco. Se podía devorar dos en un momento, sobre todo si tenía leche a la mano. Esto siempre me sorprendía, por el peso de Margo.

En el departamento, la sirvienta jamaicana de Margo, Louise, me daba la bienvenida con sonrisas y gestos, quizá porque mi visita significaba una reducción de sus deberes. A Louise le llevaba un rato abrir la puerta, ya que estaba bien cerrada con seguros y cadenas diseñados para evitar que Margo se escapara por las noches. Antes de que se instalaran los seguros, en varias ocasiones, Margo había visto satisfecho su comprensible deseo de explorar la ciudad por su cuenta. Por lo general, la encontrábamos dos días después cuando escuchábamos el informe de

la policía que describía a una mujer con ropa de dormir que rondaba por Central Park. Durante estas excursiones, habían sucedido cosas malas. ¿Margo entiende que está encerrada por su propia seguridad? [...]

Margo nunca me llamaba por mi nombre. Nunca supe si lo olvidaba de un día para otro o si en realidad me recordaba del todo. Si le preguntaba, decía que sabía quién era. Pero quizá se trataba sólo de cortesía adaptada; quizá parecía que yo deseaba que me recordara (Firlík, 1991, p. 201).

La **enfermedad de Alzheimer** se caracteriza por falta de memoria y confusión. Comparada con la memoria de corto plazo, la memoria de largo plazo se mantiene relativamente intacta. Sin embargo, la demencia que se relaciona con esta enfermedad empeora en forma inevitable. Una señora dijo que no entendía la condición de Alzheimer de su esposo, hasta que una noche ofrecieron una cena en su casa: “Fue una cena muy agradable; todos nos divertimos mucho. Cuando los invitados se preparaban para irse, mi esposo se puso su abrigo para irse con ellos. No sabía que estaba en su propia casa.” El diagnóstico del trastorno se basa en parte en la incapacidad del paciente para responder preguntas sencillas como “¿En qué (año), (estación), (fecha) y (mes) estamos?” y para desempeñar tareas asignadas como “cuente en reversa de un número en particular (por ejemplo, 100) restando de 7 en 7” y “deletree la palabra *mundo* al revés”.

La enfermedad de Alzheimer es, por mucho, la causa principal de deterioro mental entre los ancianos. Aproximadamente cuatro millones de estadounidenses lo padecen. Este mal es la causa de más de 100 000 muertes por año en Estados Unidos, y está en cuarto lugar como causa de muerte después de la enfermedad cardíaca, del cáncer y del derrame cerebral. El promedio de supervivencia a partir del diagnóstico es de aproximadamente ocho años. Al parecer este trastorno tiene dos tipos: esporádico y familiar. Mientras que los síntomas de ambos son similares, el *tipo esporádico* (en la mayoría de los casos) no prevalece en la familia, y el *tipo familiar* sí.

Esta enfermedad representa una gran demanda de recursos para el cuidado de la salud. Las víctimas de la enfermedad constituyen de 50 a 60% de los 1.3 millones de personas en los asilos en Estados Unidos y representa más de la mitad de los varios miles de mi-

llones de dólares que se gastan cada año para el cuidado en los asilos. A medida que la edad promedio en ese país continúe incrementándose, la enfermedad se volverá más común y demandará más recursos. Para el año 2040, el número de personas mayores de 85 años, el segmento de la población de Estados Unidos que crece con mayor rapidez, será cinco veces mayor que en la actualidad. Con base en la proporción de casos que hay actualmente en este grupo de edad, se calcula que, para ese año, la cantidad de casos de la enfermedad de Alzheimer puede exceder los seis millones. Esta enfermedad también es la forma más común de **demencia presenil**, que tiene un inicio temprano y puede presentarse hasta en una persona de alrededor de 30 años. Por lo general, en estos casos provoca un deterioro intelectual con lapsos de amnesia cada vez mayores. El porcentaje de evolución del trastorno tiende a ser más rápido en estos casos de inicio temprano.

Tanto en la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano como en la enfermedad senil, la destrucción progresiva del tejido nervioso lleva al deterioro del lenguaje, movimientos involuntarios de brazos y piernas y, en algunos casos, convulsiones. Cuando la enfermedad se manifiesta sobre todo en la esfera intelectual, es probable que el individuo experimente gran ansiedad por el deterioro de sus capacidades (ver la tabla 13-6). La paciente que se describe en el siguiente ejemplo, una mujer quien murió a la edad de 47 años del mal de Alzheimer de tipo familiar, había presentado una pérdida progresiva de memoria durante los ocho años anteriores a su muerte:

Cuando comenzó la enfermedad, con frecuencia repetía las mismas preguntas o historias y por lo regular olvidaba dónde había dejado objetos. No tenía una preparación formal y trabajaba como ama de casa. Durante los años subsecuentes, comenzó a tener problemas para preparar las comidas, descuidaba sus obligaciones familiares y parecía apática. No terminaba las actividades que comenzaba y se aisló de otras personas. Cuatro años después del comienzo de la pérdida de memoria, comenzó a agitarse, en ocasiones se volvía agresiva y comenzó a deambular. Descuidaba su higiene personal y su lenguaje se deterioró. Durante seis años después del inicio de su enfermedad (dos años antes de morir), desarrolló incontinencia urinaria y, en ocasiones, fecal.

TABLA 13-6	
Etapas en la reducción cognitiva que acompañan la enfermedad de Alzheimer	
Etapas	Ejemplos
1. Se queja del déficit de memoria	Olvidar nombres que se conocían muy bien
2. Aumenta el déficit cognitivo y los signos de confusión	Perder o dejar en un lugar equivocado un objeto de valor
3. Reducción cognitiva moderadamente severa y confusión intensificada (demencia temprana)	Incapacidad para recordar aspectos importantes de la vida de sí mismo, como los nombres de familiares cercanos
4. Reducción cognitiva y confusión severas (demencia intermedia)	Dificultad para recordar los eventos y experiencias recientes
5. Reducción cognitiva y confusión muy severas (demencia tardía)	Pérdida de las habilidades verbales, necesidad de ayuda para comer e ir al baño

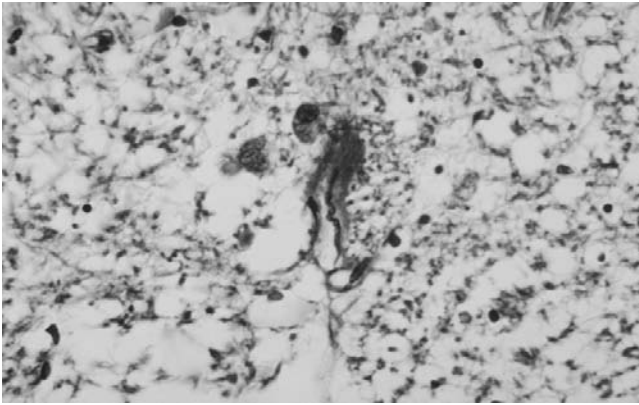


Figura 13-5 Sección cerebral de un paciente de 57 años con Alzheimer de tipo familiar, que muestra placas en la corteza cerebral frontal.

FUENTE: Lopera y cols., 1997, p. 797.

Direcciones de la investigación Un médico alemán, Alois Alzheimer, identificó por primera vez la enfermedad que lleva su nombre en 1906. Su paciente, una mujer de 51 años, sufría de pérdida de memoria, desorientación y, más adelante, demencia severa. Después de la muerte de ésta, Alzheimer llevó a cabo la autopsia del cerebro y encontró las dos características distintivas de la enfermedad: masas confusas de células nerviosas y fragmentos de ramificaciones de células nerviosas desintegradas conocidas como placas (ver la figura 13-5). Debido a que los pacientes que estudió Alzheimer eran relativamente jóvenes, creyó que la enfermedad se presentaba en la edad intermedia; el médico y sus contemporáneos consideraron que los síntomas similares en personas mayores eran una consecuencia natural del envejecimiento. En la actualidad, este punto de vista ya se descartó. Las demencias de la enfermedad de Alzheimer parecen comprender un proceso patológico específico en lugar de ser una consecuencia normal del envejecimiento. Los investigadores han recurrido a muchas fuentes de información sobre las causas posibles de la enfermedad. Cada vez hay más razones para creer que los distintos casos de la enfermedad de Alzheimer pueden surgir de causas diferentes. En lugar de ser

una sola enfermedad, es probable que el mal sea un grupo de trastornos estrechamente relacionados que comprenden factores genéticos y no genéticos.

Neuroquímicos y el cerebro Una de las claves de la enfermedad de Alzheimer puede ser cierto tipo de célula cerebral, la célula colinérgica, que participa en la memoria y el aprendizaje. Esas células liberan un importante mensajero químico llamado *acetilcolina*. La acetilcolina desempeña un papel clave en la actividad cerebral. Cuando es liberada por las células colinérgicas, estimula las células cercanas y hace que liberen otros químicos y éstos a su vez influyen en otras células. Es evidente que el Alzheimer distorsiona este proceso. Por razones que todavía no se comprenden, las personas que padecen esta enfermedad en una etapa avanzada pierden hasta 80% de las células colinérgicas en áreas clave del cerebro. Como resultado de ello, se presenta una reducción dramática de la cantidad de acetilcolina que se produce en el cerebro. Hay una fuerte correlación entre la magnitud de la pérdida de acetilcolina o de las células colinérgicas en el cerebro de un individuo y la severidad de la demencia que padece esa persona. Uno de los puntos de atención de las investigaciones actuales es el desarrollo de fármacos que aumenten la formación de acetilcolina, prevengan su destrucción o estimulen en forma directa los receptores de ésta. Las investigaciones actuales también sugieren que las anomalías bioquímicas detectadas en el Alzheimer no se limitan al sistema colinérgico. También existen deficiencias en otros sistemas, por ejemplo, la pérdida de células del sistema noradrenérgico que es otro sistema de mensajeros químicos.

Por medio de estudios de autopsias, los investigadores saben desde hace tiempo que los pacientes de Alzheimer muestran muerte progresiva de las células nerviosas en muchas áreas del cerebro. Imágenes repetidas de resonancia magnética (IRM) han hecho posible desarrollar, en la actualidad, imágenes del daño de acuerdo con su evolución a lo largo de ciertos periodos. Un estudio encontró que el porcentaje de pérdida de tejido cerebral en pacientes con Alzheimer progresa de 4 a 5% cada año, mientras que en los cerebros sanos se pierde sólo alrededor de 0.5% cada año como resultado de un envejecimiento normal (Thompson y cols., 2003). La figu-

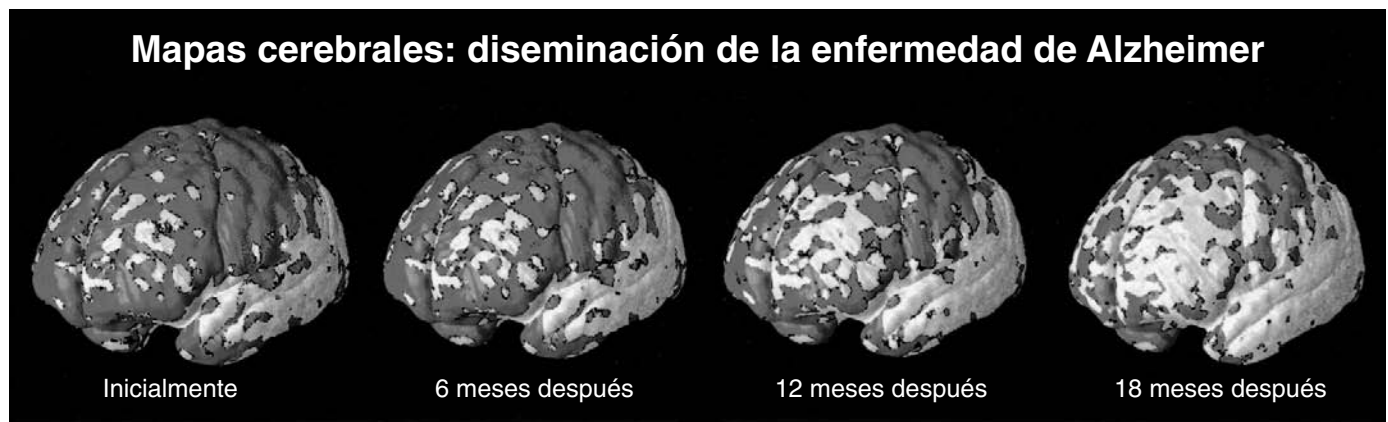


Figura 13-6 Imágenes por computadora derivadas de exploraciones IRM de 12 pacientes con Alzheimer. Las secuencias muestran que las áreas que participan en la memoria se dañaron primero, y después las estructuras que participan en las emociones y el control de la conducta.

FUENTE: Paul Thompson, University of California, Los Ángeles.

ra 13-6 muestra el daño progresivo de la enfermedad de Alzheimer a lo largo de un periodo de 18 meses.

El hipocampo, el área del cerebro responsable del aprendizaje en la memoria, se está estudiando para determinar el papel que juega en la enfermedad de Alzheimer y en el desarrollo de cambios cerebrales aun antes de que se observen los síntomas típicos. La palabra *hipocampo* viene de la palabra en latín para caballo de mar, porque esta área del cerebro se parece a un caballo de mar cuando se observa en un corte transversal. El hipocampo humano sólo mide unas cuantas pulgadas de largo y se ve como un pequeño dedo torcido. Además, sirve como puerta de entrada de información durante el proceso de aprendizaje, porque determina qué información acerca del mundo debe enviarse a la memoria, y cómo deben codificar y almacenar esta información otras regiones del cerebro.

Genes El hecho de que la enfermedad de Alzheimer ocurra con frecuencia en varios miembros de la misma familia sugiere que existe un factor genético. Clínicamente, los síntomas en estos casos se parecen a los que se observan en el tipo esporádico, excepto que los dolores de cabeza antes y durante la enfermedad caracterizan la variedad de inicio temprano.

En la actualidad se ha establecido una base genética para muchos casos de Alzheimer familiar de inicio temprano (Lopera y cols., 1997). Algunos estudios asocian la enfermedad con anomalías en el cromosoma 21, en el que se localiza el gen de una proteína conocida como **beta amiloidea**, que se encuentra en las masas y placas características de la enfermedad de Alzheimer. Estudios de laboratorio demuestran que los fragmentos de beta amiloidea pueden matar las células cerebrales. Sin embargo, no es del todo claro si la presencia de beta amiloidea en el cerebro de las personas con Alzheimer es la causa o el resultado del proceso de degeneración de células cerebrales. La degeneración puede deberse a un gen llamado apolipoproteína E (Apo E-E4). Este gen puede ser un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, así como el colesterol alto es un factor de riesgo para la enfermedad cardíaca (Hardy y Selkoe, 2002).

Pronóstico de la enfermedad de Alzheimer Se están realizando esfuerzos para identificar a los individuos propensos al Alzheimer. Existe creciente evidencia de que, en la fase preclínica, los afectados por la enfermedad tienen problemas de memoria y funciones ejecutables cuantificables (por ejemplo, decidir el curso de acción y llevarlo a cabo) (Squire y Schacter, 2002). Los cerebros de las personas con un riesgo genético de padecer la enfermedad tienen que trabajar más de lo normal para desempeñar sencillas tareas de memoria, mucho antes de desarrollar síntomas externos de la enfermedad (ver el cuadro 13-2).

El concepto de déficit cognitivo leve (DCL) ha adquirido mucha importancia para los investigadores que tratan de identificar la enfermedad de Alzheimer temprana y distinguir la pérdida de memoria normal que se relaciona con la edad. El **déficit cognitivo leve** se refiere a los signos sutiles pero ominosos del deterioro intelectual que todavía no son lo suficientemente serios como para interferir con la vida diaria. Los neuropsicólogos exploran formas para evaluar indicadores tempranos de deterioro prematuro del

funcionamiento verbal y de ejecución (Johnson y cols., 2002). En la actualidad, estas exploraciones intentan evaluar las medidas de memoria inmediata, atención, cálculo, memoria diferida, lenguaje y habilidades visuales-espaciales. Un signo potencialmente valioso del DCL es la incapacidad para formar recuerdos de eventos que acaban de ocurrir.

La proyección de las influencias hereditarias de la enfermedad de Alzheimer puede revelar marcadores genéticos, y podría permitir la identificación de factores ambientales que influyen en la edad de inicio y la evolución de la enfermedad. Sin embargo, la investigación sobre los aspectos genéticos de este padecimiento se complica por el hecho de que la enfermedad se presenta tan tarde en la vida, y por ello muchas personas que pudieran estar destinadas a tenerlo mueren antes por otras causas. Sin embargo, el trabajo sobre este tema se está acelerando, y existe una razón para esperar que las diversas formas de la enfermedad se puedan identificar confiablemente, junto con los genes asociados con ellos. Hasta el momento, todas las alteraciones genéticas conocidas, que subyacen a la enfermedad de Alzheimer familiar, aumentan la producción de la proteína beta amiloidea en el cerebro (Selkoe, 1997).

Algunos investigadores estudian las posibles relaciones entre la dieta y la enfermedad. Si existiera una relación, los cambios en la dieta podrían prevenir o retardar el deterioro por Alzheimer. Un problema con esta vía de investigación es que, aun si se encontrara una correlación entre la dieta y el deterioro cognitivo, no demuestra causalidad. A pesar de este hecho, las correlaciones pueden proporcionar claves para relaciones causales que se pueden investigar con mayor detalle. Existe evidencia de que las personas que consumen una cantidad moderada de alcohol todos los días tienen un menor riesgo de demencia, y lo mismo parece ser válido para las personas que toman medicamentos para disminuir el colesterol y ciertos suplementos dietéticos (Ruitenberg y cols., 2002; Rockwood y cols., 2002).

El efecto de la enfermedad de Alzheimer en la familia Los desafíos que enfrentan las personas que viven y cuidan a pacientes con Alzheimer son considerables. Algunas de las preocupaciones conductuales más comunes de los cuidadores respecto de las personas de las que se encargan son las siguientes:

- **Depresión.** La infelicidad y el aislamiento son comunes en los pacientes.
- **Hostilidad y agresividad.** Los pacientes pueden ser egoístas y hostiles.
- **Desorientación.** El paciente se sentirá cada vez más confundido con respecto a las personas, los lugares y el tiempo.
- **Vagabundeo.** El vagabundeo y la inquietud son problemas comunes.
- **Ansiedad y suspicacia.** Se presentan preocupaciones y pensamientos paranoicos.

Además de buscar las causas del Alzheimer, los investigadores intentan encontrar formas de tratar no sólo a los pacientes sino también a los cuidadores. Quienes se encargan de las personas con Alzheimer con frecuencia experimentan un estrés severo. La inves-

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

CUADRO 13-2

Primeros indicadores de la enfermedad de Alzheimer

Un estudio de los cerebros de personas ancianas que murieron en accidentes automovilísticos en Suecia y Finlandia, demostró que un porcentaje inusualmente alto, casi la mitad, mostraban signos de enfermedad de Alzheimer temprana (Lundberg y cols., 1997), aunque la condición no se había diagnosticado antes de su muerte. Se concluyó que, incluso en sus etapas preliminares, el Alzheimer puede causar un déficit mental suficiente para que el conducir sea peligroso. Ésta es una forma adicional en la que la demencia contribuye a incrementar los problemas de la sociedad. Es probable que futuras investigaciones puedan proporcionar información relevante sobre el momento en el que la demencia que se presenta en esta enfermedad, afecta la habilidad para conducir y otro tipo de actividades.

Si fuera posible encontrar indicadores incipientes de Alzheimer en personas genéti-

camente vulnerables, sería posible desarrollar formas para prevenir los serios efectos más adelante en la vida. Por ejemplo, el oportuno tratamiento con medicamentos puede ser benéfico. Un estudio reciente se enfocó en un grupo de individuos con un alto riesgo genético de contraer Alzheimer (Bookheimer y cols., 2000). Cuando les aplicaron la prueba tenían una función de memoria normal. Mientras que este grupo de alto riesgo realizó las mismas pruebas iniciales de memoria que el grupo de comparación con un riesgo normal para la enfermedad, la exploración con resonancia magnética (IRM) descubrió que sus cerebros tenían que trabajar más. La tabla 13-7 muestra unos reactivos para medir la memoria y la figura 13-7, ejemplos de una imagen de IR de un paciente con alto riesgo y uno del grupo normal. Esto podría indicar que el cerebro de las personas con alto riesgo compensaban un leve déficit. Los sujetos cuyos cerebros trabajaron más durante la prueba de memoria tenían mayor probabilidad de mostrar marcada reducción en la capacidad de la memoria verbal para realizar las pruebas dos años más tarde.

Los resultados de este estudio de imágenes del cerebro son congruentes con otros estudios que proporcionan evidencia de los

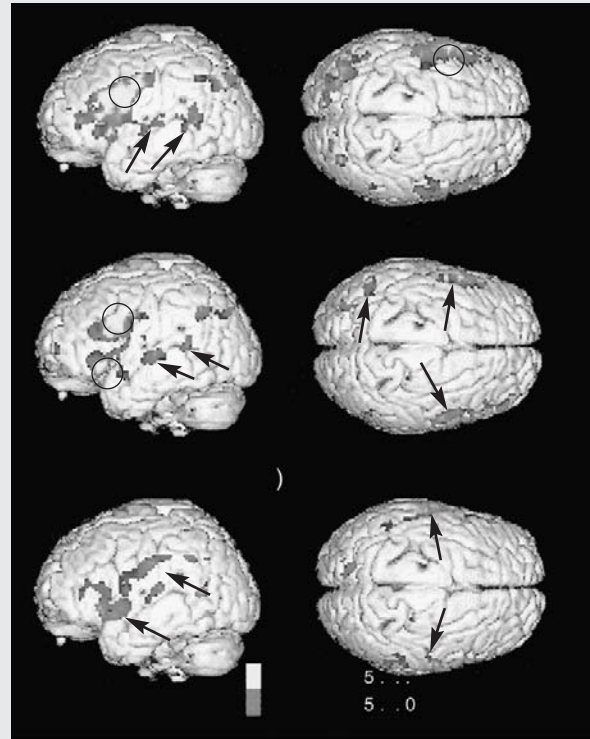


Figura 13-7 Cerebros de personas que están en riesgo de padecer Alzheimer (imágenes arriba) comparadas con los cerebros normales (abajo) durante una prueba de memoria. Las áreas circuladas indican el intenso esfuerzo, seguido por las flechas.

FUENTE: Bookheimer y col., 2000.

cambios físicos en el cerebro años antes de que ocurran los problemas inusuales de memoria. Es probable que la futura investigación se preocupe por la forma en que esta evidencia de los cambios físicos iniciales pueda utilizarse de manera preventiva. Por ejemplo, podría ser posible alterar el gen de la proteína beta amiloidea que se considera un factor de riesgo en la enfermedad de Alzheimer.

TABLA 13-7

Un rubro que se utiliza en la prueba de memoria

Se les lee a los sujetos siete pares de palabras; después la primera palabra de cada par y se le pide que recuerde la segunda. El ejercicio con los pares se repite cinco veces en diferente orden.

pequeño	llave
agua	sobre
niña	brazo
zapato	leche
huevo	debajo
día	valle
afuera	martillo

tigación sobre los aspectos estresantes del cuidado de las víctimas de la enfermedad de Alzheimer demuestra que la sensación de falta de control sobre lo que sucederá más adelante es muy importante (González-Salvador y cols., 1999). Además, las personas que cuidan al paciente se sienten aisladas, incapaces de controlar en forma eficaz el estrés continuo, y confundidas por sus propias reacciones. Los grupos de apoyo y la terapia de grupo pueden ser muy valiosos pues permiten que los familiares expresen sus sentimientos, sobre todo aquellos que consideran inaceptables (por ejemplo,

enojo y desilusión). La oportunidad de comparar sus experiencias con las de individuos que pasan por la misma situación con frecuencia hace que se den cuenta de que esos sentimientos son normales y comprensibles.

Las siguientes estrategias de afrontamiento pueden ser útiles para ayudar a los cuidadores de pacientes con Alzheimer:

1. Intentar aumentar las actividades que antes disfrutaban los pacientes y que todavía pueden realizar. Tratar de que participen

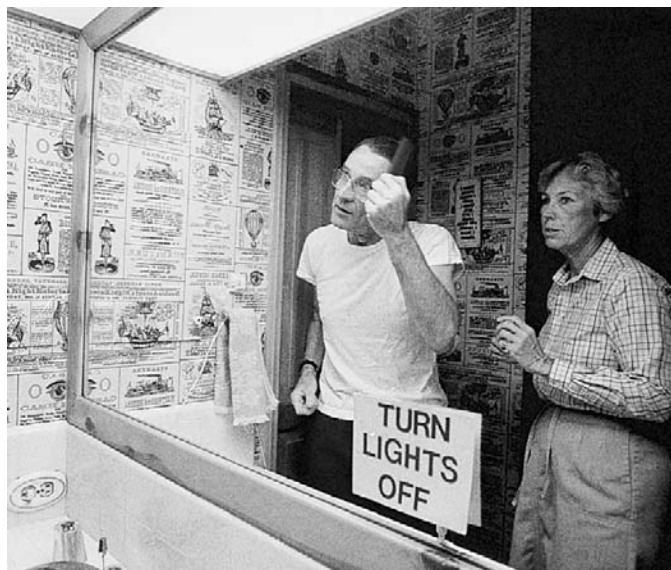


Figura 13-8 La enfermedad de Alzheimer tiene un efecto muy profundo, no sólo en la persona que lo desarrolla, sino también en la vida de todos los miembros de la familia. En esta casa, se emplean recordatorios para reducir los problemas de memoria que crea el Alzheimer.

en cada una de ellas, quizá con algún otro miembro de la familia o un amigo. Hablar con ellos, rememorar a la familia, a los amigos y otras actividades.

2. Enfrentar la situación y tratar de razonar con el paciente no funciona. Hacerle sentir seguridad y estar tranquilo pueden ayudar a reducir la hostilidad. También puede ser útil tratar de distraerlo con preguntas sobre el problema y cambiar su atención en forma gradual hacia algo distinto.
3. Poner etiquetas a los objetos o pintar con colores clave las habitaciones (como el baño o la recámara) puede aligerar algunos problemas en las primeras etapas de la enfermedad (ver la figura 13-8). Hablar con voz tranquila y hacer que los pacientes se sientan seguros de dónde están y quiénes son, puede ayudar a aliviar los sentimientos de estar perdido y solo.
4. Mantener la casa ordenada es un aspecto importante para que no exista más confusión ni peligro para el paciente mientras camina por el que alguna vez fue un ambiente familiar. Las pulseras de identificación y las cerraduras de seguridad son otros instrumentos útiles para los individuos que se inclinan por vagabundear. Caminar y realizar otros ejercicios físicos puede ayudar a aliviar esos problemas.
5. En realidad no se pueden manejar los temores y las ansiedades del paciente en forma racional y normal. Puede ser útil identificar que le asusta, pero no funciona enfrentarlo en forma directa ni decirle que no hay nada de qué preocuparse. Con frecuencia, es útil desarrollar respuestas tranquilizantes para la situación atemorizante y después distraer al paciente con otro tema.

En razón de que no existe cura, y debido al estrés diario que experimentan los cuidadores, el Alzheimer es una fuente de gran ansiedad para muchas personas. Con demasiada frecuencia, la ansiedad lleva a realizar esfuerzos para lidiar con una preocupación o problema ocultándolo de otras personas, como si fuera algo vergonzoso. Existe la necesidad de sacar las preocupaciones acerca del Alzheimer a la luz, de manera que se pueda aceptar su realidad y manejarla de la forma más constructiva posible. Por esta razón, el anuncio del ex presidente Ronald Reagan en noviembre de 1994 de que sufría de este mal fue una contribución valiosa a la educación pública sobre este padecimiento (ver la figura 13-9).

Tratamiento Desde la época de Alois Alzheimer, se ha logrado muy poco progreso en el tratamiento de esta enfermedad, e incluso el diagnóstico es difícil. Mientras el paciente está vivo, el diagnóstico se debe lograr mediante un proceso cuidadoso de eliminación. Por medio de las imágenes cerebrales y otras pruebas, es posible determinar que el paciente no sufrió una serie de pequeños ataques de apoplejía y que no tiene Parkinson, un tumor cerebral, depresión, una reacción adversa a medicamentos u otros trastornos que pueden provocar demencia. Sin embargo, las posibilidades de realizar un diagnóstico preciso del Alzheimer en los pacientes vivos se han incrementado con el descubrimiento de que la mayoría de los pacientes con la enfermedad muestra un patrón característico de reducción de la función metabólica o del flujo de sangre en ciertas áreas del cerebro. Debido a que, hasta el momento, no se ha encontrado otra enfermedad con síntomas de confusión y deterioro intelectual que muestre este patrón, las técnicas de exploración proporcionan una valiosa clave para el diagnóstico, a pesar de que no ofrecen la información suficiente para estar seguros de que el paciente padece de Alzheimer.

El conocimiento cada vez mayor sobre el papel de las anomalías genéticas en el Alzheimer puede llevar a métodos de tratamiento eficaces. Existen varias formas en que se puede evitar que la formación de la beta amiloidea mate las células nerviosas en el cerebro. Por ejemplo, ciertos medicamentos pueden realizar esta tarea. Sin embargo, el progreso en el tratamiento de la enfermedad no depende sólo de detener el proceso de la formación de beta amiloidea. Los medicamentos que sólo retrasan el proceso podrían ser de enorme valor. Debido a que los síntomas de esta enfermedad con frecuencia no son evidentes hasta la edad avanzada, sólo retrasar su aparición cinco años o podría reducir en 50% el número de casos.

Además de la terapia con medicamentos, las intervenciones psicosociales pueden ser útiles para posponer la institucionalización y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Los grupos de apoyo y la capacitación de habilidades para los cuidadores parecen ser enfoques prometedores. Algunas de las técnicas que se utilizan en la capacitación de habilidades son el modelamiento, la representación de papeles y la retroalimentación correctiva. También podría ser de utilidad proveer información pertinente sobre los efectos conductuales de la enfermedad.

Figura 13-9 Ronald Reagan, ex presidente de Estados Unidos, y su esposa Nancy, posaron para esta fotografía durante su primera aparición pública después de anunciar que se le había diagnosticado Alzheimer. En 1998, Patti Davis, hija de Ronald Reagan, comentó:

Aunque mi padre no tiene dolor, cada mes el Alzheimer se apodera de otra parte de él. Para él, así como para todos los que tienen esta enfermedad, el tiempo es su enemigo. Todo se vuelve cada vez más desordenado, confuso, reducido y vacío (New York Times Magazine, 27 de diciembre de 1998, p. 58).

Reagan murió a causa de esta enfermedad en junio del 2004, 10 años después de su diagnóstico.



Los investigadores y científicos que intentan lidiar con esta enfermedad enfrentan cuatro desafíos científicos y del cuidado clínico:

1. Determinar las causas neurobiológicas fundamentales de la enfermedad;
2. Desarrollar tratamientos más eficaces que eviten su aparición e impidan o den marcha atrás a su evolución;
3. Proporcionar un cuidado clínico sensible para las personas que ya fueron diagnosticados; y
4. Apoyar a los familiares durante todo el curso de la enfermedad con asesoría, tratamiento y cuidado experto.

¿Se puede prevenir el Alzheimer? En el capítulo 6 vimos que los factores psicológicos y sociales juegan papeles significativos en varios trastornos físicos. ¿Este enfoque se aplica a la enfermedad del Alzheimer? Todavía no se tiene una respuesta definitiva a esta pregunta, pero hay puntos que merecen mayor estudio.

Un punto proviene de los estudios enfocados en fortalecer las habilidades cognitivas de personas mayores. La participación frecuente en actividades cognitivamente estimulantes (por ejemplo, leer el periódico y libros, escuchar la radio, jugar juegos como cartas y juego de damas, resolver crucigramas) parece estar asociada con un riesgo reducido de padecer Alzheimer (R.S. Wilson y cols., 2002). Otros estudios de los efectos protectores de una estimulación intelectual en la edad adulta han demostrado que la capacitación

sobre la forma de recordar palabras y secuencias de objetos, realizar pruebas de práctica y organizar listas de palabras en categorías significativas reducen el riesgo de demencia (Ball y cols., 2002). Por un lado, los investigadores tratan de encontrar conexiones entre la estimulación intelectual, la actividad física y la participación social con las personas mayores y, por el otro, lograr un envejecimiento exitoso (por ejemplo, evitar la demencia). Sin embargo, la mayor parte de la evidencia disponible es correlacional, y se necesitan más estudios longitudinales y experimentales.

Otra línea de investigación que se está explorando se enfoca en las vitaminas, medicamentos y alimentos que pudieran bloquear la producción de proteínas que forman depósitos en el cerebro de los pacientes con Alzheimer. El litio, que se ha utilizado durante muchos años para el tratamiento de trastornos bipolares, ha demostrado que puede bloquear la producción de estas proteínas en los ratones de laboratorio (Phiel y cols., 2003). Todavía no se sabe si ello es posible en el caso de los seres humanos. Sería interesante examinar la prevalencia de la enfermedad en personas que ya toman litio para el trastorno bipolar.

Se necesita mayor investigación para determinar si las sustancias que se ingieren por cualquier razón pueden contribuir de manera inadvertida a la demencia, además de evaluar los efectos de sustancias, como el litio o las vitaminas, que pudieran utilizarse en la lucha contra este padecimiento. Por ejemplo, muchas mujeres posmenopáusicas que han tomado la terapia de reemplazo de hormonas corren el riesgo de incrementar su vulnerabilidad al Alzheimer. Un estudio descubrió que las mujeres mayores de 65 años que

tomaron estrógeno y progestina tenían el doble de riesgo que las mujeres que no habían tomado la terapia de reemplazo de hormonas (Shumaker y cols., 2003).

Enfermedad de Pick

La **enfermedad de Pick** es mucho menos común que el Alzheimer. Mientras que el riesgo de Alzheimer se incrementa de manera continua durante la edad adulta, la enfermedad de Pick es más probable que se desarrolle entre los 60 y 70 años. Después de este periodo, el riesgo se reduce. Sus síntomas son tan similares a los del Alzheimer que es necesaria una autopsia para distinguir ambas enfermedades. Las personas que mueren por la enfermedad de Pick muestran una forma característica de atrofia cerebral. Entre las personas mayores de 40 años, se puede esperar que 24 de cada 100 000 mueran a causa de esta enfermedad. Los hombres presentan un riesgo mayor de desarrollarla que las mujeres (Sadock y Sadock, 2003).

Como en el caso del Alzheimer, no se conoce ninguna curación para ella (o para cualquiera de las otras demencias seniles y preseniles). Su tratamiento consiste sobre todo en apoyos emocionales y sedantes. Se hacen esfuerzos por estructurar la vida del paciente de modo que sus días transcurran sin complicaciones y para evitar la presión y tensión. Estas medidas pueden mejorar la calidad de vida de los afectados con estos trastornos.

Enfermedad de Huntington

La **enfermedad Huntington**, o *corea de Huntington*, es un trastorno hereditario raro que se transmite por un solo gen dominante y se caracteriza por una degeneración progresiva del tejido cerebral. Puede empezar en cualquier momento, desde la niñez hasta los últimos años de vida, pero la aparición ocurre con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años. Aunque la enfermedad fue descrita desde la Edad Media, George Huntington, un médico estadounidense, dio el primer informe detallado en 1872. Él y otros médicos utilizaron la palabra *corea* (que proviene de la misma raíz griega que *coreografía* y que significa "bailar") para describir el trastorno debido a que los movimientos inusuales, típicos de la enfermedad, tenían cierta similitud con los movimientos de baile. Hoy en día existen alrededor de 300 00 casos en Estados Unidos. Tal vez otras 150 000 personas tienen 50% de riesgo hereditario de desarrollar la enfermedad.

La enfermedad de Huntington es un **trastorno dominante autosomal**, es decir, no relacionado con el género que puede ser heredado sólo si uno de los padres transmite un gen defectuoso (ver la figura 13-10). En razón de que la enfermedad se hereda por medio de un solo gen dominante, cada hijo de un padre afectado tiene una probabilidad de 50% de heredar el trastorno. No hay salto de generaciones y, hasta hace poco, no había ninguna forma de diferenciar a los portadores del gen de los no portadores hasta la aparición de los síntomas. El hecho de que la enfermedad de Huntington no se manifiesta por sí misma hasta la edad intermedia significa que miembros de familias que pueden estar afectados deben

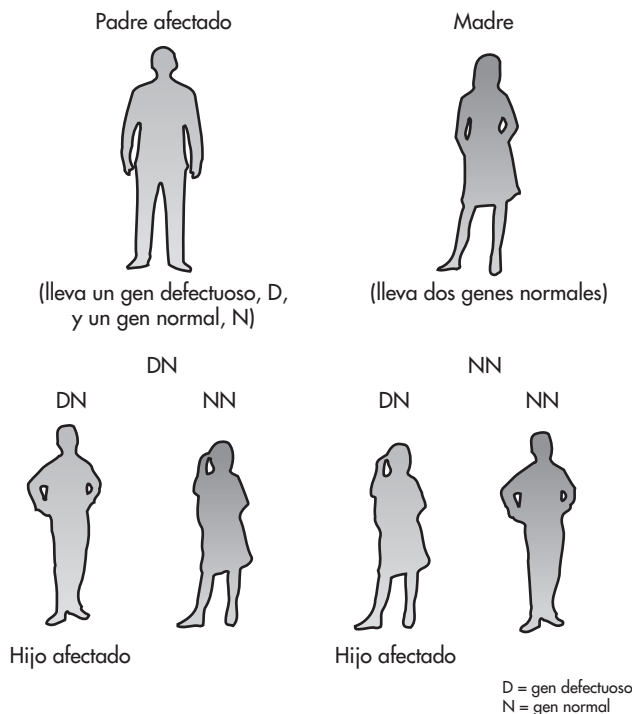


Figura 13-10 Los trastornos dominantes autosomales (como la enfermedad de Huntington) son heredados cuando un padre que lleva el gen defectuoso lo transmite a la siguiente generación. Este dibujo muestra que los hijos tienen 50-50 de probabilidad de heredar un trastorno del padre que lo padece. En cualquier familia, es posible que todos o ninguno de los hijos herede el gen defectuoso.

pasar la niñez, adolescencia y los primeros años de la edad adulta sin saber si desarrollarán el trastorno o no.

En la enfermedad de Huntington se observan cuatro tipos de síntomas: demencia, irritabilidad y apatía, depresión y ansiedad, alucinaciones y delirios (Paulsen y cols., 2001). Además, existen movimientos *coreicos*, esto es, movimientos involuntarios, espasmódicos y de torsión del cuello, el tronco y las extremidades, así como muchos gestos faciales. Los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad son aún más devastadores que los físicos. Se han descrito varias alteraciones conductuales en las personas con la enfermedad de Huntington. Mientras que algunos de estos síntomas pueden ser parte de la reacción psicológica por tener esta condición neurológica, hay evidencia de que muchos pacientes muestran síntomas psiquiátricos antes de que los síntomas físicos sean evidentes. Esto sugiere que el gen de la enfermedad de Huntington no se "activa" de pronto en el momento en que aparecen los movimientos involuntarios.

Por lo general, la depresión es uno de los síntomas psicológicos con la que se asocia. Las obsesiones y compulsiones también se ven en los casos de la enfermedad de Huntington (DeMarchi y Mennella, 2000). No se han podido descubrir las vinculaciones entre las condiciones neurológicas y psicológicas. A medida que se desarrolla la enfermedad, la persona experimenta una dificultad

cada vez mayor para almacenar y recuperar los recuerdos. Existe también evidencia de que los puntajes de las pruebas de inteligencia disminuyen de manera progresiva en el periodo inmediatamente anterior a la aparición de los movimientos coreicos característicos.

Es probable que se presenten conducta impulsiva y pensamiento paranoide y depresivo conforme progresa la enfermedad y la vida de la familia se ve afectada. No está claro si estos componentes conductuales de la enfermedad de Huntington tienen una causa orgánica o si se trata de reacciones psicológicas ante el deterioro físico. Sin embargo, las personas que la padecen tienen una deficiencia de un neurotransmisor, el **ácido gamma aminobutírico (GABA)**.

Una víctima famosa de la enfermedad de Huntington, el cantante y compositor de música folclórica, Woody Guthrie murió en 1967 a la edad de 55 años después de sufrir la enfermedad de Huntington durante 13 años. Debido a que en esa época el conocimiento sobre la enfermedad no era tan avanzado, fue diagnosticado de manera errónea como un alcohólico antes de que se hiciera el diagnóstico correcto.

En la región de San Luis, en Venezuela, la prevalencia de la enfermedad de Huntington es 700 veces mayor que en Estados Unidos. En una población de 3000 personas aproximadamente, alrededor de 150 individuos la padecen y 1500 más presentan un riesgo elevado de desarrollarla. Esto se debe a que San Luis es el hogar de unas cuantas familias con muchos miembros afectados. Por mucho, la más extensa de estas familias es la familia Soto, que tiene la mayor concentración que se conoce de la enfermedad de Huntington de cualquier familia en el mundo. Esta incidencia tan alta de la enfermedad en una familia ofrece a los científicos una oportunidad poco común de estudiar este raro trastorno (ver la figura 13-11).

Al estudiar con detenimiento la sangre de Iris del Valle Soto y otros miembros de su extensa familia de casi 4000 personas que cubren ocho generaciones, en 1993 los investigadores lograron un gran adelanto. Señalaron el lugar en el par de cromosomas específico (cromosoma 4) en el cual se localiza el gen de la enfermedad de Huntington (Gusella y MacDonald, 1994). Éste fue un primer paso importante hacia el desarrollo de una prueba de diagnóstico para la enfermedad y quizá, con el tiempo, un tratamiento. La prueba genética de diagnóstico se utiliza en varios centros clínicos de Canadá y Estados Unidos. Nancy Wexler, psicóloga y presidenta del Hereditary Disease Foundation, ha sido una importante líder en la organización de investigaciones sobre la enfermedad de Huntington (ver figura 13-12).

Hasta el momento, muchas personas para las que la prueba está disponible no han decidido someterse a ella. En un estudio que se llevó a cabo en Canadá, a los individuos que presentaban riesgo y se sometieron a la prueba en forma voluntaria también se les evaluó el bienestar psicológico antes de la prueba genética y en varios intervalos posteriores (Hayden, 1991). Como podía esperarse, los que supieron que eran propensos a desarrollar la enfermedad se sintieron muy preocupados al escuchar los resultados por primera vez. Sin embargo, seis meses después su estado psicológico era mejor que antes de la prueba, a pesar de que se preocupaban cuando notaban algo acerca de su comportamiento, por ejemplo, tropezarse con un reborde, que pudiera ser un síntoma temprano. Las personas a quienes la prueba indicó que estaban libres del gen de Huntington primero se alegraron, pero después parecían tropezar emocionalmente por muchas razones. Los individuos que habían tomado decisiones irreversibles con base en la preocupación por su estado genético, por ejemplo, esterilizarse para evitar la transmisión del gen de Huntington, se vieron afectados en forma negativa. Otro grupo que fue afectado de manera negativa por la noticia

Figura 13-11 Algunos de los miembros de una extensa familia venezolana, la familia Soto, cuyos miembros presentan un riesgo excepcionalmente elevado de padecer la enfermedad de Huntington. Al donar su ADN para los estudios, los miembros de la familia ayudaron en la búsqueda de la ubicación del gen que provoca esta enfermedad. Aquí se muestran algunos de los miembros de la familia que disfrutaban de una fiesta de sandías.





Figura 13-12 Desde que le informaron que su familia sufría la enfermedad de Huntington, Nancy Wexler ha sido una líder que motiva la investigación de su causa. En 1993 le otorgaron el prestigioso premio Albert Lasker Public Service Award. Esta mención acompañaba al premio: "Saber que su familia sufría de la enfermedad no la hizo lamentarse por su situación, sino enfrentarse al reto y utilizar la adversidad para establecer una meta de vida, conquistar este inicio tardío del trastorno genético que es invariablemente fatal." En esta fotografía está con su hermana Alice (derecha), historiadora, y su padre, Milton, psicoanalista.

de que no portaba el gen fueron quienes habían tenido expectativas irreales sobre la forma en que la prueba de predicción cambiaría su vida. Existieron cantidades similares de reacciones psicológicas negativas en los grupos que recibieron buenas y malas noticias. En general, las personas que habían experimentado problemas psicológicos antes de la prueba tuvieron el peor resultado sin importar el de la prueba. Los resultados del estudio muestran con claridad la importancia de incluir servicios de asesoría y apoyo en los programas de pruebas genéticas.

Enfermedad de Parkinson

Al igual que la enfermedad de Huntington, el **Parkinson** es progresivo y puede empezar a los 50 años. Sus síntomas incluyen temblores, rigidez, una apariencia facial sin expresión como la de una máscara y pérdida del poder vocal. La enfermedad de Parkinson afecta a alrededor de 1% de la población y hasta 2.5% de la población mayor de 70 años (Marsh, 2000). Una persona con Parkinson muestra aislamiento social, capacidad intelectual reducida y rigidez para manejar sus problemas. La mayoría de los pacientes que lo padecen parecen tener sobrecontrol emocional. Al igual que con la enfermedad de Huntington, es difícil determinar qué parte de la desadaptación conductual que se asocia con el Parkinson se debe al proceso orgánico y qué parte a la reacción psicológica del paciente ante éste.

Hay evidencias que demuestran que el cerebro de los pacientes con Parkinson presenta un déficit en el neurotransmisor *dopamina*. A diferencia de las demencias que se han analizado hasta el momento, hay un tratamiento medianamente eficaz para este tras-

torno. Un fármaco que se conoce como *L-dopa* se utiliza para aliviar algunos síntomas. Sin embargo, sus efectos secundarios más comunes incluyen náusea y vómito debilitantes. Un avance promotor en la comprensión de esta enfermedad es el descubrimiento de una nueva proteína (factor neurotrópico derivado de línea celular glial, o GDNF) que puede promover la secreción de dopamina y por consiguiente contrarrestar la degeneración que se observa en los afectados (R. Weiss, 1993). El mapeo del genoma humano ha identificado varias mutaciones genéticas que parecen estar relacionadas con el desarrollo de la enfermedad de Parkinson, como resultado de lo cual actualmente se evalúa la terapia genética para esta enfermedad.

Trauma cerebral: lesiones, tumores e infecciones

Las heridas generales, tumores e infecciones puedan causar demencia y otras serias condiciones agudas y crónicas. La naturaleza del daño al cerebro influye de manera importante en el funcionamiento de la persona.

Lesiones y tumores Las lesiones traumáticas cerebrales son una causa común de los trastornos mentales (Varney y Roberts, 1999). En Estados Unidos, al año más de 500 000 personas sufren daños severos en el cerebro. Como deja en claro el caso de Sarah Monahan que se presenta en el cuadro 13-1, los principales daños cerebrales pueden tener profundas consecuencias cognitivas y conductuales. Los pacientes con daños menos severos también pueden sufrir de incapacidad psicológica prolongada. Tienen muchas dificultades en varias áreas del funcionamiento, que incluyen el trabajo, la escuela y las actividades de descanso y quizá muestren cambios de personalidad extremos.

Además de las lesiones en la cabeza, los crecimientos intracraniales (*tumores cerebrales*) pueden llevar tanto a trastornos agudos como crónicos. En muchos casos, es difícil determinar qué cantidad del comportamiento patológico es resultado del daño y qué cantidad representa un patrón permanente de conducta o simplemente una reacción ante el conocimiento de la lesión. La tabla 13-8 enumera algunos de los factores que contribuyen a los efectos de las lesiones cerebrales. Estos factores pueden interactuar de varias maneras.

Por lo general, las lesiones cerebrales se clasifican en tres grupos: 1) **concusiones**, o estados transitorios que cambian en forma momentánea la condición física del cerebro, pero que no provocan daño estructural; 2) **contusiones**, en las cuales tiene lugar un daño estructural difuso y fino (por ejemplo, la ruptura de vasos sanguíneos diminutos); 3) **laceraciones**, que comprenden desgarros o rupturas mayores del tejido cerebral.

En ocasiones, es difícil diagnosticar con precisión la extensión del daño en el cerebro y su efecto potencial en el funcionamiento del mismo. Para analizar cada caso, se utilizan una variedad de pruebas y observaciones, que incluyen la evidencia de fractura en el cráneo por medio de los rayos X, tomografías computarizadas (TC) para determinar el daño del tejido, un análisis de sangre en

TABLA 13-8

Factores que influyen en los efectos de una lesión en el cerebro

- Edad
- Lugar de la lesión
- Extensión del daño
- Reacciones emocionales ante los déficit físicos y mentales que resultan
- Personalidad y competencia social antes de la lesión
- Apoyo social disponible después de la lesión

el líquido espinal y la observación de los síntomas como el sangrado de los orificios craneales (por ejemplo, los oídos), dolores de cabeza agudos, pérdida prolongada de la conciencia y deterioro de la conducta cognitiva. Las lesiones en la cabeza pueden provocar deterioros específicos muy elevados del funcionamiento motor y cognitivo, pues el grado del deterioro depende de la clase de lesión y dónde se localiza.

Una lesión grave en la cabeza aumenta el riesgo de sufrir depresión y otros trastornos psicológicos 30 a 50 años después de la aparente recuperación total de la persona. En un estudio de veteranos de la Segunda Guerra Mundial, el riesgo de una depresión posterior aumentó de manera constante de acuerdo con la severidad de la lesión (Holsinger y cols., 2002). En otro estudio que se realizó en Finlandia, los seguimientos que se realizaron 30 años después de que las personas se habían recuperado aparentemente de severas lesiones cerebrales traumáticas encontraron que había un aumento del riesgo de trastornos de la personalidad, de delirio y de angustia, así como depresión, mucho tiempo después de la lesión (Koponen y cols., 2002).

En ocasiones, el cerebro sufre un daño no por accidente ni por un golpe, sino por la presión dentro del cráneo, quizá debida a un tumor. En esos casos, la velocidad con que se desarrolla el cuerpo intruso también influye en la cantidad de pérdida. Es probable que un tumor crezca en forma lenta durante un tiempo prolongado antes de que existan evidencias de la presión intracraneal o del cambio conductual (ver el cuadro 13-3). Una buena prognosis en los casos de lesiones o tumor cerebral depende de lo oportuno y preciso del diagnóstico y de la existencia de un tratamiento eficaz.

En algunos casos en los que existe un daño físico conocido, sólo se desarrollan déficit menores. En apariencia, algunas personas se adaptan al daño cerebral menor mejor que otras. En tanto que el daño cerebral puede provocar un comportamiento desadaptado, puede ocurrir lo opuesto: un individuo puede responder de manera desadaptada al saber que tiene un daño cerebral. Además, cualquier tipo de lesión mayor o condición traumática puede dar lugar a una reacción psicológica desadaptada.

Los tumores producen una variedad de cambios fisiológicos y psicológicos porque su presencia provoca un aumento de la presión intracraneal e interfiere con el abastecimiento de sangre al

cerebro. Al igual que con las lesiones en la cabeza, los síntomas de los tumores dependen de su ubicación en el cerebro. Por ejemplo, los tumores que crecen en el lóbulo frontal o cerca de éste, provocan la aparición gradual de cambios mentales, pero una vez más, los síntomas dependen del lugar donde se encuentre el tumor. Un grupo de personas que tiene un tumor en el lóbulo frontal se pueden volver exuberantes y eufóricas, con una conversación llena de risas y bromas. Otro grupo quizá muestre apatía general y aletargamiento para responder. Los trastornos de la memoria son muy comunes entre las personas con tumores cerebrales y, con frecuencia, son las primeras señales notorias de que existe un problema. Los investigadores estudian el grado en el que la capacitación en habilidades de atención y cognitivas puede ayudar a la rehabilitación de los individuos que presentan un daño cerebral.

Al principio de su desarrollo, algunos tumores cerebrales dan como resultado cambios que los neurólogos pueden evaluar. Sin embargo, en ausencia de otra evidencia que sugiera la presencia de un tumor, la importancia que se otorga a los cambios de la personalidad y el comportamiento en muchos casos provoca un diagnóstico erróneo y los síntomas se atribuyen a factores no orgánicos. El papel de los factores orgánicos tal vez se haga evidente más adelante. Por ejemplo, el compositor George Gershwin se sometió al psicoanálisis porque sufría dolores de cabeza agudos. No fue sino hasta poco antes de su muerte que se le diagnosticó un tumor cerebral.

La experiencia de George Gershwin destaca un punto que se ha comentado en varias ocasiones: el valor de un enfoque integrativo de los síntomas, los cuales pueden surgir por una variedad de razones. La figura 13-14 ilustra lo que pueden hacer los golpes a la cabeza en las funciones psicológicas y motrices. En general, siempre es valioso investigar todo lo que posiblemente contribuye a una condición. Un estudio de boxeadores proporciona un ejemplo sobre este punto, algunos de los cuales sí se recuperaron de una lesión cerebral traumática y otros no (Jordan y cols., 1997). ¿Será sólo la mala suerte lo que determina si los boxeadores terminan con un daño cerebral permanente? El estudio mostró que el gen Ap E, que se sabe predispone a las personas a la enfermedad de Alzheimer, también parece estar asociado al fracaso de la recuperación de una lesión en la cabeza. A menudo, la falta de recuperación se atribuye sólo a la lesión en sí, pero una predisposición genética puede interactuar con las condiciones objetivas (por ejemplo, los golpes que los boxeadores se propinan mutuamente en sus cabezas) para determinar si ocurrirá un daño cerebral permanente. Una hipótesis es que las lesiones en la cabeza pueden producir cambios en el cerebro parecidos al Alzheimer, específicamente depósitos de la proteína beta amiloidea, y que las personas con un gen Ap E tienen menos capacidad para reparar esas lesiones.

Déficit cognitivo asociado con el VIH Aunque muchos pacientes con SIDA muestran un déficit cognitivo, los individuos que están infectados con VIH pero que no tienen SIDA no muestran evidencia clínica relevante de un déficit cognitivo (Gelder y cols., 2000). Los **déficit cognitivos asociados con el VIH** incluyen olvido, dificultades para concentrarse, aletargamiento mental, dificultades motrices leves y comportamiento apático y aislado. Los primeros síntomas pueden incluir depresión, apatía, irritabilidad y



RELATOS PERSONALES

CUADRO 13-3

Un tumor cerebral maligno

En realidad no me entiendo estos días. Se supone que debería ser un joven promedio, razonable e inteligente. Sin embargo, últimamente (no puedo recordar cuando empezó todo esto) he sido víctima de muchos pensamientos inusuales e irracionales. Estos pensamientos son recurrentes y requiero de un gran esfuerzo mental para concentrarme en actividades útiles y progresivas. En marzo, cuando mis padres me visitaron, noté mucho estrés. Consulté al doctor Cochran, del Centro de Salud de la universidad, y le pedí que me recomendara a alguien a quien pudiera consultar sobre algunos trastornos psiquiátricos que creía tener. En una ocasión, platiqué con un médico durante dos horas más o menos y traté de comunicarle mis temores de que sentía que me invadían impulsos muy violentos. Después de una sesión, nunca volví a ver al médico y, desde entonces, lucho contra esta agitación mental yo solo y al parecer sin ningún provecho. Después que muera, deseo que se haga una autopsia para ver si existe algún trastorno físico visible. He padecido algunos dolores de cabeza terribles y, durante los últimos tres meses, consumí dos botellas grandes de Excedrin.

La noche del 31 de julio de 1966, Charles Whitman, un estudiante de la Universidad de Texas, escribió esta nota. Más tarde mató a su esposa y a su madre. La mañana



Figura 13-13 Charles Whitman, que se muestra en una fotografía de la universidad, mató a su esposa, su madre y a 14 extraños que fueron alcanzados por las balas que disparó desde lo alto de la torre del edificio administrativo de la Universidad de Texas.

siguiente subió a la torre en la universidad con un rifle de alto poder y abrió fuego. Noventa minutos después recibió un disparo que le causó la muerte, pero para ese momento había disparado a 38 personas, matando a 14 de ellas, (ver la figura 13-13).

Debido a la naturaleza tan impactante de este incidente, atrajo la atención general. Hubo muchos intentos por explicar los actos asesinos de Whitman. La carta que escribió

ofrecía varias claves. Se refería a dolores de cabeza intensos y un examen después de su muerte reveló un tumor muy maligno en una región del cerebro que se sabe que participa en el comportamiento agresivo. Algunos expertos sugirieron que las acciones de Whitman eran provocadas por un daño cerebral. La mayoría de las víctimas con tumores cerebrales no se vuelven violentas, pero los efectos conductuales de las lesiones cerebrales y tumores en ocasiones pueden ser confusos y dramáticos.

Otros las consideraron un producto de los “pensamientos inusuales e irracionales” a los que se refiere en la carta. Un estudio sobre la vida de Whitman reveló que había tenido muchas experiencias positivas con las armas y algunos expertos en comportamiento violento las señalaron como un posible factor causal. Otros citaron la referencia que hizo Whitman a “impulsos muy violentos” y sugirieron que esos impulsos habían estado latentes durante varios años y se habían activado debido al estrés reciente que describía en su carta.

No podemos estar seguros sobre cuál de estas causas fue la más importante. Tal vez todas contribuyeron en sus acciones en grados distintos. El caso Whitman ilustra en forma dramática las diferentes perspectivas de las cuales se pueden considerar y explicar un mismo acto.

síntomas psicóticos. Conforme progresa el déficit cognitivo (DC), la mayoría de los pacientes desarrolla una demencia severa con pérdida global de las funciones cognitivas, retraso psicomotor severo, mutismo y debilidad motriz. En algunos pacientes que tienen SIDA se desarrollan síntomas psicóticos. La exploración del cerebro de estos pacientes revela una atrofia cortical.

La demencia relacionada con el SIDA se reconoció recientemente. Debido a que el trastorno por lo general se presenta en personas más jóvenes que no se espera desarrollen demencias, puede haber errores en el diagnóstico. Las reacciones psicológicas típicas ante el diagnóstico del SIDA pueden ocultar un diagnóstico correcto. En razón de que muchos individuos jóvenes presentan diversos comportamientos autodestructivos, como el abuso de las drogas y la actividad sexual promiscua, en el momento en que desarrollan un DC la enfermedad es difícil de tratar e investigar con detenimiento.

Paresis general Los trastornos infecciosos tienen una aparición aguda, a pesar de que no se debe descartar la posibilidad de infecciones virales de acción lenta. El sistema nervioso central es

más susceptible a las infecciones orgánicas que otros tejidos del cuerpo. Algunas de estas infecciones no duran mucho tiempo y se han encontrado tratamientos exitosos para muchas infecciones. Sin embargo, si se dejan sin tratamiento algunas de ellas pueden provocar trastornos cerebrales irreversibles.

Las infecciones por sífilis que no reciben tratamiento son un ejemplo de este tipo de condición. Si la sífilis se diagnostica antes de sus etapas terminales, se puede tratar con medicamentos, casi siempre penicilina. El objetivo de los medicamentos es regresar a la normalidad el líquido cerebroespinal, lo que puede requerir de muchos meses. Estos medicamentos llegan a curar al paciente, pero el grado de mejoría depende de la cantidad de neuronas que se destruyeron antes de comenzar el tratamiento. Cuando la destrucción es muy grande, los deterioros del funcionamiento intelectual no se pueden restaurar.

Uno de los resultados de la sífilis que no recibe tratamiento en su etapa final es la **paresis general** o *demencia paralítica*, un deterioro progresivo del funcionamiento psicológico y motriz que da como resultado parálisis, psicosis y, por último, la muerte. Entre los

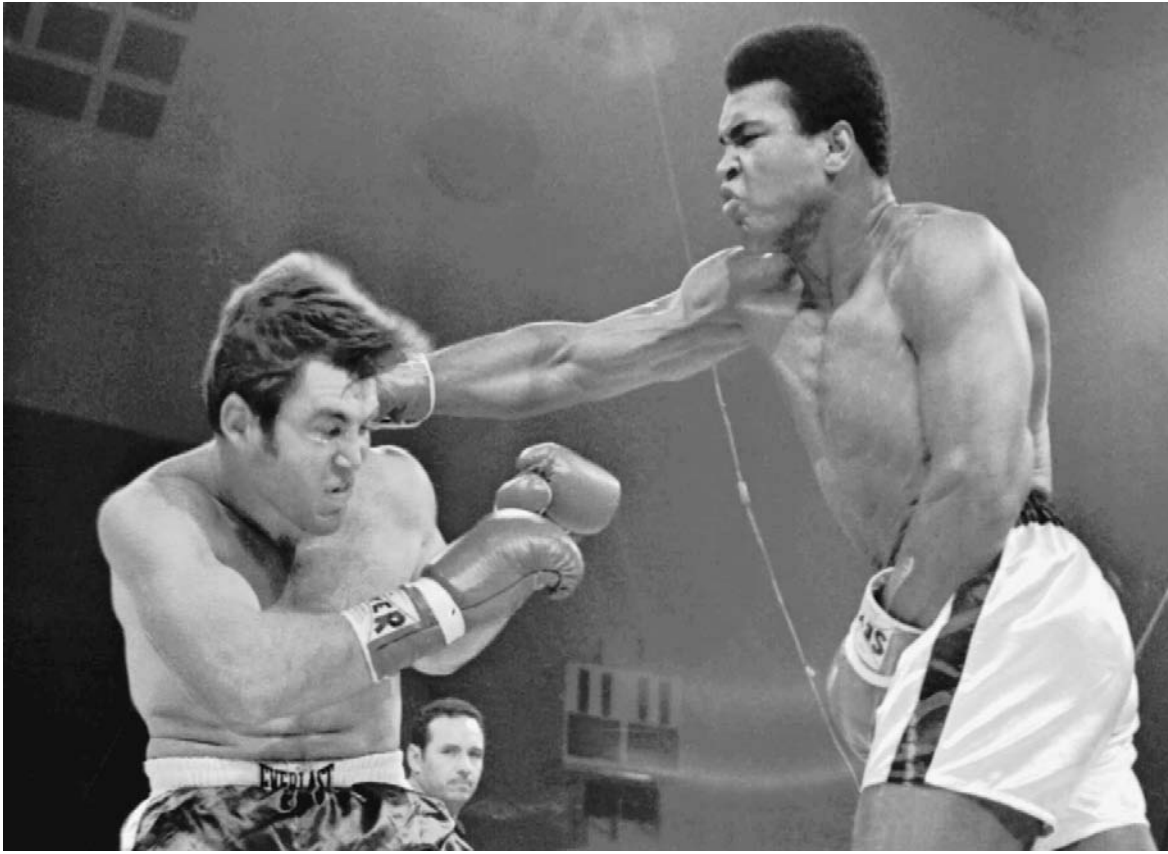


Figura 13-14 Jerry Quarry, un contendiente de peso pesado de finales de los años sesenta y principios de los setenta, murió en 1999 a la edad de 53 años. La foto lo muestra en una pelea con Muhammad Ali en 1970. En sus últimos años de vida, Quarry estaba severamente debilitado por el daño cerebral causado por el boxeo. Experimentó una pérdida de memoria severa, alucinaciones e incapacidad motora como resultado de frecuentes golpes en la cabeza durante su carrera en el boxeo.

FUENTE: *New York Times*, 5 de enero de 1999, p. A20.

síntomas de la paresis general se encuentran la pérdida de funciones cognitivas, deterioro del lenguaje, temblores de la lengua y los labios y poca coordinación motriz. Estos síntomas son progresivos y con el tiempo llevan a una condición de desamparo. Antes de que se descubriera la causa y el tratamiento de la sífilis, los pacientes con paresis general representaban entre una décima y una tercera parte de los ingresos en los hospitales mentales. Debido a la relación negativa entre el grado de mejoría posible y la extensión del daño cerebral irreversible, la mejor estrategia para reducir la frecuencia de la paresis general es el diagnóstico oportuno y el tratamiento médico de las infecciones por sífilis.

Trastornos amnésicos

Los **trastornos amnésicos** son alteraciones de la memoria ya sea por los efectos fisiológicos directos de una condición médica o los efectos persistentes de sustancias (drogas, medicamentos o químicos tóxicos). Los individuos con un trastorno amnésico no tienen capacidad para aprender información nueva, o no pueden recordar la información ya aprendida o eventos pasados. El déficit es par-

ticularmente evidente en las áreas de funcionamiento social y ocupacional, y mucho más visible en las tareas verbales y visuales que requieren memoria espontánea. Mientras que los trastornos amnésicos tienen un núcleo común de síntomas, las causas varían dependiendo del área del cerebro que esté afectada. Con frecuencia, un periodo de confusión y desorientación precede a un trastorno amnésico. La mayoría de los pacientes con condiciones amnésicas severas no comprenden su déficit de memoria y pueden realmente negar la presencia de una discapacidad, aunque su presencia sea obvia para los demás. La discapacidad puede ser crónica o transitoria y de corta vida. En el caso de lesiones en la cabeza que causan trauma cerebral, el paciente puede tener amnesia que comprende los periodos justo antes, durante y después de la lesión.

Diversidad de trastornos por déficit cognitivo

Delirio, demencia y amnesia son las tres categorías de déficit cognitivo que se destacan en el DSM-IV-TR. Sin embargo, hay una amplia diversidad de discapacidades que son el resultado de las diver-

sas naturalezas de los eventos que causan la disfunción cerebral (por ejemplo, una lesión cerebral), la ubicación de la lesión o el tipo de enfermedad y la edad del individuo. Por esta razón, muchos pacientes con déficit cognitivo no encajan nítidamente dentro de las categorías diagnósticas estándar. Los accidentes cerebrovasculares y la epilepsia muestran la diversidad de las relaciones disfuncionales entre la conducta y el cerebro.

Trastornos cerebrovasculares

Los **accidentes cerebrovasculares (ACV)**, o *apoplejía*, son bloqueos o rupturas de los vasos sanguíneos del cerebro. Cuando estos vasos sanguíneos se rompen o se bloquean con un coágulo, una parte del cerebro no recibe el abastecimiento de oxígeno y sangre que necesita, lo cual puede provocar un daño extenso en la zona afectada y cambios obvios en el comportamiento. Cuando los vasos sanguíneos afectados son pequeños y la interferencia con el flujo sanguíneo es temporal, los síntomas son más leves; tal vez sólo confusión, inestabilidad y emocionalidad excesiva. Algunos de los efectos conductuales de una apoplejía pueden ser similares a la demencia que se presentan en los casos de deterioro cerebral; sin embargo, sus síntomas tienen una aparición abrupta característica y a menudo incluye **afasia**, la dificultad para usar o comprender palabras, dificultades para hablar y parálisis del cuerpo.

Las apoplejías son la tercera causa de muerte después de los ataques cardíacos y el cáncer. En Estados Unidos, cada año representan aproximadamente 500 000 nuevos casos y 150 000 muertes. Más de 80% de las personas son mayores de 65 años. Además de la edad, la alta presión sanguínea desempeña un papel importante. La forma más significativa en que la apoplejía se puede prevenir es el tratamiento y control de la alta presión sanguínea. Muchos clínicos han observado que los ACV se presentan con mayor frecuencia en personas que llevan una vida con mucha presión. Estos individuos tienden a sufrir los ACV mientras están relajados o de vacaciones, aunque las razones de esto no están claras.

La depresión y la ansiedad después de una apoplejía inhiben de manera típica la recuperación (Chemerinski y Robinson, 2000). El tratamiento exitoso de estas condiciones psicológicas (a menudo mediante el empleo de antidepresivos) incrementa la probabilidad de afrontar mejor los efectos de la apoplejía.

Demencia vascular

La **demencia vascular**, también llamada *demencia por infartos múltiples*, es provocada por una serie de accidentes cerebrovasculares menores que se presentan en distintos momentos. La aparición es abrupta y el curso de la enfermedad fluctúa, en lugar de tener un progreso uniforme. El patrón de los déficit es irregular, pues depende de las áreas del cerebro destruidas. A medida que empeora la condición, las áreas relativamente intactas del funcionamiento intelectual se reducen y aumenta el desequilibrio en varias funciones que incluyen la memoria, el pensamiento abstracto, el juicio y el control de los impulsos. La hipertensión puede ser un factor importante en la demencia por infartos múltiples. El control de la alta

presión sanguínea ayuda a evitar este tipo de demencia y reduce la probabilidad de ACV menores adicionales cuando está presente la demencia por infartos múltiples. Es más factible que la demencia vascular ocurra después de los 65 años.

Síndrome de Korsakoff

Las deficiencias vitamínicas y nutricionales pueden afectar el sistema nervioso. El **síndrome de Korsakoff**, que se presenta en algunos alcohólicos crónicos, es producto de una combinación de alcoholismo y deficiencia de vitamina B1 (tiamina). En este trastorno irreversible, descrito por Sergei Korsakoff en 1887, se pierden los recuerdos recientes y pasados y la persona parece incapaz de crear nuevos recuerdos. Además, existen déficit perceptuales, pérdida de la iniciativa y confabulación. Con frecuencia, el delirium tremens es parte del historial médico del paciente. Cuanto más tiempo haya durado la deficiencia de vitaminas, el individuo responderá menos a la terapia con base en ellas.

Epilepsia

La **epilepsia** es un desequilibrio transitorio de la función cerebral que se desarrolla de manera repentina, cesa de forma espontánea y es probable que se presente nuevamente. La forma que adquiere este desequilibrio depende del lugar del cerebro en el que se origina, la extensión del área que comprende y otros factores. La epilepsia no es una enfermedad, sino un síndrome que consiste en episodios recurrentes de cambios en el estado de conciencia con o sin una condición motriz o sensorial.

Una **crisis epiléptica** es el resultado de la inestabilidad eléctrica transitoria de algunas células cerebrales, que en ocasiones disparan una “tormenta eléctrica” que se extiende en parte del cerebro. Esta actividad eléctrica culmina en una crisis, que puede tomar diversas formas. Muchas personas con epilepsia tienen sólo un tipo de crisis, pero una minoría experimenta dos o más tipos. Los principales tipos incluyen las crisis de *epilepsia mayor* y *epilepsia leve* y la *epilepsia psicomotriz*.

La forma más severa del trastorno epiléptico es la crisis de **epilepsia mayor** o de **gran mal** (del francés *grand mal*) que por lo regular dura de dos a cinco minutos. Este tipo de crisis deja una impresión dolorosa en cualquier persona que lo presencia. La víctima de una crisis de epilepsia mayor muestra un grupo de síntomas muy impresionantes. Es común que la crisis se inicie con un grito, seguido por la pérdida de la conciencia, la caída al suelo y espasmos subsecuentes. Los espasmos incontrolables pueden provocar daños muy serios a la víctima. Entre los mayores peligros se encuentran las lesiones en la cabeza y las mordidas severas de la lengua o la boca. Los movimientos musculares de una crisis de epilepsia mayor por lo general son precedidos por un aura, en la cual el individuo experimenta un estado aturdido de conciencia, que incluye sensaciones de irre realidad y despersonalización (sensación de extrañeza de sí mismo). El aura puede durar sólo unos cuantos segundos, pero con frecuencia se recuerda nítidamente.

En la crisis de **epilepsia leve** o del **pequeño mal**, (del francés *petit mal*) que es especialmente común en los niños, no hay convulsiones. En su lugar, existe un lapso de conciencia que se caracteriza por una mirada en blanco y falta de respuesta que dura hasta medio minuto, más o menos. Por lo regular, el individuo no pierde la conciencia. Estas crisis se pueden presentar varias veces al día.

En la **epilepsia psicomotriz**, un tipo que incluye 15% de los casos y rara vez se observa en los niños, el paciente conserva el control de su funcionamiento motor pero pierde la capacidad de ejercer buen juicio para realizar las actividades. Durante la epilepsia psicomotriz, el individuo se encuentra en una especie de trance; sus movimientos pueden ser repetitivos y muy organizados pero en realidad son semiautomáticos. Los ataques de epilepsia psicomotriz pueden parecerse a los de la epilepsia leve, pero duran más tiempo (hasta dos minutos), y comprenden los movimientos musculares que se relacionan con la masticación, el lenguaje y muestran mayor aturdimiento de la conciencia. Las alucinaciones visuales ocasionales y el estado de confusión que caracterizan la epilepsia psicomotriz son similares a los síntomas de la psicosis.

Alrededor de dos millones de estadounidenses padecen epilepsia y 5 a 10% de la población de Estados Unidos tendrá algún tipo de crisis en su vida (Schwartz y Marsh, 2000). La incidencia de la epilepsia es mayor en los primeros años de vida, se mantiene constante durante la edad adulta y después aumenta en las personas de mayor edad.

Cambios en el punto de vista sobre la epilepsia A lo largo de la historia, la epilepsia ha intimidado, asustado, desconcertado y provocado sensación de misterio. Hipócrates, médico griego, sostenía que la epilepsia era una enfermedad de causas naturales, pero durante la mayor parte de la historia moderna se ha considerado como un signo de posesión demoníaca. Muchas personas famosas, entre ellas Julio César, William Pitt (el mayor) y Fedor Dostoyevsky, sufrieron de epilepsia. Dostoyevsky, uno de los grandes novelistas del mundo, sufrió su primera crisis epiléptica durante su encarcelamiento en Siberia. Creyó que la agonía de vivir encadenado, el hedor y los trabajos forzados precipitaron sus crisis, que persistieron por años, aun después de ser liberado de la prisión.

El neurólogo inglés Hughlings Jackson (1834-1911), fue el primero en explicar las crisis epilépticas en términos de lesiones cerebrales. Ahora se sabe que la causa de la epilepsia es una interrupción intermitente de la neurofisiología del cerebro y existe mucha evidencia de que repetidos ataques pueden dañar el cerebro. Las muertes repentinas inexplicables de personas que sufren epilepsia, ocurren en una cantidad desproporcionadamente grande (Pedley y Hauser, 2002). Es importante entender esta enfermedad, no sólo porque es un problema humano, sino también porque nos proporciona un camino para descubrir cómo funciona el cerebro.

Tratamiento médico Hoy en día están disponibles antiépilépticos que reducen la frecuencia y severidad de las crisis epilépticas en muchos pacientes (Levy y cols., 2002). La atención clínica debe dirigirse a establecer niveles de dosis óptimas e identificar los posibles efectos secundarios de los medicamentos. Mientras que éstos pueden ayudar a la mayoría de los epilépticos, un gran número

son resistentes a los tratamientos disponibles. Un estudio reciente encontró que 28% de los que son resistentes al tratamiento tienen un tipo de variante de gen que se presenta con menor frecuencia que en aquellos a quienes les ayudó un tratamiento (Siddiqui y cols., 2003). Esta variante genética está asociada con un alto nivel de la proteína que se conoce como ABCB1, que se considera es una barrera para los medicamentos anticonvulsivos. Si los medicamentos no son eficaces o tienen fuertes efectos secundarios, o si los ataques son el resultado de un defecto estructural identificable, se puede considerar la posibilidad de una intervención quirúrgica. Debido a que la cirugía del cerebro representa riesgos obvios, sólo se emplea cuando se tiene pleno conocimiento del área de tejido cerebral que provoca las crisis.

Factores psicológicos Se estima que de 30 a 50% de quienes sufren de epilepsia tienen dificultades psicológicas, en especial depresión, en algún momento de su enfermedad (Sadock y Sadock, 2003). Mientras que la tristeza y la desmoralización son reacciones entendibles ante las crisis, la patología cerebral subyacente puede contribuir a índices de depresión más altos en los epilépticos, en relación con el grupo de comparación. Los antidepresivos son útiles en el tratamiento de la depresión que experimentan las personas con epilepsia.

Muchos epilépticos necesitan ayuda para afrontar su condición, debido a que, con frecuencia, el trastorno empieza antes de la edad adulta, también se deben tratar las respuestas emocionales de la familia del epiléptico. En la mayoría de los casos, el paciente y su familia consideran la epilepsia como una especie de desgracia y reaccionan ante ésta con vergüenza y culpabilidad. En razón de que una atmósfera de tensión emocional y frustración puede aumentar la severidad de las crisis epilépticas, se recomienda la psicoterapia y la asesoría tanto para los pacientes como para su familia. Muchas personas todavía consideran la epilepsia como algo atemorizante y misterioso. Como resultado de estas actitudes, con mucha frecuencia los epilépticos se sienten socialmente estigmatizados.

Un enfoque integral de los trastornos cerebrales

Debido a que las condiciones que se estudian en este capítulo comprenden efectos orgánicos reales, es tentador considerarlos sólo como problemas médicos. ¿Por qué consideramos que los trastornos cerebrales son diferentes a otros problemas orgánicos como los brazos fracturados y los cálculos biliares? Un defecto físico es la base de todas estas condiciones, pero el cerebro tiene un efecto complejo en nuestra conducta, así como en nuestro cuerpo. Este efecto no es tan claro y predecible como los efectos del daño en otras partes del cuerpo. Por ejemplo, una vez que un brazo fracturado se cura y restablece, la persona puede regresar a la condición que tenía antes del accidente. Éste no es el caso de los daños en el cerebro, razón por la cual esto es interesante para los psicólogos.

Para comprender los efectos que tiene el daño cerebral en el comportamiento, es necesario contar con información sobre los antecedentes de la vida del paciente, su personalidad, así como de los factores ambientales y biofísicos. También se necesita identi-

car los factores de vulnerabilidad en la vida de la persona y las indicaciones de su capacidad de resiliencia. Las condiciones que son sólo físicas, como los brazos fracturados, se pueden tratar con éxito sin tener esos datos. A pesar de que los trastornos cerebrales se pueden tratar desde la perspectiva médica, también son importantes los conceptos psicodinámicos, conductuales, cognitivos y comunitarios para su tratamiento y comprensión. Por lo tanto, el enfoque más fructífero de los trastornos cerebrales es el que integra el conocimiento de estos distintos campos.

Desde una perspectiva psicodinámica, a pesar de que ciertas formas de comportamiento desadaptado pueden tener causas orgánicas, la forma en que las personas responden ante su condición involucra factores psicológicos como la personalidad, las experiencias anteriores y las formas de afrontamiento. Por ejemplo, cuanto más sociable sea la persona, mayor es la probabilidad de que mejore su condición. Muchos casos de trastorno cerebral indican que la personalidad del individuo en el momento del daño orgánico tiene un efecto sobre el grado y la forma de su deterioro conductual. Por ejemplo, el contenido de las alucinaciones y la facilidad con que se expresan dependen de las características de la personalidad.

Los psicólogos conductuales se interesan menos por los efectos de la personalidad y la experiencia que los psicólogos que hacen hincapié en otras perspectivas. Los conductistas centran la atención en la capacidad de las personas para adaptarse incluso a las situaciones más drásticas. La enseñanza de nuevas respuestas para compensar las que se perdieron se considera más importante para la adaptación que la ayuda a las personas para que acepten su nueva condición. Además, la forma en que éstas responden ante tal enseñanza puede proporcionar información más relevante sobre su estado psicológico actual que un análisis de su personalidad antes de que se presentara la enfermedad. Debido a la importancia que otorgan a la modificación de las respuestas desadaptadas tan rápido como sea posible, los conductistas tienen pendiente una contribución importante en el tratamiento de los trastornos orgánicos cerebrales.

Los psicólogos que tienen una orientación cognitiva contribuyen con una variedad de técnicas para ayudar a las personas, en las primeras etapas de la demencia, a manejar el deterioro de sus capacidades. Por ejemplo, las técnicas que estimulan la memoria, como la elaboración de una lista, pueden ayudar a las víctimas de Alzheimer. Las técnicas cognitivas también son útiles para contrarrestar la depresión que con frecuencia acompaña al desarrollo de problemas físicos y la reducción de la competencia intelectual.

El daño en el cerebro y en el sistema nervioso central no parecen ser una condición que esté influida por las variables provenientes de la comunidad. Sin embargo, todo parece indicar que la disfunción del sistema nervioso central no tiene una distribución aleatoria. Los casos de daño cerebral se concentran en gran medida en los segmentos de la población que tienen un nivel socioeconómico más bajo. En Estados Unidos, esos problemas parecen ser los más frecuentes entre los niños afroamericanos. Esto es verdad por razones sociológicas y no biológicas. Los infantes pobres de raza negra son biológicamente más vulnerables poco después de la concepción. La nutrición y el cuidado prenatal inadecuados pro-

vocan complicaciones en el embarazo, que dan como resultado tasas elevadas de nacimientos prematuros y defectos congénitos. Estas anomalías incluyen el daño neurológico que provoca el deterioro del funcionamiento intelectual y problemas de comportamiento, como la hiperactividad y capacidad de atención reducida. Ninguna complicación del embarazo se relaciona en forma más clara con la amplia variedad de disfunciones neurológicas que el nacimiento prematuro. Por estas razones, las personas que centran su atención en la perspectiva comunitaria hacen hincapié en la prevención de trastornos cerebrales por medio del cuidado médico preventivo, en especial el buen cuidado prenatal.

Con frecuencia, el estigma vinculado con muchas de las conductas desadaptadas que origina el daño cerebral empeora la situación. Las personas tienden a evitar y aislar a los individuos que presentan una desviación muy marcada. El comportamiento de los ancianos proporciona una de las muestras más claras de los efectos de este rechazo social. El deterioro cerebral leve en una persona mayor que es rechazada socialmente puede provocar una mayor inadaptación conductual que el deterioro moderado en una persona que vive en un entorno más amigable y que la acepta. Desde la perspectiva de la comunidad, el cambio de las actitudes de las personas con respecto a quienes se comportan de manera diferente debido a trastornos cerebrales puede en ocasiones disminuir los efectos conductuales de estos cambios biológicos.

El déficit cognitivo que se observa en el delirium, en la demencia y en la amnesia es producto de eventos que ocurren en el cerebro, pero otros factores también juegan un papel importante. Las variables psicológicas y sociales interactúan con la condición física para determinar el nivel de funcionamiento del individuo. Diversos factores de vulnerabilidad y resiliencia (como la salud general, la disponibilidad de apoyo social, las características de la personalidad, la capacidad de afrontamiento e intereses) pueden influir en el efecto de la disfunción cerebral.

El mensaje con el que nos quedamos

Durante muchos años se hacía, de forma rutinaria, una distinción entre los trastornos “orgánicos” y los “funcionales”. Según este enfoque, en los primeros existía una patología cerebral identificable; en los últimos, no existía una base orgánica apreciable. Hoy se reconoce que esta distinción es anticuada, y ninguno de esos términos aparece en el DSM-IV-TR. Estamos de acuerdo con la eliminación de esta distinción. En los capítulos anteriores se ha explicado claramente que varias condiciones que antes se consideraban funcionales, ahora muestran crecientes indicadores de algunas anomalías orgánicas (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo y esquizofrenia). Sin embargo, las anomalías orgánicas son sólo parte de la historia, pero de ninguna manera toda ella.

En este capítulo hemos visto que, mientras que existen anomalías del tejido en un número de condiciones, los factores orgánicos tampoco son toda la historia. Las reacciones psicológicas como la depresión, los defectos del cerebro o sistema nervioso, con frecuencia intensifican y empeoran los efectos de la patología

del tejido. Las diferentes combinaciones de factores mentales y físicos pueden producir sorprendentes síntomas similares. Por ejemplo, en algunos casos, los individuos deprimidos tienen memoria reducida debido a su estado de ánimo, más que a un defecto cerebral identificable.

El déficit del funcionamiento cognitivo en el que existe una anomalía identificable en el sistema nervioso se consideraba imposible. Afortunadamente, este supuesto se aplica cada vez menos.

En muchos de los trastornos analizados en este capítulo, las intervenciones psicológicas apropiadas y los arreglos sociales (en especial la familia) pueden realizar importantes contribuciones para maximizar la calidad de vida de la persona. Por esta razón, hacia el final del capítulo, se analizan las fallas cognitivas en términos de la operación de los factores de vulnerabilidad y resiliencia. El estudio de los déficit cognitivos es cada vez más complicado, pero en algunos casos proporciona una perspectiva más optimista.

R esumen del capítulo

El cerebro: una perspectiva interaccionista

La investigación de las áreas del cerebro que son importantes para comprender el comportamiento normal y anormal, son las que estudian la forma en que el cerebro crece y se conserva, los mecanismos mediante los cuales adquiere, almacena y utiliza información y el papel que desempeña en el monitoreo y regulación de los procesos corporales internos.

Vulnerabilidad a los trastornos cerebrales Los factores que influyen en la vulnerabilidad al daño cerebral son la edad, el apoyo social, el estrés, los factores de la personalidad y las condiciones físicas del trastorno, así como la salud en general.

Evaluación del daño cerebral Es bastante común que los trastornos cerebrales que tienen efectos importantes sobre el pensamiento y el comportamiento ocurran con mayor frecuencia que los trastornos de la esquizofrenia o angustia. La presencia de daño cerebral se evalúa por medio de exámenes clínicos, pruebas neuropsicológicas y una variedad de técnicas de exploración. El **examen del estado mental** es una entrevista que evalúa la conciencia, apariencia, estado de ánimo y varios aspectos del funcionamiento cognitivo de una persona. La **neuropsicología** es una rama de la psicología que trata de las relaciones entre el comportamiento y la condición del cerebro. Las técnicas no invasivas para obtener imágenes cerebrales pueden proporcionar a los investigadores información detallada sobre la anatomía del cerebro y los procesos bioquímicos que ocurren en las distintas áreas del mismo, que están vinculadas a las alteraciones en la percepción, memoria, imaginación, procesos de pensamiento, habilidades para resolver problemas y adaptación.

Delirium

El **delirium** es un estado global de deterioro cognitivo, desorientación y confusión en el cual una persona tiene dificultades con todos los aspectos de la atención. Puede ocurrir como resultado de muchos factores, que incluyen una enfermedad o infección cerebral aguda, una enfermedad o infección en otras partes del cuerpo que afecta al cerebro, intoxicación o abstinencia de una sustancia adictiva. Las personas difieren en gran medida en su vulnerabilidad al delirio.

Delirium tremens En ocasiones, el **delirium tremens**, que incluye no sólo los síntomas comunes del delirium sino también temblores y alucinaciones visuales, puede ser resultado de un consumo excesivo de alcohol y no es evidente hasta que la persona deja de tomar.

Demencia

La **demencia** o deterioro cerebral comprende una pérdida gradual de las capacidades intelectuales que interfieren con el funcionamiento normal. De acuerdo con su causa, la demencia puede ser estable, progresiva o reversible. El término **demencia senil** se refiere a esta condición si ocurre por primera vez después de los 65 años de edad. En las personas más jóvenes, se conoce como **demencia presenil**. Un síntoma común de la demencia es la **confabulación**, en la cual la persona compensa la pérdida de recuerdos particulares llenando los espacios en blanco con detalles inexactos. Los ancianos presentan un riesgo mayor que la población en general de desarrollar trastornos que comprenden la degeneración del cerebro. También corren un gran riesgo de depresión, como resultado del aumento del estrés de la vida que se relaciona con la edad. Sin embargo, es importante recordar que existen muchos ejemplos de envejecimiento exitoso.

Enfermedad de Alzheimer La **enfermedad de Alzheimer** es la forma más común tanto de demencia senil como presenil. La pérdida de neuronas de los lóbulos frontal y temporal provoca lapsos de amnesia, confusión, así como deterioro físico y mental. Las investigaciones sobre esta enfermedad centran la atención en los cambios neuroquímicos en el cerebro y en los factores genéticos. Un gen de la proteína llamada **beta amiloidea** en el par de cromosomas 21 está ligado al riesgo de padecer Alzheimer. Los investigadores también han estudiado formas para ayudar a fortalecer las habilidades cognitivas de personas mayores y a que los familiares se adapten al estrés que implica el cuidar a una persona que padece esta enfermedad.

Enfermedad de Pick La **enfermedad de Pick** es menos común que la enfermedad de Alzheimer. Este trastorno se puede diagnosticar sólo por medio de la autopsia como una forma característica de atrofia cerebral.

Enfermedad de Huntington La **enfermedad de Huntington** es un trastorno hereditario raro que se transmite por un solo gen dominante. Provoca una degeneración progresiva del tejido cerebral. Se ha descubierto que sus síntomas se relacionan con la deficiencia de un neurotransmisor, el **ácido-gama-amino butírico (GABA)**, y se piensa que están relacionados con un gen defectuoso en el cromosoma 4.

Enfermedad de Parkinson Los síntomas de la **enfermedad de Parkinson** son el deterioro progresivo de la capacidad intelectual, au-

mento de la rigidez para el afrontamiento, temblores y apariencia facial como de máscara. Se cree que esta enfermedad está relacionada con una deficiencia de dopamina y se puede tratar con fármaco L-dopa.

Trauma cerebral: lesiones, tumores e infecciones Las lesiones, tumores e infecciones cerebrales pueden provocar consecuencias cognitivas y conductuales profundas. Algunos de los cambios en el comportamiento pueden ser el resultado de los factores psicológicos que se relacionan con la lesión, tales cambios se conocen como *neurosis traumática*. Las lesiones en el cerebro se clasifican en tres grupos: **concusiones**, que provocan problemas transitorios; **contusiones**, donde existe un daño difuso; y **laceraciones**, que comprenden desgarres o rupturas mayores del tejido cerebral. Los **tumores cerebrales** pueden provocar varios cambios conductuales que dependen de la ubicación del tumor. El **déficit cognitivo asociado al VIH** y la **paresis general** son ejemplos de demencia causada por infecciones.

Trastornos amnésicos

Los **trastornos amnésicos** son alteraciones de la memoria provocadas ya sea por una condición médica o por los efectos de drogas, medicamentos o exposición a químicos tóxicos. Las personas con trastornos amnésicos tienen dificultad para aprender material nuevo y/o recordar la información adquirida con anterioridad. Los trastornos amnésicos pueden ser transitorios o crónicos.

Diversidad de los trastornos por déficit cognitivo

Muchos de los trastornos por déficit cognitivo no se ajustan dentro de las categorías diagnósticas preestablecidas. Existe una amplia variedad de déficits cognitivos.

Trastornos cerebrovasculares Los **accidentes cerebrovasculares (ACV)**, o *apoplejías*, son bloqueos o rupturas de los vasos sanguíneos del cerebro. Algunos de los efectos pueden ser similares a los de la demencia, pero la aparición es repentina en lugar de gradual. La **demencia por infartos múltiples** (o vascular) es provocada por una serie de accidentes cerebrovasculares menores que ocurren durante un cierto periodo.

Síndrome de Korsakoff El **síndrome de Korsakoff** es el resultado de una combinación de alcoholismo y deficiencia de vitamina B1. Puede causar pérdida de la memoria e iniciativa, déficit perceptuales y confabulación.

Epilepsia La **epilepsia** se debe a una anomalía en el comportamiento de las células cerebrales que puede tener muchas causas. Algunas epilepsias se relacionan con crisis generalizadas y otras se pueden originar en un área específica del cerebro. Las **crisis de epilepsia mayor** duran varios minutos e incluyen la pérdida de la conciencia y convulsiones. Las **crisis de epilepsia leve** son lapsos de conciencia que duran menos de un minuto y no incluyen convulsiones. La **epilepsia psicomotriz** comprende un estado parecido a un trance que dura hasta dos minutos y puede incluir explosiones emocionales. La epilepsia se puede tratar con fármaco, cirugía o control psicológico, de acuerdo con los síntomas que presente quien la padece.

Un enfoque integral de los trastornos cerebrales

A pesar de que los trastornos cerebrales comprenden problemas orgánicos, el conocimiento de los factores psicológicos es muy importante para la predicción de la forma exacta en que el comportamiento de una persona se verá afectado. Cada una de las perspectivas psicológicas es útil para comprender el efecto de estos trastornos.



Conceptos clave

Accidente cerebrovasculares (ACV), p. 434
Ácido gamma aminobutírico (GABA)
p. 429
Afasia, p. 434
Beta amiloidea, p. 424
Concusión, p. 430
Confabulación, p. 419
Contusión, p. 430
Crisis epiléptica, p. 434
Déficit cognitivo asociado con el VIH, p. 431
Déficit cognitivo leve, p. 424
Delirium, p. 418

Delirium tremens, p. 419
Demencia, p. 420
Demencia presenil, p. 422
Demencia vascular, p. 434
Enfermedad de Alzheimer, p. 422
Enfermedad de Huntington, p. 428
Enfermedad de Parkinson, p. 430
Enfermedad de Pick, p. 428
Epilepsia, p. 434
Epilepsia leve, p. 435
Epilepsia mayor, p. 434
Epilepsia psicomotriz, p. 435

Examen del estado mental, p. 416
Laceración, p. 430
Neuropsicología, p. 417
Paresis general, p. 432
Pruebas neuropsicológicas, p. 417
Síndrome de Korsakoff, p. 434
Técnicas de imagen genología cerebral,
p. 417
Trastorno dominante autosomal, p. 428
Trastornos amnésicos, p. 433

Un buen libro

En *Mapping Fate*, Alice Wexler nos cuenta la historia de la vulnerabilidad de una familia al riesgo genético de la enfermedad de Huntington y cómo lo manejan. La oportunidad de Wexler de manifestar la enfermedad es de 50%. *Mapping Fate* describe sus reacciones personales

a esta vulnerabilidad, así como a los efectos en las relaciones de su familia sobre la conciencia del peligro que pueden enfrentar. Este libro se dedica a la madre de Wexler, la cual murió de esta enfermedad.

Trastornos relacionados con sustancias



CORBIS Images.com

Trastornos por uso de sustancias

Dependencia de sustancias
Abuso de sustancias

Trastornos inducidos por sustancias

Trastornos relacionados con el alcohol

Uso excesivo de alcohol
Teorías y tratamientos
Prevención de trastornos relacionados con el alcohol

Otras drogas

Barbitúricos y tranquilizantes
Los opiáceos
Cocaína
Anfetaminas

Alucinógenos
Fenciclidina (PCP)
Inhalantes
Cannabis
Nicotina
Cafeína

¿Existe un camino final en común?

Dependencia de sustancias y política pública

¿Existen adicciones conductuales? El dilema del juego patológico

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Las personas pueden convertirse en seres tan apegados y dependientes a ciertas sustancias y actividades que sus vidas se desequilibran seriamente. Este capítulo describe los problemas que surgen del abuso de una variedad de sustancias, entre las cuales se incluyen el alcohol, los opiáceos (como la heroína), la cocaína, las anfetaminas, el *cannabis* (marihuana) y los alucinógenos (como el LSD). Se estudian las variables que desempeñan papeles en el uso y abuso de las sustancias y en su tratamiento. Se destacan las recientes investigaciones que aumentan nuestro conocimiento de los trastornos relacionados con sustancias y que pueden servir como una guía para la terapia y las políticas públicas.

Mi alcoholismo tardó años para convertirse en un padecimiento crónico. Durante mucho tiempo, asistí a bares después del trabajo, era uno de los muchachos. En forma gradual, la costumbre reforzó el engaño. Me relacioné cada vez más con otros bebedores persistentes quienes se tardaban más y más en pedir sus cuentas del bar. La mayoría de nosotros éramos en realidad alcohólicos en diferentes etapas. Los que no lo eran, hacía mucho tiempo que se habían alejado; los que quedábamos, estábamos de acuerdo en que éramos “normales”. Infelices, pero normales.

Las percepciones de los alcohólicos son así, pues adoptan cientos de formas insidiosas y distorsionadas. Todas tienen el objetivo de proteger la noción del alcohólico de que conserva la libre voluntad. Mis amigos bebedores y yo estábamos de acuerdo en que no teníamos ningún problema con la bebida. Sin embargo, todo lo que existía en nuestro mundo, cada vez más limitado, era un problema que requería de la bebida: la esposa, los niños, el jefe, el gobierno. En deprimentes bares, de donde se habían alejado todos los que llevaban una vida sana, conspirábamos para no ver lo obvio: que las células de nuestro cuerpo eran adictas, y nuestras mentes estaban a punto de serlo.

De manera inexorable, la necesidad de alcohol creció, y las mentiras se desgastaron. A medida que se aceleraba mi alcoholismo, abandoné la mayor parte de los patrones para beber y me uní a las filas de los bebedores solitarios que asisten a innumerables bares. Perdí el sentido de lo que sucedería después de que empezara a beber; me volví totalmente imprevisible. Algunas veces iba a casa después de un par de copas (por lo general bebía más ahí). Con mayor frecuencia, me unía a otros alcohólicos en las cabinas telefónicas de los bares, buscando ex-

cusas trilladas sobre visitantes inesperados y reuniones de negocios urgentes.

Algunas veces simplemente me escondía en mi oficina con una botella después de que todos se habían ido a su casa. Simplemente no existía nada más en mi vida. Lo más aterrador de todo fue que empecé a sufrir de desvanecimientos alcohólicos durante los episodios en que bebía. Regresaba al estado consciente sin ningún recuerdo de donde había estado o qué había hecho. En una ocasión, recobré el conocimiento muy tarde por la noche en una calle del centro de la ciudad con los pantalones del traje rasgados en un costado por una navaja de afeitar.

Esta historia, relatada en primera persona, ilustra algunas de las características que se observan en los trastornos relacionados con sustancias. Este hombre, que luchaba con el alcoholismo mientras negaba que tenía un problema con el alcohol, desarrolló una creciente conexión entre la interacción social y la bebida, después siguió bebiendo solo y finalmente mostró los síntomas de que la manera en que bebía estaba fuera de control.

El alcohol pertenece a un grupo de sustancias que han arruinado las vidas de infinidad de personas. A pesar de que existen muchas diferencias entre las sustancias, todas son drogas **psicoactivas**; es decir, afectan el pensamiento, las emociones y la conducta. Una consecuencia común del consumo prolongado y elevado de una sustancia psicoactiva es la reducción generalizada de la conducta orientada a metas (por ejemplo, ir a la escuela o a trabajar), junto con déficit cognitivos (como la incapacidad para concentrarse). Otras consecuencias son los cambios en la motivación y la disminución de la capacidad para pensar con claridad, y con frecuencia, graves síntomas físicos.

El gran alcance del problema del abuso de sustancias se puede observar en el hecho de que ocurren más muertes, enfermedades, y discapacidades por el abuso de sustancias que por cualquier otra condición de salud que se puede evitar (*Substance Abuse*, 2001). De las más de dos millones de muertes cada año en Estados Unidos, aproximadamente 500 000 se atribuyen al alcohol, tabaco y uso ilícito de drogas. Además, las conductas que se observan junto con el abuso de sustancias incluyen muchos problemas sociales y de salud importantes. Por ejemplo, el abuso de sustancias precede a 38% de los suicidios (Cavanagh y cols., 2003).

La *adicción* es un término general que se ha utilizado para describir los efectos dañinos de la dependencia excesiva de las drogas por placer y para aliviar la tensión. Adicción significa que el individuo utiliza la sustancia a cualquier costo. Las evidencias de que existe un componente biológico de la adicción están en constante aumento. Las diferentes sustancias potencialmente adictivas afectan las actividades de centros cerebrales específicos así como una variedad de procesos químicos y anatómicos (Robinson y Be-

rridge, 2003). Sin embargo, el abuso de sustancias es mayor que las vulnerabilidades biológicas y genéticas a ciertas sustancias (Crabbe, 2002). Los factores personales y sociales también juegan papeles en la manera en que las sustancias interactúan con los pensamientos, sentimientos y consecuencias en la conducta. Por esta razón, y utilizando un lenguaje lo más claro posible, el término adicción no se utiliza en el DSM-IV-TR. En su lugar, el DSM-IV-TR contiene dos amplias categorías de trastornos relacionados con sustancias: los *trastornos por uso de sustancias* y los *trastornos inducidos por sustancias*. Estas categorías enfocan su atención en las consecuencias notables del uso de sustancias específicas.

Trastornos por uso de sustancias

Los **trastornos por uso de sustancias** incluyen problemas asociados con el uso y abuso de drogas como el alcohol, la cocaína y la heroína, que alteran la manera en que las personas piensan, sienten y se comportan. Hay dos subgrupos de trastornos por uso de sustancias: los relacionados con la *dependencia de sustancias* y los relacionados con el *abuso de sustancias*. El criterio actual para diagnosticar la dependencia de sustancias incluye la tolerancia, abstinencia y uso compulsivo, y los criterios para el abuso de sustancias son en esencia problemas psicológicos y conducta inadaptada (por ejemplo, ser incapaces de cumplir con responsabilidades sociales o de trabajo). Sin embargo, algunos autores argumentan que no existe una distinción significativa entre el abuso y la dependencia de sustancias, y que el abuso es simplemente una variante menos severa (y superpuesta) de la dependencia.

Dependencia de sustancias

El DSM-IV-TR define la **dependencia de sustancias** como un patrón inadaptado de uso de sustancias que produce discapacidades clínicas o aflicción significativas. La tabla 14-1 presenta los criterios para diagnosticar este trastorno. Los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos definen la condición de dependencia de sustancias. La mayoría de los individuos que la padecen sienten una ansiedad intensa por una sustancia en particular. Continúan utilizándola aunque agrave sus problemas relacionados con ella. Cuando se interrumpe el consumo de la droga, se presentan alteraciones en sus sistemas corporales (especialmente en el sistema nervioso), y la necesidad de aumentar la frecuencia y cantidad de la sustancia para poder obtener los mismos efectos que antes. Si la droga se deja de consumir, se presentan síntomas de abstinencia. Las personas dependientes de sustancias muestran un patrón distintivo de uso repetido que normalmente produce tolerancia, síntomas de abstinencia y uso compulsivo de sustancias.

En el contexto del uso de sustancias, la **tolerancia** se refiere a la necesidad de consumir cada vez mayor cantidad de ellas para obtener el mismo efecto, porque la misma dosis tiene cada vez menor efecto a medida que pasa el tiempo. Las reacciones a la morfina y al alcohol son ejemplos de la formación de tolerancia. El poder analgésico de la morfina disminuye si la droga se administra durante un periodo prolongado. Conforme los alcohólicos consu-

TABLA 14-1

Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias

La presencia de tres o más de los siguientes criterios dentro del mismo periodo de 12 meses establece la existencia de dependencia de sustancias:

1. Tolerancia, definida por la necesidad de consumir cantidades mayores de la sustancia para lograr los efectos deseados, y un notable efecto de disminución debido al uso continuo de la misma cantidad.
2. Abstinencia, definida por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, y el uso de ésta para mitigar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Ingestión de grandes cantidades o durante un periodo mayor del que se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzo fallido por disminuir o controlar el abuso de la sustancia.
5. Pasar una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener o usar la sustancia o recuperarse de sus efectos.
6. Eliminar o reducir importantes actividades sociales, profesionales o recreativas por el uso de sustancias.
7. Uso continuo de la sustancia a pesar de estar consciente de la existencia de un problema persistente o recurrente físico o psicológico causado o agravado por la sustancia.

men una mayor cantidad de alcohol, sus membranas celulares se alteran de tal manera que cada vez se filtra menos alcohol a través de ellas. Si en realidad penetra menos alcohol por las membranas celulares, es probable que un alcohólico tenga menos alcohol en el cerebro que una persona normal con el mismo nivel de alcohol en la sangre. Esto podría explicar por qué algunos alcohólicos pueden presentar un buen desempeño después de consumir una cantidad de alcohol que podría poner en estado de coma a una persona que no es alcohólica. El grado en el cual se desarrolla la tolerancia varía bastante de una sustancia a otra. Aunque la tolerancia al alcohol es considerable, es en general menos extrema que la tolerancia a algunas otras sustancias, como las anfetaminas.

La **abstinencia** constituye un conjunto particular de síntomas físicos que ocurren cuando una persona deja o reduce el consumo de una sustancia psicoactiva. La severa reacción física que se presenta cuando cesa el consumo de heroína es probablemente el ejemplo más conocido de ella. Sin embargo, los síntomas varían en gran medida dependiendo de la clase de sustancia que se utilice (Kosten y O'Connor, 2003). Las notorias señales de abstinencia fisiológicas y generalmente fáciles de medir son comunes en el alcohol y en las drogas que reducen la ansiedad. Los síntomas de abstinencia a menudo están presentes, pero son menosevidentes, en el caso de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína (ver la figura 14-1).

El **uso compulsivo de sustancias** incluye la conducta dirigida a obtener la sustancia, a la que con frecuencia se le llama conducta de búsqueda de droga, y conducta asociada con la ingestión



Figura 14-1 Con frecuencia, los síntomas de abstinencia aparecen después de que, de manera repentina, se deja de consumir una sustancia a la que el individuo es adicto. Los síntomas incluyen ansiedad, temblores, náuseas y vómito, así como ritmo cardíaco acelerado.

real o el uso de la sustancia. Los individuos dependientes de sustancias pueden consumir cantidades exorbitantes de tiempo y esfuerzo tratando de obtener la sustancia de la que son dependientes, y cuando la consiguen son incapaces de controlar la cantidad o el tiempo que la usan. Esta carencia de control puede manifestarse en esfuerzos fallidos para reducir o dejar de consumirla a pesar de su deseo persistente de hacerlo. Pueden continuar usándola, a menudo en situaciones en las cuales es físicamente peligroso hacerlo, a pesar de estar conscientes de los serios problemas que esto les causa.

La **intoxicación por sustancias** está generalmente asociada con el uso o la dependencia de sustancias, aunque uno o más episodios de intoxicación por sí solos no son suficientes para diagnosticar ni el abuso ni la dependencia de ellas. El criterio del DSM-IV-TR para diagnosticar la intoxicación por sustancias incluye el desarrollo de síntomas reversibles específicos de la sustancia producidos por la ingestión reciente o exposición a ella, así como conducta inadaptada con importancia clínica o cambios fisiológicos provocados por el efecto de la sustancia en el sistema nervioso central (ver la tabla 14-2). Los indicadores más comunes de la intoxicación son las alteraciones en la percepción, en el estado de vigilia, la atención, el pensamiento, el juicio, las conductas motora e interpersonal. La sustancia, la dosis, el historial de uso de ella, la tolerancia de la persona a la sustancia, el periodo transcurrido desde la última dosis, las expectativas de la persona sobre los efectos y el entorno o ambiente, son factores que pueden influir sobre el nivel de intoxicación.

Abuso de sustancias

En el **abuso de las sustancias** se presentan consecuencias recurrentes y adversas relacionadas con el uso de ellas. Estas consecuencias incluyen el continuo incumplimiento de obligaciones importantes (por ejemplo, los deberes de padre), el uso repetido de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso ha-

TABLA 14-2

Criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias

1. Desarrollo de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su ingestión reciente (o exposición a ella).
2. Conducta desadaptada clínicamente significativa o cambios fisiológicos producidos por el efecto de la sustancia en el sistema nervioso central (por ejemplo, discapacidad cognitiva, estado de ánimo inestable, agresividad, juicio deteriorado, funcionamiento social o profesional afectado).
3. Los síntomas no se producen por una condición médica general y no se explican mejor por otro trastorno médico.

TABLA 14-3

Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias

La presencia de tres o más de los siguientes criterios dentro del mismo periodo de 12 meses configura la existencia de abuso de sustancias:

1. Uso recurrente de sustancias que impide el cumplimiento de obligaciones importantes (por ejemplo, en el trabajo, la escuela o el hogar).
2. Uso recurrente de sustancias en situaciones en las cuales es físicamente peligroso hacerlo (por ejemplo, manejar un automóvil bajo la influencia de la sustancia).
3. Problemas legales recurrentes relacionados con el uso de sustancias (por ejemplo, arrestos).
4. Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales causados por la agravación de los efectos de la sustancia (por ejemplo, peleas físicas).

cerlo, problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. El criterio del abuso de sustancias no se enfoca en la tolerancia, abstinencia o patrón de uso compulsivo, sino que define el abuso de sustancias sólo en términos de las consecuencias dañinas que provoca su uso repetido (ver la tabla 14-3).

Trastornos inducidos por sustancias

Los **trastornos inducidos por sustancias** causan una variedad de síntomas que son característicos de otros trastornos mentales, entre los cuales se incluyen el delirio y la conducta psicótica. La ingestión reciente de ciertas sustancias puede producir serios síntomas y señales conductuales, psicológicos y fisiológicos. Las diferentes sustancias tienen efectos característicos. La evidencia

de ingestión reciente de la sustancia se obtiene por medio de pruebas físicas (por ejemplo, el olor del alcohol en el aliento), historial del caso y análisis de fluidos corporales (por ejemplo, orina o sangre).

Los psicólogos están interesados en los trastornos provocados por el uso de sustancias e inducidos por sustancias porque la respuesta de cada persona a las drogas parece ser resultado de una combinación de factores fisiológicos y psicológicos. Algunas personas pueden controlar el uso de muchas sustancias psicoactivas; otras parecen incapaces de hacerlo. Algunos individuos presentan severos síntomas de abstinencia; otros no. Los efectos que producen las drogas también difieren de un consumidor a otro.

Las personas difieren en su vulnerabilidad a los efectos negativos de sustancias particulares y en su capacidad de recuperación después de una experiencia de uso de sustancia. Las características personales y psicológicas del consumidor y el ambiente o escenario en el cual se usa la sustancia probablemente se combinan para influir sobre la reacción. Éste es otro caso en el que la interacción entre la persona y la situación, a la cual se ha hecho referencia tan a menudo en este libro, son importantes para entender la conducta individual. Sin embargo, a pesar de que las características individuales tienen una gran influencia en la respuesta de la persona a una sustancia que modifica el estado de ánimo o la conducta, dichas sustancias tienen ciertos efectos generales que experimentan la mayoría de quienes las usan. La tabla 14-4 describe algunos de los efectos y síntomas típicos causados por seis tipos de sustancias psicoactivas, así como las consecuencias de tomar una sobredosis.

Muchos adultos usan sustancias psicoactivas, pero la mayoría no las usan de manera patológica. ¿Cuál es el uso patológico? Es aquel donde los efectos positivos son mayores que los efectos negativos. De manera típica, este uso es frecuente y provoca síntomas

y cambios inadaptados en la conducta. Algunas veces la aparición del uso patológico se presenta temprano: en los casos de algunas personas y sustancias, desde la primera vez que se usan.

Para poder apreciar la diversidad de trastornos relacionados con sustancias, se expondrán los principales tipos, empezando con los problemas relacionados con el uso del alcohol. En la mayoría de las culturas, el alcohol es el depresivo cerebral utilizado con mayor frecuencia, y la causa de serios problemas interpersonales y de salud.

Trastornos relacionados con el alcohol

El alcohol se ha utilizado con fines recreativos, medicinales y ceremoniales a lo largo de, por lo menos diez mil años. El alcohol que contienen la cerveza, el vino y los licores fuertes es un compuesto que se conoce como alcohol etílico o etanol. En el corto plazo, esta sustancia ejerce su acción sobre el sistema nervioso como un “bloqueador” de los mensajes que se transmiten de una célula nerviosa a otra. Primero afecta los lóbulos frontales del cerebro, donde se regulan las inhibiciones, la facultad de razonamiento, la memoria y el juicio. Después de un consumo continuo, afecta el cerebelo, donde se encuentra el control muscular motor, el equilibrio y los cinco sentidos. Por último, afecta la espina dorsal y la médula, el lugar de las funciones involuntarias como la respiración, el ritmo cardíaco y el control de la temperatura corporal. Si se consume suficiente alcohol —hasta el punto de un nivel de alcohol en la sangre de 0.5% o más— el sistema de funciones involuntarias se puede desconectar y la persona puede morir por envenenamiento agudo con alcohol.

TABLA 14-4		
Diversos tipos de sustancias, sus efectos, y síntomas, y las consecuencias de tomar una sobredosis		
Sustancia	Efectos y síntomas típicos	Consecuencias de tomar una sobredosis
Alcohol	Reducción de la tensión seguida de funcionamiento físico y fisiológico débil.	Desorientación, pérdida de conciencia, y muerte por niveles extremadamente altos de alcohol en la sangre.
Drogas tranquilizantes	Reflejos débiles y funcionamiento motor dañado; reducción de la tensión.	Respiración superficial, pupilas dilatadas, piel húmeda, pulso débil y rápido, estado de coma, posible muerte.
Anfetaminas	Aumento del estado de alerta, excitación, euforia, aumento del pulso y la presión sanguínea, insomnio.	Agitación, alucinaciones, ilusiones paranoides, convulsiones, muerte.
Heroína	Euforia inicial seguida de apatía, somnolencia, “ráfagas” de placer, juicio deteriorado.	Respiración lenta y superficial, náuseas, piel húmeda, vómito, convulsiones, estado de coma, posible muerte.
LSD	Ilusiones, alucinaciones, distorsiones en la percepción del tiempo, pérdida de contacto con la realidad, palpitaciones.	Reacciones psicóticas.
Marihuana	Euforia, reducción de las inhibiciones, incremento del apetito, posible desorientación, boca seca.	Fatiga, posible psicosis.

Uso excesivo de alcohol

Alrededor de 70% de los adultos de Estados Unidos beben alcohol en ocasiones, mientras que 12% son bebedores continuos, personas que beben casi todos los días y se intoxican varias veces al mes. Más hombres que mujeres son bebedores continuos. Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, la frecuencia de consumo es más elevada y la abstinencia más reducida en el grupo de edad entre los 21 y 34 años. Por muchos años, los efectos negativos del abuso del alcohol han sido considerados como un problema serio.

Existen importantes diferencias culturales y étnicas en la manera en que se utilizan el alcohol y otras sustancias, así como en la frecuencia de trastornos relacionados con sustancias (Ma y Henderson, 2002). El uso del alcohol es más elevado, primero entre los nativos estadounidenses y después entre los europeos-estadounidenses, seguidos por los latino/hispano estadounidenses y los afroestadounidenses (Jung, 2001). Es más bajo entre los asiáticos-estadounidenses. Los niveles socioeconómicos y de educación más altos reducen el riesgo de padecer trastornos por uso de sustancias en prácticamente todos los grupos.

Debido a que la mayoría de los estudios sobre uso de alcohol y drogas agrupan a los individuos en extensos grupos étnicos, no se conoce si existen diferencias importantes dentro de ellos. Por ejemplo, no se sabe si los grupos hispanos que son tan diversos, como los mexicanos, puertorriqueños, cubanos, centroamericanos y sudamericanos difieren en sus niveles de uso. Del mismo modo, se conoce que el grupo minoritario con el índice más alto de abuso de alcohol es el de los nativos-estadounidenses, pero incluso entre los diversos grupos étnicos las razones para beber y los contextos en los que ocurre son muy diferentes. Por ejemplo, algunas formas de intoxicación han sido, de manera tradicional, una parte integral de ciertas ceremonias sagradas de muchos de ellos. Sin embargo, sabemos que su relativamente pobre estado de salud, comparado con otros segmentos de la población, se debe en gran medida a sus problemas relacionados con el alcohol (Rhoades, 2003).

En contraste con los nativos de Estados Unidos, los estadounidenses de origen asiático provienen de culturas que respetan los ideales de la moderación de Confucio. Como resultado, la norma tradicional ha sido el uso moderado del alcohol por parte de los hombres y el consumo mínimo o ninguno por parte de las mujeres. No obstante, existen diferencias significativas entre los asiáticos-estadounidenses, ya que los grupos chinos-estadounidenses tienen altos índices de abstinencia y bajos índices de alcoholismo. El uso del alcohol parece ser mayor entre los japoneses-estadounidenses y los coreanos-estadounidenses que entre los chinos-estadounidenses. Es una característica común de las culturas asiáticas que desalienten la intoxicación pública.

Los complejos factores culturales y étnicos relacionados con el uso del alcohol y otras sustancias requieren de mucho más estudio. Por ejemplo, la **aculturación**, la modificación de creencias y conductas en los miembros de una cultura como resultado del contacto con otra es relevante en el uso de sustancias. Mientras la aculturación entre los inmigrantes hacia Estados Unidos progresa, el nivel de uso tendrá una tendencia a apartarse del nivel del país de origen, e inclinarse al de la población general de Estados Unidos. Para complicar el entendimiento de los efectos de la aculturación en ciertos grupos étnicos, se sabe que los inmigrantes del

mismo país que emigran en diferentes oleadas a menudo tienen diferentes características. Por ejemplo, los inmigrantes de Japón hacia Estados Unidos a principios del siglo XX tenían orígenes diferentes de los que se instalaron a principios del siglo XXI, y seguramente también el país anfitrión era muy diferente en estas dos épocas. Sin lugar a dudas, estas diferencias afectan el proceso de aculturación.

En términos generales, dentro de Estados Unidos, el consumo de alcohol *per cápita* ha disminuido por muchos años. A escala nacional, el crecimiento de la abstinencia y el declive del consumo continuo con frecuencia se atribuyen a la creciente conciencia de salud y mayor precaución sobre los peligros de manejar bajo la influencia del alcohol. Sin embargo, existe una minoría que lo consume en grandes cantidades de manera continua. Alrededor de la mitad del alcohol que se consume en ese país se toma en series de cinco o más copas a la vez. Estos patrones de bebida pueden ser un factor importante para explicar el gran número de muertes en accidentes de tránsito relacionadas con el alcohol.

A través del tiempo, la terminología utilizada para describir el abuso del alcohol ha variado ampliamente. Se ha caracterizado por la dependencia o abuso del alcohol como una enfermedad que en esencia es una discapacidad involuntaria, o como alcoholismo. Caracterizarlo como alcoholismo reconoce que beber en exceso incluye múltiples causas, señales y síntomas que por lo general incluyen la dependencia y el abuso. El DSM-IV-TR define la **dependencia fisiológica del alcohol** en términos de la tolerancia y los síntomas de abstinencia. El **abuso del alcohol** se define mediante indicadores conductuales como bajo rendimiento en el trabajo y relaciones interpersonales malas. En la **intoxicación por alcohol** existen conductas y cambios clínicos significativos (por ejemplo, conducta sexual o agresiva inapropiada, hablar arrastrando las palabras, falta de coordinación, problemas de atención o memoria, o estado de coma; (ver la tabla 14-5).

El alcohol y sus riesgos Sin importar los términos que se utilicen, existe un acuerdo sobre los efectos dañinos para los individuos y la comunidad de la ingesta excesiva de alcohol. Cuarenta por ciento de todas las muertes en accidentes de tránsito (la causa principal de muerte accidental) se relacionan con el alcohol. Los accidentes de carretera en los cuales participa el alcohol son la principal causa de muerte de jóvenes. Después de que en 1971 los jóvenes de 18 años recibieron el derecho al voto, se redujo la edad legal para beber en muchos estados. Los estudios de las estadísticas de accidentes automovilísticos de estos estados mostraron evidencias convincentes de que la reducción de la edad daba como resultado un aumento en la proporción de accidentes de auto y muertes en las que participaban conductores muy jóvenes. Por lo tanto, desde 1976, muchos estados aumentaron la edad para beber. En los 12 meses subsiguientes a que Michigan incrementara la edad para beber, los accidentes que provocaron la muerte o heridas entre jóvenes de 18 a 20 años se redujeron 28%. El alcohol también está involucrado en un alto porcentaje de accidentes que no son de tránsito: casi 50% de todas las personas que fallecieron por alguna caída habían bebido; 52% de los incendios que causan la muerte de personas adultas están relacionadas de alguna manera con alcohol; además, 38% de quienes murieron ahogados habían bebido (*Alcohol and Health*, 1990).

TABLA 14-5

Criterios diagnósticos para la intoxicación por alcohol	
1.	Ingestión reciente de alcohol.
2.	Conducta inadaptada clínicamente significativa o cambios fisiológicos (como conducta sexual o agresiva inapropiada, estado de ánimo inestable, juicio deteriorado, funcionamiento social o profesional afectado) que se desarrolla durante, o poco después del uso del alcohol.
3.	Se desarrollan una o más de las siguientes señales durante, o poco después de la ingestión del alcohol:
a.	Hablar arrastrando las palabras.
b.	Falta de coordinación.
c.	Caminar con paso vacilante.
d.	Nistagmus (movimiento espasmódico involuntario de los globos oculares).
e.	Problemas de atención o memoria.
f.	Estupor o estado de coma.
4.	Los síntomas no se producen por una condición médica general y no se explican mejor por otro trastorno médico.

El alcohol y la salud Tal vez 20% del total de los gastos nacionales en salud se relaciona con el alcohol. El abuso y dependencia del alcohol están relacionados con discapacidades físicas y conductuales. La tabla 14-6 describe los efectos negativos del alcohol en varios órganos y sistemas del cuerpo. Cuando se abusa de él durante mucho tiempo, puede provocar un daño cerebral. Por ejemplo, las exploraciones por TC de alcohólicos crónicos jóvenes demuestran reducciones en la densidad del hemisferio izquierdo del cerebro en comparación con la de individuos que no son alcohólicos. Además de dañar las regiones que se relacionan con las funciones sensoriales, motoras y cognitivas, el abuso crónico del alcohol puede provocar una disminución del flujo sanguíneo y de los índices metabólicos en ciertas regiones del cerebro. Los resul-

tados de las autopsias muestran que los individuos con un historial de consumo crónico de alcohol tenían cerebros más pequeños, ligeros y reducidos que los adultos no alcohólicos de la misma edad y sexo. La disfunción cerebral se presenta en 50 a 70% de los adultos desintoxicados al principio del tratamiento.

Ha sido claramente documentado que el uso del alcohol durante el embarazo tiene efectos dañinos en el feto. Debido a que traspasa con libertad la placenta, el nivel de alcohol en la sangre del feto en desarrollo es igual al de la madre. Como resultado, la criatura puede desarrollar el *síndrome del alcoholismo fetal*, que produce malformaciones físicas y retraso mental. Primero se pensaba que el síndrome del alcoholismo fetal se relacionaba con el consumo elevado de la madre y en especial a los excesos. Las investigaciones más recientes demuestran que incluso el consumo de alcohol de ligero a moderado puede tener efectos negativos en el feto. Un estudio reciente mostró que la exposición prenatal al alcohol también es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas con la bebida en los primeros años de la edad adulta (Baer y cols., 2003). (El síndrome del alcoholismo fetal se estudia en el capítulo 16).

Aunque existen muchos efectos negativos derivados del uso del alcohol, su uso moderado puede tener algunos efectos beneficiosos para muchos adultos. Su consumo moderado (59 mL al día) puede reducir las probabilidades de sufrir un ataque cardíaco. Las razones de ello no están claras, pero los investigadores sugieren varias posibilidades. Es probable que el alcohol reduzca el estrés psicológico o que promueva la formación de sustancias que ayudan a evitar o eliminar la placa que obstruye las arterias coronarias.

Comorbilidad Además de lo que el alcohol le hace al cuerpo, su papel en la desadaptación conductual también es significativo. Este hecho se refleja en los datos de comorbilidad que muestran que 37% de las personas que sufren trastornos de alcoholismo también padecen otro trastorno mental diagnosticable (Robins y Regier, 1991). Los trastornos de alcoholismo en los hombres se relacionan con un riesgo ocho veces mayor del normal de padecer episodios psicóticos; en las mujeres, existe un riesgo tres veces

TABLA 14-6

Los efectos del alcohol en el cuerpo	
Órgano o sistema del cuerpo	Efecto
Cerebro	Las células cerebrales se alteran y muchas mueren; se bloquea la formación de la memoria; se atrofian los sentidos; se deteriora la coordinación física.
Estómago e intestinos	El alcohol puede ocasionar hemorragias y causar cáncer.
Corazón	Puede ocurrir el deterioro del músculo cardíaco.
Sistema inmune	No permite que las células que combaten las infecciones funcionen en forma adecuada; aumenta el riesgo de enfermedades bacteriales.
Reproducción	En los hombres: cambian los niveles de hormonas, lo que provoca una reducción del impulso sexual y el crecimiento del pecho; en las mujeres: los ciclos menstruales se vuelven irregulares y hay un mal funcionamiento de los ovarios.

mayor del normal (Tien y Anthony, 1990). Los índices más altos de comorbilidad se presentan en los casos de trastornos de la personalidad afectiva, de ansiedad y antisociales.

Teorías y tratamiento

Los trastornos relacionados con el alcohol no tienen una sola causa. Existen muchas, y con frecuencia se combinan para producir efectos corporales, psicológicos y conductuales. Por lo tanto, no es sorprendente que muchas perspectivas teóricas hayan contribuido a la investigación de estos trastornos y su tratamiento.

Sin importar su perspectiva teórica, el primer paso para tratar la dependencia al alcohol es, por lo general, la **desintoxicación**, o “desalcoholización”. Muchos personas se pueden desalcoholizar por sí mismos, pero algunos tienen una dependencia tan severa que tienen que ser desintoxicados, esto es, supervisados mientras atraviesan un desapego gradual. La desintoxicación, que por lo general se lleva a cabo en un escenario protegido y bien supervisado como un hospital, tiene por objeto eliminar del organismo los efectos de una sustancia tóxica (en este caso, el alcohol). Los síntomas fisiológicos de la abstinencia a menudo comienzan después de seis a 24 horas de que se suspendió la bebida, aunque se pueden presentar tan pronto como un alcohólico reduce su consumo de alcohol. Los signos de abstinencia pueden incluir temblores, delirios, sudoración, confusión, aumento de la presión sanguínea y agitación. No existe ningún agente conocido para lograr la sobriedad, es decir, nada que contrarreste los efectos del alcohol ni acelere su descomposición y eliminación por el organismo.

Es probable que no más de 10% de quienes abusan del alcohol reciban un tratamiento alguna vez, pero hasta 40% se recuperan por sí solos. Los alcohólicos que poseen un trabajo estable y una vida familiar tienen las mejores oportunidades de recuperación; la edad, el sexo y la duración del abuso del alcohol son menos importantes para ellos.

Un paso importante para sobreponerse al alcoholismo es el reconocimiento del trastorno por parte de quien lo padece. Desafortunadamente, muchas personas que abusan del alcohol se sienten avergonzadas y culpables: se rehúsan a admitir el problema y tratan de ocultárselo a familiares y amigos, quienes a su vez quizá eviten reconocerlo por temor a interferir o a tener que asumir la responsabilidad de enfrentarlo.

James B., un hombre de 62 años, había negado su problema con el alcohol, como lo habían hecho también su familia y amigos. Había estado deprimido por la muerte de su esposa y la pérdida de su negocio, y había dado diferentes excusas a sus familiares y amigos por su creciente aislamiento. Cuando ellos lo confrontaron por su problema con la bebida, él dijo: “Mis problemas no tienen nada que ver con el alcohol”.

En las entrevistas clínicas, es importante determinar la voluntad del paciente para admitir la gravedad de su problema con la bebida (ver la tabla 14-7).

La negación y el olvido no son las únicas fuentes de malos entendidos sobre la bebida. En una sociedad que tiene tantos bebedores en exceso, no siempre es fácil decidir cuándo un problema de

bebida ha alcanzado tal gravedad que se necesita ayuda especial. Puede ser difícil observar el alcoholismo día tras día, incluso si se reconoce con facilidad durante un periodo de varios años. Los patrones de abuso varían en el transcurso de la vida, los síntomas van y vienen. Los alcohólicos no siempre beben sin control; algunos sólo beben los fines de semana y muchos tienen éxito para abstenerse de manera total o parcial durante meses.

El enfoque biológico Después de la primera copa, la persona normal experimenta una disminución de la ansiedad. Mientras se consume más alcohol, la acción depresiva afecta las funciones cerebrales. El individuo se tambalea, y su estado de ánimo se vuelve bastante inestable.

Influidos por la evidencia de que el consumo exagerado de alcohol produce una variedad de cambios corporales, los autores con frecuencia han caracterizado al alcoholismo en sí como una enfermedad. E.M. Jellinek, a quien se conoce como el padre del estudio moderno del alcoholismo, creía que éste es una condición permanente e irreversible y que quienes lo padecen son, en esencia, diferentes de los no alcohólicos (1960). Sostenía que los alcohólicos experimentan una irresistible ansiedad física por el alcohol. Si se satisface esta ansiedad, se produce la pérdida del control como resultado de la creciente dependencia física. Los alcohólicos se sienten obligados a seguir bebiendo después de ingerir aunque sea una pequeña cantidad de alcohol. Jellinek creía que la única manera en que pueden regresar a una vida normal es con la total abstinencia.

Algunas de las ideas de Jellinek han sido cuestionadas de acuerdo con ciertos descubrimientos que parecen incongruentes con ellas. Sin embargo, el concepto de Jellinek de que el alcoholismo es una enfermedad tuvo éxito en la actitud pública hacia los alcohólicos, pues los sentimientos de condena y culpa fueron sustituidos por preocupación hacia ellos. Además, enfocó la atención de los investigadores en los aspectos biológicos del abuso del alcohol, como las influencias hereditarias, los efectos en el cerebro y el sistema nervioso, y las diferencias de sensibilidad al alcohol entre los individuos y grupos de personas.

Metabolismo del alcohol La sensibilidad individual a los efectos del alcohol varía en gran medida. Como ya se explicó, algunas personas pueden permanecer conscientes después de beber una cantidad de alcohol que, a otras personas, les provocaría inconsciencia, estado de coma e incluso la muerte. Otras son tan sensibles que sólo una o dos copas pueden producir molestias agudas acompañadas por cambios fisiológicos obvios. Es probable que estas variaciones individuales se deban a las diferencias en la capacidad para metabolizarlo o a diferencias innatas en la sensibilidad del sistema nervioso central al alcohol.

Las mujeres parecen ser más vulnerables que los hombres a algunas de las consecuencias adversas del uso de alcohol. Muchas de estas diferencias en las consecuencias del consumo del alcohol se deben a diferencias en ciertos procesos corporales. En comparación con los hombres, las mujeres tienen una cantidad mucho menor de una enzima estomacal específica (la hidrogenasa de alcohol) que lo neutraliza y descompone. Como resultado de ello, cuando una mujer y un hombre beben la misma cantidad, en proporción

TABLA 14-7
Determinación de la gravedad del problema de alcoholismo y la voluntad del alcohólico para admitir el problema: Pasos iniciales en la planeación del tratamiento No necesariamente es útil sólo preguntar cuánto bebe una persona, porque es probable que la respuesta sea vaga y quizá esté influida por la negación. Una de las mejores formas para determinar el grado de negación de los síntomas es una serie de preguntas que se pueden hacer a los alcohólicos. Algunas preguntas útiles son las siguientes: Preguntas acerca de los patrones o hábitos de beber ➤ ¿En ocasiones bebe mucho después de una discusión o pelea? ➤ ¿Siempre bebe más cuando se siente presionado? ➤ ¿Bebe con mayor frecuencia sin comer? ➤ ¿Trata de conseguir algunas copas extra en los actos sociales? ➤ ¿Ha probado varias formas para controlar su forma de beber? ➤ ¿Ha fracasado al cumplir las promesas que se hace usted mismo para dejar de beber? ➤ ¿Evita a su familia y amigos cercanos mientras bebe? Preguntas sobre los sentimientos ➤ ¿Se siente culpable por su forma de beber? ➤ ¿Quiere seguir bebiendo cuando sus amigos ya bebieron lo suficiente? ➤ ¿Con frecuencia se arrepiente por lo que dijo o hizo mientras bebía? ➤ ¿Se siente incómodo cuando no hay alcohol disponible en ciertas situaciones? ➤ ¿Le molesta la manera en que hablan los demás sobre su forma de beber? Preguntas para los familiares o amigos ➤ ¿La forma de beber de esta persona le preocupa o avergüenza? ➤ ¿Hecha a perder las fiestas familiares? ➤ ¿Provoca una atmósfera tensa? ➤ ¿Miente para ocultarlo? ➤ ¿Él o ella tratan de justificar su forma de beber o evitan hablar del tema? ➤ ¿Usted o sus hijos temen la agresión física o verbal de esta persona cuando bebe? ➤ ¿Esta persona siente remordimientos y se disculpa después de un episodio en que bebe? ➤ ¿Otras personas hablan sobre la forma de beber de este individuo?

con su estatura y peso, alrededor de 30% más de alcohol entra al torrente sanguíneo de la mujer. Además, los cuerpos de ellas contienen menor cantidad de agua que los de los hombres de peso similar, lo cual provoca una concentración más alta de alcohol en la sangre. Aunque los hombres y las mujeres beban la misma cantidad de alcohol, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar ciertas consecuencias médicas serias, entre las que se incluyen daño al hígado, cerebro y corazón. Además del metabolismo, la investigación del mejor entendimiento de las diferencias de género en los efectos del uso de alcohol se enfoca en la química del cerebro y los factores genéticos de riesgo.

En el caso de las mujeres alcohólicas, beber alcohol es equivalente a inyectárselo vía intravenosa, pues evita por completo la digestión estomacal. Sin embargo, en los hombres alcohólicos,

la enzima aún puede neutralizar el alcohol, aunque no tan bien como los hombres que no beben en exceso. Esta enzima puede ser una de las razones por las cuales los hígados de las mujeres se enferman más rápidamente que los de los hombres.

Factores genéticos Se ha establecido que el hígado sólo puede metabolizar cierta cantidad de alcohol por hora, sin importar la cantidad que se consuma. El índice de metabolización depende, en parte, de la cantidad de enzimas que metaboliza el alcohol en el hígado, la cual varía entre los individuos y parece tener determinantes genéticos. Los estudios de investigación han demostrado que es posible criar razas de ratones o ratas que difieren en la forma en que metabolizan el alcohol.

La comparación de personas de diferentes razas puede elucidar los componentes genéticos de las diferencias en la metabolización del alcohol. Existe evidencia de una alta preponderancia en la sensibilidad al alcohol entre personas de ascendencia asiática. Las señales de sensibilidad —sonrojarse con rapidez, temperatura de la piel elevada y aumento del pulso— después de consumir cantidades moderadas de alcohol parecen ser comunes entre estos grupos pero sólo se observan en 5% de los caucásicos. Estas diferencias se basan en las variaciones genéticas de las enzimas relacionadas con la metabolización del alcohol.

Muchas veces se ha demostrado que el alcoholismo se presenta en las familias. Por ejemplo, los hijos de alcohólicos presentan cuatro veces más probabilidades de ser alcohólicos que los hijos de personas que no lo son. Por su parte, los estudios de adopción muestran que esos porcentajes son ciertos incluso cuando los hijos no tienen contacto con sus padres biológicos después de las primeras semanas de nacidos. Además, los índices de concordancia del alcoholismo en gemelos monocigóticos son mucho mayores que el de gemelos dicigóticos.

En la actualidad es ampliamente aceptado por los investigadores el hecho de que el alcoholismo puede ser resultado de la interacción de la herencia y el entorno. El riesgo de padecerlo es probablemente resultado de un gran número de genes, cada uno de los cuales contribuye en una pequeña fracción a incrementar el riesgo total (Tyndale, 2003). Si se pudiesen identificar los indicadores confiables de la predisposición hacia el alcoholismo, los individuos que tienen dichos indicadores podrían estar al tanto de los riesgos que enfrentan y tomar decisiones sobre su manera de beber. Otra aplicación práctica sería el mejoramiento del tratamiento. Ya está claro que el alcoholismo no es una enfermedad individual. Si se aclara la naturaleza de varias subcategorías del alcoholismo, los estudios genéticos podrían identificar las terapias más específicas y eficaces tomando como base las características genéticas de cada persona.

El cerebro y el sistema nervioso El alcohol afecta todos los sistemas del organismo, pero sus efectos más grandes, inmediatos y visibles involucran el sistema nervioso central. Todas las complejas características del individuo, pensamientos, emociones, acciones, se basan en los procesos químicos y eléctricos que se presentan en miles de millones de células nerviosas en cualquiera instante. Varios rasgos de este sistema pueden participar en la predisposición heredada al alcoholismo.

Como se estudió en el capítulo 2, todas las funciones cerebrales incluyen la comunicación entre las células nerviosas (neuronas). Los neurotransmisores son químicos que llevan mensajes a través de la sinapsis. Aunque existen muchos neurotransmisores diferentes, cada neurona libera sólo un tipo específico. Después de que los libera, el neurotransmisor cruza la sinapsis y activa el receptor de proteína ubicado en la membrana exterior de la neurona receptora. Cada tipo de receptor responde de forma preferente a un tipo de neurotransmisor. Sin embargo, la mayoría de los neurotransmisores pueden activar diferentes subtipos del mismo receptor, lo cual produce diversas respuestas en diferentes células cerebrales o en diferentes partes del cerebro. El alcohol puede interferir con varios procesos que participan en la función de las células ner-

viosas, y si existe una variación heredada en estos procesos, puede provocar vulnerabilidad neuroquímica o resistencia al alcoholismo. Es probable que el primer paso para desarrollar medicamentos que puedan ser útiles para tratar el problema del alcoholismo sea determinar los neurotransmisores específicos y los subtipos de receptores que pueden estar involucrados en su desarrollo y síntomas.

Existen varias hipótesis sobre las diferencias neuroquímicas en individuos que presentan predisposición al alcoholismo:

- Quizá las membranas de sus células nerviosas sean menos sensibles a los efectos que alteran la permeabilidad del alcohol.
- Pueden tener variaciones heredadas en la sensibilidad a ciertas enzimas para la inhibición del alcohol, lo que también afectaría la transmisión de los impulsos nerviosos (porque las enzimas regulan el flujo de iones a través de las membranas de las células nerviosas).
- Variaciones heredadas en la liberación de neurotransmisores y los sistemas de captación pueden afectar la propagación química de los impulsos nerviosos entre las células nerviosas.
- Pueden producir cantidades anormales de ciertos compuestos del tipo de la morfina que están relacionados con la adicción al alcohol.
- Pueden tener variaciones heredadas en los mecanismos neuroquímicos del cerebro que refuerzan ciertas conductas.

Para varias teorías biológicas sobre los efectos del alcohol es fundamental la idea de que existe un centro de recompensa en el cerebro que actúa como mediador de todos los tipos de reforzamiento, incluyendo reforzamiento (saciedad) como la comida y varios tipos de drogas (entre ellas el alcohol). En consecuencia, el potencial inherente de abuso de cierta sustancia tiene probabilidad de reflejar su capacidad para activar este camino de recompensa. Existe controversia sobre la ubicación precisa de este centro. Los estudios de imagen cerebral han realizado importantes contribuciones al entendimiento de las regiones que tienen relación con la ansiedad por sustancias psicoactivas, y los sentimientos tan placenteros que algunas personas experimentan después de ingerir estas sustancias (Schweinsburg y cols., 2003).

Tratamiento biológico Durante la década pasada, se reactivaron las investigaciones sobre el tratamiento farmacológico del alcoholismo. Se han desarrollado varios medicamentos para tratar la dependencia del alcohol que se utilizan en el control de los síntomas de abstinencia, el tratamiento de ciertos problemas psicológicos (por ejemplo, la ansiedad) en los bebedores continuos, y en otros aspectos de la rehabilitación. También se realizan investigaciones que tienen por objeto desarrollar un agente farmacológico que pueda reducir la ansiedad por el alcohol. Alcanzar esta meta requerirá de un mayor conocimiento de los factores conductuales y biológicos que regulan el consumo de esta sustancia.

Una droga útil es la **naltrexona**, que originalmente fue desarrollada para el tratamiento de la adicción a los narcóticos. En estudios con animales, la naltrexona suprime la cantidad de esfuerzo que un animal realiza para autoadministrarse el alcohol. En los

seres humanos reduce la tendencia a tener una recaída en el consumo excesivo del alcohol de personas que están recibiendo tratamiento para sus problemas con la bebida.

El medicamento llamado *disulfiram* utiliza un enfoque diferente. Altera la respuesta corporal al alcohol mediante un malestar extremo y algunas veces violento (náusea, vómito, sudor frío) cuando una persona bebe alcohol 12 horas después de haberla tomado. Como el *disulfiram* es administrado por el individuo, el éxito de esta técnica depende de la motivación de éste para reducir o eliminar su problema de bebida. Si la persona quiere beber, la terapia con el *disulfiram* fracasará. Sin embargo, puede ser útil como parte de un enfoque terapéutico que también trate los impulsos de motivación o situación que conducen al uso del alcohol.

El enfoque psicodinámico Aunque no existe evidencia decisiva de que ciertos factores de la personalidad están relacionados con el desarrollo del alcoholismo, el reporte de un estudio de M.C. Jones (1981) demostró una serie recurrente de atributos de la personalidad entre algunos alcohólicos. El estudio proporcionó datos de un proyecto de investigación longitudinal que había empezado cuando los sujetos tenían 10 años y medio de edad. En la edad intermedia, se les preguntó a los sujetos sobre sus patrones de bebida. Jones descubrió que de adultos, los bebedores problema tenían probabilidad de ser considerados relativamente hostiles, sumisos, sin éxito social y ansiosos. En general, en la adolescencia, estos hombres habían sido calificados como un poco extrovertidos. Sin embargo, en esa época ellos también consideraban que tenían mayor número de relaciones sociales insatisfactorias y de sentimientos de inferioridad que los otros hombres del estudio. Jones creía que estos hombres eran impulsivos e inseguros de sí mismos en la adolescencia, y que tenían dificultad para formar amistades profundas y duraderas.

Los psicoanalistas consideran que el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas son el resultado de un conflicto neurótico, de dudas y ansiedad sobre la valía del individuo y de intentos para compensar el mal concepto que tienen de sí mismos. Muchos estudios han proporcionado evidencia que concuerda con esta opinión (Holahan y cols., 2003). Los terapeutas psicodinámicos creen que los individuos adquieren su adicción al alcohol o a otra sustancia porque están tratando de corregir o contrarrestar estados emocionales negativos que quieren aliviar. Aunque juzgan ciertas características (por ejemplo, una opinión de condena sobre sí mismos) como una vulnerabilidad del abuso de la sustancia, los psicoanalistas tienden a rechazar las variables sociales y psicológicas que pueden ser factores de vulnerabilidad.

Tratamiento psicodinámico Los clínicos que adoptan una perspectiva psicodinámica recurren a la psicoterapia para tratar a los alcohólicos. A pesar de que se conocen algunos informes clínicos alentadores sobre la utilidad de la psicoterapia, la investigación del tema todavía no produce conclusiones definitivas. La mayor parte de los estudios sobre la psicoterapia en esta área no son comparables con variables tan importantes como el escenario en el que se aplica el tratamiento, la duración de la terapia y los criterios por los cuales se evaluó ésta.

En el pasado, los psicoterapeutas creían que el alcoholismo era sólo un síntoma de las dificultades psicológicas subyacentes. La conclusión lógica era que esos pacientes mejorarían su forma de beber, si se trataban con éxito esas dificultades. En la actualidad, se reconoce que la exploración psicoterapéutica en el caso de una persona que todavía bebe no sólo ofrece muy pocos beneficios, sino que casi no se va a recordar de una sesión a otra.

Enfoque cognitivo-conductual El enfoque cognitivo-conductual sobre los problemas relacionados con el alcohol reconoce los papeles que juegan tanto el aprendizaje como la cognición en los problemas de bebida y alcoholismo.

Factores conductuales Una de las razones por las cuales las personas beben es porque el alcohol refuerza. Los efectos que se experimentan al beber alcohol pueden provocar que se desee volver a beber para repetir la experiencia. A través de sus efectos, el alcohol puede ser un refuerzo positivo, pues produce sensaciones placenteras en el cerebro, o un refuerzo negativo, pues reduce sentimientos negativos como la ansiedad. Se cree que consumir alcohol reduce la ansiedad y puede ser una manera de afrontar el estrés y los problemas de la vida. Esta conducta se puede adquirir por medio del reforzamiento (ser aceptado por amigos que valoran la bebida), el modelamiento (observar como los demás “resuelven” sus problemas con alcohol), y otros mecanismos de aprendizaje.

Mientras más severa y crónica sea la causa del estrés, mayor será el consumo de alcohol. Sin embargo, la bebida como respuesta a la aparición de la causa del estrés depende de muchos factores, entre los cuales se incluyen posibles determinantes genéticos, su conducta normal al beber, las expectativas del efecto del alcohol en el estrés, la intensidad y tipo de causa del estrés, el sentido de control que se tenga sobre el estrés, el rango de respuestas para afrontar el estrés y la capacidad de apoyo social para bloquear los efectos del estrés. Los altos niveles de estrés pueden llevar a beber cuando las fuentes alternativas no están presentes, cuando el alcohol es accesible, y cuando un individuo piensa que el alcohol lo ayudará a reducir el estrés.

También es posible que se busque al alcohol por sus acciones excitadoras a corto plazo y que sea reforzante porque hace que la gente “se sienta bien”. Como todos los fenómenos psicológicos, el reforzamiento tiene mecanismos neuroquímicos subyacentes. Muchos estudios han implicado a ciertos neuroquímicos en las propiedades reforzantes del alcohol. Éste puede hacer que muchas personas se sientan bien porque altera los niveles de dopamina y norepinefrina, así como los opiáceos péptidos, en una región cerebral específica. De manera subjetiva, estos cambios neuroquímicos se experimentan como excitación, y ya que la experiencia puede ser placentera, las personas vuelven a buscar el alcohol. Aunque su consumo a corto plazo puede ser reforzante para muchas personas, debido a que la bebida no es un mecanismo de afrontamiento eficaz, la situación en la vida no mejorará. Al sentirse incluso menos capaces de controlar los problemas en forma constructiva, aumentan la ineficacia de su conducta de afrontamiento.

Factores cognitivos La conducta puede ser moldeada y conservarse por medio de valoraciones cognitivas de lo que sucedió y lo que es probable que suceda. Un bebedor problema aprende a esperar efectos positivos de la bebida e interpreta la experiencia de esta forma, a pesar del hecho de que la cualidad predominante de la experiencia real es negativa (Orford, 2001).

Un experimento que realizaron Marlatt y cols. (1973) ilustra la importancia de las expectativas. Estos investigadores utilizaron la actividad de catar bebidas para determinar si los índices de ingesta son afectados por la presencia del alcohol o sólo por la expectativa de éste. La actividad de catar bebidas fue una medida discreta no obstaculizadora del hábito de beber porque la atención de la persona se centraba en la prueba de las bebidas. Las que se utilizaron fueron vodka con agua tónica y agua tónica sola. A los sujetos se les permitió beber tanto como desearan durante el tiempo establecido. Los investigadores descubrieron que el único determinante significativo de la cantidad de alcohol que se consumió fueron las expectativas por parte de los sujetos con respecto de lo que bebían: los que esperaban el alcohol bebieron más. Este descubrimiento apoya una interpretación cognitiva del hábito de beber. Una investigación con estudiantes americanos y canadienses ha demostrado que la presión social puede provocar cogniciones sobre el atractivo del hábito de beber, y el resultado puede ser un exceso en la forma de hacerlo (Glicksman y cols., 2003; Read y cols., 2003; ver la figura 14-2).

Las creencias de una persona sobre el contenido de alcohol de una bebida, sin importar el contenido real, pueden ser un determinante significativo no sólo del consumo de alcohol sino también de distintas conductas que pueden acompañar o resultar de la bebida, tales como depresión, incapacidad para retrasar la gratificación, ansiedad social y capacidad de respuesta sexual en los hombres. Estas evidencias provienen de estudios, como el que se describieron antes, que emplean el **diseño balanceado de placebo**, en los cuales a la mitad de los sujetos se les da una bebida que contiene

alcohol y a la otra mitad una bebida sin alcohol. Al variar tanto el contenido de la bebida como el grupo de expectativas, el diseño permite evaluaciones conjuntas y separadas de las consecuencias conductuales de la creencia de la persona de que consumió alcohol y las consecuencias del consumo real.

Tratamiento cognitivo-conductual A pesar de que aún se emplean enfoques fundamentalmente conductuales o cognitivos para tratar personas con problemas relacionados con el alcohol, es muy común que los terapeutas combinen las técnicas conductuales y cognitivas en la terapia. Cuando ésta es cognitivo-conductual, los terapeutas enseñan habilidades para permitir que los pacientes afronten las situaciones y estados emocionales que se sabe tienen como consecuencia el abuso del alcohol. Los pacientes practican habilidades para rehusarse a beber, aprenden a manejar sus estados de ánimo negativos y a afrontar la ansiedad de beber (Litt y cols., 2003).

El **condicionamiento aversivo** es una técnica conductual que se emplea para tratar el alcoholismo. Se basa en los principios del condicionamiento clásico (ver el capítulo 2). Si un vaso con una bebida alcohólica (estímulo condicionado) por lo regular precede a un estímulo aversivo como una sustancia que produzca náuseas (estímulo incondicionado), con el tiempo el alcohol provocará una parte de la respuesta incondicionada, que en este caso es el vómito. Una vez que la respuesta desagradable ha sido condicionada al alcohol, el hábito de evitarlo se establecerá por medio del condicionamiento operante. La respuesta de abstinencia se fortalece porque reduce la sensación desagradable (náusea) que el condicionamiento asoció con el alcohol. En ocasiones, se utilizan los choques eléctricos en lugar de las drogas que causan náusea para este procedimiento, pero parecen ser menos eficaces. La aproximación del condicionamiento aversivo a menudo requiere de “sesiones de refuerzo” porque la amenaza de una reacción desagradable tiende a debilitarse con el tiempo. Son necesarios los estudios de seguimiento a largo plazo para establecer la tasa de éxito de este método terapéutico.

Otro enfoque del aprendizaje, la **sensibilización encubierta**, emplea imágenes y fantasías aversivas en lugar de choques o sustancias químicas. Se les dice a los pacientes alcohólicos que pueden eliminar su “hábito incorrecto” si lo asocian con estímulos desagradables. Se les indica que cierran los ojos e imaginen que están a punto de consumir una bebida alcohólica. Después se les enseña a imaginar las sensaciones de náusea y vómito. Si se repite con la frecuencia suficiente, la asociación entre las náuseas y la vista, el olor y el sabor del alcohol se supone que establecerá una aversión condicionada a éste.

Muchos programas contra el alcoholismo que tienen una base cognitiva se enfocan en el control del hábito de beber en lugar de la abstinencia. En el **enfoque del control de la forma de beber**, el centro de atención radica en la creación de las habilidades de afrontamiento de los participantes, de modo que puedan mantener su consumo de alcohol en un nivel que previamente han determinado como aceptable. Cuando se aplica este enfoque se orienta a los clientes hacia la observación de su propio comportamiento, pues deben llevar un registro de los antecedentes y las consecuencias ambientales y situacionales que provoca beber en exceso. Se revisa su aprendizaje anterior en relación con la bebida y se anali-



Figura 14-2 Los escenarios sociales influyen en las expectativas de aceptación y en el atractivo de beber alcohol. Aquí se muestra un grupo de personas para quienes beber es una norma, y puede ser difícil para una persona que no está particularmente interesada en beber unirse a este grupo.

zan sus expectativas sobre los efectos del alcohol. Se alienta a quienes participan en los programas para que controlen la forma de beber para que ellos mismos se hagan preguntas como las siguientes:

- ¿En qué lugares es más probable que beba en exceso?
- ¿Con qué personas es más probable que beba en exceso?
- ¿Cuándo estoy más propenso a beber en exceso?
- ¿Cómo me siento emocionalmente antes de empezar a beber en exceso?

Se da especial importancia a beber como respuesta ante el estrés. Este enfoque es lógico, ya que un alto porcentaje de personas con problemas de alcoholismo reportan que los periodos en que beben de manera excesiva empiezan cuando enfrentan situaciones desagradables, frustrantes o desafiantes. El mejoramiento en las capacidades de solución de problemas, sobre todo en el área de relaciones interpersonales, aprender a anticipar y planear las experiencias estresantes y adquirir la capacidad para decir “No, gracias” cuando les ofrecen una copa, han demostrado que tienen valores terapéuticos para los alcohólicos.

Una de las razones por las cuales los enfoques de aprendizaje pueden no ser eficaces es que los efectos a corto plazo del alcohol con frecuencia son reforzadores positivos. Sólo los efectos del consumo excesivo que terminan en una intoxicación, una conducta peligrosa o censurada por la sociedad o un periodo de beber en exceso tienen propiedades de reforzadores negativos. La perspectiva cognitiva maneja este problema al enfocar los pensamientos del cliente en las consecuencias de esta conducta, así como en las situaciones específicas en las cuales es más probable que la bebida sea una tentación. El paciente y el terapeuta trabajan juntos para desarrollar técnicas de control cognitivas para enfrentar estas situaciones.

La abstinencia vs la manera controlada de beber

Algunas veces surgen debates intensos cuando se habla sobre los méritos de la manera controlada de beber en comparación con la abstinencia total por parte de los alcohólicos. La mayoría de los defensores de la manera controlada de beber son terapeutas conductuales o cognitivo-conductuales que argumentan que, aunque

la abstinencia puede funcionar bien en el caso de algunos individuos, es muy difícil lograrlo; además, la recuperación del alcoholismo puede no necesitar una medida tan drástica. Los defensores de la abstinencia, que incluyen a Alcohólicos Anónimos y a muchos profesionales médicos y en salud mental, consideran al alcoholismo como una enfermedad cuyo progreso sólo puede detenerse si se elimina por completo el veneno que lo causa. Ellos argumentan que la pérdida de control es inevitable para un alcohólico una vez que empieza a beber.

Un estudio descubrió que algunas personas que abusaban del alcohol podían volver a beber en forma controlada sin excesos (Vaillant y Milofsky, 1982). Sin embargo, los sujetos que dependían del alcohol y/o presentaban muchos problemas relacionados con su consumo, por lo general alcanzaban resultados exitosos sólo si se abstendían (ver la figura 14-3). Estos descubrimientos sugieren que quizá existan dos grupos de individuos que abusan del alcohol (Sobell y Sobell, 1995). Algunos pueden volver a beber con éxito de forma controlada, pero otros se deben abstener por completo si desean controlar su problema de alcoholismo. Ambos estudios demuestran que el nivel de abuso antes del tratamiento desempeña un papel importante en el éxito de las distintas estrategias de tratamiento. Sin embargo, la mayoría de los investigadores en esta área estaría de acuerdo en que las tasas de éxito de los procedimientos de tratamiento no son lo suficientemente elevados.

Las investigaciones futuras sobre aspectos tales como el valor de la abstinencia en comparación con la forma controlada de beber necesitan ser lo suficientemente complejas y tomar en cuenta no sólo los antecedentes de alcoholismo de los sujetos, sino también sus motivaciones y expectativas sobre lo que constituye el éxito en el manejo de sus problemas de alcoholismo. Por ejemplo, ¿en qué grado la abstinencia cambia la vida del alcohólico? Los alcohólicos que se encuentran en su primer año de abstinencia han sido comparados con los prisioneros de guerra que regresan al hogar. Su mundo es poco familiar porque han vivido en un entorno creado por el alcohol. Los sentimientos que habían reprimido vuelven a preocuparlos. Han perdido mucho tiempo y deben comenzar donde se quedaron. Estar sobrio, al igual que ser libre después

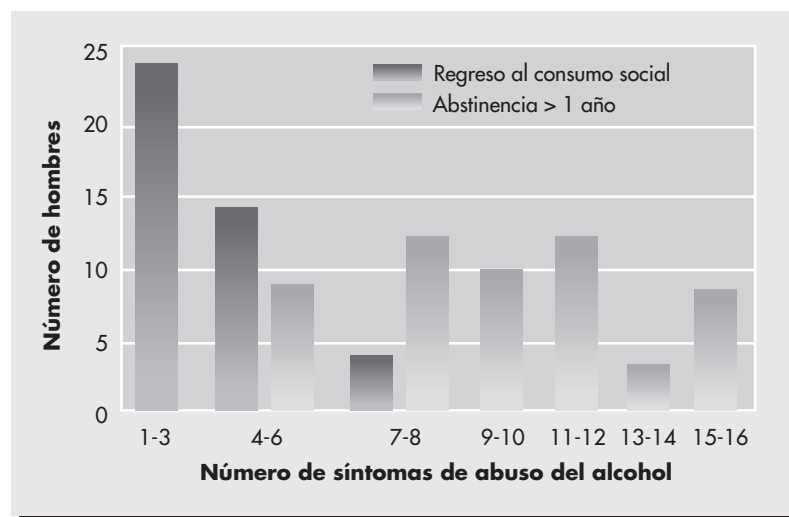


Figura 14-3 El regreso al consumo social moderado tiene mayor probabilidad de éxito si la persona tiene sólo unos cuantos síntomas de abuso del alcohol. Sólo cuatro hombres que tenían siete o más problemas pudieron volver al consumo social. La mayoría de las personas con problemas múltiples que no reanudaron el abuso del alcohol, con el tiempo adoptaron la abstinencia.

FUENTE: *Archives of General Psychiatry*, 39, 127-133. © 1982 por la American Medical Association.

de estar prisionero, representa nuevas responsabilidades. Con frecuencia, los alcohólicos en las primeras etapas de abstinencia sufren de ansiedad y depresión y tal vez encuentren difícil encontrar un trabajo o conservar un matrimonio. La solución a estos problemas surge cuando establecen nuevas relaciones personales, reconstruyen las antiguas y empiezan a desarrollar la confianza en el poder que tienen para controlar sus vidas (Sobell y cols., 2003).

Aunque el objetivo de los esfuerzos terapéuticos es ayudar a los alcohólicos a dejar de beber (o dejar de beber en exceso), mantener la sobriedad a largo plazo es también muy importante. Los alcohólicos que se someten a tratamiento tienen un alto índice de recaídas. Muchos se someten a tratamiento varias veces, o siguen distintos tipos de tratamiento, e incluso así sufren recaídas y beben sin control. Para los que consideran que el alcoholismo es una enfermedad, una recaída es un fracaso que la víctima es incapaz de controlar. Desde el punto de vista cognitivo, una recaída es una falla o un error. El enfoque cognitivo considera una recaída como una desviación en el camino. Una desviación los conduce de regreso a la conducta de abuso, la otra hacia la meta del cambio positivo.

Los **programas de prevención de recaídas** combinan un enfoque cognitivo con diversos procedimientos de tratamiento diseñados para cambiar el patrón de bebida del individuo (Daley y Marlatt, 1992). Dichos programas se pueden utilizar ya sea que el objetivo sea la abstinencia o la manera controlada de beber. La única exigencia es que el cliente tome voluntariamente la decisión de cambiar. El enfoque de la prevención de recaídas supone que la persona experimenta una sensación de control sobre su conducta siempre y cuando continúe el programa de tratamiento. Si, por el contrario, se enfrenta a una situación de alto riesgo, la sensación de control se ve amenazada y es probable que se produzca una recaída. Las situaciones de alto riesgo incluyen estados de ánimo negativos como la frustración, el enojo o la depresión; conflictos interpersonales como una discusión con el jefe o con un miembro de la familia; y presión social para beber. Si la persona es capaz de presentar una respuesta de afrontamiento eficaz —por ejemplo, rechazar el ofrecimiento con firmeza cuando los amigos sugieren “sólo una copa”— la probabilidad de una recaída se reduce. La figura 14-4 ilustra el enfoque cognitivo-conductual del proceso de recaída.

Un factor importante en las recaídas es el **efecto transgresión de la abstinencia**. Cuando ocurre una recaída, el individuo tiene dos clases de respuestas cognitivas y emocionales. Una es el conflicto y la culpa; la otra es atribuirla a factores situacionales temporales en lugar de imputarla a una debilidad personal o a falta de autosuficiencia. Un alcohólico que rompe con la abstinencia por primera vez es probable que siga bebiendo después de la recaída para aliviar el conflicto y la culpa relacionadas con la primera copa. El individuo también puede reducir el conflicto entre la conducta de beber y el objetivo de evitar las recaídas al pensar: “Esto sólo prueba que soy un alcohólico. No puedo controlar mi forma de beber una vez que empiezo a hacerlo.” En lugar de atribuir el error a la situación difícil, las personas que emplean estos razonamientos son propensas a culparse a sí mismas debido a la falta de fuerza de voluntad o a la incapacidad para resistir la tentación. Estos pensamientos aumentan la probabilidad de que una sola copa se convierta en un consumo excesivo de alcohol y una recaída total.

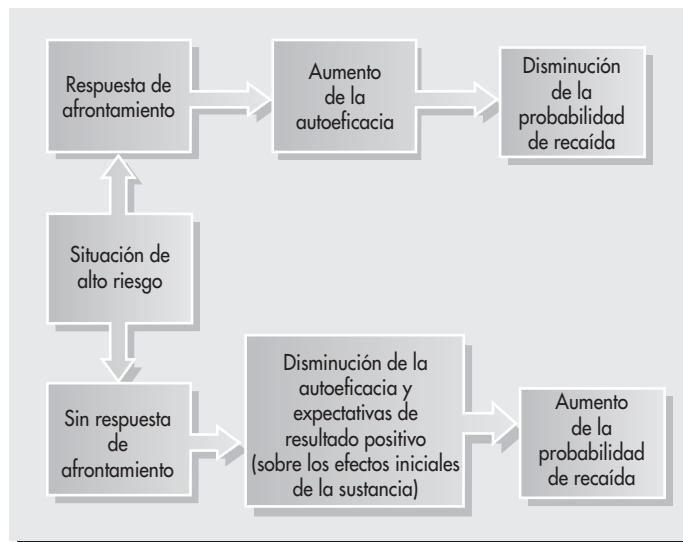


Figura 14-4 Un análisis cognitivo-conductual del proceso de recaída empieza con la exposición a una situación de alto riesgo. Una situación de alto riesgo es cualquiera que genere estrés, emociones negativas, fuertes impulsos y tentaciones o conflicto interpersonal. Contar con una respuesta de afrontamiento aumenta la sensación de autoeficacia (sentir que uno tiene el control) y reduce la probabilidad de una recaída. No disponer de una respuesta de este tipo disminuye la autoeficacia (y aumenta la sensación de no tener el control) y, junto con las expectativas positivas sobre los efectos favorables de la sustancia, incrementa la probabilidad de una recaída.

Uno de los principales objetivos del programa de prevención de recaídas —además de considerar cualquier falla como un error temporal, y no necesariamente como una recaída permanente y un signo de fracaso personal— es capacitar a la persona para reconocer las primeras señales de advertencia que pueden preceder a una recaída, y planear y llevar a cabo una serie de estrategias de intervención y afrontamiento antes de que sea demasiado tarde. La técnica de la prevención de recaídas es prometedora no sólo en el caso de abuso del alcohol, sino también en el de consumo de drogas, el tabaquismo y otros problemas de autocontrol como seguir una dieta. Sus componentes principales —identificar las situaciones de alto riesgo y aprender habilidades conductuales y de afrontamiento eficaces— se aplican en muchos tipos de situaciones. La tabla 14-8 presenta algunas formas en que se pueden manejar las recaídas de manera positiva. Es necesario realizar más investigaciones que exploren los efectos a corto y largo plazos de las técnicas de prevención de las recaídas.

Evaluación de los enfoques de tratamiento Como hemos visto, las diferentes orientaciones teóricas han conducido a diferentes enfoques del tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. ¿Cómo se comparan en cuanto a la eficacia del tratamiento? Aunque los estudios que contrastan los enfoques particulares con los grupos de control correspondientes son útiles, también es importante comparar los enfoques de tratamiento entre sí. Sin embargo, debido a su costo y complejidad, no se han llevado a cabo muchos estudios que comparen los tratamientos. Para

TABLA 14-8

Aprendiendo de una falla

Una recaída temporal se puede utilizar como una oportunidad para aprender y no necesariamente como una señal de derrota. La máxima prioridad radica en prevenir los errores al anticipar las situaciones de alto riesgo y preparar las formas para manejarlas. Cuando ocurre una recaída, es útil llevar consigo una tarjeta que contenga una lista de las tácticas de afrontamiento de acuerdo con las necesidades personales. Esta lista puede incluir las siguientes sugerencias:

1. Considerar la falla como una emergencia que requiere acción inmediata.
2. Recordar que una falla no es una recaída.
3. Renovar su compromiso.
4. Revisar las acciones que lo llevaron a la falla, de modo que no las repita.
5. Elaborar un plan de acción inmediata para la recuperación.
6. Pedir a alguien que le ayude.

evaluar los enfoques de tratamiento, es necesario compararlos, no sólo uno con otro, sino también con programas comunitarios que no involucren a clínicos profesionales.

Alcohólicos Anónimos (AA) es el enfoque comunitario del alcoholismo más utilizado. Existen más de 98 000 grupos alrededor del mundo, con más de dos millones de miembros en 171 países y territorios. La mayoría de los miembros llegan a AA remitidos por otros y por programas de asesoría y rehabilitación. AA espera que los alcohólicos en recuperación admitan su impotencia personal frente al alcohol y busquen la ayuda de un “poder superior”, que se puede entender en la forma que el individuo elija. A los miembros se les pide que oren o mediten para establecer contacto con ese poder. Se les pide que realicen un “inventario moral”, confiesen los errores que han cometido, imploren perdón, se enmienden y transmitan el mensaje a otros alcohólicos. AA adopta la posición de que cualquier persona que haya sido alcohólica lo es siempre; la enfermedad se puede controlar, pero la vulnerabilidad es permanente (Seppala, 2001).

Las frases más famosas de AA son: “la primera copa es la que te emborracha”, que afirma la meta de la abstinencia, y “solo por hoy”, que da preferencia a la acción actual ante la planeación a largo plazo. A los miembros de AA se les dice que, a pesar de que el alcohol es la fuente de sus problemas, deben asumir la responsabilidad de su propia recuperación. También deben estar resueltos a ayudar a otras personas que lo necesiten como parte de su propia rehabilitación.

La eficacia de AA todavía no ha sido científicamente documentada y los problemas metodológicos hacen difícil dicha evaluación. Debido a que muchos alcohólicos abandonan el programa, y se consideran fracasos, no se toman en cuenta al calcular el porcentaje de miembros que logran abstenerse con éxito. Además, no todas las personas con este tipo de problemas están dispuestas a unirse a AA. Debido a que la organización se basa en la idea de la abstinencia total, quienes consideran que tienen un problema con

el alcohol pero desean reducir en lugar de suspender la bebida, quizá no se unan al grupo. Debido a que los miembros representan una población selecta de personas con problemas que se relacionan con el alcohol, el porcentaje de éxito de quienes logran la abstinencia no necesariamente representa el índice de éxitos de todas las personas que dependen del alcohol y siguieron el programa de AA. A pesar de estas dificultades metodológicas, un estudio bien diseñado de 2319 hombres que eran dependientes del alcohol, mostró un efecto positivo de la participación en AA en los resultados relacionados con este padecimiento (McKellar y cols., 2003).

Uno de los elementos más importantes de rehabilitación de A es el apoyo social que ofrecen sus miembros. Todos saben que pueden llamar a otros compañeros en cualquier momento para que los ayuden a resistir la tentación del alcohol. A pesar de que quizá AA no sea la opción correcta para todos los alcohólicos, para quienes lo encuentran conveniente puede ser una valiosa fuente de apoyo, pertenencia y seguridad. El cuadro 14-1 describe la experiencia de una persona en Alcohólicos Anónimos. A pesar de que no está afiliado a ninguna organización ni institución formal, AA representa en la actualidad un recurso de referencia importante para los pacientes alcohólicos.

Un ambicioso estudio comparó tres tratamientos:

1. La terapia cognitivo-conductual que tenía el propósito de ayudar a los participantes a desarrollar habilidades para controlar su deseo por el alcohol (por ejemplo, aprender a rechazar ofrecimientos de bebidas, y adquirir métodos para evitar situaciones que los hagan beber);
2. Un programa diseñado para preparar y alentar a los pacientes a afiliarse a Alcohólicos Anónimos; y
3. Un enfoque terapéutico orientado a aumentar la motivación de los alcohólicos para responsabilizarse de su condición y cambiar su conducta. Los participantes fueron asignados de manera aleatoria a grupos de tratamiento, y se evaluó su estado después de un año de participar en el estudio (Project MATCH Research Group, 1997).

Las tres terapias produjeron resultados buenos similares, pues la mayoría de los pacientes permanecieron en abstinencia por aproximadamente 80% de los periodos de seguimiento. Algunos indicadores señalaron que el enfoque cognitivo-conductual resultaba mejor para las mujeres y los pacientes con problemas psicológicos severos, cognitivos y de ajuste social. El programa de Alcohólicos Anónimos parecía ayudar en particular a los pacientes que bebían más, buscaban significado a su vida y tenían muchos amigos que los alentaban a beber. Los mejores candidatos para la terapia de mejoramiento motivacional parecían ser aquellos con poca disposición inicial para cambiar su conducta hacia la bebida. De este modo, aunque las tres terapias fueron eficaces, cada una parecía tener especial utilidad para un tipo de paciente en particular. Antes de empezar el tratamiento en los tres grupos, los pacientes bebían alcohol en un promedio de 25 a 30 días. Después del tratamiento, se redujo a seis días por mes. A pesar de que son alentadores, estos resultados se deben confirmar con otras evaluaciones. También sería útil explorar los efectos de combinar algunas características de las diferentes terapias. Por ejemplo, podría ser productivo el incor-



RELATOS PERSONALES

CUADRO 14-1

La batalla contra el alcoholismo

Andrew Sheehan es un periodista de investigación a quien el alcoholismo casi le arruina la vida. Su matrimonio, relaciones sociales, trabajo y concepto de sí mismo se deterioraron a medida de que su alcoholismo se salía de control. Dejó de beber en muchas ocasiones, sólo para volver a su patrón de bebida después de poco tiempo.

Lógicamente uno vuelve a tomar la botella una y otra vez, pues trata de recrear ese sentimiento de alivio. Lo ocasional se convierte en habitual, y lo habitual en una adicción. Después de un tiempo, todos los bebedores que se han reformado dicen que "la bebida dejó de funcionar para mí". El juego se convierte en un trabajo: la labor de beber cada día. La bebida ya no proporciona un alivio o un escape: sólo en la necesidad de llenar un vacío. Luego viene el largo y lento descenso: el automóvil chocado, los matrimonios deshechos, los trabajos perdidos. Ya no es una cuestión de si vas a caer, es simplemente una cuestión de qué tan bajo vas a caer (Sheehan, 2001, p. 229).

En uno de sus puntos más bajos, Sheehan asistió a una junta de Alcohólicos Anónimos, y luego se esforzó por asistir de manera regular.

Y luego, casi a pesar de mí mismo, me empezaron a gustar las reuniones. Empecé a encontrarlas extrañamente reconfortantes y tranquilizantes. Por lo menos por una hora disfrutaba de calma. Podía ser fugaz, y tal vez sólo duraba mientras estaba ahí, pero cuando iba a las reuniones, un profundo sentido de calma llegaba a los pensamientos retorcidos de mi cerebro. Era como si un enredo de nudos lentamente se desenredaran y se aflojaran, o una especie de descompresión, como si el vapor escapara por mis oídos. Esto sigue siendo un misterio para mí, pero creo que tiene que ver con estar en presencia de otros ebrios.

Lo que parece más importante para AA es esta creencia: un compañero que sufre, otro ebrio, es mejor que cualquier médico o terapeuta. AA se basa en la relación entre dos personas que tienen el mismo problema, ninguno es superior al otro, son personas iguales que comparten una experiencia común. Ésta es la dinámica curativa, que se reproduce alrededor del mundo en relaciones individuales y de grupos, entre los millones de personas que asisten a reuniones de AA. Su sentido de culto espeluznante se disipó cuando me di cuenta de que realmente no era una organización. AA no tiene un líder carismático, ni jerarquías, ni una fun-



Figura 14-5 Andrew Sheehan.

FUENTE: Cortesía de Andrew Sheehan.

dación, ni un programa de relaciones públicas. Prolifera solamente a través de su relación central. De ebrio a ebrio. Era tan extraño que, después de las reuniones, yo iba a tomar café con los otros ebrios en recuperación. Me encontraba sentado ahí por la noche y pensaba: ¿Estoy en la tierra para acabar aquí, divorciado y sólo, compartiendo bromas e intimididades con extraños? Al mismo tiempo, se me ocurre que es aquí donde necesito estar, tratando de hacer contacto, tratando por fin de ser honesto (Sheehan, 2001, pp. 239-240).

porar tanto los tratamientos psicológicos como los medicamentos en los programas de terapia.

En la práctica, los programas integrados de tratamiento psicológico y medicamentos se emplean con frecuencia para manejar bebedores problema, pero por lo general no se evalúa cada uno de los componentes del programa. Por ejemplo, la naltrexona normalmente se receta a los alcohólicos que también reciben orientación psicológica y servicios de rehabilitación. Existe evidencia de que la combinación de diferentes enfoques terapéuticos tiene resultados positivos en la rehabilitación de alcohólicos (Sammons y Schmidt, 2001). La evaluación los diferentes componentes de la terapia ayudará al desarrollo de programas óptimos para cada tipo específico de paciente.

La investigación sobre el alcoholismo ha mejorado y debe producir resultados prácticos. Debido a que muchos estudios han agrupado a diferentes tipos de pacientes, muchos de estos estudios no han sido útiles para analizar la eficacia de los tratamientos específicos. Otra dificultad para interpretar la evidencia disponible es que muchas personas (tal vez más de 50%) que entran a programas de tratamiento para el alcoholismo los abandonan, y nadie sabe lo que ocurre con estas personas. A pesar de estos problemas, se ha consolidado un cuadro general de lo que son y hacen bien las per-

sonas que abusan del alcohol, sin importar el tratamiento: son personas con trabajos, relaciones estables, psicopatología mínima, sin historial de fallas en tratamientos pasados y participación mínima con otras drogas.

La investigación futura en el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol necesita enfocarse en algunos temas, como el problema del abandono, y hacer preguntas importantes tales como: 1) ¿Cuáles son los elementos eficaces de los enfoques terapéuticos? y 2) ¿Cuáles deben ser los objetivos del tratamiento? Con respecto a la primera pregunta, el valor terapéutico debe ser determinado de manera individual para dichos elementos, como proporcionar a los pacientes retroalimentación sobre sus riesgos de enfrentar problemas de alcohol, dándoles consejos para reducir su consumo o para dejar de beber, y mostrarles empatía para así poder entender sus problemas. Es probable que ningún elemento terapéutico sea suficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes. Algunos individuos en especial pueden requerir tratamiento para problemas subyacentes de la personalidad; otros pueden necesitar ayuda para tratar los problemas de sus relaciones interpersonales, como con sus cónyuges; y otros pueden necesitar más confianza en su capacidad para manejar las recaídas. Los programas de tratamiento deben adaptarse para tratar los problemas específicos



Figura 14-6 El contexto en el cual se consumen las bebidas alcohólicas es un factor importante en el alcoholismo. Beber vino en las reuniones familiares, como en esta ceremonia de la Pascua Judía, tiene mucha menor probabilidad de crear un problema con el alcohol que beber en situaciones en donde existe presión para que el individuo "sobresalga por su forma de beber".

de cada individuo. Un factor importante de todas las terapias son los clínicos que las imparten. Un estudio encontró que la capacidad del clínico para comunicar tanto autoridad como calidez interpersonal ejercía una influencia importante sobre el progreso del cliente alcohólico (Cartwright y cols., 1996).

Una perspectiva interaccionista En años recientes, se ha desarrollado una opinión interaccionista del alcoholismo. En el centro de este concepto de alcoholismo se encuentra la opinión de que es un ciclo adictivo que da como resultado la perpetuación del hábito dañino de beber. Este ciclo incluye los siguientes elementos:

1. Ciertos individuos vulnerables tienen mayor probabilidad de desarrollar la dependencia del alcohol debido a factores de predisposición biológicos, psicológicos o sociales (por ejemplo, la genética, la depresión o la influencia de otras personas).
2. El consumo excesivo se intensifica debido a factores de precipitación como los sucesos estresantes o los instigadores psicológicos (por ejemplo, la ansiedad o el insomnio).
3. El individuo vulnerable considera al alcohol gratificante, ya sea por la euforia que le produce o por la disminución de la disforia, o por ambas.
4. El abuso del alcohol se desarrolla como una consecuencia de estas experiencias gratificantes, lo que da como resultado la tolerancia y el aumento de la bebida.
5. Después se presenta la dependencia física, junto con la necesidad de beber para evitar los síntomas de abstinencia.
6. El ciclo adictivo se intensifica debido a las ansiedades fisiológicas persistentes.
7. Los mecanismos físicos de dependencia tienden a reactivarse debido la ingestión de alcohol después de un periodo de abstinencia, con el reinicio subsecuente del ciclo adictivo.

Probablemente la mayor necesidad en la investigación de los trastornos relacionados con sustancias sea considerar los efectos

simultáneos entre el consumo de alcohol y algunos factores personales, sociales y culturales. Es importante examinar los efectos interactivos de estos factores para explicar los niveles actuales de consumo de alcohol. Por ejemplo, dos individuos con vulnerabilidades biológicas similares (como la sensibilidad al alcohol) pueden consumir cantidades muy diferentes de alcohol según la presión social (de sus compañeros) para beber.

Una serie de factores y procesos potencialmente pertinentes pueden ser los escenarios culturales y comunitarios de los que proviene la persona. El problema del abuso del alcohol tiene dimensiones tanto socioculturales como fisiológicas. Los valores y costumbres de la comunidad tienen una gran influencia en las actitudes hacia la bebida. En el pasado, los problemas del uso del alcohol eran bastante frecuentes entre ciertos grupos étnicos, como los irlandeses y los suecos, relativamente poco frecuentes entre los italianos y de muy poca frecuencia entre los judíos. Sin embargo, en la actualidad, el alcoholismo está en disminución entre los irlandeses-estadounidenses y los suecos-estadounidenses, pero se ha incrementado entre las segundas y terceras generaciones de italianos-estadounidenses y judíos. El cambio de las costumbres sociales dentro de estos grupos culturales parece ser un factor importante en estos patrones de consumo del alcohol.

Los índices de alcoholismo eran bajos en los grupos en los cuales las costumbres de beber, los valores y las sanciones se conocen bien, todos están de acuerdo con ellas y son congruentes con el resto de la cultura (ver la figura 14-6). Entre las condiciones socioculturales que reducen al mínimo los problemas de alcoholismo se encuentran las siguientes:

- Exponer a los niños al alcohol a una edad temprana en un escenario familiar o religioso.
- Servir la bebida alcohólica en forma diluida (por ejemplo, vino en lugar de licores destilados) y en pequeñas cantidades.
- Tratar las bebidas como alimentos y servirlos principalmente en las comidas.

- No considerar la forma de beber como una virtud (por ejemplo, una prueba de virilidad u hombría), ni como un pecado.
- Considerar socialmente aceptable la abstinencia, pero no la embriaguez ni beber en exceso.

Una variedad de factores sociales e interpersonales también influyen en el consumo de alcohol. Entre ellos se pueden mencionar el nivel de estrés en la comunidad y la vida personal del individuo. Entre los factores personales están las amistades, la situación familiar y las condiciones de empleo y financieras.

Prevención de los trastornos relacionados con el alcohol

Obviamente, es mejor evitar el abuso del alcohol que tener que tratarlo. Desafortunadamente, se conoce menos acerca de la prevención que del tratamiento. De acuerdo con algunos estudios, los impuestos que aumentan el precio del alcohol, y por lo tanto reducen el consumo total en la sociedad, tienen un efecto más que proporcional en su consumo excesivo. Por lo general, existen menos problemas de alcoholismo en los países donde el precio del alcohol es alto en relación con el ingreso promedio. Está menos claro el hecho de que la simple limitación de la publicidad de bebidas alcohólicas sea eficaz.

Otras estrategias en el ámbito de la comunidad que pueden ser útiles desde el punto de vista de la prevención son aumentar la edad mínima para beber, regular los tipos de establecimientos y las horas durante las cuales se puede vender alcohol, establecer severas leyes para quien conduzca en estado de ebriedad y realizar distintas clases de programas educativos dirigidos hacia grupos importantes. El cuadro 14-2 presenta información sobre el panorama del problema de abuso del alcohol en un escenario —el campus universitario— y sugiere algunas medidas prácticas para la prevención.

El abuso del alcohol y otras drogas durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta es hoy en día un problema de salud pública. El problema es serio porque para el adulto joven en desarrollo, estas sustancias debilitan la motivación, interfieren con procesos cognitivos, contribuyen a la formación de trastornos del estado de ánimo extenuantes y aumentan el riesgo de sufrir una herida o la muerte accidental. Los investigadores han encontrado dificultades para desarrollar intervenciones preventivas duraderas, por lo que tratan de hallar maneras para crear programas de prevención que tengan probabilidad de éxito. Una perspectiva para enfocar esta tarea radica en identificar los factores de riesgo del abuso y luego desarrollar programas dirigidos a reducirlos. Identificar los siguientes factores de riesgo que pueden conducir al abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas puede reducir el problema de manera importante:

- Privación económica extrema
- Desorganización del vecindario
- Problemas de conducta tempranos y persistentes, lo cual incluye conducta agresiva e hiperactividad
- Malas prácticas de control de la familia
- Conflictos familiares
- Falta de cohesión dentro de la familia
- Fallas académicas
- Presión social para utilizar drogas
- Alienación y rebeldía
- Rechazo de sus compañeros a temprana edad

Otras drogas

Estrictamente hablando, el alcohol es una droga, pues es una sustancia química que provoca cambios fisiológicos y psicológicos cuando se ingiere. Sin embargo, para la mayoría de las personas, la palabra *drogas* significa pastillas, polvos y marihuana. Además del alcohol, las drogas psicoactivas se pueden clasificar en varios grupos: barbitúricos y tranquilizantes, opiáceos, cocaína, amfetaminas, psicotrópicos, fenciclidina (PCP), inhalantes, marihuana y nicotina. Existe creciente evidencia de que, con frecuencia, el alcoholismo se presenta junto con el uso de otras drogas, como los opiáceos y la nicotina (Sadock y Sadock, 2003). Mientras más severo sea el alcoholismo, mayor será la probabilidad de que también se padezca de dependencias a otras sustancias. Es posible que una parte de la vulnerabilidad genética al alcoholismo tenga algo en común con otros trastornos adictivos. El abuso de sustancias también tiene gran comorbilidad con otras condiciones.

Barbitúricos y tranquilizantes

Los barbitúricos (como el fenobarbital) y los tranquilizantes (como el Valium) forman parte de un mismo grupo porque ambos tienen un efecto depresivo en el sistema nervioso central. Es probable que logren este efecto al interferir con la transmisión sináptica: ya sea que inhiban la secreción de neurotransmisores que generan excitación o que provoquen la liberación de sustancias inhibitorias de los transmisores. Ambos tipos de drogas reducen la ansiedad, el insomnio y afectan una amplia variedad de funciones orgánicas. También son muy populares. Cada año, los estadounidenses consumen más de 300 toneladas de barbitúricos; los tranquilizantes presentan un índice aún más elevado.

Los **barbitúricos**, o derivados del ácido barbitúrico, son recetados por los médicos para reducir la ansiedad o prevenir las convulsiones. Las dosis ligeras son eficaces como píldoras para dormir, a pesar de que en realidad pueden provocar trastornos del sueño si se consumen durante un periodo prolongado. Las dosis más elevadas, como las que consumen los individuos adictos, desencadenan un periodo inicial de excitación seguido por un periodo de lenguaje confuso, pérdida de la coordinación, depresión severa y deterioro del pensamiento y la memoria. El consumo ilícito de los barbitúricos con frecuencia se presenta junto con el consumo de otras drogas, sobre todo alcohol y heroína. El cuerpo rápidamente desarrolla tolerancia a los barbitúricos y tranquilizantes. A medida que se desarrolla esta tolerancia, aumenta la cantidad de sustancia que se necesita para mantener el mismo nivel de intoxicación. También se reduce considerablemente el margen entre una dosis que intoxica y una que produce resultados fatales. Estas drogas pueden provocar dependencia tanto física como psicológica. Después de

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

CUADRO 14-2

Beber en el campus

En severo contraste con el bullicio a lo largo del pasillo del hospital donde se notaba ese fresco amanecer de febrero, un grupo de confundidos estudiantes se veían unos a otros mientras esperaban para saber si Jim Callahan estaba vivo o muerto. Llenos de temor, por él y por ellos mismos, los hermanos de la fraternidad recreaban la noche anterior en sus mentes, una y otra vez. Se suponía que el ritual de iniciación era divertido, sólo una prueba del poder de la fraternidad sobre sus nuevos miembros. ¿No era una buena idea ordenarles que bebieran “kamikazes” en el sótano de la casa de la fraternidad hasta enfermarse? Después de todo, los novatos podían dormir para reponerse. Pero cuando Jim Callahan, de 18 años, perdió el sentido esa mañana del 12 de febrero de 1988, nunca despertó.

Más tarde, los médicos explicarían que Callahan había muerto por envenenamiento agudo con alcohol, causado por beber una enorme cantidad de alcohol en muy poco tiempo. Consumió alrededor de 24 onzas—casi tres cuartos de litro—en un periodo de 30 a 45 minutos después de una ceremonia de iniciación Lambda Chi Alpha.

La tragedia tuvo lugar en la Rutgers University, pero se han presentado sucesos similares en otras instituciones educativas. Muchos colegios y universidades parecen luchar continuamente con el problema de **beber en exceso**, el cual con frecuencia se caracteriza por beber cinco o más copas de manera consecutiva los hombres y cuatro o más las mujeres.

Existe gran interés en el desarrollo de programas que puedan prevenir el beber en exceso y otros problemas relacionados con el alcohol. Una estrategia de prevención que adoptaron los investigadores de la Universidad de Washington ha sido el desarrollo de un curso universitario deseis a ocho semanas sobre los enfoques sensibles al alcohol. ¿El simple hecho de tomar una clase puede cambiar los hábitos dañinos de beber? Los participantes del curso redujeron de manera significativa su consumo de alcohol y mantuvieron esa reducción incluso después de dos años (Roberts y cols., 2000). Además, otros dos grupos—uno que sólo leyó el manual de la clase y otro que solamente recibió información verbal—también disminuyeron en forma importante sus hábitos de beber. Estos resultados son aún más impresionantes porque todas aquellas personas que se eligieron para la clase presentaban un riesgo elevado de problemas con el alcohol, de-

TABLA 14-9

Entender los patrones de consumo personal como primer paso hacia el consumo sensato de alcohol

Con el objeto de ayudar a los estudiantes a comprender las razones personales para consumir alcohol y el tipo de situaciones que es probable que los lleven a beber más, una tarea para una clase sobre los enfoques sensatos para beber comprende meditar y responder las siguientes preguntas. Es probable que las preguntas proporcionen a cada estudiante algunas introspecciones importantes sobre sus propios patrones de beber.

- ¿Existen algunos *lugares* en los que es más probable que beba en exceso? [Sí/No] ¿Dónde?
- ¿Hay *algunas personas* con quienes es más probable que beba en exceso? [Sí/No] ¿Quiénes?
- ¿Existen *algunas ocasiones o días* cuando es más probable que beba en exceso? [Sí/No] ¿Cuándo?
- ¿Existen *algunas actividades* que hacen que sea más probable que beba en exceso? [Sí/No] Describalas.
- ¿Cree que bebe en exceso cuando se *siente* de determinada manera? [Sí/No] Describa esos sentimientos.
- ¿Podría tomarse unas “vacaciones” (evitar) de cualquiera de los lugares y personas que participan en su forma excesiva de beber? [Sí/No] ¿De cuáles?
- ¿Existen *lugares* en donde es *menos probable* que beba en exceso? [Sí/No] ¿Dónde?
- ¿Existen *personas* con quienes es *menos probable* que beba en exceso? [Sí/No] ¿Quiénes?

bido al exceso de bebida o a factores como un antecedente familiar de alcoholismo.

Este programa de prevención no dice a los estudiantes que se deben abstener del licor (excepto a aquellos que son alcohólicos), lo que puede ser un factor que contribuye al éxito del mismo. El curso proporciona información a partir de la cual los estudiantes pueden evaluar si tienen un problema y decidir qué es lo que desean hacer al respecto, si hay algo que quieran hacer. Se hace hincapié en que la sensatez al beber es una capacidad. Beber se compara con conducir un auto, dos actividades que pueden ser peligrosas si las practica una persona que no tiene la capacidad necesaria. El curso transmite a los estudiantes que, al igual que para conducir, uno debe aprender a beber por medio de la experiencia—qué, cuándo, dónde y cuánto—y que no se puede aprender sólo porque le digan cómo hacerlo. El curso también les pide que observen su propia conducta con

la bebida al proporcionar las respuestas a preguntas como las de la tabla 14-9.

A continuación presentamos algunas maneras en las que los estudiantes pueden ayudarse a sí mismos antes de beber:

- Elegir en grupo, antes de una fiesta, a una persona para que conduzca el auto, esto es, alguien que se mantendrá sobrio.
- Llegar a un acuerdo sobre la manera de hacer saber a otro que está bebiendo demasiado.
- Antes de consumir bebidas alcohólicas, comer alimentos altos en proteínas y carbohidratos.
- Consumir una copa por hora.
- Tener a la mano bebidas que no contengan alcohol y consumirlas cuando llegue al límite de bebidas alcohólicas.
- Escoger eventos que incluyan bailar, cenar u otras actividades, en lugar de enfocarse sólo en la bebida.

que se ha desarrollado la adicción, la abstinencia súbita puede causar síntomas de abstinencia que incluyen el delirio y las convulsiones, y hasta pueden provocar la muerte. Las recaídas son comunes entre los consumidores de barbitúricos porque el uso de esta droga es una manera fácil de escapar de la tensión, la ansiedad y los sentimientos de ineptitud.

Existen tres tipos de abuso de barbitúricos:

1. **Intoxicación crónica**, en la cual las personas consiguen las recetas, con frecuencia de más de un médico. Al principio ingieren los barbitúricos para reducir el insomnio y la ansiedad, y después se vuelven adictas a ellos. El consumo crónico provoca un lenguaje confuso y la reducción de eficacia en el trabajo.
2. **Intoxicación por episodios**, en la cual los individuos consumen los barbitúricos en forma oral para producir un estado “elevado” o de bienestar.
3. **Inyecciones intravenosas**, en las cuales se inyecta la droga, en muchos casos en combinación con otras (como la heroína). El uso intravenoso produce la “aparición repentina” de sensaciones placenteras, cálidas y somnolientas. Muchas complicaciones se asocian con el uso prolongado de la droga de esta manera.

Los **tranquilizantes** se derivan de varios grupos químicos. El abuso de ellos es común. Con frecuencia se recetan para reducir la ansiedad y tal vez medio millón de estadounidenses los consumen con propósitos médicos. Al igual que con los barbitúricos, el organismo desarrolla tolerancia a muchos tranquilizantes. El abuso de éstos es común. Muchas personas los consumen con libertad, al parecer sin darse cuenta de que son adictivos o que pueden causar la muerte. Pueden presentarse dependencia física y psicológica, así como graves síntomas de abstinencia. Como ocurre con los barbitúricos, los efectos nocivos de estas sustancias se incrementan cuando se consumen en combinación con alcohol y otras drogas.

El Valium es un miembro del grupo de tranquilizantes de las *benzodiazepinas*. Las drogas de este grupo producen menos euforia que otras tranquilizantes, de modo que el riesgo de dependencia y abuso es relativamente bajo. No obstante, se pueden desarrollar la tolerancia y los síntomas de abstinencia.

Los opiáceos

El término **opiáceos** se refiere a cualquier sustancia natural o sintética que actúa en el organismo de manera similar a la acción de los derivados de la amapola del opio. Estas sustancias se adhieren y actúan en los lugares de los receptores de opiáceos en el cerebro. Los opiáceos incluyen una variedad de sustancias, algunas de las cuales se presentan en forma natural, en tanto que otras son sintéticas. La heroína es el opiáceo sintético más conocido.

En ocasiones, a los opiáceos se les conoce como **narcóticos**, pero este término se emplea de manera distinta en el estudio de drogas y el sistema legal, y no siempre tiene el mismo significado para las personas que se encargan de aplicar las leyes, los abogados, los médicos y los científicos.

Los opiáceos naturales El cerebro y la glándula pituitaria producen varias formas de opiáceos que, por sus efectos, se aseme-

jan al opio y la heroína. Algunas de estas sustancias también se pueden elaborar en forma artificial para usos experimentales. Las investigaciones que emplean opiáceos naturales pueden proporcionar información sobre los mecanismos del dolor, el placer, la emoción y la percepción. Tres de esos opiáceos son las **endorfinas**, las **encefalinas** y las **dimorfinas**. Las endorfinas son las que más se han estudiado.

El estudio de las endorfinas ha permitido elaborar mapas de todo el sistema de receptores de opiáceos. Se ha descubierto que los nervios del cerebro y la espina dorsal contienen receptores a los cuales los opiáceos deben unirse con el objeto de producir sus efectos. La morfina y las drogas similares bloquean las señales de dolor hacia el cerebro porque se ajustan a los lugares como una llave en una cerradura. Algunos científicos sospechan que la adicción es una enfermedad de deficiencia: la ansiedad y dependencia por parte del adicto a los opiáceos puede deberse a una insuficiencia crónica en la producción de endorfinas naturales. Si éste es el caso, puede ser posible utilizar endorfinas sintetizadas para corregir la causa subyacente de la adicción. Pueden existir dos posibilidades para subsanar las deficiencias de endorfina. Una es que los opiáceos por sí mismos supriman su producción; la otra es que algunas personas tienen una deficiencia de origen genético en la producción de endorfinas.

A medida que los bioquímicos han aislado y analizado de manera directa las endorfinas, los investigadores conductuales han podido estudiar su acción, ya sea mediante la inyección de estas sustancias a los sujetos y la observación de sus efectos analgésicos (para calmar el dolor), o de una droga que se conoce como *naloxona*, que bloquea los efectos de las endorfinas. Si un procedimiento produce analgesia cuando no se utiliza la naloxona, pero no afecta el dolor cuando la naloxona está presente, existen evidencias indirectas de que las endorfinas intervienen en los efectos de reducción del dolor.

Los opiáceos La palabra **opiáceo** se refiere sólo a las drogas de este tipo que se derivan del jugo de la amapola del opio, *Papaver somniferum*. Los arqueólogos creen que los aparentes poderes milagrosos de la amapola del opio fueron descubiertos por los granjeros neolíticos de las costas orientales del Mar Mediterráneo. Este conocimiento se propagó desde el Asia Menor por todo el mundo antiguo, en tanto que la droga que se fabricaba a partir de la amapola, el opio, se convertía en un artículo valioso. En el siglo XVII, un médico prominente consideró al opio como el don más grande de Dios a la humanidad para el alivio de sus sufrimientos.

En 1804 se identificó el ingrediente activo más importante del opio, la **morfina**. Los científicos la consideraron como un analgésico confiable. El opio y sus derivados también se utilizaron para el tratamiento de la tos, la diarrea, la fiebre, la epilepsia, la melancolía, la diabetes, las úlceras en la piel, la constipación y una variedad de enfermedades del siglo XIX. Cuando se utilizan los opiáceos para controlar el dolor, por lo general no producen la clase de sensación orgásmica repentina que caracteriza a las dosis altas, y normalmente no produce adicción.

Al igual que la morfina en un principio se consideró un sustituto seguro del opio, la **heroína**, que se produjo por primera vez en 1874 al hervir morfina en ácido acético, primero se tomó como un sustituto eficaz y seguro de la morfina. Esta afirmación pronto pro-

bó ser una terrible mentira, y en la actualidad, la heroína participa en más de 90% de los casos de adicción a los narcóticos.

La heroína, que posee de tres a cinco veces la potencia de la morfina, se puede inyectar, fumar o inhalar (ver la figura 14-7). Los adictos a la heroína pasan por una secuencia característica de experiencias. Después de que se inyecta la droga, el individuo siente una “sensación repentina” o “rayo” mientras el sistema nervioso reacciona a su presencia. Los adictos describen la sensación repentina como en extremo placentera, similar en muchos aspectos al orgasmo sexual, sólo que más intensa y que comprende todo el cuerpo. Después de esta sensación, el individuo experimenta los “cabeceos”, un estado prolongado de euforia. Desaparecen la fatiga, la tensión y la ansiedad. Los sentimientos de insuficiencia son reemplazados por una alegría relajada. Un adicto joven informó que, después de experimentar su primera intoxicación con heroína, había exclamado para sí: “¿Por qué no me dijeron que existían estos sentimientos tan maravillosos?” Una cantidad significativa de adictos a la heroína afirman que, a menos que el mundo les proporcione un sentimiento para compensar la pérdida de ese estado de intoxicación, nunca podrán dejarla. Sin embargo, los aspectos negativos que se relacionan con la heroína sobrepasan con mucho las sensaciones temporales de bienestar.

Los efectos de los opiáceos Los opiáceos tienen efectos tanto sedantes como analgésicos. Provocan cambios de estado de ánimo, somnolencia, aturdimiento mental, estreñimiento y letargamiento de la actividad del centro respiratorio del cerebro. Una sobredosis puede causar la muerte, debido a que la respiración ce-



Figura 14-7 Un adicto a la heroína a punto de inyectarse. Algunos segundos después de la inyección, una sensación de calor recorre el cuerpo (mientras la heroína entra en el cerebro), seguida de somnolencia. La heroína es una droga de efecto fugaz, y son necesarias inyecciones frecuentes para alcanzar la euforia.

TABLA 14-10

Características clínicas de la intoxicación por opiáceos y la abstinencia

Intoxicación por opiáceos

Además de pupilas fijas, se presentan uno o más de los siguientes efectos:

1. Somnolencia o estado de coma
2. Arrastrar las palabras al hablar
3. Problemas con la atención y la memoria

Abstinencia

Tres o más de los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido
2. Náusea o vómito
3. Dolor muscular
4. Escurrimiento por ojos y nariz
5. Dilatación de las pupilas
6. Sudores
7. Diarrea
8. Bostezos
9. Fiebre
10. Insomnio

FUENTE: DSM-IV-TR.

sa. La reacción ante la abstinencia puede ser severa y se manifiesta por sudoración, dolores musculares, náusea, vómito, diarrea y otros síntomas que pueden durar de dos a tres días; los síntomas menos severos pueden persistir por cuatro a seis meses. El consumo de la heroína es probable que se relacione con un deterioro grave, tanto de la vida social del individuo como de sus relaciones familiares. La tabla 14-10 resume las características principales listadas en el DSM-IV-TR para la intoxicación por opiáceos. Además de esas características, la intoxicación por opiáceos incluye una conducta inadaptada significativa y cambios psicológicos que se desarrollan durante, o poco después, de la euforia inicial que provoca el opiáceo. Estos cambios incluyen la apatía, juicio deteriorado y problemas en el funcionamiento social o profesional.

El siguiente caso ilustra la intoxicación por opiáceos:

Jamie es una chica de 17 años que dejó la escuela y cuyo novio, Matt, recientemente se unió a una pandilla local de motociclistas. Los miembros de la pandilla usan drogas de manera excesiva, y la iniciación de Matt en ella requería que recibiera una “dosis”, o inyección, de heroína intravenosa. Era su primera experiencia con la heroína y la disfrutó. Trató de convencer a Jamie de probarla. Ella tenía miedo y al principio se resistió.

Una noche Matt y Jamie estaban paseando en motocicleta con la pandilla y se detuvieron en un sitio popular de las pandillas. Muchas de las mujeres que estaban allí se reunieron alrededor de Jamie y la empezaron a molestar por no probar la heroína. Finalmente, accedió a probar una “dosis”. Una de las mujeres disolvió un poco de heroína en una cuchara, la cargó en la jeringa, aplicó un torniquete al brazo de Jamie, y se la inyectó en la vena. Jamie sintió una “elevación” o “sensación” repentina, que más tarde describió como parecida a un orgasmo. A ésta le siguió un sentido de euforia. Matt miró su cara y notó que tenía una mirada ligeramente aturdida, con pupilas pequeñas. Después de algunos minutos cayo en un estado letárgico y empezó a cabecear. Los efectos se hicieron más intensos en 20 o 30 minutos y después comenzaron a reducirse.

La tabla 14-10 muestra también las características de la abstinencia de opiáceos que experimentan las personas que han dejado (o reducido) el uso de un opiáceo después de un periodo de abuso.

Sean, un hombre de 27 años, llegó una noche a la sala de emergencias de un hospital local quejándose de sentirse deprimido y suicida. Fue internado en la sala psiquiátrica para observación. Algunas horas después, a mitad de la noche, empezó a vomitar y a quejarse de dolores musculares, calambres estomacales, diarrea e insomnio. La enfermera primero pensó que estaba desarrollando un síndrome viral. Sin embargo, cuando examinó sus brazos, descubrió varias “marcas” de aguja. Sean admitió que había empezado a inyectarse heroína hacía algunas semanas. La última vez que se había inyectado fue aproximadamente seis horas antes de entrar al hospital. La enfermera llamó al psiquiatra, quien examinó a Sean y le recetó medicamentos para tratar los síntomas de su síndrome de abstinencia.

Causas de los trastornos por consumo de opiáceos

Un estudio de los soldados de la guerra de Vietnam que utilizaban heroína en exceso durante el conflicto descubrió que un alto porcentaje de ellos dejaban de utilizarla cuando regresaban a casa (L.N. Robbins, 1993). Esto demostró que, de manera contraria a la suposición generalizada de que cuando una persona utiliza la heroína en exceso se “engancha” a ella, los adictos a la heroína no están condenados de por vida. Una investigación que se llevó a cabo en California encontró que dejar de utilizar los opiáceos es más fácil para los individuos de 30 años o menores (Hser y cols., 1993). A pesar de que el significado preciso de estos descubrimientos no es muy claro, el hecho de que muchos veteranos que utilizaban opiáceos en Vietnam hayan sido capaces de dejarlos cuando regresaron a sus hogares ha estimulado el interés en la idea de que el uso controlado de por lo menos algunas sustancias es posible para algunas personas. Algunos individuos que habían utilizado los opiáceos de manera controlada por largos periodos proporcionaron apoyo adicional a esta opinión. Aunque algunos consumidores necesitan las drogas en dosis cada vez mayores todos los días, otros parecen capaces de limitar su ingestión diaria. Quizá la razón de que el uso controlado de opiáceos ha recibido poca atención, es que las personas que son capaces de limitar su uso no llaman la atención de los clínicos. En cualquier caso, es necesario un mejor entendimiento del proceso de adicción a los opiáceos para poder formular po-

líticas sociales eficaces, por ejemplo, las leyes para el consumo de las drogas y los procedimientos de tratamiento.

En la actualidad existen dos opiniones opuestas sobre la adicción a los opiáceos: la orientación de la exposición y la interaccionista. De acuerdo con la **orientación de la exposición**, la causa de la adicción es simplemente la exposición a los opiáceos. Cuando una persona experimenta estrés, se secretan endorfinas que producen analgesia (mayor tolerancia al dolor) que induce el estrés. El consumo de heroína y otros opiáceos puede causar una interrupción a largo plazo en el sistema bioquímico que sintetiza las endorfinas. Es probable que un adicto siga consumiendo los opiáceos porque el uso de la droga interrumpió el sistema de alivio del dolor normal del organismo. También se cree que las drogas opiáceas son reforzantes porque posponen los síntomas dolorosos de la abstinencia. Este punto de vista no explica por qué algunos adictos tienen severos síntomas de abstinencia en tanto que otros no los presentan. Además, algunas personas adquieren adicción a otras drogas que no producen síntomas de abstinencia severos, como la nicotina y el café.

De acuerdo con la **orientación interaccionista**, tanto la persona como la situación son factores importantes para el desarrollo de la adicción: las características de las personas (sus expectativas, preocupaciones, etc.) y la situación que enfrentan en la vida, en especial las que crean estrés, ejercen una influencia conjunta en la necesidad de consumir drogas y su reacción a éstas. La evidencia disponible es congruente con esta interpretación. Esta opinión puede explicar por qué algunos militares que sirvieron en Vietnam pudieron abandonar la droga con tanta facilidad cuando regresaron a Estados Unidos. En Vietnam se enfrentaban a personas y lugares extraños, el aburrimiento, el peligro, los sentimientos de desamparo y otras emociones y situaciones que hacían que sus mecanismos de control parecieran inadecuados. Una vez que regresaron a casa, terminaron las señales de situación que se relacionaron con la ansiedad por opiáceos.

Aunque se sabe que la mayoría de los adictos empezaron a utilizar drogas en la adolescencia, la mayor parte de las investigaciones de los mecanismos de adicción o tratamiento se enfocan en los adultos. Los adolescentes se sienten atraídos por nuevas actividades y experiencias que pueden incluir las drogas. Los cambios en las regiones cerebrales durante la adolescencia pueden llevar a los jóvenes que normalmente son adaptados, a experimentar toda clase de estímulos nuevos, ya sea sociales o sexuales, los cuales, a su vez, pueden hacer que el cerebro sea más receptivo a los efectos adictivos de las drogas. Existe evidencia de que el cambiante sistema de circuitos cerebrales de los adolescentes parece hacerlos especialmente vulnerables a los efectos de las drogas y el alcohol (Chambers y cols., 2003).

Un descubrimiento recurrente de las investigaciones sobre los adictos a los opiáceos es que con frecuencia tienen problemas psicológicos severos (Krausz, 1999). En especial, sufren de depresión y su tasa de suicidios es mucho mayor que el promedio. Sin embargo, la depresión a menudo continúa después de apartarse de ellos e incluso empeora. Algunos expertos creen que las drogas provocan la depresión y otros piensan que con mayor frecuencia la depresión —o al menos una vulnerabilidad a los síntomas depresivos en situaciones de estrés— lleva al abuso de opiáceos cuando las

drogas están disponibles. La depresión en los adictos tal vez se ha sobreestimado, ya que existen algunas evidencias que quienes buscan tratamiento están más deprimidos que los que no lo hacen.

Tratamiento para la dependencia de opiáceos El primer paso para el tratamiento de la dependencia de opiáceos consiste en la desintoxicación en un hospital, donde se elimina la droga del organismo mediante la metabolización, mientras se tratan también los síntomas de la abstinencia. En muchos casos, esto representa la totalidad del programa y no contribuye a reducir la probabilidad de recaída. Además de estos pasos físicos necesarios, los clínicos no se ponen de acuerdo en la manera en que se debe tratar a los individuos adictos a los opiáceos. Algunos de ellos creen que, a largo plazo, el tratamiento de esta adicción no es útil. Los intentos de tratamiento se complican por el hecho de que la dependencia de opiáceos en raras ocasiones es el único problema clínico: la mayoría de los pacientes con dependencia de opiáceos también abusan de otras drogas, y por lo regular sufren también de graves problemas psicológicos. La depresión, la conducta antisocial y los trastornos de ansiedad se encuentran entre las características de comorbilidad que se han encontrado en la dependencia a opiáceos.

En general, la adicción a opiáceos es considerada como una condición con recaídas frecuentes que se deben a una combinación de factores genéticos, inducidos por las drogas y el entorno. El **mantenimiento con metadona** es uno de los tratamientos que se emplean con mayor frecuencia para los adictos a opiáceos. La **metadona** es una sustancia sintética que bloquea los efectos de la heroína. Fue sintetizada originalmente en Alemania a fines de la Segunda Guerra Mundial, cuando no estaban disponibles los suministros de morfina. Se puede tomar en forma oral, previene los síntomas de abstinencia durante 24 horas y evita o reduce los efectos eufóricos que se presentan si la heroína se consume mientras la metadona está activa. Sus efectos de abstinencia también son menos intensos (aunque un tanto más prolongados) que los de la heroína y su acción es retardada. En tanto que las propiedades bioquímicas y fisiológicas de la metadona no se comprenden por completo, al parecer bloquea todos los efectos ordinarios de las drogas del tipo de la morfina, pues compite con éstas en los lugares de los receptores en el sistema nervioso central. La metadona permite que una persona que depende de la heroína funcione en la sociedad porque mitiga su ansiedad por la droga.

Los programas de mantenimiento con metadona parecen apropiados para una amplia variedad de personas dependientes de opiáceos y como se pueden llevar a cabo sobre una base de atención externa, son menos costosos que el tratamiento en una institución. Sin embargo, a pesar de su eficacia relativa, el mantenimiento con metadona no cuenta con el apoyo universal. Los críticos afirman que, en realidad, no cura a los adictos, sino que sólo transfiere su dependencia de una droga a otra. Sin embargo, estudios recientes mostraron que los índices de abstinencia de drogas ilegales aumentaron después de la participación en programas con metadona (Gossop y cols., 2003). Los aumentos en la abstinencia se observaron después de varios años de participación.

Además de la metadona, se han investigado otros medicamentos para desarrollar tratamientos para las adicciones. Uno de

éstos es la naltrexona (que mencionamos con anterioridad en el tratamiento para el alcoholismo), que bloquea específicamente los receptores de opiáceos. Mientras la droga está presente, evita el regreso a la adicción a la heroína y otras drogas opiáceas. La naltrexona bloquea en forma eficaz los efectos de los opiáceos, pero no elimina la ansiedad psicológica por éstos. Es relativamente segura y no es tóxica, y, además una dosis puede durar hasta tres días. A pesar de que es un tratamiento excelente para los pacientes muy motivados que desean liberarse de los opiáceos, la mayoría de los adictos a la heroína que se encuentran en las calles no se interesan en la naltrexona porque evita su intoxicación. La duración óptima de la terapia con naltrexona todavía no ha sido establecida, pero los pacientes motivados quizá deberían tomarla al menos durante los tres meses posteriores a la desintoxicación. Otra alternativa a la metadona es la **buprenorfina**. Se ha demostrado que es más eficaz que los placebos, y se puede administrar de manera conveniente en los consultorios de los médicos capacitados para utilizarla. Aunque algunos adictos responden mejor a la buprenorfina, en general no ha demostrado ser más eficaz que la metadona (Mattick y cols., 2003).

Aunque controvertida, la heroína inyectada por los clínicos refuerza la capacidad de los adictos a los opiáceos para lograr la transición a la abstinencia. Las pruebas iniciales de este enfoque provienen de Suiza y se han adoptado en varios países, entre ellos Canadá, los Países Bajos y Australia (Kelly y Conigrave, 2002). Las personas que siguen este tipo de programa ganan peso, reportan menos ansiedad y requieren de menores tratamientos para trastornos físicos o mentales (Rehm y cols., 2001). Aunque el resultado definitivo de los programas de inyección de heroína supervisada muestra una reducción en la enfermedad y en las muertes causadas por autoinyectarse, se requieren de futuros estudios para demostrar si la heroína inyectada clínicamente produce reducciones claras en los índices de adicción.

Debido que la mayoría de los adictos necesita ayuda en otras áreas de sus vidas, la terapia familiar, la psicoterapia para la depresión, la orientación vocacional y otros tratamientos pueden jugar papeles importantes para alcanzar la abstinencia y una vida satisfactoria cuando se combinan con sustancias como la metadona, la buprenorfina y los programas supervisados de inyección.

Cocaína

La **cocaína** es la principal droga activa en las hojas del arbusto de la coca que crece en las laderas orientales de los Andes en América del Sur. Los indígenas de Perú y Bolivia han utilizado estas hojas durante siglos para incrementar su resistencia y mitigar el hambre, de modo que puedan enfrentar mejor los rigores de su existencia marginada económicamente en las grandes alturas. En 1860, la cocaína se aisló y purificó.

Al igual que la heroína, en un principio la cocaína tuvo una imagen positiva, incluso beneficiosa. Sigmund Freud, quien empleaba la cocaína de manera periódica para él mismo, recomendaba su uso para tratar la depresión y otras condiciones, que incluían el retiro de la morfina. Su uso como anestésico local llevó al descubrimiento de sustitutos sintéticos con baja toxicidad, en tanto

que su empleo en el tratamiento de la abstinencia de morfina llevó de manera indirecta a la autoadministración de la droga. Desde 1880 hasta 1900, aproximadamente, la cocaína era un ingrediente utilizado en algunas marcas populares de refrescos. La cocaína se podía “esnifar”, fumar (con frecuencia utilizando una pipa), o inyectarse en forma intravenosa. La cocaína inyectada se asocia con los más altos niveles de dependencia.

La cocaína es la única droga conocida que funciona como anestésico local y como estimulante del sistema nervioso. En tanto que los opiáceos son “depresivos” que aletargan las respuestas del organismo, la cocaína es un “enervante” que aumenta el ritmo cardíaco, eleva la presión arterial y la temperatura corporal y reduce el apetito. Pone al organismo en un estado de emergencia, en forma muy similar a como lo hace un aumento de adrenalina en una situación estresante. A pesar de que no es clara la manera en que la cocaína produce este efecto, es probable que provoque la liberación de grandes cantidades de dopamina en el cerebro. La cocaína también afecta por lo menos tres partes del cerebro: la corteza cerebral, que regula el razonamiento y la memoria, el hipotálamo, que controla el apetito, la temperatura corporal, el sueño y las emociones como el temor y el enojo, y el cerebelo, que regula las actividades motoras como caminar y el equilibrio.

Dosis elevadas de esta droga pueden producir una condición llamada “psicosis de la cocaína”:

Después de un rato, estaba convencido de que había unas personas que trataban de entrar a la fuerza en mi casa. No sabía quienes eran, pero estaba seguro de que me perseguían. Tal vez había algo de real en esto, ya que en verdad temía que la policía viniera y me arrestara. La única manera en la que sentía que me podía proteger era teniendo un cuchillo. Así que empecé a dormir con un cuchillo de carnicero junto a mí. Sin embargo, eso no funcionó durante mucho tiempo porque aun así me sentía inseguro. De modo que supuse que tenía que conseguir un arma. Todas las noches me iba a dormir con una pistola de un lado y un cuchillo de carnicero del otro. Sólo esperaba que alguien entrara a mi casa y pudiera volarle los sesos. Sólo Dios sabe lo que iba a hacer con el cuchillo. Juro que era un maniaco. No habría importado quién entrara por la puerta. Si alguien se hubiera acercado a mi puerta en el momento equivocado para pedir una taza de azúcar, puedo decir con certeza de 100% que habría terminado muerto. (R.D. Weiss y Mirin, 1987, p. 39)

Mientras se usa o poco después de usar la droga, y después de un periodo de euforia, las personas con *intoxicación por cocaína* muestran una conducta desadaptada clínicamente significativa o cambios psicológicos (como la ansiedad, juicio deteriorado o funcionamiento social o profesional afectados). La abstinencia de cocaína ocurre en personas que han dejado (o reducido) el consumo de la sustancia después de un uso prolongado. El síndrome de abstinencia se caracteriza por un estado de ánimo disfórico, acompañado de otros cambios fisiológicos. La tabla 14-11 presenta las características que usa el DSM-IV-TR para diagnosticar la intoxicación y abstinencia de cocaína.

Con la amplia disponibilidad del **crack**, un concentrado de la cocaína, la importancia de los productos de la cocaína que están disponibles es mucho mayor que en el pasado. El crack se diferencia de otras formas de cocaína porque se vaporiza e inhala fácil-

TABLA 14-11

Características clínicas de la intoxicación por cocaína y de su abstinencia

Intoxicación por cocaína

Además del periodo de euforia inicial, durante o después del uso de la cocaína se presentan conductas inadaptadas significativas o cambios sociales (como ansiedad y juicio deteriorado o funcionamiento social o profesional afectados) y por lo menos dos de las siguientes características:

1. Ritmo cardíaco anormalmente lento o rápido
2. Dilatación de las pupilas
3. Presión sanguínea elevada o baja
4. Sudores o escalofríos
5. Náuseas o vómitos
6. Pérdida de peso
7. Agitación o retardo psicomotores
8. Debilidad muscular o dolores en el pecho
9. Confusión, ataques y estado de coma

Abstinencia de cocaína

Aflicción significativa o funcionamiento social o profesional afectado, seguido de una reducción o cese del uso de la cocaína que ha sido excesivo y prolongado. Este cuadro es acompañado por estado de ánimo dismórfico (sentirse deprimido) y por lo menos dos de las siguientes características dentro de las horas o días que siguen al cese o reducción:

1. Fatiga
2. Sueños vívidos o desagradables
3. Anormalidades en el sueño (mucho o muy poco)
4. Aumento del apetito
5. Retardo o agitación psicomotora

FUENTE: DSM-IV-TR.

mente, y por lo tanto sus efectos producen resultados muy rápidos. El crack ha aumentado en gran medida el consumo de droga entre los adolescentes, debido a su precio relativamente bajo. Las personas que consumen crack experimentan con gran intensidad los efectos de las dosis elevadas que incrementan la probabilidad de efectos a largo plazo en extremo negativos, como estados de pánico, psicosis tóxica y esquizofrenia paranoide. Los efectos de las dosis elevadas también incluyen percepciones de la realidad muy alteradas, que incluyen persecución imaginaria de otras personas. Esto puede provocar conductas agresivas u homicidas. El crack representa un problema serio porque su dependencia se desarrolla con gran rapidez.

El consumo de crack ha producido una de las tragedias más grandes de la última década, el nacimiento de miles de “bebés del crack”. Es probable que las mujeres que consumen cocaína en cualquiera de sus formas durante el embarazo pongan al feto en peligro

debido a la posibilidad tan elevada de un aborto espontáneo o la muerte del feto durante los últimos meses de embarazo, así como la reducción del peso del niño si el embarazo llega a término. Estos efectos probablemente se relacionan con la falta de oxígeno y la reducción del flujo de sangre hacia el feto, como resultado de la vasoconstricción intensa (o estrechamiento temporal) de los vasos sanguíneos de la madre provocados por la cocaína. Algunos bebés del crack nacen con defectos congénitos visibles, pero muchos más presentan defectos neurológicos. Casi todos estos niños son irritables y difíciles de tranquilizar, como resultado de lo cual es menos probable que reciban un trato adecuado de la madre. Cuando los bebés del crack entran al sistema escolar, al parecer tienen problemas cognitivos para estructurar la información y baja tolerancia a la frustración.

La cocaína produce hiperalerta y la sensación de ser ocurrente y con frecuencia los consumidores consideran que casi no presenta riesgos. Además, sostienen que no hay resacas como las que produce el alcohol; las cicatrices provocadas por las inyecciones no se asemejan a las que deja el consumo de heroína; y no se presenta cáncer en los pulmones, que se asocia con la marihuana y el tabaco. Desafortunadamente, su acción es más compleja y menos benigna de lo que piensa la mayoría de los consumidores. Debido a que sus efectos son altamente reforzantes y crean una adicción psicológica al consumidor, es difícil controlar el deseo que provoca. Un hábito dañino por lo general se desarrolla durante un periodo de varios meses a varios años. Los consumidores compulsivos no pueden dejar la droga; piensan en ella de manera constante, sueñan con ella, gastan todos sus ahorros para adquirirla y piden prestado, roban o venden drogas para pagarla. La tolerancia física también se desarrolla rápidamente, de manera que se necesita aumentar la dosis para producir los mismos efectos, lo cual incrementa el peligro de una sobredosis. A menudo los consumidores dicen que nunca pueden volver a experimentar la euforia de la primera inhalación.

Las dosis elevadas o el consumo repetido de la cocaína pueden producir un estado que se asemeja a la manía, con juicio deteriorado, plática ambigua que no cesa, hiperactividad y paranoia que puede llevar a la violencia o accidentes. También se presenta una reacción de ansiedad aguda que en ocasiones es tan severa que se puede considerar como pánico. Además, las personas que sufren de presión arterial alta o de arterias dañadas pueden sufrir derrames cerebrales como resultado de su consumo. Una causa común de muerte es la inyección intravenosa de una “speedball” (bola rápida), que no es otra cosa que una combinación de heroína y cocaína.

Tratamiento para la dependencia de cocaína Primero se debe convencer a la persona de que el tratamiento es necesario. Como en todos los tipos de dependencia del alcohol y las drogas, son comunes las formas más o menos sutiles de negación; por ejemplo, algunas personas que abusan de ella pueden querer librarse de algunos de los efectos colaterales sin dejar el hábito. Algunas veces recurren al tratamiento por presión de familiares, jefes o del sistema legal. Las personas buscan el tratamiento en distintas etapas de dependencia y la gravedad de los síntomas varía en gran medida.

Muchos consumidores de cocaína se unen a grupos de ayuda mutua como *Cocainómanos Anónimos* o *Narcóticos Anónimos*. Estos grupos emplean más o menos la misma estrategia que desarrolló

Alcohólicos Anónimos: alientan a sus miembros a confiar en otras personas que tienen el mismo problema, a compartir sus sentimientos, a tomar la decisión de abandonar la dependencia y a apoyar las resoluciones de otros miembros. Los integrantes admiten su impotencia para controlar el consumo de la droga y buscan ayuda de un poder superior, en tanto que realizan un “inventario moral” de sí mismos y buscan la abstinencia “sólo por hoy”.

Los consumidores de cocaína con frecuencia tienen antecedentes de vida familiar disfuncional. El consumo de la cocaína se asocia con patrones familiares de alcoholismo, violencia doméstica, separación o divorcio, así como abuso físico, sexual o emocional dentro de la familia. En tales casos la psicoterapia puede ser una parte importante del tratamiento, a pesar de que la psicoterapia sola rara vez resuelve los problemas de drogas. La psicoterapia de apoyo se basa en una relación con un profesional comprensivo que inspira confianza y alienta al consumidor para que se mantenga alejado de las fuentes de cocaína. La terapia interpretativa o exploratoria puede ayudar a algunos adictos a comprender las funciones que la cocaína desarrolla en su vida y encontrar otras formas de afrontamiento. La terapia cognitivo-conductual contrarresta la tendencia a negar el uso de sustancias, y produce un mejor trabajo de adaptación (Epstein y cols., 2003).

Un serio problema cuando se trata la dependencia de cocaína es evitar la recaída. Los consumidores generalmente vuelven a utilizarla porque se ha convertido en una respuesta familiar a ciertas señales: las molestias diarias; los conflictos familiares; los sentimientos de aburrimiento, soledad, enojo y depresión; los cambios sexuales; la intoxicación con el alcohol; y los lugares, personas, entornos o sonidos que se han asociado con la droga. Las personas dependientes de la cocaína necesitan aprender a evitar los lugares donde está disponible la droga y alejarse de los amigos que la utilizan. Algunas veces significa encontrar un nuevo trabajo y un nuevo lugar para vivir. Por lo general, deben dejar también otras drogas que provocan el deseo por la cocaína o que reducen su capacidad para resistirlo. Los principios conductuales pueden ser útiles, por ejemplo, usar la desensibilización para eliminar la ansiedad. Se le pueden mostrar a la persona dependiente agujas hipodérmicas, pipas de vidrio o películas de personas utilizando cocaína en repetidas ocasiones con la esperanza de que su deseo por la droga se desvanezca cuando no se sienta satisfecho después de la exposición a las señales que se han asociado con la droga. Sin embargo, de manera general, es difícil recuperarse a menos que la persona dependiente tenga otro interés en algo, además de en la droga.

También puede ser útil para los consumidores de cocaína proporcionarles incentivos para la abstinencia. Un estudio mostró que algunos dependientes de cocaína lograron la abstinencia cuando los recompensaron con vales que podían cambiar por dinero (Higgins y cols., 2000). Los efectos positivos de este refuerzo se podrán observar en un seguimiento de un año. Aunque todavía se necesitan muchos más estudios sobre las intervenciones fisiológicas en el abuso de la cocaína, resultados como éste proporcionan aliento para continuar los esfuerzos para crear tratamientos eficaces contra el abuso de cocaína.

Anfetaminas

Las **anfetaminas**, como la cocaína, son estimulantes psicomotores potentes. Las distintas drogas de este grupo se conocen como “rá-

pidas”, “cristales”, “píldoras estimulantes”, “chochos”, “pastillas” y muchos otros nombres, que dependen del agente activo específico. A pesar de sus distintas estructuras químicas, las anfetaminas y la cocaína tienen varias propiedades similares. Se cree que ambas actúan mediante su influencia en los sistemas receptores de la norepinefrina y la dopamina. Esto se ha demostrado en estudios de investigación utilizando medicamentos antipsicóticos que se sabe bloquean no sólo los receptores de dopamina, sino también algunos de los receptores de la norepinefrina. Si las drogas antipsicóticas se administran antes del consumo de anfetaminas o cocaína, inhiben la mayor parte de los efectos conductuales de estas drogas. Este resultado sugiere que los receptores bloqueados son los que transmiten los impulsos nerviosos que producen las respuestas relacionadas con las drogas.

Las aplicaciones médicas de las anfetaminas incluyen la supresión del apetito y el mejoramiento del estado de ánimo en las depresiones leves. También son útiles para tratar ciertos trastornos neurológicos y conductuales. Su uso moderado da como resultado un aumento de la vigilia, del estado de alerta y la elevación del estado de ánimo. El desempeño psicomotor mejora de manera temporal, pero este mejoramiento puede estar seguido por un rebote compensatorio o descenso, en el cual el consumidor se siente fatigado, menos alerta y en cierta forma deprimido. Los estudiantes universitarios que emplean las anfetaminas para memorizar los exámenes no sólo notan un aumento en la energía y la tolerancia para no dormir, sino también mayor productividad en el examen del día siguiente. A pesar de que en ocasiones puede ser útil, tal vez el desempeño “mejorado” no sea realmente positivo. Muchos estudiantes tienen la experiencia desalentadora de observar su maravilloso desempeño más adelante y darse cuenta de que es de muy poca calidad. La droga deteriora su pensamiento crítico al mismo tiempo que aumenta su rendimiento.

Las dosis elevadas de anfetaminas tienen efectos significativos en el sistema nervioso central y en el sistema cardiovascular: producen nerviosismo, dolores de cabeza, mareos, agitación, aprehensión, confusión, palpitaciones y presión arterial alta. El uso regular de grandes cantidades provoca una mayor tolerancia a la droga y un incremento de la intolerancia de estar sin ella. Los consumidores se ven desnutridos, fatigados, descuidados e indiferentes ante sus responsabilidades normales. Con frecuencia, sus pensamientos se caracterizan por un estado paranoico que puede desarrollar una psicosis que viene acompañada por alucinaciones. Los síntomas de abstinencia, si se presentan, son leves en comparación con los que acompañan al retiro de los opiáceos; también difieren de manera cualitativa. Debido a que la tolerancia a las anfetaminas se desarrolla con rapidez, muchos consumidores se las inyectan en la vena para obtener efectos más intensos. Este consumo a largo plazo y de dosis elevadas de anfetaminas es peligroso y autodestructivo. Debido a que los efectos iniciales son estimulantes y agradables, los individuos imprudentes consumen cada día dosis más elevadas y más adelante los conduce a un estado de dependencia. Los estimulantes (como las anfetaminas y la cocaína) pueden provocar déficit en las capacidades motoras y de atención que pueden persistir hasta por un año después de que comienza el abandono de ellos (Toomey y cols., 2003).

La **metanfetamina** tiene una estrecha relación química con la anfetamina, pero sus efectos en el sistema nervioso central son mayores. Se elabora en laboratorios de manera ilegal y tiene un alto potencial de abuso y dependencia. A menudo se le llama la “cocaína de los pobres” porque puede costar hasta la mitad de lo que cuesta la cocaína. Muchos jóvenes la utilizan (con frecuencia con el nombre de “éxtasis”). Aunque la investigación científica de la metanfetamina apenas empieza, las pruebas disponibles sugieren que su uso prolongado no sólo modifica la conducta sino que también modifica el cerebro de manera fundamental y permanente (Ricaurte y cols., 2002). (De manera contraria, la cocaína no permanece mucho tiempo en el cerebro porque se metaboliza casi completamente en el organismo).

Alucinógenos

Los **alucinógenos**, o *psicodélicos*, actúan en el sistema nervioso central para producir alteración de la conciencia. Cambian las percepciones del consumidor tanto del mundo exterior como del interior. Por lo general, existe un desplazamiento sensorial que puede alterar en forma drástica la percepción de los colores y el oído. Las alucinaciones auditivas, visuales y táctiles acompañan a la experiencia, junto con un cambio en la percepción de sí mismo. Entre las sustancias alucinógenas naturales se encuentran la mezcalina y la psilocibina. Los psicodélicos sintéticos incluyen el **STP (dietil-triptamina)** y el **LSD (dietilamida del ácido lisérgico)**. El siguiente caso describe algunos efectos del LSD:

Una mujer de 21 años ingresó en el hospital después de ingerir una gran cantidad de LSD. Alrededor de media hora después de la ingestión, percibió una luz que la afectaba de manera extraña y que los ladrillos de la pared habían empezado a moverse hacia dentro y hacia fuera. Sintió temor cuando se dio cuenta de que no podía distinguir su cuerpo de la silla donde estaba sentada ni del cuerpo de su amante. Su temor aumentó cuando empezó a pensar que no volvería en sí. En el momento que llegó al hospital, pasaba por una etapa de hiperactividad y se reía de manera poco apropiada. Su plática era ilógica y sus emociones en extremo variables. Después de dos días, esta reacción había cesado, pero todavía tenía miedo de la droga y estaba convencida de que nunca la volvería a tomar debido a su aterrador experiencia (Adaptación de Kolb y Brodie, 1982, p. 666).

En muchas culturas los alucinógenos se han utilizado durante cientos e incluso miles de años. La mezcalina, que se deriva del cactus del peyote, y la psilocibina, que se obtiene de ciertos hongos, se utilizan para ceremonias religiosas de los indios de México y América Central. Los habitantes del occidente de África y del Congo mastican por tradición la raíz de “ibogaina”, que contiene triptamina, para “liberar a los dioses”. A pesar de que los estudios epidemiológicos recientes han encontrado una disminución en el uso de la mayoría de las sustancias de las que se puede abusar, las principales drogas alucinógenas, de manera sobresaliente el LSD, han mantenido una tendencia constante al aumento.

El LSD (que tiene el nombre popular de “ácido”) es un material incoloro, inodoro e insípido. Los efectos se producen por 50 microgramos (un microgramo es una millonésima parte de un gramo), una cantidad que en su forma pura no sería visible a simple

vista. No existe LSD fabricado de manera legal disponible para el público en general y el producto de los laboratorios ilegales, y casi siempre no profesionales, rara vez es LSD puro. En el transcurso de la investigación de ciertos grupos de compuestos terapéuticos, Albert Hoffman, químico suizo, sintetizó por primera vez el LSD en 1938. Su descripción de los efectos de la droga en él mismo en el laboratorio ofrece un punto de vista más benigno que el caso que se describe antes.

Me vi forzado a detener mi trabajo en el laboratorio[...] e irme a casa, me invadió una inquietud muy particular que se asociaba con la sensación de un leve mareo. Al llegar a casa me recosté y pasé por una especie de borrachera que no era desagradable y que se caracterizaba por una actividad extrema de la imaginación. Mientras estuve recostado en una condición de aturdimiento con los ojos cerrados (sentía que la luz del día tenía una brillantez desagradable) surgió en mí una corriente sin fin de imágenes fantásticas con una plasticidad extraordinaria y muy vívidas que venían acompañadas por un juego de colores intensos parecido a un caleidoscopio. Esta condición pasó en forma gradual después de dos horas (Hoffman, 1971, p. 23).

Por lo general, los efectos inmediatos del LSD duran alrededor de ocho a 12 horas. El mecanismo de su acción no se comprende bien, pero se sabe que estimula el sistema nervioso simpático y produce cambios fisiológicos como los que se observan en una persona que está excitada, entusiasmada o estresada. Los efectos subjetivos más comunes son euforia, cambios repentinos del estado de ánimo y conciencia alterada del color, tamaño y la forma de los estímulos. La percepción del tiempo se altera tanto que los minutos parecen horas. Tal vez se experimenten sensaciones extrañas, que con frecuencia incluyen sentimientos de separación y desintegración de alguna parte del cuerpo. Por lo regular, el consumidor se da cuenta de que estos efectos se deben a la droga y no están “ahí afuera”. Algunos adictos experimentan aturdimiento, desorganización, confusión de la identidad personal y sexual y temor de perder el control. Es probable que experimenten emociones intensas que no pueden describir. En realidad, uno de los efectos más desafortunados del LSD es la sensación de estar invadido por emociones confusas que no se pueden clasificar porque pasan con demasiada rapidez.

En ocasiones, el LSD produce reacciones de ansiedad extrema o pánico. Esos “malos viajes” por lo general son experiencias cortas y se pueden modificar por medio del apoyo. Los malos viajes se pueden terminar por medio de los medicamentos apropiados, y en ocasiones, con la hospitalización. Los efectos más graves del LSD son los síntomas paranoides (sentimientos de que alguien persigue o espía al consumidor), psicosis que se asemeja a la que se observa en la esquizofrenia y depresión severa que a veces lleva a intentos de suicidio. Los efectos negativos de una dosis elevada de LSD pueden persistir durante meses, requerir de hospitalización prolongada y resistir a las formas comunes de tratamiento. La frecuencia de estas reacciones es difícil de determinar, pero quizá sea menor a 1%. Cuando surgen estos problemas, con frecuencia cuesta trabajo separar los efectos del LSD de los del consumo previo de otra droga, las características personales y una variedad de factores diferentes. Aunque los consumidores de alucinógenos desarrollan dependencia, en general los síntomas de la abstinencia no se presentan.

En el **trastorno perceptivo persistente por alucinógenos** se presentan las “imágenes repentinas” (*flashbacks*): recurrencias espontáneas de partes de la experiencia del LSD mucho tiempo después de que termina la acción de la droga. Tales flashbacks se pueden presentar en las primeras semanas y se ha informado de su presencia hasta dos años después de la última dosis de droga. No está claro por qué ocurren estos flashbacks. Una posibilidad es que el LSD provoca cambios bioquímicos en el organismo que duran mucho tiempo después del consumo de la droga. Los efectos secundarios pueden tener consecuencias serias si se presentan en situaciones que requieren de atención y toma de decisiones.

El tratamiento para el abuso de alucinógenos depende de la severidad de la reacción. Las personas que se ven afectadas de manera grave deben recibir atención médica para evitar un colapso cardiovascular o respiratorio. Si está presente una conducta psicótica, las drogas antipsicóticas del tipo de las que se emplean para tratar la esquizofrenia pueden ser útiles, a pesar de que alrededor de 10% de los consumidores de la droga que presentan una psicosis aguda nunca se recuperan. La terapia con bases psicológicas, en especial la psicoterapia en grupo y los grupos de apoyo contra las drogas, pueden ser útiles porque los consumidores de drogas alucinógenas con frecuencia experimentan sentimientos de baja autoestima y utilizan las drogas para mejorar sus relaciones con otras personas. Muchas de las personas que abusan de los alucinógenos necesitan ayuda psicológica para mejorar sus respuestas sociales, de modo que puedan sustituir las experiencias sociales recompensantes por el reforzamiento que obtienen de las drogas.

Fenciclidina (PCP)

La droga **fenciclidina (PCP)** fue presentada en 1957 como un anestésico quirúrgico experimental que se administraba de manera intravenosa. Los investigadores encontraron que de 10 a 20% de los pacientes que recibieron la PCP experimentaron alucinaciones y delirios relacionados con las drogas. En consecuencia, su uso fue suspendido. Debido a que es fácilmente fabricada en laboratorios ilegales, se ha convertido en una droga callejera con diferentes nombres, entre ellos “polvo de ángel” y “cristal”. Está disponible en varias formas: en un polvo blanco, puro y cristalino, en tabletas, o en cápsulas. En ocasiones, la PCP se espolvorea sobre marihuana o perejil y se fuma. También se puede tragar, inhalar o inyectar. Debido a que la PCP se fabrica de manera ilegal, los consumidores nunca pueden estar seguros de qué es lo que compran. En ocasiones, inclusive tal vez no sea PCP, sino un derivado letal de la droga.

Los efectos de la PCP dependen de la cantidad que se consume, de la forma en que se emplee y de las características de la persona. Los efectos incluyen aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial, enrojecimiento, sudoración, mareos y aturdimiento. Al igual que con los alucinógenos, las reacciones adversas a PCP tienden a ser más comunes en individuos con trastornos mentales preexistentes. Cuando se consumen dosis elevadas, los efectos incluyen somnolencia, convulsiones y estado de coma. Consumir grandes cantidades de PCP también puede causar la muerte por convulsiones repetidas, fallas cardíacas y los pulmones, así como ruptura de los vasos sanguíneos en el cerebro.

La PCP se clasifica como un anestésico disociador porque hace que el individuo se sienta disociado o separado del entorno. En

dosis pequeñas, produce insensibilidad al dolor; en dosis elevadas, provoca un estado similar al coma y mirada en blanco. Las personas que consumen dosis más elevadas sienten como si las bombardearan con estímulos. Es probable que pierdan la capacidad para distinguir entre la fantasía y la realidad y que sufran desorganización intelectual y emocional severa. Los consumidores de PCP algunas veces desarrollan depresión o un estado psicótico severos que no son reversibles con facilidad. No está claro si estos resultados se deben sólo a la droga o a su combinación con características subyacentes de la personalidad.

Los investigadores que estudian las áreas del cerebro afectadas por la PCP han descubierto que puede proteger al cerebro del daño permanente después de un derrame cerebral o un ataque cardíaco. Los científicos todavía no entienden por completo este proceso, pero han comprobado que funciona en una serie de estudios con animales. La PCP tiene efectos diversos porque funciona en dos lugares distintos de las células nerviosas (llamados receptores de PCP y sigma) que tienen características muy diferentes. Las compañías farmacéuticas trabajan para desarrollar nuevas drogas sintéticas con la misma acción que la PCP, pero sin sus cualidades nocivas.

Inhalantes

La extensa área de la superficie capilar de los pulmones hace que la inhalación sea un método favorable para la administración de muchas sustancias psicoactivas. En algunos casos, el efecto de inhalación puede parecerse en intensidad a una inyección intravenosa. La inhalación directa es prácticamente la única manera de autoadministrarse cierto grupo de sustancias. La mayoría de estas sustancias son algún tipo de hidrocarburo. Estos **inhalantes** son sustancias volátiles o solventes orgánicos como la gasolina, los líquidos para encendedor, pinturas en spray y líquidos de limpieza. Una vez que se inhalan, alcanzan altos niveles en la sangre en cuestión de minutos. El consumidor informa de distorsión en las percepciones de tamaño, color y paso del tiempo. Pueden desarrollar alucinaciones e ilusiones falsas por periodos breves. Al igual que con el alcohol, la intoxicación va acompañada de falta de coordinación muscular y mareos. También a menudo se presentan dolores de cabeza, náuseas, tos y dolor abdominal. Las personas que consumen inhalantes en exceso también han reportado tolerancia a sus efectos y síntomas de abstinencia.

Debido a su bajo costo y su fácil obtención y ocultación, los inhalantes pueden ser para muchos la primera sustancia psicoactiva que utilizan. El uso de los inhalantes se considera en general más común entre los jóvenes. Un estudio encontró que la edad promedio para utilizar los inhalantes por primera vez es de 13 años (McGarvey y cols., 1999). El uso repetido de los inhalantes puede provocar reducción o abandono de importantes actividades sociales, profesionales o recreativas.

Cannabis

La planta **cannabis** (ver la figura 14-8) se ha sembrado a lo largo de la historia por sus fibras, aceites y resina psicoactivos. La **marihuana**, que consiste en las hojas y flores secas de la planta, es la for-



Figura 14-8 Hojas de una planta de cannabis.

ma que más se consume en Estados Unidos. La resina solidificada, conocida como **hachís** (o su forma coloquial “hash”), también se puede utilizar para producir efectos psicoactivos.

Muchos estadounidenses han consumido marihuana al menos una vez, a pesar de que se clasifica como una sustancia ilegal y se prohíbe su cultivo, posesión, distribución y consumo. A pesar de las prohibiciones y de la controversia sobre su seguridad, en la actualidad en algunos países es más común consumir marihuana que fumar tabaco (Rey y Tennant, 2002).

En el aspecto farmacológico, la marihuana no es un narcótico, aunque en Estados Unidos se ha clasificado legalmente como tal desde 1937. No se comprenden bien los mecanismos de su acción, pero se han identificado sus efectos más comunes. Un avance importante en la investigación fue el aislamiento del principal ingrediente activo de la marihuana, el **THC (tetrahidrocanabinol)**. Los estudios en animales muestran que el THC permanece en el cuerpo mucho después del uso de la marihuana. En el cerebro de una rata apenas se pueden detectar las concentraciones de THC después de una dosis. Sin embargo, si su administración es reiterada, el THC y los productos de su metabolismo se acumulan de manera gradual y se pueden detectar hasta ocho días después de consumir una sola dosis.

La marihuana se puede consumir ya sea comiendo o fumando partes de la planta cannabis. Fumarla es la forma más rápida de sentir los efectos de la droga. Cuando se inhala el humo, se extiende por toda la superficie de los pulmones, se absorbe con rapidez en el torrente sanguíneo y es transportada al cerebro en unos cuantos segundos. Cuando se ingiere, el THC entra al torrente sanguíneo desde el sistema digestivo y es transportada al hígado. Ahí, las enzimas la descomponen en otras sustancias que el sistema circulatorio transporta al cerebro.

Por lo general, la intoxicación por cannabis empieza con una sensación de “elevación” seguida de síntomas como la risa inapropiada y altisonante, aletargamiento, disminución de la memoria a corto plazo, juicio deteriorado, percepciones sensoriales distorsio-

nadas, desempeño motor dañado y distorsiones en la percepción del tiempo (por lo general el tiempo parece pasar muy lentamente). Las personas que consumen por mucho tiempo grandes cantidades de cannabis presentan disminución de la memoria y la atención que persisten mucho después del periodo de intoxicación y empeoran con los años y con el uso regular de cannabis (Solowij y cols., 2002).

El uso de la marihuana provoca cambios en el ritmo cardíaco y en la circulación de la sangre, similares a los causados por el estrés. Estos cambios pueden ser una amenaza para las personas que padecen de presión arterial alta o enfermedades del corazón. El humo de la marihuana provoca cambios en los pulmones que pueden causar problemas respiratorios, pero los agentes cancerígenos que contiene el humo de la marihuana representan un problema mayor. El humo de la marihuana contiene alrededor de 50% más carcinógenos que el humo del tabaco.

En los hombres, la marihuana suprime la producción de hormonas masculinas, reduce el tamaño y el peso de la glándula próstata y los testículos e inhibe la producción de esperma, aunque al parecer estos efectos son reversibles. Además, bloquea la ovulación en las mujeres y puede provocar defectos congénitos en los animales. En las mujeres embarazadas, el THC atraviesa la barrera de la placenta y puede dañar al feto. También se puede secretar en la leche materna, lo cual puede afectar al lactante. La creencia de que el consumo de marihuana se relaciona con los rompimientos de cromosomas, que se piensa son indicadores de daño genético, no parece ser correcta. Existen evidencias contradictorias sobre la idea de que la droga provoca atrofia y otros cambios importantes en el cerebro. Un punto en especial importante es que el deterioro conductual o cognitivo por el uso de marihuana dura de cuatro a ocho horas después que finaliza la sensación de intoxicación. Eso significa que la conducta se puede ver afectada incluso cuando el adicto ya no está consciente de la presencia de la droga.

La marihuana ha sido utilizada con fines médicos por cientos de años. Entre estos usos médicos se encuentran la reducción de la ansiedad y la depresión así como el tratamiento de varios trastornos como la náusea asociada con la quimioterapia, el dolor crónico y la esclerosis múltiple. Sin embargo, el estrés que provoca al sistema cardiovascular puede hacer a la marihuana una droga inapropiada para el tratamiento de las personas mayores.

La marihuana se hizo popular como una droga recreativa, en parte porque es barata, y se consigue con facilidad, pero también porque muchas personas creen que cuando se consume con moderación no representa un riesgo para la salud mental ni física. Como resultado de estos supuestos, una gran cantidad de marihuana se cultiva ilegalmente en Estados Unidos y Canadá. A pesar de esta actitud tan difundida, el gobierno federal conduce una campaña extensa y costosa para evitar la entrada de marihuana al país. Se han publicado varios informes fidedignos sobre los efectos de la marihuana en la salud, pero la controversia entre los científicos y la confusión del público sigue existiendo, pues mientras algunos piensan que se debería legalizar otros sostienen que se deberían reforzar las leyes que la prohíben.

Las dependencias gubernamentales se rehúsan a legalizar la venta y el consumo de marihuana, debido a la oposición publica. Algunas personas que se oponen a su legalización argumentan que

el factor disuasivo más poderoso de la marihuana es la posibilidad de arresto y encarcelamiento. Sin embargo, la procuración de justicia en contra de la marihuana es una erogación importante de los recursos del sistema de justicia penal no parece ser eficaz. Algunas personas proponen la legalización de la venta de marihuana, esto es, un régimen similar al del alcohol, y la emisión de leyes que regulen su consumo. Poner en peligro las vidas o el bienestar de otras personas —por ejemplo, al conducir un vehículo motorizado mientras se está intoxicado— sería penalizado, pero el consumo recreativo y seguro no sería ilegal. Otras personas sugieren eliminar los castigos para los consumidores, pero no para los individuos que la venden. Existe una gran necesidad de basar las leyes y las políticas sociales sobre la marihuana y otras drogas en evidencias y no en opiniones y miedos (Earleywine, 2002). La investigación en laboratorio y los estudios de los efectos a largo plazo de las drogas y las terapias son el primer paso para proporcionar estas evidencias.

Debido a que la marihuana es la droga ilegal más utilizada en Estados Unidos, existe una especial necesidad de desarrollar programas de tratamiento para los trastornos causados por su uso. Un estudio controlado evaluó los efectos de dos tratamientos sobre la capacidad de las personas, con problemas de marihuana, para lograr la abstinencia (Stephens y cols., 1994). Los tratamientos fueron 1) un programa de prevención de recaída similar a los descritos con anterioridad en este capítulo, y 2) grupos de apoyo social. Los grupos de apoyo incluyeron oportunidades para obtener y dar apoyo, y tratar temas como el afrontamiento de los cambios de ánimo, y las relaciones con amigos que continúan usando la marihuana y mantener la motivación para permanecer abstinentes. Como lo muestra la figura 14-9, ambos enfoques fueron eficaces. Se observaron reducciones importantes en el uso de la marihuana: casi dos tercios de los sujetos fueron capaces de lograr la abstinencia desde el principio, y un tercio mostró señales de mejoría a través de un periodo de tratamiento posterior de 12 meses.

El uso de la marihuana parece relacionarse con la desorganización familiar y el estrés. Los adolescentes que no vivían con sus dos padres biológicos o adoptivos tenían de 50 a 150% más probabilidades de utilizar la marihuana y otras sustancias que los adolescentes que vivían con sus dos padres biológicos o adoptivos. Los jóvenes que utilizaron el alcohol, la marihuana y otras sustancias ilegales cuando eran adolescentes, tienden a dejar de usarlas o a usarlas menos cuando asumen las responsabilidades del matrimonio y la familia. Pero el divorcio y otros tipos de estrés en la familia pueden llevarlos de regreso a sus viejos hábitos (Bachman y cols., 1997). Además, el uso de sustancias puede aumentar a medida que disminuyen los compromisos con las relaciones interpersonales cercanas.

Nicotina

Puedo dejar de fumar si lo deseo; lo he hecho miles de veces (Mark Twain).

La **nicotina** y el alquitrán que provoca cáncer son los únicos ingredientes farmacológicamente activos del tabaco. La nicotina actúa, al menos en parte, estimulando de manera directa ciertos receptores que son sensibles a la acetilcolina (un neurotransmisor), tiene

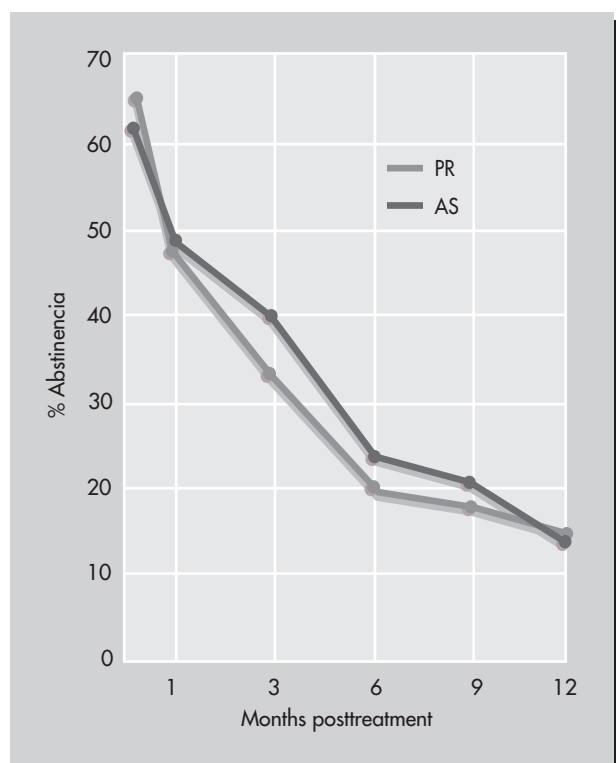


Figura 14-9 Índices de abstinencia continua de marihuana por condición del tratamiento (PR = prevención de la recaída; AS = apoyo social). Los dos enfoques de tratamiento fueron eficaces para reducir el uso de la marihuana.

FUENTE: Stephens, Roffman y Simpson (1994), p. 97.

efectos poderosos en el cerebro y la médula espinal, el sistema nervioso periférico y el corazón. Su uso inicial provoca náuseas y vómito al estimular el centro del vómito en el tallo cerebral, así como los receptores en el estómago, pero la tolerancia a este efecto se desarrolla con rapidez. Las dosis normales de nicotina pueden aumentar el ritmo cardíaco y la presión arterial, así como la necesidad de oxígeno que tiene el corazón. Si esta mayor necesidad de oxígeno no se puede satisfacer —por ejemplo en las personas que tienen arterioesclerosis o endurecimiento de las arterias— el resultado puede ser angina, dolores de pecho o ataques cardíacos. El tabaquismo en las mujeres embarazadas tiende a reducir el peso de los bebés. Además de los efectos de la nicotina, el alquitrán que contiene el tabaco es una causa principal de cáncer pulmonar. El uso del tabaco temprano en la vida se asocia con un riesgo posterior de consumo excesivo de alcohol (Jensen y cols., 2003).

A pesar de estas consecuencias, el tabaquismo es un hábito difícil de dejar incluso para aquellas personas que lo intentan (ver la figura 14-10). Algunos fumadores experimentan aflicción psicológica en forma de ansiedad y culpabilidad porque no pueden dejar de fumar. La dificultad para dejar el tabaco a largo plazo quizá se deba a la naturaleza desagradable de los síntomas de abstinencia, la importancia de las señales sociales o ambientales y la naturaleza tan aprendida del hábito (el fumador que consume una cajetilla al día recibe el reforzamiento por los rápidos efectos de la nicotina en cada una de alrededor de 75 000 fumadas al año). Los

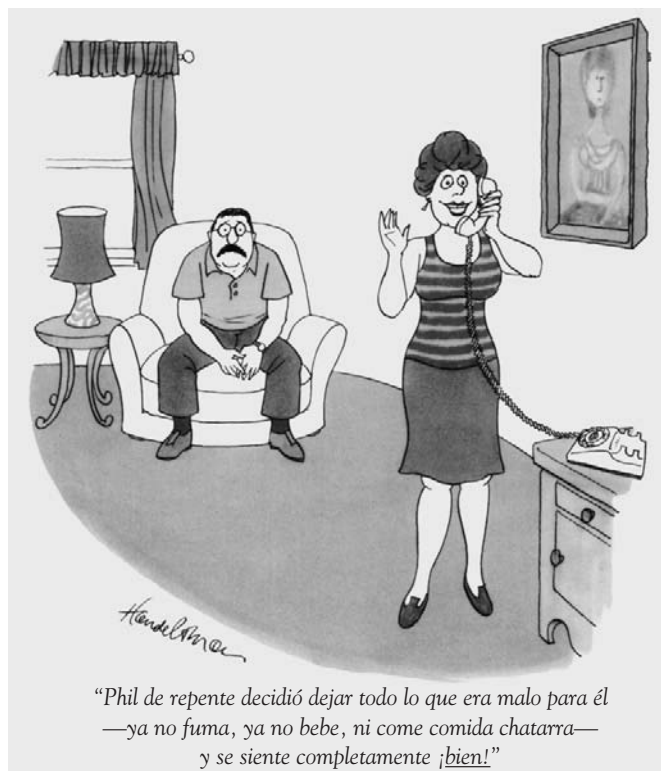


Figura 14-10

FUENTE: © The New Yorker Collection 1985 J.B. Handelsman de cartoonbank.com. Derechos reservados.

síntomas de abstinencia —irritabilidad, ansiedad, dolor de cabeza, apetito excesivo y dificultad para concentrarse— no le ocurren a todas las personas que fuman en exceso, pero en algunos casos, los síntomas de abstinencia se pueden detectar dos horas después de su último cigarrillo. Debido a que muchos fumadores utilizan los cigarrillos como una forma de afrontar el estrés, no está claro si estos síntomas se relacionan con la abstinencia de la nicotina o si algunos de ellos se deben a las características psicológicas que ayudaron a iniciar la conducta adictiva.

La nicotina parece funcionar al liberar dopamina y aumentar la fuerza de los mensajes que van al cerebro. Estos mensajes toman la forma de impulsos eléctricos. Para cruzar la sinapsis, se requieren de neurotransmisores que se puedan esparcir a través de este espacio. La nicotina se adhiere a los receptores en una neurona transmisora y acelera la transmisión del mensaje. Aunque fumar un cigarrillo puede acelerar la memoria a corto plazo, los 400 carcinógenos conocidos asociados con el tabaco y sus efectos negativos en la vida del individuo pueden crear serios problemas. Después de cuatro horas de haber fumado su último cigarrillo, las personas que fuman en exceso experimentan la disminución de muchas de sus funciones cognitivas, como la capacidad para resolver mentalmente problemas de aritmética y razonar de manera lógica. Con frecuencia se vuelven irritables, confusos o somnolientos. Para las personas con una adicción más seria a la nicotina, los síntomas de abstinencia pueden durar meses.

Debido sobre todo a la conciencia pública de los efectos negativos del tabaco, hace poco tiempo se redujeron los índices de tabaquismo en Estados Unidos y Canadá. Muchas personas que fumaban en exceso han dejado el hábito. Es más probable que la mayoría de los fumadores que tratan de dejar el tabaco por sí mismos tengan éxito que aquellos que buscan ayuda para dejarlo por medio de programas formales. Esta presunta anomalía se puede deber a que las personas que buscan ayuda tienden a fumar en exceso y han hecho más esfuerzos por dejarlo que los individuos que los abandonan sin ayuda. En tanto que dejar de fumar sin ayuda es un camino sencillo, directo y eficaz para deshacerse de la dependencia de la nicotina, los programas especiales para dejar de fumar también desempeñan un papel importante.

Los esfuerzos terapéuticos para ayudar a las personas a que dejen de fumar adquieren varias formas. Algunos de estos métodos utilizan la perspectiva biológica. Desde este punto de vista, el problema no es tanto que fumar calme los nervios, sino que no fumar establece el reforzamiento negativo de los síntomas de abstinencia, que se pueden terminar al fumar otro cigarrillo. Al volver a fumar, el individuo trata de regular el nivel de nicotina en su organismo. Esto puede tener efectos psicológicos importantes, ya que la nicotina estimula la liberación de *péptidos centrales*, hormonas que tienen un efecto muy poderoso en las funciones mentales y físicas clave. Este proceso sugiere que los fumadores que tienen una fuerte dependencia, pero desean dejar de fumar, quizá requieran, de manera temporal, de algún sustituto farmacológico para la nicotina que obtienen de los cigarrillos.

Se desarrolló goma de mascar con nicotina para facilitar el retiro del tabaco y proporcionar tanto una fuente alterna de nicotina como una actividad oral. La **goma de mascar con nicotina** tal vez no proporciona el mismo placer positivo que fumar un cigarrillo, porque la nicotina se absorbe con mayor lentitud a través de las membranas de la boca que la de los pulmones. Sin embargo, tal vez permita que el fumador termine con el hábito en dos etapas. Primero, el adicto se puede concentrar en superar los componentes conductuales y psicológicos de la dependencia del tabaco, sin tener que enfrentarse a los síntomas de abstinencia de la nicotina al mismo tiempo. Junto con los hábitos de cada fumador se encuentran muchas otras acciones que participan en el manejo de los cigarrillos y la respuesta a las señales que llevan a encenderlos. Debido a que fumar es una conducta compleja, todos los componentes de esa conducta necesitan dirigirse a ayudar a la persona a dejar el hábito. Una vez que se controlan estos patrones de conducta, el retiro de la goma de mascar con nicotina se puede lograr con mayor facilidad. Hace falta más investigación para evaluar los efectos de la goma de mascar con nicotina por sí sola y en combinación con otros factores. La evidencia disponible indica que realiza una contribución positiva para dejar de fumar y es mejor aún cuando se usa junto con programas de orientación (Sadock y Sadock, 2003).

El uso del parche de nicotina es también prometedor. El **parche de nicotina transdérmico** es una almohadilla de varias capas que contiene nicotina como ingrediente activo y se aplica en la piel por medio de un adhesivo sensible a la presión (ver la figura 14-11). El parche administra una dosis controlada de nicotina en un periodo de 16 o 24 horas. Las dosis se mantienen por un número

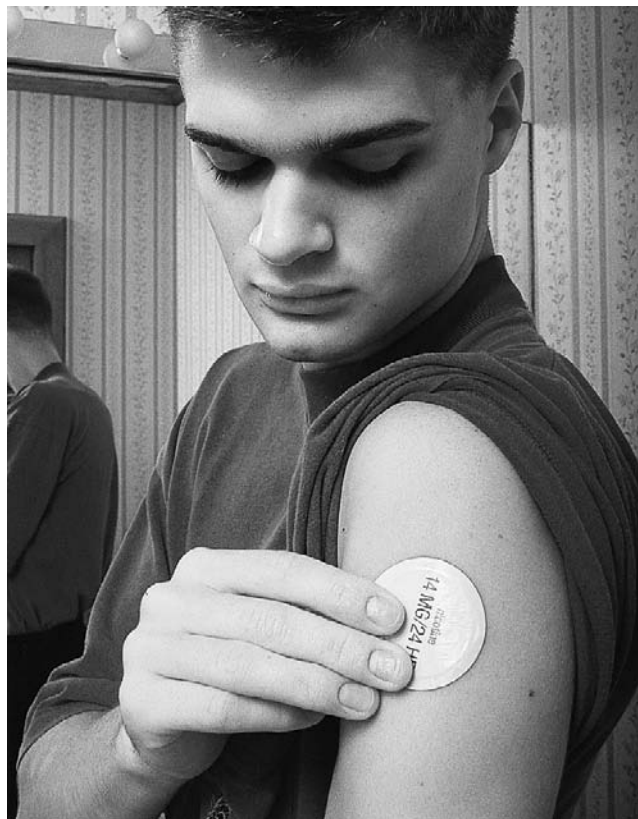


Figura 14-11 Parche de nicotina transdérmico. Este parche administra 14 miligramos de nicotina en un periodo de 24 horas.

FUENTE: *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration News*, mayo-junio de 1992, p. 6.

específico de semanas, y se reducen de manera gradual hasta que el fumador puede liberarse de su dependencia a la nicotina. El curso total del tratamiento de reemplazo de la nicotina es de aproximadamente 90 días, pero depende del tipo de parche que se utilice. La evidencia disponible sugiere que el parche de nicotina es eficaz y tiene pocos efectos secundarios. Un estudio demostró que reduce significativamente la ansiedad y la sensibilidad a las señales para fumar (Tiffany y cols., 2000). Los efectos positivos tanto de la goma de mascar como del parche parecen maximizarse cuando se combinan con orientación que proporciona apoyo, información sobre el proceso de dejar de fumar y entrenamiento en habilidades útiles como la relajación.

La investigación cognitiva ha identificado tres “etapas de cambio” cuando se deja de fumar. La primera etapa requiere el compromiso del individuo para hacer un cambio y trazar objetivos, por ejemplo, dejar de fumar. Desafortunadamente, los fumadores con frecuencia son ambivalentes sobre sus intenciones y están renuentes a asumir la responsabilidad personal de dejar de fumar. Estas personas necesitan ayuda para desarrollar su compromiso y motivación para cambiar. Una vez que el individuo tiene el compromiso de dejar de fumar se puede desarrollar un plan específico y ponerlo en práctica. La segunda etapa es una fase de acción para el cambio real. La tercera etapa requiere mantener este cambio, la prevención de la recaída es un factor importante. El cambio es más

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

CUADRO 14-3

¿Piensa renunciar?

Dejar de fumar no es solo cuestión de fuerza de voluntad; existen maneras más eficaces de vencer sus vulnerabilidades biológicas y psicológicas hacia el tabaco. La planeación y las estrategias cognitivas eficaces pueden ayudarlo a alcanzar su objetivo. Aumente sus probabilidades de éxito utilizando algunas de estas técnicas de afrontamiento. También es útil recordar que no está solo. La mayoría de los fumadores adultos quieren dejar de fumar. Algunas de estas técnicas incrementarán su resistencia y le ayudarán a recobrase de una recaída temporal.

Preparándose para dejar de fumar

- Tome nota de cuándo y por qué fuma.
- Cambie sus hábitos de fumar.
- Cuando se le antoje un cigarrillo, no le preste atención a su antojo por un minuto.
- Compre una cajetilla a la vez y cambie a una marca que no le guste.
- Escoja una fecha para dejar de fumar.
- Encuentre a un amigo que deje de fumar al mismo tiempo que usted.

El día elegido

- Cambie su rutina matutina.
- Deshágase de todos los cigarrillos. Guarde sus ceniceros.

- Cuando tenga ganas de fumar, recuerde estos cuatro pasos: beba agua, retrase su antojo, respire profundamente y ocúpese en otra cosa.
- Lleve con usted goma de mascar o algún dulce.
- Recompénsese por haber pasado un día sin fumar.

Manteniéndose sin fumar

- Hágalo un día a la vez.
- Si tiene una recaída, no sienta que ha fracasado. Inténtelo de nuevo. La mayoría de los fumadores tratan de dejar de fumar varias veces antes de lograrlo.

fácil cuando las personas pueden identificar las situaciones en las que tenían mayor tentación por fumar, aprenden técnicas cognitivas de afrontamiento como alternativas a fumar y utilizan el autorreforzamiento cuando resisten la tentación exitosamente. La tabla 14-12 resume estas etapas de cambio. ¿Pueden los fumadores avanzar a través de estos cambios por sí mismos, o requieren de ayuda profesional? Aunque algunas personas pueden necesitar de ayuda profesional, la evidencia disponible indica que en el caso de muchas de ellas los enfoques de autoayuda pueden ser eficaces (Curry, 1993). El cuadro 14-3 proporciona algunos consejos que pueden ser útiles para los fumadores que piensan en dejar de fumar. Abandonar el hábito no sólo requiere de fuerza de voluntad, sino también de la conciencia de nuestras propias vulnerabilidades (por ejemplo, las personas tienen mayor probabilidad de sentir que necesitan fumar en ciertas situaciones de tensión) y nuestra capacidad de resi-

liencia (por ejemplo, continuar los esfuerzos por dejar de fumar aun después de una recaída).

Cafeína

¿Se considera a la **cafeína** en la misma categoría que sustancias como la cocaína y la marihuana? Recientemente, los investigadores mostraron que la cafeína posee las características típicas de las sustancias psicoactivas que provocan dependencia. La abstinencia de cafeína hace sentir a muchas personas más irritables, menos sociales y menos capaces de concentrarse. Los bebedores de café, té y refrescos de cola son adictos a la cafeína de la misma manera que otras personas son adictas a los cigarrillos, al alcohol o a las drogas intravenosas. Esto significa que la cafeína es la droga que altera la mente más usada en el mundo. La mayoría de las personas consumen por día la cantidad de cafeína contenida en dos tazas de café. Esta cantidad produce un leve efecto positivo, incluyendo un sentimiento de bienestar y alerta. Las dosis más elevadas pueden producir ansiedad y nerviosismo, pero estos efectos negativos no constituyen riesgos graves para la salud.

De acuerdo con el criterio del DSM-IV-TR, una persona es dependiente de la cafeína cuando desarrolla tolerancia, tiene síntomas de abstinencia, la utiliza a pesar de agravar sus problemas médicos o mentales, y realiza repetidos intentos fallidos por dejar de usarla. Los síntomas de la intoxicación con cafeína incluyen excitación, insomnio, agitación, nerviosismo y ritmo cardíaco elevado. Muchos amantes del café, el té y los refrescos de cola reúnen estas características, son físicamente dependientes de la cafeína y sufren de manera temporal dolores de cabeza, aletargamiento y depresión cuando dejan de tomarla. Pero de los millones de personas a las que les gusta y consumen cafeína, sólo un pequeño porcentaje, aún desconocido, son verdaderos adictos.

TABLA 14-12

Etapas de cambio

1. **Meditación y compromiso.** Esta etapa por lo general va precedida de una etapa previa a la meditación en la cual las personas no consideran que tienen un problema ("¿Qué tiene de malo fumar?")
2. **Acción.** Se establece e implementa un plan específico para cambiar (por ejemplo, el uso de sustitutos para la nicotina, activación del apoyo social de los amigos, la familia y los compañeros de trabajo).
3. **Mantenimiento.** El cambio de los patrones de tabaquismo toma tiempo y son necesarias las estrategias de autoobservación y prevención de las recaídas durante las fases de acción y mantenimiento.

¿Existe un camino final en común?

¿Por qué ciertas sustancias tienen el poder de hacernos sentir tan bien (por lo menos al principio)? ¿Algunas, la mayoría o todas estas drogas nos llevan a un camino final común, es decir, tienen consecuencias biológicas similares que puedan explicar la conducta desadaptada que a menudo se observa en las personas que abusan de ellas? Mediante el empleo de varias técnicas, los investigadores han empezado a desarrollar respuestas tentativas e hipótesis a estas preguntas. La investigación reciente nos puede conducir a importantes principios generales y valiosas terapias.

Cuando se les pregunta sobre las razones por las que se abusa de las drogas, la mayoría de las personas mencionaron una falla de carácter como un factor importante. Este estereotipo ha empezado a reconocer que la dependencia de sustancias tiene una base biológica significativa. Los estudios de investigación y las nuevas técnicas mejoradas pueden influir en el debate sobre las causas del abuso de sustancias. Por ejemplo, por primera vez, los científicos han capturado imágenes cerebrales de los adictos en la fase de ansiedad por la sustancia. Con esto se acercan cada vez más a revelar las bases neurales de la adicción. Los estudios de imagen cerebral muestran que redes neurales similares están relacionadas con la ansiedad por diferentes drogas (Lingford-Hughes y cols., 2003).

En la actualidad existen más evidencias de que, sin importar lo adictiva que sea la sustancia —anfetaminas, heroína, alcohol, nicotina o marihuana—, todas parecen activar un circuito del placer situado en el cerebro. Este circuito, para la dopamina neurotransmisora, puede ser el sitio donde se provoca la “elevación” de las drogas adictivas. Esto no quiere decir que la dopamina sea el único químico que está involucrado o que el proceso de pensamiento trastornado que caracteriza al abuso de las drogas se debe sólo a ella. La dopamina puede elevarse por un abrazo, un beso, un elogio o una mano de póker ganadora, así como por los poderosos placeres derivados de las drogas. De manera que, nuestras experiencias y la manera en que vivimos nuestras vidas tienen un efecto significativo en los estados biológicos, como el nivel de la dopamina. Aun así, la posibilidad de que la dopamina pueda ser un camino común o un brote de la ingestión de la droga es un concepto importante. Una característica codificada genéticamente —como la tendencia a producir muy pocas cantidades de dopamina— puede interactuar con las influencias ambientales para crear un serio trastorno conductual.

¿Puede la incapacidad para absorber suficiente dopamina, con sus propiedades placenteras, provocar que la persona busque la gratificación por medio de las drogas? A pesar de que todavía no tenemos una respuesta sólida a esta pregunta, se han reunido pruebas de que la dopamina está involucrada en la sensación estimulante que refuerza el deseo de tomar drogas. Esta evidencia es en especial fuerte en los adictos a la cocaína, quienes asocian el efecto reforzante de la sustancia que ingieren con niveles muy elevados de dopamina (Volkow y cols., 1997). En lugar de decir que los adictos ansían la heroína, la cocaína, el alcohol o la nicotina en sí, se puede decir con más precisión que lo que ellos quieren es sentir la “carga” de dopamina que producen estas drogas.

No está claro hacia dónde llevarán estos recientes desarrollos. Una dirección podría ser la investigación de los medicamentos que

pueden reducir la ansiedad intensa por las drogas. Otro enfoque es invertir las anomalías biológicas asociadas con la adicción a través de intervenciones psicosociales que proporcionen experiencias de aprendizaje y habilidades de afrontamiento útiles para ayudar a las personas a resistir la ansiedad.

Dependencia de sustancias y política pública

Actualmente, la dependencia de sustancias es un gran problema en todo el mundo. Desarrollos recientes en el estudio de los reguladores y receptores del dolor en el organismo están proporcionando valiosas pistas, en especial en el área del abuso de opiáceos. La información referente a las consecuencias de salud de utilizar algunas sustancias —por ejemplo, la marihuana y el tabaco— ha disminuido su uso general. Algunos procedimientos terapéuticos prometedores, en particular los que hacen hincapié en las técnicas cognitivas para prevenir las recaídas, son los tratamientos para el abuso del alcohol y el tabaco. Sin embargo, la pregunta sobre si se deben cambiar las políticas públicas —por ejemplo, si se debe despenalizar el uso de la marihuana—, aún queda sin responder. Debido al hecho de que no conocemos las consecuencias de dichas acciones, ¿aumentará o disminuirá el uso de estas sustancias? Además, debido a las diferencias filosóficas entre los ciudadanos, legisladores y científicos, parece que estos temas de política permanecerán sin resolver por algún tiempo.

¿Existen adicciones conductuales? El dilema del juego patológico

En un capítulo anterior se estudiaron los dilemas de diagnóstico, problemas clínicos que no son bien entendidos y por lo tanto son difíciles de diagnosticar con eficacia. Hasta el momento, todos los trastornos que se expusieron en este capítulo comprenden sustancias ingeridas que crean o son parte de la conducta inadaptada. Se conocen como adicciones. Aunque es una palabra imprecisa, la adicción en general tiene cuatro propiedades: 1) ansiedad, 2) compulsión, 3) pérdida de control, y 4) mantenimiento de la conducta a pesar de las consecuencias adversas asociadas. El **juego patológico** tiene todas estas propiedades pero no involucra una sustancia que se ingiere. Fue reconocido como un desajuste diagnosticable en el DSM-III en 1980 y clasificado como un trastorno del control de impulsos, que implica la incapacidad de resistir el impulso de jugar a pesar de sus graves consecuencias personales. El cuadro 14-4 ilustra el control que el juego tiene sobre muchos de sus participantes. El juego patológico es la forma más extrema del problema del juego, la condición en la cual estas actividades crean problemas en la vida y relaciones de la persona. Aunque muchos estadounidenses son jugadores sociales que participan en ellas sin efectos dañinos, se estima que alrededor de 0.5 a 1.5% de los adultos son jugadores patológicos, de los cuales aproximadamente un tercio son mujeres (Black y Moyer, 1998).

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 14-4

Bingo, ¿es un juego emocionante o una adicción?

Los juegos de bingo deberían ser inofensivos. De otro modo, ¿por qué es uno de los juegos más populares para recaudar fondos para iglesias, grupos juveniles y otras organizaciones sin fines lucrativos? E incluso así, el *Washington State Council on Problem Gambling* reporta que muchas de las personas que llamaron a su línea de asistencia incluyeron al bingo como uno de sus problemas. Estas personas a menudo probaron el juego por primera vez en dichos actos de beneficencia, y luego progresaron hacia negocios de juegos comerciales donde pueden jugar de manera intensiva (ver la figura 14-12).

Nancy empezó a jugar bingo hace 30 años. Adoraba la excitación, la carga de adrenalina que le proporcionaba. Sus sesiones de bingo aumentaron hasta cuatro al día, y como jugaba múltiples tarjetas en cada juego, pagaba \$80 por sesión. Empezó a retirar efectivo de sus tarjetas de crédito, y sus deudas aumentaron considerablemente. Su esposo, quien trabajaba tiempo extra para ahorrar para su retiro, no se explicaba a dónde se iba su dinero. Para poder pagar sus cuentas, tuvieron que hipotecar su casa. Nancy le mentía sobre las tarjetas de crédito y las cuentas. También se mentía a ella misma. Cada vez que jugaba se decía a sí misma que no gastaría más de lo planeado, pero siempre lo hacía. Una noche Nancy no regresó a casa. Su familia estaba desesperada. Averiguaron que ella había asistido a varias sesiones de bingo, y después había ido a un casino para continuar jugando bingo por 24 horas seguidas. Cuando regresó, su familia la confrontó sobre los efectos de su juego, y poco después Nancy se puso en contacto con Jugadores Anónimos (*Gamblers Anonymous*). Se deshizo de los amuletos de la suerte que siempre llevaba cuando jugaba bingo. Cambió sus patrones de manejo para no pasar frente a salones de bingo. Nancy calculó que había perdido \$100 000 en este juego. Mientras estaba hablando del dinero, las



Figura 14-12 Esta jugadora de bingo trata de maximizar sus probabilidades de éxito mediante múltiples tarjetas durante cada juego y haciéndose acompañar por una mascota para la suerte.

mentiras a su familia y el tiempo que perdió jugando en lugar de pasarlo con su familia, Nancy comentó que estaba “muy arrepentida”, pero luego agregó: “es un gran alivio no tener que hacerlo más” (*Adaptación de Lyken, 2003, p. E8*).

En otro caso, un esposo testificó ante un comité legislativo estatal de juego sobre los problemas que su esposa había creado en la familia por su fascinación por el bingo que duró 18 años. No lo podía entender. Él dijo: “No podía creer que el bingo estuviera arruinando mi vida. No tenía sentido. Pensé que era un simple juego de niños. [...] pero era horrible. Era como si ella tuviera un apasionado romance con un amante, pero él no tenía trabajo y yo era el que lo mantenía” (*Lyken, 2003, p. E8*). Luego confrontó a su esposa sobre los problemas financieros que su afición al bingo habían causado y ella accedió a unirse a Jugadores Anónimos. Después se enteró que ella no había asistido a las juntas desde hacía un año y medio y le había estado mintiendo. El matrimonio fi-

nalmente terminó en divorcio. Él estaba asombrado de la fortaleza de la atracción de su mujer por el juego. “Hubiera tenido que atarla para evitar que jugara”, agregó (*ibid.*).

Estos ejemplos ilustran los aspectos adictivos del juego compulsivo, que incluyen el deseo por la excitación y la negación de los problemas y consecuencias del juego. Como los individuos que abusaban de las sustancias que se presentaron con anterioridad en este capítulo, los jugadores se sienten incapaces de abandonar sus hábitos a pesar de que es evidente que tienen efectos destructivos en sus vidas. Los jugadores compulsivos tienden a ser personas que quieren resolver sus problemas escapando de la realidad. También es posible que se sientan emocionalmente inseguros, que carezcan de sentimientos de pertenencia y que sean emocionalmente inmaduros. No se ha determinado aún en qué medida se relacionan las causas y consecuencias corporales del juego compulsivo con los trastornos relacionados con sustancias, aunque está claro que tienen muchas características en común.

Muchos clínicos observan algunas similitudes significativas entre el juego patológico y los trastornos relacionados con sustancias, pues 48% de los jugadores patológicos también tienen problemas de alcohol y abuso de drogas (*Black y Moyer, 1998*). También padecen en promedio un número mayor de otras condi-

ciones, incluyendo algunos trastornos de la personalidad, del estado de ánimo, por déficit de atención y de ansiedad. Debido a que la investigación del juego patológico está apenas en sus comienzos, es difícil predecir la manera en que se diagnosticará en el futuro. Actualmente, tal vez la pregunta más importante no sea qué par-

TABLA 14-13

Criterios diagnósticos para el juego patológico

- a. Conducta de juego que persiste y se repite según lo indican cinco o más de las siguientes conductas:
1. Se preocupa por revivir experiencias de juego pasadas, por planear sus siguientes experiencias o piensa en la manera de obtener más dinero para usarlo en el juego.
 2. La cantidad de dinero que utiliza para jugar debe incrementarse para lograr el nivel de excitación deseado.
 3. Ha tratado en repetidas ocasiones de dejar sus actividades de juego, pero ha fracasado.
 4. Se irrita o inquieta cuando trata de disminuir sus actividades de juego.
 5. Utiliza el juego para escapar de sus problemas o para aliviar su estado de ánimo disfórico.
 6. Después de perder, regresa otro día para compensarlo.
 7. Miente a los demás sobre la cantidad de tiempo que pasa jugando.
 8. Ha cometido actos ilegales para financiar su juego.
 9. Ha puesto en riesgo o perdido una relación, trabajo u oportunidad importante por el juego.
 10. Depende de los demás para que le provean dinero por su desesperada situación financiera causada por el juego.
- b. Estas conductas no se explican mejor por episodios maníacos.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

te del juego patológico debe incluirse en el DSM, sino qué tipo de fenómeno es, y con qué frecuencia ocurre.

El juego patológico es una conducta de juego desadaptada persistente y recurrente que perturba los aspectos personales, familiares o vocacionales de la vida de una persona. La tabla 14-13 muestra los criterios para diagnosticar este trastorno. Para ser clasificado como un jugador patológico, la persona debe presentar por lo menos cinco de estas características.

El efecto del juego patológico puede no ser muy evidente debido a que muchas de sus consecuencias, como los problemas financieros o la discordia conyugal, permanecen ocultas al público. En los hombres normalmente aparece en la adolescencia, y en las mujeres más tarde en la vida. El patrón de juego puede ser regular o por episodios, pero el problema por lo general es crónico. Normalmente la frecuencia y preocupación por el juego se incrementan. Las ganas de jugar se incrementan en periodos de estrés o depresión. Los jugadores patológicos consideran el juego como una solución para cualquier problema.

Muy pocos profesionales de la salud cuentan con capacitación especializada para tratar los problemas del juego. A pesar de que algunos tipos de terapias (como la terapia cognitiva, la conductual y la psicodinámica) han sido utilizadas para tratar a los jugadores

patológicos, existe una gran escasez de estudios científicos sobre la eficacia de ellas. A la mayoría de las personas que padecen estos problemas se les remite a Jugadores Anónimos, una organización fundada en 1957 que sigue los patrones de Alcohólicos Anónimos. Al igual que AA, Jugadores Anónimos está diseñado para ayudar a los jugadores que desean dejar de jugar.

Aunque el juego patológico es un problema personal, está influido por políticas públicas. De alguna forma, en Estados Unidos el juego es legal en casi todo el territorio, y el número de negocios manejados por el estado continua en aumento (porque los estados quieren el ingreso agregado que produce el juego). Algunos estados, como Washington, dedican parte de estos ingresos de juego a proporcionar educación pública sobre el problema que éste representa, y financian líneas de asistencia gratuitas de información y tratamiento del problema. Aunque el juego es el resultado de decisiones personales, es importante determinar qué tanta influencia tiene en estas decisiones el fácil acceso a oportunidades para jugar.

El mensaje con el que nos quedamos

A pesar de que todavía no tenemos todas las respuestas, se están aclarando tres preguntas clave relacionadas con las adicciones:

1. ¿Cómo logran su efecto las sustancias de las cuales las personas son dependientes? Algunos de los procesos físicos se están identificando (por ejemplo, a través de estudios de imagenología cerebral).
2. ¿Qué factores sociales y psicológicos son importantes en el proceso de adicción? La evidencia de la comorbilidad y la adicción apoya el punto que hemos destacado en varios otros trastornos: la conducta patológica a menudo parece presentarse en grupos; cuando esto ocurre puede ser difícil distinguir entre la comorbilidad y la recurrencia.
3. ¿De qué manera se deben tratar los problemas relacionados con el abuso de sustancias? En la mayoría de los casos, el tratamiento debe empezar por tratar los síntomas de la desintoxicación y la abstinencia. ¿Y después qué? Se requiere de mayor investigación sobre los factores que ayudan a la persona a resistir la tentación de utilizar sustancias dañinas, por ejemplo, la relación entre el paciente y el terapeuta y las técnicas utilizadas por éste.

Para nosotros está claro que los trastornos relacionados con sustancias son problemas de factores múltiples. Las vulnerabilidades biológicas y las variables sociales y culturales (por ejemplo, la manera en que las personas conocen y experimentan las diferentes sustancias), el carácter y la intensidad del estrés personal, se combinan para influir sobre el uso y abuso de las sustancias. Si éste sucede, los problemas adicionales se tratan en el contexto de una vida seriamente fuera de balance.

R esumen del capítulo

Los trastornos relacionados con sustancias comprenden las **sustancias psicoactivas** que afectan el pensamiento, las emociones y la conducta. Existen dos categorías de trastornos que están relacionados con estas sustancias: los *trastornos adictivos* y los *trastornos inducidos por sustancias*.

Trastornos por usos de sustancias

Existen dos subgrupos de **trastornos por uso de sustancias**: los relacionados con la dependencia de sustancias y los relacionados con el abuso de sustancias.

Dependencia de sustancias En la **dependencia de sustancias** se presenta una ansiedad intensa por la sustancia a la que la persona es adicta, y el individuo muestra tolerancia, síntomas de abstinencia y realiza un uso compulsivo de ella. **Tolerancia** significa que la persona necesita consumir cada vez mayor cantidad de sustancias para obtener el mismo efecto. La **abstinencia** se refiere a un conjunto particular de síntomas físicos que ocurren cuando una persona deja o reduce el consumo de una sustancia psicoactiva. El **uso compulsivo de sustancias** incluye la conducta de búsqueda de droga, esto es, la dirigida a obtener la sustancia.

Abuso de sustancias El **abuso de las sustancias** se refiere a las consecuencias adversas recurrentes relacionadas con el uso de ellas.

Trastornos inducidos por sustancias

La ingestión de ciertas sustancias puede producir serios síntomas conductuales, psicológicos y fisiológicos. Estos síntomas se conocen como **trastornos inducidos por sustancias**. En la **intoxicación por sustancias** existen síntomas reversibles específicos de la sustancia producidos por la ingestión reciente de la misma. Los indicadores de la intoxicación incluyen alteraciones en la percepción, la atención y el pensamiento.

Trastornos relacionados con el alcohol

El alcohol *etílico* o *etanol* es el compuesto químico que contienen varios tipos de bebidas alcohólicas, tales como la cerveza, el vino y los licores fuertes o destilados. Sin embargo, estas bebidas contienen diferentes porcentajes de volumen total de alcohol.

Uso excesivo de alcohol Los efectos negativos del abuso de alcohol son un problema serio. Doce por ciento de los estadounidenses son bebedores constantes. El nivel del uso de alcohol está relacionado con la aculturación y factores étnicos y culturales. La dependencia fisiológica de alcohol se mide por la tolerancia y los síntomas de abstinencia. El **abuso de alcohol** se mide por indicadores conductuales como un mal desempeño en el trabajo y en las relaciones interpersonales. La **intoxicación con alcohol** se refiere a cambios clínicos conductuales y fisiológicos significativos. El alcohol está asociado con un alto índice de otros trastornos diagnosticables.

Teorías y tratamiento Los trastornos relacionados con el alcohol tienen causas múltiples y existen varias teorías sobre sus determinantes posibles y conocidos. En un primer momento la ingestión de alcohol reduce la ansiedad y después tiene un efecto depresivo en el organismo. El primer paso en el tratamiento es la **desintoxicación**. Las

personas varían en gran medida en su *sensibilidad* a los efectos del alcohol. Las mujeres suelen ser más sensibles al alcohol que los hombres. La perspectiva biológica considera al alcoholismo como el resultado del funcionamiento de procesos metabólicos, genéticos y neurales.

Los clínicos orientados hacia la psicodinámica consideran la adicción a sustancias como el alcohol como parte de un esfuerzo para corregir o contrarrestar estados emocionales negativos. El enfoque cognitivo-conductual para tratar los trastornos relacionados con el alcohol reconoce los papeles que juegan el aprendizaje y la cognición. Desde el punto de vista conductual, las personas aprenden a usar el alcohol como resultado del modelamiento y del reforzamiento social y psicológico. El **condicionamiento aversivo** se utiliza en el tratamiento conductual del alcoholismo. El punto de vista cognitivo utiliza el **enfoque del control de la forma de beber** y lo enfoca en las expectativas de las personas sobre los efectos del alcohol. La integración de estas dos perspectivas de los tratamientos cognitivo-conductuales está en aumento. Enfoques de tratamiento tales como la **prevención de la recaída** necesitan adaptarse a los problemas particulares de cada individuo. El punto de vista interaccionista considera que algunos individuos tienen una predisposición a la dependencia del alcohol y se enfocan en el estrés como un factor precipitante de la bebida. **Alcohólicos Anónimos** es un programa basado en la comunidad que proporciona el apoyo social de otras personas afectadas por el alcoholismo. Un creciente número de investigadores está evaluando los diferentes enfoques de tratamiento y trabajan para identificar sus componentes más importantes.

Prevención de trastornos relacionados con el alcohol

Los programas de la comunidad que regulan el acceso al alcohol y castigan a quien maneje después de beberlo pueden ser de gran utilidad. Los programas de prevención que enseñan a los jóvenes sobre los efectos del alcohol y les ayudan a aprender respuestas de afrontamiento eficaces en situaciones donde se sirve alcohol, pueden ser aún más útiles. El desarrollo de enfoques eficaces de prevención se puede facilitar si se identifican los factores de riesgo del uso excesivo del alcohol (por ejemplo, conflictos familiares y desorganización en el vecindario).

Otras drogas

Barbitúricos y tranquilizantes Tanto los **barbitúricos** como los **tranquilizantes** tienen un efecto depresivo sobre el sistema nervioso central. Estos dos grupos de drogas son particularmente peligrosos cuando se combinan con el alcohol. Con frecuencia los barbitúricos son recetados por los médicos para aliviar la ansiedad o prevenir las convulsiones. Tanto los barbitúricos como los tranquilizantes también pueden ser peligrosos porque desarrollan tolerancia, y el consumidor con frecuencia aumenta la dosis hasta niveles peligrosos para obtener el efecto deseado.

Los opiáceos **Opiáceo** es el término utilizado para describir las drogas que tienen efectos similares a la morfina y que se adhieren a los receptores del cerebro. Algunos *opiáceos* son naturales y otros son sintetizados químicamente. (En ocasiones, a los opiáceos se les conoce como narcóticos, pero este término no tiene el mismo significado para las personas que se encargan de aplicar las leyes, los médicos, los científicos y el público). Los opiáceos naturales incluyen las **endorfinas**, las **encefalinas** y las **dimorfinas**, las cuales son producidas por el

cerebro y la glándula pituitaria. Los **opiáceos** pertenecen al grupo de sustancias que se deriva del jugo de la amapola del opio, como la **morfina** y la **heroína**. Los opiáceos provocan cambios de estado de ánimo, somnolencia, aturdimiento mental, constipación y aletargamiento de la actividad del centro respiratorio del cerebro. La reacción de la abstinencia de opiáceos puede ser severa. De acuerdo con la teoría de la **orientación de la exposición**, el uso de estas sustancias interrumpe la síntesis de opiáceos naturales del organismo. La **orientación interaccionista** se enfoca en que tanto la persona como la situación son los causantes de la adicción. El **mantenimiento con metadona** es uno de los tratamientos más utilizados para los adictos a los opiáceos.

Cocaína La **cocaína** es una droga que proviene de las hojas del arbusto de la coca, estimula el sistema nervioso central, aumenta el ritmo cardíaco, la temperatura, la presión arterial y disminuye el apetito. Puede producir sensaciones de hiperalerta, pero en dosis elevadas también estados maniacos, paranoia y juicio deteriorado. El **crack** es una forma más potente de la cocaína y es muy adictivo.

Anfetaminas Las **anfetaminas** son potentes estimulantes psicomotores que afectan tanto al sistema nervioso central como al sistema cardiovascular. En dosis moderadas provocan aumento de la vigilia, estado de alerta y elevación del estado de ánimo. La tolerancia se desarrolla con rapidez, por lo que muchos consumidores comienzan a inyectarse las anfetaminas para obtener efectos más intensos. Las dosis elevadas producen nerviosismo, mareos, confusión, palpitaciones y presión arterial alta. La **metanfetamina** tiene una estrecha relación química con la anfetamina, pero sus efectos en el sistema nervioso central son mayores.

Alucinógenos Los **alucinógenos**, o *psicodélicos*, pueden ser naturales o sintéticos. Ambos pueden producir alteración de la conciencia por su acción en el sistema nervioso central. Los miembros de culturas primitivas han utilizado en ceremonias religiosas desde hace miles de años a los alucinógenos naturales, como la **mezcalina** y la **psilocibina**. También se han desarrollado alucinógenos sintéticos como el STP. El abuso de las drogas alucinógenas puede producir colapsos respiratorios o cardiovasculares o conducta psicótica. Los grupos de apoyo y la enseñanza de habilidades sociales parecen ser eficaces para prevenir la reaparición del uso de los alucinógenos.

Fenciclidina (PCP) PCP es un químico sintético que puede causar desorientación y alucinaciones y provocar que el consumidor se sienta indiferente al entorno. Los consumidores algunas veces desarrollan una depresión severa o un grave estado psicótico que puede ser irreversible.

Inhalantes Los **inhalantes** son sustancias volátiles o solventes orgánicos (como la gasolina o las pinturas en spray) que pueden usarse para producir cambios en la percepción. Su uso constante puede provocar el abandono de las actividades sociales, profesionales o recreativas. Los inhalantes son utilizados con más frecuencia por los jóvenes debido a su fácil obtención. La tolerancia y los síntomas de abstinencia se presentan cuando los inhalantes causan dependencia.

Cannabis La **cannabis** es utilizada en Estados Unidos con más frecuencia en forma de **marihuana**. El **hachís** es una resina solidificada de la planta cannabis. El principal ingrediente activo en los productos del cannabis es el **THC**. Su consumo afecta la coordinación motora y la percepción, la memoria a corto plazo y el aprendizaje, incluso cuando la sensación de intoxicación de la droga haya pasado.

Nicotina La **nicotina** es un químico que se encuentra en el tabaco, que actúa, al menos en parte, al estimular de manera directa ciertos receptores que son sensibles al neurotransmisor de la acetilcolina. Las dosis normales de nicotina pueden aumentar el ritmo cardíaco y la presión sanguínea; la droga aumenta la necesidad de oxígeno del corazón y puede causar dolores en el pecho o ataques cardíacos en personas con arterioesclerosis. A pesar de saber que fumar es dañino para la salud, dejar de hacerlo es muy difícil para muchas personas. Esta dificultad tal vez se deba a los síntomas de abstinencia, a señales sociales o ambientales, a la naturaleza tan aprendida del hábito y al frecuente reforzamiento que se obtiene con cada fumada. La investigación cognitiva ha identificado tres etapas de cambio para dejar de fumar. Estas son el *compromiso*, la *implementación* y el *mantenimiento*, pero debe hacerse hincapié en la prevención de la recaída. La **goma de mascar de nicotina** y los **parches de nicotina transdérmicos** pueden ser útiles para reducir el uso del tabaco cuando se utilizan junto con programas de orientación.

Cafeína La **cafeína** puede ser adictiva. Tiene propiedades que alteran la mente y altas dosis pueden producir ansiedad y nerviosismo. También pueden ocurrir la tolerancia y los síntomas de abstinencia. Los síntomas de la intoxicación con cafeína incluyen excitación, insomnio, agitación, nerviosismo y ritmo cardíaco elevado.

¿Existe un camino final en común?

Los investigadores están explorando la posibilidad de que los efectos de las drogas se transmitan por ciertas vías neurotransmisoras en el cerebro, en especial las que se asocian con la dopamina. Los químicos que reducen la ansiedad por las drogas y las intervenciones psicosociales que fortalecen las capacidades de afrontamiento para resistir la ansiedad, pueden tener un alto valor clínico.

Dependencia de sustancias y política pública

La sociedad y sus organismos gubernamentales juegan papeles importantes para moldear las políticas sobre la disponibilidad y el uso de diversas sustancias.

¿Existen adicciones conductuales?

El dilema del juego patológico

El **juego patológico** no involucra el abuso de sustancias, pero tiene algunas propiedades características de los trastornos relacionados con sustancias. Asimismo, el juego patológico se superpone con otras condiciones. Aunque aún no está clara la mejor manera de diagnosticarlo, el juego patológico es muy común y se necesita de mayor investigación de sus determinantes y tratamientos.

C

onceptos clave

- Abstinencia, p. 442
- Abuso de sustancias, p. 443
- Abuso del alcohol, p. 445
- Aculturación, p. 445
- Alcohólicos Anónimos (AA), p. 454
- Alucinógenos, p. 465
- Anfetamina, p. 464
- Barbitúricos, p. 457
- Beber en exceso, 458
- Caféina, p. 471
- Cannabis, p. 467
- Cocaína, p. 462
- Condicionamiento aversivo, p. 451
- Crack, p. 463
- Dependencia de sustancias, 442
- Dependencia fisiológica del alcohol, p. 445
- Desintoxicación, p. 447
- Dimorfina, p. 459
- Diseño balanceado de placebo, p. 451
- Efecto transgresión de la abstinencia, p. 452
- Encefalinas, p. 459
- Endorfinas, p. 459
- Enfoque del control de la forma de beber, p. 451
- Goma de mascar con nicotina, p. 470
- Heroína, p. 459
- Inhalantes, p. 467
- Intoxicación por alcohol, p. 445
- Intoxicación por sustancias, p. 443
- Juego patológico, p. 472
- LSD (dietilamina del ácido lisérgico), p. 465
- Mantenimiento con metadona, p. 462
- Marihuana, p. 467
- Metadona, p. 462
- Metanfetamina, p. 464
- Morfina, p. 459
- Naloxona, p. 459
- Naltrexona, p. 449
- Narcóticos, p. 459
- Nicotina, p. 468
- Opiáceos, p. 459
- Orientación de la exposición, p. 461
- Orientación interaccionista, p. 461
- Parche de nicotina transdérmico, p. 470
- PCP (fenciclidina), p. 466
- Programas de prevención de recaídas, p. 453
- Sensibilización encubierta, p. 451
- STP (dietilriptamina), p. 465
- Sustancias psicoactivas, p. 441
- THC (tetrahidrocannabinol), p. 467
- Tolerancia, p. 442
- Tranquilizantes, p. 459
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, p. 466
- Trastornos inducidos por sustancias, p. 443
- Trastornos por uso de sustancias, p. 442
- Uso compulsivo de sustancias, p. 442

Un buen libro

Como su padre, el famoso escritor estadounidense John Cheever, Susan Cheever sufría de alcoholismo. Por su propia descripción, ella era una mujer mimada y egocéntrica que había aprendido a preparar un martini cuando tenía seis años, y en repetidas ocasiones observó el uso excesivo del alcohol por parte de su padre y sus amigos. El alcohol también deformó su manera de ver a los hombres. En una ocasión se enamoró de un hombre que la golpeaba y estaba siempre ebrio. También se volvió sexualmente promiscua. Su vida cambió de manera dra-

mática cuando finalmente pudo dejar el alcohol. Sin sermones o moralizar, describe tanto su vida con el alcohol como su vida después de dejar la bebida, en la que su mayor alegría son sus dos hijos. Susan Cheever es la autora de muchos libros de ficción y de no-ficción. *Note Found in a Bottle: My Life as a Drinker*, es un apasionante relato del paso de una vida inmersa en el alcohol a una de felicidad, éxito y responsabilidad.

Trastornos de la infancia y la adolescencia



Milton Dacosta "Menina Ajoelhada". Photograph, © 2005 Christie's Images.

Trastornos externalizados

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Trastorno negativista desafiante
Trastorno disocial

Trastornos internalizados

Trastorno de ansiedad por separación
Otros trastornos de ansiedad en la infancia
Tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños
Depresión

Otros trastornos de la infancia

Terapia para niños y adolescentes

Terapia de juego
Terapia conductual y cognitivo-conductual
Terapia familiar
Eficacia de la terapia con niños

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

La infancia es un periodo de desarrollo hacia los patrones de conducta y la personalidad adultos. También es un periodo de vulnerabilidad a diferentes dificultades. Este capítulo es el primero de dos dedicados a los trastornos psicológicos observados en niños. Aunque los trastornos que se exponen en este capítulo afectan la felicidad y el crecimiento personal del niño, no están tan generalizados o ni son tan abrumadores como los que se estudiarán en el capítulo 16. En este capítulo hablamos de varios problemas de la infancia, muchos de los cuales pueden considerarse como trastornos externalizados o internalizados. En los trastornos externalizados, los niños se comportan de formas que asombran, interfieren con, o crean problemas para otras personas. En los trastornos internalizados, los niños tienen mayor probabilidad de enfocarse en sí mismos y sentirse inadecuados o sin valor.

La madre de Jack lo describió como un “manejo”. Desde que era muy pequeño presentó problemas para quedarse sentado, y cualquiera que estuviera cuidándolo tenía que estar constantemente vigilante porque era muy probable que “se metiera en problemas”, lo que significa que solía emprender actividades que podían lastimarlo o lastimar a otras personas. A pesar de los comentarios de algunos amigos de sus padres de que “era sólo un niño”, la conducta de Jack no cambió mucho a medida que crecía y tampoco cuando inició sus actividades escolares. Sus maestros se quejaban de que era difícil tratarlo en el salón de clases porque no se quedaba sentado, hacía mucho ruido, y parecía disfrutar cuando molestaba y lastimaba a otros niños. Conforme crecía, también quedó en claro que no aprendía a leer ni a realizar operaciones aritméticas sencillas con la misma rapidez que otros niños del salón. Las pruebas que le aplicó el psicólogo escolar del distrito mostraron que Jack obtuvo calificaciones que se encontraban en el rango promedio de inteligencia pero estaba más de un año por debajo de su nivel en las diversas habilidades de lectura.

Julie, a diferencia de Jack, fue descrita por su maestra como una niña que se portaba bien en clase, aunque parecía triste y carente de expresiones, además de que no interactuaba mucho con los otros niños. Pasaba mucho tiempo durante el día preocupándose de que los lápices y el papel para colorear estuvieran acomodados correctamente en su escritorio y nunca se proponía como vo-

luntaria para actividades en clase, a pesar de que su maestra estaba segura de que conocía las respuestas. La madre de Julie informó que cuando la niña volvía a casa, se dirigía directamente a su habitación y comenzaba a arreglar los zapatos de su muñeca Barbie en perfecta línea. Esto parecía ocuparla durante horas. Cuando sus hermanas salían a jugar con los niños del vecindario, Julie siempre prefería quedarse en su habitación.



Muchas familias tienen niños como Jack o Julie. Aun cuando los niños como Jack tienen mayor probabilidad de ser tratados por profesionales de la salud mental que los niños como Julie, porque la conducta que muestran es molesta para los demás, a menudo un niño con problemas no recibirá ayuda profesional a menos que se presente una crisis. Si Jack o Julie fueran hijos suyos, ¿buscaría ayuda profesional?

La infancia y la adolescencia son notables por la gran cantidad de cambios en las capacidades y aptitudes físicas, cognitivas y social-emocionales que se presentan en este periodo de 20 años. El patrón de cambios está marcado por periodos de transición y de reorganización, a los que se les conoce como “proceso de desarrollo”. La comprensión de la conducta desadaptada en la infancia debe basarse en la comprensión de estos patrones de desarrollo. La tabla 15-1 proporciona un resumen del amplio campo de cambios cerebrales que normalmente se presentan durante las primeras dos décadas de vida, junto con algunos de los problemas que pueden surgir en ciertos periodos en particular. La influencia ambiental se combina con el desarrollo biológico para influir sobre procesos complejos como el desarrollo de la personalidad, la socialización y el crecimiento intelectual. Existen amplios periodos durante los cuales pueden surgir distintos trastornos de la infancia. En éste y en el próximo capítulo se describirán varios de estos trastornos. La presencia de problemas en la adolescencia y la infancia, importantes por sí mismos, son muchas veces predictores de problemas posteriores. Por ejemplo, un estudio descubrió que altos niveles de problemas en la infancia predicen un riesgo de dos a seis veces mayor de trastornos durante la edad adulta (Hofstra y cols., 2002). Si los niños fueran considerados como adultos pequeños con el fin de comprender su conducta, algunas de las conductas que en realidad son normales para el nivel de desarrollo del niño podrían ser consideradas como anormales. Por ejemplo, si un adulto tiene frecuentes pataletas, esto puede ser un síntoma de un trastorno. Sin embargo, en el caso de los niños pequeños, las pataletas son una conducta esperada.

Sin embargo, si los niños se desvían en gran medida de las normas de desarrollo esperadas, pueden sentir una gran angustia ellos y sus familias. Si las conductas sugieren que el desarrollo está siendo obstaculizado, es importante reconocer y enfrentar los problemas. Debido a que los niños pasan por muchos cambios de

TABLA 15-1	
Etapas del proceso de desarrollo y los trastornos que pueden surgir durante ellas	
Periodo	Trastornos que surgen con frecuencia en este periodo
Niñez (primeros 4-5 años) El cerebro alcanza 90% del tamaño adulto. Las células cerebrales adquieren mayor capacidad de comunicación. Los bebés aprenden a hablar.	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (capítulo 15) Trastorno autista (capítulo 16). Retraso mental (capítulo 16).
Infancia (5-10 años) Un gran crecimiento en regiones cerebrales cruciales para el lenguaje y la comunicación.	Depresión (capítulo 15). Trastorno de ansiedad (capítulo 15). Trastorno antisocial (capítulo 15).
Pubertad (10-13 años) Las áreas del cerebro relacionadas con la planeación, el control y el razonamiento, crecen y se desarrollan junto con oleadas de hormonas sexuales.	Trastorno obsesivo-compulsivo (capítulo 15). Trastorno disocial (capítulo 15). Trastornos de la conducta alimentaria (capítulo 7).
Adolescencia (13-20 años) El cerebro se reduce (pierde cerca de 2% de su peso y volumen).	Fobia social (capítulo 15). Trastorno obsesivo-compulsivo (capítulo 15). Trastorno bipolar (capítulo 15). Suicidio (capítulo 11).

desarrollo a medida que crecen, muchos padres pueden ver una conducta potencialmente problemática como “sólo una etapa”. Otros suelen mostrarse renuentes a buscar ayuda profesional para sus niños porque piensan que, como padres, pueden haber causado el problema. Las conductas problemáticas y los sentimientos de tristeza o aislamiento de un niño siempre son importantes, a pesar de que muchas veces se pasan por alto. Esto es especialmente cierto debido a que los problemas conductuales pueden interferir con el desarrollo del niño y retrasar su aprendizaje de habilidades tanto académicas como sociales. Una vez que el niño ha experimentado una serie de fracasos tanto en las áreas académicas como sociales, puede ser más difícil para él verse a sí mismo como una persona valiosa. También puede dificultar “ponerse al corriente” con el aprendizaje que puede haberse perdido y pueda a comportarse de manera más adaptativa. La tabla 15-2 muestra algunos de los eventos de la infancia que, si se presentan con frecuencia, en altos niveles y durante un largo periodo, pueden alertar a los padres e impulsarlos a buscar ayuda profesional.

El porcentaje de niños pequeños que cumplen con los criterios del DSM en cuando menos un trastorno es muy alto. En una muestra de varios cientos de niños estadounidenses entre los dos y los cinco años, más de uno de cada cinco fue clasificado de manera tentativa dentro de algún trastorno del DSM, y uno de cada 10 fue considerado como severamente afectado por sus síntomas (Lavigne y cols., 1996). Desde los nueve años y hasta los 17, cerca de 21% de todos los niños cumplió con los criterios de un trastorno diagnosticable con al menos un deterioro mínimo. Si los problemas dan como resultado un deterioro significativo en el funcionamiento en el hogar o en la escuela, este número se reduce a aproxima-

TABLA 15-2	
Conductas que funcionan como señales de "alerta roja" para los padres	
Angustia (infelicidad, enojo, ansiedad).	
Expresión de sentimientos de falta de valor.	
Preocupación por inadecuaciones corporales percibidas (por ejemplo, apariencia física).	
Problemas escolares (reprobar, faltar a clases o meterse en problemas).	
Aislarse de la familia.	
Aislarse de amigos o actividades que disfrutaban antes.	
Dormir más, comer menos o tener menos energía.	
Mostrar de pronto una conducta agresiva.	
Provocar incendios.	
Tener pesadillas.	
Tener más problemas de los normales para concentrarse.	
Actividades repetitivas como lavarse constantemente las manos o acomodar cosas.	
Tener jaquecas o dolores de estómago frecuentemente.	
Actos peligrosos o amenazadores para la vida.	
Quebrantar la ley.	

TABLA 15-3

Porcentajes de niños y adolescentes entre los nueve y los 17 años con al menos una forma ligera de deterioro debido a un trastorno mental^a

Trastorno	Porcentaje afectado
Trastornos de ansiedad	13.0
Trastornos del estado de ánimo	6.2
Trastornos disruptivos	10.3

^aAlgunos niños pueden tener más de un trastorno diagnosticable

FUENTE: *Mental Health: A Report of The Surgeon General*, 1999.

damente 11% (*Mental Health: A Report of The Surgeon General*, 1999). La tabla 15-3 muestra los porcentajes de niños entre los nueve y los 11 años que cumplen con los criterios de los trastornos mentales en algún momento. A medida que los niños crecen, algunos de estos síntomas parecen cambiar. En los niños que se encuentran entre los cinco y los 17 años, existe una disminución general de los tipos de conducta que describimos en este capítulo como conductas externalizadas, y un incremento de los problemas de conducta que fueron clasificados como internalizados. Sin embargo, a lo largo de este rango de edades, los niños tienen mayores probabilidades que las niñas de ser diagnosticados con un trastorno, bien sea en la categoría de externalización o de internalización (Mash y Barkley, 2003).

Sólo dos de cada cinco niños que necesitan tratamiento de salud mental lo reciben, y sólo la mitad de éstos son tratados por personas especializadas en la salud mental de los niños (*Mental Health: A Report of The Surgeon General*, 1999). La mayoría de los niños restantes con problemas de salud mental no reciben ningún tratamiento. La conducta desadaptada de los niños es un problema importante que las sociedades están enfrentando de manera inadecuada. Muchos de los niños que no han sido tratados tienen probabilidad de desarrollar una enfermedad mentalmente seria cuando sean adultos, que si no es tratada puede representar problemas en sus vidas personales y en la conservación del empleo. Se han identificado diferentes factores de riesgo de trastornos de la infancia. Estos factores incluyen la psicopatología de los padres, el divorcio, la discordia familiar, un nivel socioeconómico bajo, las características temperamentales del niño y las experiencias estresantes. Un estudio reciente descubrió que los niños que crecían en familias con un solo padre tenían dos veces más probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos graves (Weitoft y cols., 2003). Las dificultades financieras pueden influir en esta relación, pero la calidad de la crianza también puede ser un factor relevante. El abuso infantil es un estresor muy dañino: los niños que han sufrido abuso tienen un porcentaje muy alto de problemas psicológicos (Mash y Barkley, 2003).

Ayudar a los jóvenes con problemas es difícil en muchas ocasiones, debido a que muchos trastornos de la infancia y sus causas aún no se comprenden del todo. Por ejemplo, no se sabe si algunos

trastornos de la infancia —como la psicosis, la depresión y los trastornos de ansiedad— son extensiones de estos mismos trastornos en los adultos, o si son trastornos diferentes con distintas causas. Una evidencia que sugiere que muchos trastornos de la infancia son distintos de sus versiones adultas es la diferencia en la proporción entre los sexos de estos trastornos en niños y en adultos. En la infancia, los niños son más afectados que las niñas en casi todas las categorías. En la edad adulta las proporciones varían de acuerdo con el trastorno.

Trastornos externalizados

Muchos trastornos de la infancia son categorizados como trastornos externalizados o internalizados. Los niños con **trastornos externalizados** parecen estar fuera de control. Se pelean con frecuencia, hacen pataletas, son desobedientes y pueden ser destructivos. Los niños con **trastornos internalizados** parecen estar controlados en exceso. Se preocupan demasiado, son ansiosos y/o deprimidos, y parecen ser tímidos y mantenerse relativamente aislados.

Los niños con un trastorno externalizado son de especial preocupación para los padres, los profesores y los profesionales clínicos debido a su disruptividad. No ponen atención, parecen ser excepcionalmente activos, se comportan de manera agresiva, rompen las reglas y provocan un daño significativo a otras personas y a sus propiedades. Desafortunadamente, diferenciar estas condiciones puede ser difícil y, como consecuencia de ello, los clínicos pueden no estar de acuerdo acerca del diagnóstico adecuado para categorizar un conjunto particular de síntomas.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El efecto del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es muy grande, tanto en términos del estrés experimentado por las familias y los efectos en la autoestima del niño, como por los costos financieros y la interferencia con el logro vocacional y académico. El **trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** se define por síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Este trastorno se presenta con frecuencia junto con problemas de aprendizaje, depresión, ansiedad, trastorno disocial o trastorno negativista desafiante, de manera que los efectos globales del problema pueden ser muy grandes. La figura 15-1 muestra la gran cantidad de trastornos que pueden presentarse junto con el TDAH. Las causas del TDAH son desconocidas, a pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado, y es posible que existan muchas causas básicas diferentes del trastorno. Más tarde se expondrán los caminos que los investigadores actualmente transitan para definir las posibles causas.

El TDAH, como lo define el DSM-IV-TR, tiene tres subtipos: problemas de atención, conducta hiperactiva-impulsiva y una combinación de problemas de atención e hiperactividad. El primer subtipo se caracteriza principalmente por la dificultad para mantener la atención enfocada en tareas, un problema que interfiere no sólo con el aprendizaje sino también con la culminación de las tareas en la escuela o en el trabajo debido al hecho de no es-

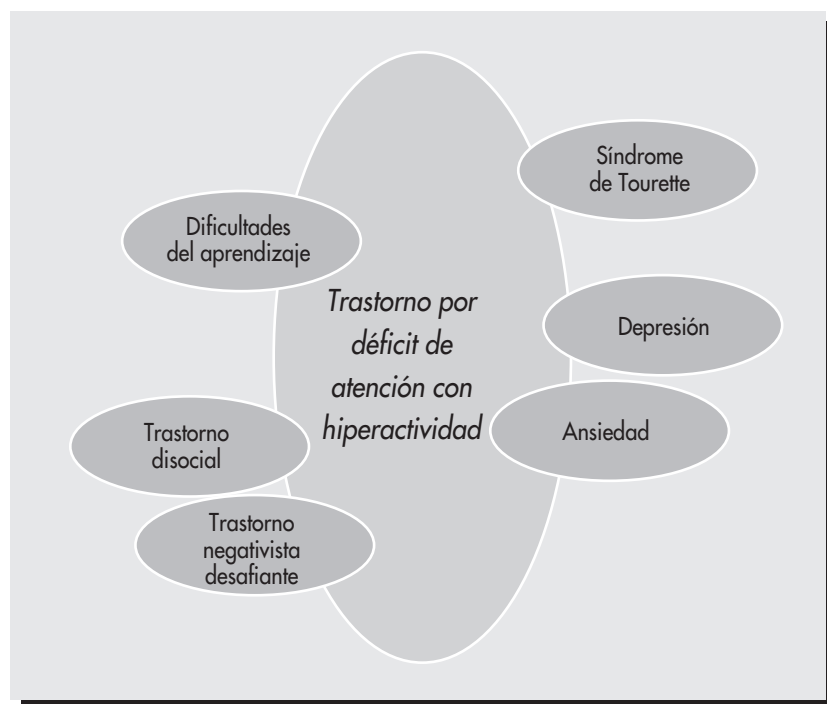


Figura 15-1 Es probable que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se presente junto con uno o más trastornos distintos (que se describen más adelante en el capítulo).

cuchar instrucciones o poner atención a los detalles. El segundo subtipo está marcado por una conducta hiperactiva y algunas veces impulsiva. El tercero, el subtipo combinado, incluye ambas dificultades. La tabla 15-4 proporciona los criterios definitorios de desatención e hiperactividad-impulsividad. El DSM-IV-TR requiere que el niño muestre dificultades en más de un escenario (no sólo en la escuela) para recibir este diagnóstico. Los niños del grupo de déficit de atención tienen problemas para enfocar su atención, muestran una conducta social de mayor aislamiento y pueden presentar síntomas de depresión y ansiedad. Los del grupo hiperactivo-impulsivo son más agresivos y tienen mayor probabilidad de tener dificultades con las figuras de autoridad y de ser rechazados por sus compañeros que quienes se encuentran en el primer grupo. Es más probable que los del tipo combinado de TDAH sean asignados a salones de clases para niños con alteraciones emocionales, ser expulsados de la escuela y ser remitidos a tratamiento psicológico.

El caso de Bobby es un buen ejemplo de las dificultades a las que se pueden enfrentar los niños con TDAH y sus padres, aunque muchos de los niños que tienen dificultades mucho menos serias han recibido este diagnóstico. Bobby, un niño de diez años, fue enviado al psiquiatra para una evaluación debido a que había sido expulsado del cuarto grado por una pelea. En el momento de hacer la cita por teléfono, su madre comentó que él había sido un problema durante toda su vida. Cuando la familia asistió a la cita, sus padres relataron al clínico que durante los primeros tres meses había sufrido de cólicos que lo despertaban con mucha frecuencia. Aun después de que estos problemas habían disminuido, continuaba con dificultades para dormir. Aunque el entrenamiento para ir al baño había comenzado cuando tenía dos años, seguía mojando

la cama por la noche. Describieron a detalle el historial de problemas de conducta de Bobby:

A la edad de tres años, Bobby ingresó a una guardería de medio tiempo. Corría alrededor de la habitación y se rehusaba a sentarse durante la hora del cuento o el periodo de descanso. Se les dijo a sus padres que no estaba listo para la educación preescolar [...] cuando Bobby cumplió cuatro años, sus padres lo inscribieron en otro jardín de niños. A lo largo del año, sus profesores se quejaron de que no podía quedarse quieto durante la hora del círculo o poner atención a las actividades en grupo. Muchas veces se levantaba y vagaba alrededor del salón. Si algún niño no hacía lo que él quería, le pegaba. [...] el profesor de segundo grado de Bobby se quejó de que no podía hacer la tarea o terminar su trabajo. Se metía en problemas con otros niños, especialmente durante los momentos no estructurados y con menor supervisión [...] [en tercer grado] distraía a la clase con los ruidos que hacía golpeando con su lápiz. Gritaba en clase y se olvidaba de levantar la mano. Siempre parecía estar "haciendo algo".

Cuando entró a cuarto grado llamaron a sus padres a la escuela para tener una entrevista. La maestra de Bobby les comentó que no paraba de dar vueltas por el salón de clases y de molestar a otros niños que trataban de trabajar. Criticaba e interrumpía a sus compañeros. No completaba el trabajo en clase y parecía estar siempre soñando despierto. [...] Los otros niños no lo querían y lo rechazaban durante la hora del almuerzo y recreo.

La maestra dijo a los padres de Bobby que necesitaban hablar con él y decirle que ya que se encontraba en cuarto grado, era necesario que se comportara como un "niño grande". A sus padres no les sorprendió lo que les dijo la maestra debido a que su comportamiento era el mismo en casa, aunque sentían que habían intentado todas las formas posibles

TABLA 15-4

Criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Se debe cumplir con los criterios de 1) desatención, o 2) hiperactividad-impulsividad. Si ambos criterios se cumplen, el diagnóstico puede ser TDAH tipo combinado.

1. **Desatención.** Deben presentarse con frecuencia al menos seis de los siguientes síntomas y persistir durante seis meses o más, en grado tal que sea tanto desadaptado como incongruente con el nivel de desarrollo:
 - a. No presta atención a los detalles, o comete errores por descuido en la escuela, en las tareas o en otras actividades
 - b. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego
 - c. No parece escuchar cuando se le habla directamente
 - d. No sigue las instrucciones y no termina lo que empieza
 - e. Tiene dificultad para organizar actividades y tareas
 - f. Evita o se rehúsa a participar en tareas que requieran un esfuerzo mental prolongado
 - g. Pierde cosas que son necesarias para las tareas y las actividades
 - h. Se distrae con facilidad por otros estímulos
 - i. Es descuidado en las actividades diarias

2. **Hiperactividad-impulsividad.** Cuando menos seis de estos síntomas de hiperactividad o impulsividad deben presentarse con frecuencia y persistir durante seis meses o más, hasta el punto en que sean desadaptados e incongruentes con el nivel de desarrollo:

Síntomas de hiperactividad:

- a. Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b. Abandona el asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- c. Da vueltas o se mueve excesivamente en situaciones inapropiadas, o, si es un adulto, tiene fuertes sentimientos de inquietud
- d. Encuentra difícil jugar o realizar otras actividades de placer con tranquilidad
- e. "Está en marcha" o parece tener un motor
- f. Habla en exceso

Síntomas de impulsividad:

- g. Balbucea respuestas antes de que se termine la pregunta
- h. Tiene dificultad para esperar su turno
- i. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)

Además de cumplir los criterios de desatención o hiperactividad-impulsividad en los puntos 1) y 2) expresados arriba:

3. Algunos de estos síntomas deben haber estado presentes antes de los siete años.
4. Está presente cierto deterioro proveniente de estos síntomas en dos o más ambientes, por ejemplo, en la escuela o trabajo y en el hogar.
5. El deterioro producido por los síntomas debe ser lo suficientemente marcado para tener un significado clínico.
6. Los síntomas no pueden ser parte de otro trastorno, por ejemplo, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de la personalidad, autismo o retraso mental.

FUENTE: Adaptado de DSM-IV-TR.

para ayudarlo a cambiar su conducta. Después, en diciembre, un compañero le hizo una broma a la que Bobby contestó con un golpe. Como resultado de esta agresión, la madre de su compañero llamó al director para quejarse y Bobby fue suspendido de la escuela durante tres días. Se les dijo a sus padres que a menos que obtuvieran ayuda se convertiría en un delincuente. Fue en este punto que los padres de Bobby decidieron buscar ayuda profesional (Silver, 1999, pp. 104-105).

El TDAH se diagnostica con mayor frecuencia durante los primeros años de escuela, lo cual se debe a dos razones: la primera, que es normalmente difícil establecer un diagnóstico positivo del TDAH antes de que el niño tenga cuatro o cinco años debido a que algunas conductas normales durante esta etapa de desarrollo parecen ser similares a los criterios DSM-IV-TR. En segundo lugar, la situación escolar impone a los niños demandas que pueden no ha-

ber estado presentes en sus ambientes anteriores. Por ejemplo, con frecuencia se espera que los niños en la escuela estén sentados tranquilamente, para concretar tareas que desafían su intelecto, y prestar atención mientras el maestro les da instrucciones o les explica nuevos conceptos. Estas demandas, que se incrementan en niveles escolares más altos, pueden llamar la atención sobre dificultades e problemas para controlar el nivel de actividad. Aunque la presencia del TDAH generalmente disminuye a medida que avanza la edad, la persistencia de síntomas, si no recibe tratamiento, es un factor de riesgo para problemas de desarrollo posterior.

¿Qué tan común es el TDAH? El TDAH es el trastorno de la conducta que se diagnostica con mayor frecuencia durante la infancia, y es muy común entre la población en edad escolar. Los cálculos de prevalencia del TDAH en niños de edad escolar varía

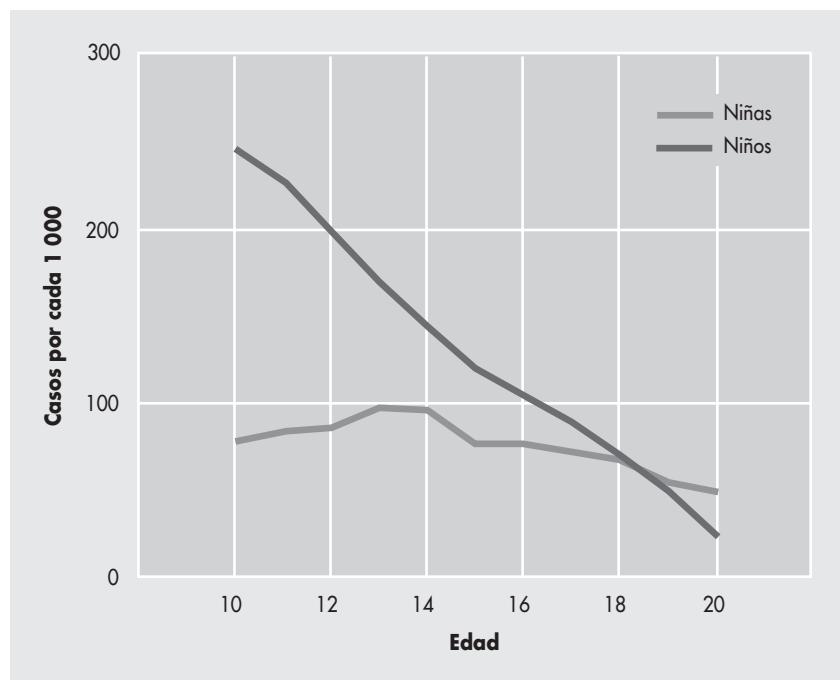


Figura 15-2 Los porcentajes de TDAH en niños varían de acuerdo con la edad y el sexo.

FUENTE: P. Cohen y cols. (1993b), p. 858.

de 3 a 5% de la población (Schroeder y Gordon, 2002). Estos porcentajes pertenecen a niños que reciben tratamiento clínico; muestreos comunitarios en los que los padres y los maestros reportan síntomas producen porcentajes mucho más elevados. Tanto en los niños como los adolescentes, el TDAH tradicionalmente ha sido más común en hombres que en mujeres: en estudios de la población general, la proporción es de cerca de cuatro niños por cada niña y en estudios clínicos, de nueve niños por cada niña. La diferencia entre las cifras de la población en general y de casos clínicos sugiere un sesgo en la referencia: las niñas que padecen el trastorno tienen menor probabilidad de ser llevadas a tratamiento que los niños. Este sesgo puede deberse a que los niños con TDAH tienen mayores probabilidades de mostrar una conducta agresiva-impulsiva, mientras que las niñas que padecen el trastorno presentan principalmente desatención. Otra diferencia es el cambio en el número de personas que cumplen con el diagnóstico en diferentes edades. La figura 15-2 muestra que el porcentaje de niñas disminuye sólo ligeramente entre los 10 y los 20 años, mientras que el porcentaje de niños muestra una caída muy pronunciada durante ese periodo. Debido a que las niñas tienden a mostrar problemas de atención en lugar de conducta disruptiva, el cambio en los criterios diagnósticos para incluir los tres tipos de TDAH puede provocar un futuro incremento en la proporción de niñas que cumplan con el criterio de diagnóstico para el subtipo de TDAH con predominio del déficit de atención.

La frecuencia del diagnóstico del TDAH entre los niños en edad escolar ha despertado la preocupación entre muchos padres. ¿Qué se puede entender por conducta infantil normal? ¿Cuál es el límite o el umbral que separa la conducta anormal de un trastorno clasificable? Éstas son preguntas importantes debido a que el diagnóstico trae consigo varias consecuencias. Una positiva es que la conducta puede tratarse en ese momento, lo cual puede ayudar al desarrollo del niño. Por el lado negativo, el niño puede recibir una

etiqueta que puede convertirse en una desventaja para él en ese momento o en una etapa posterior de su vida. Además, la etiqueta puede ser incorrecta y el tratamiento inadecuado. Ésta es una preocupación particular cuando la etiquetación se realiza sólo con base en los reportes de la conducta escolar.

Muchos niños muestran algunos de los criterios de TDAH enumerados en la tabla 15-4. Como consecuencia de ello, realizar un diagnóstico del trastorno involucra valorar, por ejemplo, la seriedad de los déficit de conducta. Un diagnóstico de TDAH depende del marco de referencia utilizado para evaluar la conducta del niño. Por esta razón, es válido preguntarse si el diagnóstico —y el medicamento para tratarlo— se realiza demasiado pronto. Algunos padres y profesionales se preguntan si los niños son penalizados con el diagnóstico por una conducta que es típica en cierto periodo del desarrollo. El diagnóstico de TDAH es en gran medida subjetivo y depende de la persona a la que se le pregunte y de cuáles son los criterios utilizados. Sin un acuerdo acerca de los estándares para cumplir los criterios DSM, continuará existiendo una amplia variación en los cálculos de frecuencia del trastorno, y el hecho de que el niño deba o no ser tratado puede depender de la persona a la que se pide que evalúe la conducta del niño.

Consecuencias del TDAH El TDAH produce dos consecuencias importantes en los niños: dificultades en las capacidades tanto sociales como académicas. El déficit de atención característico del TDAH puede tener un efecto negativo en el aprendizaje porque dificulta obtener información y conceptos básicos. En un ambiente escolar, este problema va unido a la distracción y a la falta de organización en las tareas escolares. A su vez, estas dificultades pueden dar como resultado una falta de práctica en las capacidades básicas, como las que se logran completando conjuntos de problemas aritméticos o ejercicios de ortografía. Como resultado

de la falta de desarrollo de las capacidades, el desempeño escolar se convierte en un problema, pues se establece de manera continua una espiral decreciente de logros que puede alentar una visión negativa de sí mismo, esto es, disminuye la creencia del niño de que puede tener éxito en las tareas relacionadas con la escuela.

La habilidad de interactuar exitosamente con los compañeros en un escenario social es uno de los aspectos más importantes de desarrollo del niño. Los niños diagnosticados con TDAH pueden experimentar algunos obstáculos sociales debido a que no son bien aceptados, tanto por sus compañeros como por sus maestros. Los niños diagnosticados dentro del tipo con predominio del déficit de atención o del tipo combinado de TDAH parecen ser menos aceptados por sus compañeros y maestros (Lahey y cols., 1994a). Esta interacción entre la conducta del niño y la de otra persona se observa frecuentemente en los escenarios familiares y en los escolares. A menudo, las interacciones interpersonales problemáticas se presentan entre miembros de familias que incluyen un niño con TDAH. Los padres de niños con este trastorno muchas veces experimentan dificultades matrimoniales, altos niveles de estrés e interacciones padre-hijo conflictivas (Bernier y Siegel, 1994). Aunque estas características muchas veces son consideradas como causas probables de las interacciones del niño, pueden ser, si se presentan en exceso, el resultado de un efecto catalizador de la interacción con un niño con diagnóstico TDAH. Los padres de niños con TDAH experimentan mayor estrés y menor gratificación como padres que la mayoría de los padres. Aunque parte de su estrés surge de las interacciones padre-hijo, otra importante fuente de estrés proviene de personas externas a la familia que pueden responder de manera negativa a los padres, expresándoles su desaprobación por sus habilidades como tales o por la conducta del niño.

Cuando se entrevistó a los padres de niños hiperactivos, todos tendieron a enfocarse en los efectos que tenía la convivencia con un niño hiperactivo sobre su propio bienestar físico y mental, las relaciones sociales y familiares, y sobre su confianza acerca de sus habilidades como padres (Klasen, 2000). Muchos de ellos describieron la vida con un niño hiperactivo como extremadamente agobiante, debido a que el niño siempre está en movimiento, presta muy poca atención y muy probablemente se comporta en forma peligrosa debido a que no piensa antes de actuar. A continuación se presentan algunos breves relatos de entrevistas con el fin de aclarar las dificultades informadas por los padres:

No puedo entender cómo sobrevivió mi matrimonio. Mi esposo no lo podía enfrentar. Trabajaba horas y horas lejos de casa, y aunque probablemente no lo admitirá, pienso que lo hacía para mantenerse lejos del problema. [...]

Es agobiante y muy, muy difícil. [...] el resto de las personas pueden ser muy dañinas. Puedes ver cómo te culpan. “¿Qué clase de madre es?” “¿Cómo es posible que no pueda controlar a su hijo?” [...] algunas veces la presión del resto de las personas es peor que tratar con el niño.

Durante mucho tiempo piensas que es algo que has hecho o que has dejado de hacer. [...] me siento sumamente culpable. Nunca me

siento afectuosa con él [...] pienso que se trata de un castigo por no haberlo deseado (Klasen, 2000, p.337).

En muchos casos los padres experimentan un sentimiento de alivio después de que su hijo recibe el diagnóstico de TDAH.

Fue como si me hubieran quitado un enorme peso de los hombros. Todo lo que el médico dijo acerca de la hiperactividad era mi “Sara”, y volví a casa pensando: “tengo una hija hiperactiva. Eso es lo que funciona mal.” Fue como si hubieran quitado la presión. (ibid, p. 338)

Sin embargo, algunas veces los padres sienten preocupación de que su hijo sea estigmatizado por la etiqueta, o se les dificulta aceptar el diagnóstico debido a las implicaciones a largo plazo que éste trae consigo. Aun con tratamiento, la conducta hiperactiva puede existir y tener un efecto negativo en el niño.

Me sentí muy aliviada por el diagnóstico, pero estoy preocupada por el efecto que tiene sobre “Tom”. En una ocasión hizo un dibujo y escribió en él “del niño con TDAH”. Me sentí sumamente triste y traté de explicarles que “el TDAH es algo que tienes, no algo que eres.”

Tratamos de no etiquetar a este niño [...] porque pensamos que una vez etiquetado, no podría salir de ello. Siempre se piensa acerca del niño en el contexto de la etiqueta más que en el contexto de lo que el niño realmente es (ibid, p.339).

La combinación de desatención, impulsividad e hiperactividad contribuye a la incapacidad del niño con TDAH a comportarse de manera satisfactoria en diferentes situaciones. Esta combinación les dificulta considerar alternativas, demorar sus respuestas y reflexionar en lo que sucedió (Barkley, 2002a; Nigg, 2001). Como consecuencia, pueden hacer cosas que provoquen más problemas, en vez de que los resuelvan. La tabla 15-5 presenta algunas de las principales áreas de déficit de los niños con TDAH.

TABLA 15-5

Áreas de deterioro que caracterizan la conducta de los niños con TDAH

1. **Inhibición conductual.** Dificultad para inhibir respuestas e interrumpir actividades mientras se realizan.
2. **Memoria de trabajo.** Dificultad para retener los acontecimientos en la mente, anticipar problemas e imitar secuencias complejas de conducta.
3. **Autorregulación.** Dificultad para controlar sentimientos e impulsos, y ver las situaciones con cierta idea de sus antecedentes y consecuencias.
4. **Orientación al logro.** Dificultad para formular metas y mantenerlas en mente.
5. **Respuesta a la retroalimentación.** Dificultad para atender la retroalimentación proveniente del ambiente, y para utilizar esa retroalimentación para planear la conducta futura.

Grado de la comorbilidad del TDAH con otros trastornos				
Diagnóstico del DSM-IV-TR	Prevalencia (%) de comorbilidad			
	Trastorno negativista desafiante	Trastorno disocial	Ansiedad/depresión	Problemas de aprendizaje
TDAH, tipo con predominio del déficit de atención	11.1	3.7	21.3	13.6
TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo	36.3	8.0	11.5	2.7
TDAH, tipo combinado	49.8	21.5	24.9	10.9
FUENTE: Adaptado de Wolraich y cols., 1998.				

Posibles causas Actualmente se desconocen las causas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Aunque el trastorno común es probablemente el resultado de un conjunto complejo de factores que incluyen la herencia genética, el ambiente, el funcionamiento de varias regiones cerebrales y la actividad neurotransmisora. Los estudios de gemelos han demostrado que existe una mayor similitud en el estado del TDAH en el caso de los gemelos MC (idénticos) en comparación con los gemelos DC (fraternales) (Biederman, 1998). Estudios realizados a los padres también apoyan la idea de que el TDAH se transmite en las familias, debido a que tanto padres como madres de niños con TDAH tienen mucha más probabilidad de ser clasificados dentro de esta categoría que los padres de niños del grupo control (Faraone y Biederman, 1994). Los hermanos de niños con TDAH tienen una probabilidad dos o tres veces mayor de ser diagnosticados con TDAH que los del grupo control. Los parientes de segundo grado (tíos y tías) de los diagnosticados con TDAH también muestran porcentajes más elevados de diagnóstico de hiperactividad que los parientes de los miembros del grupo control. Incluso los parientes biológicos que no cumplieron los criterios para el diagnóstico de TDAH mostraron tener porcentajes más altos de fracasos escolares, problemas para el aprendizaje y deterioro intelectual. Los estudios de adopción sugieren también un componente genético, pues muestran que los padres adoptivos de un niño con TDAH tienen menor probabilidad de tener TDAH que los padres biológicos del niño.

Los estudios de gemelos y familiares sugieren que el TDAH puede tener un componente genético más fuerte en el caso de las niñas que de los niños. En dos terceras partes de las familias que tienen una niña con este diagnóstico, cuando menos uno los padres tuvo diagnóstico de TDAH, mientras que en las familias de los niños menos de la mitad presentaba un padre con este diagnóstico (Smalley y cols. 2000). Esta diferencia puede deberse a que los niños tienen mayores probabilidades de recibir este diagnóstico debido a sus altos niveles de actividad, que pueden ser característicos de esta etapa del desarrollo más que un indicador cierto de un trastorno. Aunque el TDAH parece presentarse en las familias, es importante distinguir entre las causas genéticas y las familiares. Cuanto más cercana sea la relación genética, mayor será la necesidad de compartir el ambiente. Por lo tanto, los factores ambientales no pueden apreciarse únicamente por los datos.

Comprender el papel de los factores genéticos en el TDAH es muy complicado porque este trastorno se presenta frecuentemen-

te junto con uno o varios más, tales como los trastornos disocial, del estado de ánimo y de ansiedad, así como con dificultades de aprendizaje. La tabla 15-6 muestra el porcentaje de veces que uno de estos otros trastornos es diagnosticado junto con el diagnóstico de TDAH. La tabla también muestra que cada uno de los tres tipos de TDAH tiene un patrón diferente de comorbilidad con cada uno de estos trastornos. Estas diferencias han llevado a muchos investigadores a concluir que una variedad de genes en diferentes ubicaciones puede combinarse para producir las conductas asociadas con el TDAH.

Desde las primeras descripciones del TDAH a principios del siglo XX, se ha especulado que el trastorno tiene una base neurológica, o cuando menos, en parte, tiene una base biológica. Esta idea ha sido investigada mediante estudios de imágenes del cerebro enfocados tanto en su anatomía y patrones de actividad como en estudios de electroencefalograma (EEG) que fueron realizados con la idea de que una actividad EEG anormal puede reflejar signos de exceso de actividad del cerebro. En la pasada década, el uso de muchos tipos de neuroimágenes en la investigación del TDAH ha producido resultados conflictivos. Se han encontrado algunas diferencias entre el TDAH y los grupos control, pero ha habido algunas inconsistencias en los estudios (M. Green, 1999).

Los resultados de diversos estudios sugieren que las anomalías en los lóbulos frontales pueden ser importantes en el TDAH. (Lewis, 2002). Además, los niños con TDAH muestran una actividad inusual en una parte del cerebelo asociada con la actividad motora (Anderson y cols., 2002). Esto podría explicar la inquietud en la conducta de los niños con TDAH. También hay evidencia de que el cerebro de los niños con TDAH son de 3 a 4% más pequeños que los de los niños sin TDAH (Castellanos y cols., 2002). No se han encontrado tipos consistentes de anomalías del EEG en niños con TDAH, aunque muchos estudios han detectado algunas diferencias significativas en la actividad de las ondas cerebrales entre dichos niños y los que no tienen ningún diagnóstico. También se ha estudiado la actividad neurotransmisora anormal, especialmente en el caso de los neurotransmisores dopamina y norepinefrina, como una posible causa del TDAH. Hasta ahora la investigación muestra diferencias entre los niños con TDAH y los niños del grupo control, pero al igual que en el caso de los hallazgos del EEG, los tipos de diferencias no son consistentes en todos los estudios. Por lo tanto, aunque la actividad del neurotransmisor puede ser un factor en este trastorno, hasta ahora no queda claro cuál es el papel que desempeña.

TABLA 15-7

Entrevistas relacionadas con el TDAH: tipos de situaciones y respuestas de los padres y del niño

Tipo de situaciones

Jugar con otros
 Hora de la comida
 Vestirse por la mañana
 Mientras se ve televisión
 En lugares públicos
 A la hora de acostarse

Respuestas de los padres y del niño a cada situación

¿Qué es lo que hacen niño en esta situación?
 ¿Cómo se enfrentan con lo que él hace?
 ¿Cuál es el resultado habitual?
 ¿Cómo se sienten con ese resultado?

Los hallazgos de ciertos estudios neurológicos no son lo suficientemente específicos para permitir ninguna medida basada en el sustrato biológico que pueda utilizarse como un instrumento de diagnóstico o como una herramienta de monitoreo para el TDAH (M.Green, 1999). La entrevista puede ser de ayuda para el profesional clínico que realiza el diagnóstico del niño que parece tener problemas de TDAH. Con frecuencia, las entrevistas incluyen preguntas acerca de la respuesta de los padres a un tipo particular de situación (ver la tabla 15-7). Una herramienta de diagnóstico ampliamente utilizada es una lista de chequeo conductual. Se han realizado estudios para ver si el uso de la lista de chequeo puede establecer una diferencia entre los niños diagnosticados con TDAH y los normales. Una revisión de estos estudios mostró que cuando menos dos listas de chequeo enfocadas específicamente en las conductas del TDAH pueden establecer diferencias entre los grupos (Connors, 1997). Sin embargo, las listas de chequeo general no fueron útiles. La utilidad de las listas específicas del TDAH para diferenciar éste de otros trastornos ha sido puesta a prueba únicamente bajo rigurosas condiciones de laboratorio (M.Green, 1999). Deben realizarse mayores trabajos incluso antes de que las listas de chequeo específicas del TDAH puedan convertirse en una herramienta de diagnóstico eficaz que puedan utilizar los médicos generales o el personal de las escuelas.

Tratamiento Los estimulantes y la capacitación conductual son las terapias más adecuadas para ayudar a los niños con TDAH.

Estimulantes El tratamiento que con más frecuencia se utiliza para los niños hiperactivos es el uso de medicamentos estimulantes que afectan el sistema nervioso central, tales como la metilfenidato (Ritalin), dextroanfetamina (Dexedrine) y pemolina (Cylert). Se piensa que entre 80 y 90% de todos los niños diagnosticados con TDAH deben ser tratados con uno de estos estimulantes del sistema nervioso central en algún momento. Antes de que a un niño se le recete un medicamento estimulante, es impor-

tante investigar si la familia tiene un historial de trastorno del estado de ánimo o de suicidio, o si alguno de sus miembros muestra incluso un bajo nivel de síntomas maníacos tales como pensamientos en exceso, euforia o cambios en el estado de ánimo. Lo que pareciera ser TDAH puede ser más bien el resultado de vulnerabilidad al trastorno bipolar. En caso de existir esta vulnerabilidad, el medicamento estimulante puede producir una agitación aguda.

Una gran cantidad de estudios demuestra que, a corto plazo, los medicamentos estimulantes tienen efectos positivos. Hacen efecto rápidamente (pueden observarse efectos en la conducta antes de 30 minutos) y también desaparecen con gran rapidez (de cuatro a seis horas). Su eficacia sigue por lo general una curva de campana o un patrón de curva normal, con el efecto máximo a las dos o cuatro horas, lo cual depende del medicamento utilizado. Este patrón de eficacia tiene implicaciones importantes para los niños dentro del ambiente escolar. La administración del medicamento debe tomar en cuenta el horario de las actividades escolares que provocan dificultades particulares en el niño. Por ejemplo, si un niño tiene problemas con las interacciones sociales en el recreo del mediodía, darle al niño una píldora en el desayuno cinco horas antes o dársela diez minutos antes del recreo no será de mucho beneficio.

Muchos niños tratados con estos medicamentos muestran una mejor conducta dentro salón de clases, pues reducen sus interrupciones y muestran un mejor desempeño en sus tareas escolares, pueden completar mejor el trabajo que se les asigna y hacerlo con mayor exactitud. En general, los niños en edad preescolar y los niños más grandes, lo mismo que los adultos, no se benefician tanto de los medicamentos como sucede en el caso de los niños más pequeños en edad escolar (Cantwell, 1996).

Algunas veces la necesidad de tomar medicamentos, especialmente en la escuela, estigmatiza a un niño. He aquí un resumen de la descripción que un niño hace de sí mismo:

Mi nombre es Denis Rousseau y vivo en Montreal. Soy un niño con TDAH y escribo esta historia de mi vida para que las personas se den cuenta de lo que es ser un niño con TDAH. Como podrán darse cuenta por esto, no vivimos en un jardín de rosas [...] [un problema que tengo] es hacer amigos en escuela. No sé realmente por qué, es sólo que la gente trata de evitarme. [...] sólo hay algo que si pudiera arreglar haría que mi vida fuera perfecta, y eso es probablemente lo mismo que pasaría con muchos otros niños. El problema es que soy un niño con TDAH y tengo que tomar medicinas en ayunas para ayudar a concentrarme y para que me ayuden a no ser tan híper, y me molestan mucho por ello. [...] mi mejor amigo me dijo una vez: "mi familia es demasiado perfecta. Me gustaría que tuvieran sólo uno o dos problemas, como tu familia." Su familia me parece un paraíso. Casi todo el tiempo pienso en una sola cosa. Si tan sólo pudiera ser tan normal como los demás (M. Weiss y cols., 1999, pp. 298,300).

Capacitación conductual Las intervenciones conductuales hacen hincapié en el reforzamiento por parte de los padres y/o los maestros de la conducta de atención, la adhesión a las reglas, la conducta no dirigida por el impulso, el esfuerzo académico y la interacción social. Entre los reforzadores se incluyen normalmente las recompensas y las consecuencias sociales deseadas, tales como los elogios. Un estudio descubrió que este enfoque es especialmente útil para fortalecer las habilidades sociales: por ejemplo

el uso de una afirmación apropiada en situaciones interpersonales (Antshel y Remer, 2003). Otro estudio descubrió que es muy eficaz capacitar a los padres para identificar la conducta que califica para un reforzamiento y enseñarles la forma de proporcionarlo. (Barkley, 2002b).

Un estudio que se extendió durante 14 meses comparó grupos de niños con TDAH que recibían diversos tipos de tratamiento (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b). De particular interés resultan las comparaciones que se realizaron entre los niños que recibían medicamentos, tratamiento conductual y una combinación de estos dos enfoques. Los síntomas TDAH se redujeron en los tres grupos. Por lo general, el medicamento y la combinación de tratamientos produjeron los resultados positivos más sólidos. Sin embargo, el tratamiento conductual fue tan eficaz como el medicamento para niños con TDAH, en los cuales eran muy importantes los síntomas de ansiedad. Además, muchos niños que recibieron tratamiento conductual requirieron de dosis menores de medicamentos que quienes no recibieron tratamiento conductual.

Los clínicos y los investigadores están de acuerdo en que es importante dar asesoría a los padres de niños con TDAH e involucrarlos en el plan de tratamiento y sus aspectos conductuales. Los padres necesitan estar informados acerca del trastorno, esto es, su curso natural, sus posibles causas y el pronóstico posible (bien sea con o sin tratamiento). También deben recibir sugerencias prácticas para el manejo diario de su hijo. Por ejemplo, los padres deben aprender la importancia de las situaciones estresantes que puedan causar dificultades, sobreestimulación y fatiga excesiva. Casi todos los padres aprenden el principio general de estructurar el ambiente del niño de manera que incluya rutinas regulares y un conjunto de límites apropiados para su conducta. La participación de los padres es particularmente valiosa debido a que el hecho de confiar únicamente en los medicamentos puede reducir su interés y el de los maestros en hallar nuevas formas de ayudar.

El TDAH en la edad adulta El porcentaje del TDAH disminuye en la adolescencia, lo cual parece deberse principalmente a una disminución de los niveles de hiperactividad. En el caso de niños que tienen problemas de atención, el TDAH parece persistir mientras crecen. Esta persistencia se encuentra también cuando existe comorbilidad (esto es, cuando una persona cumple los criterios diagnósticos tanto del TDAH como de algún otro trastorno). En estudios realizados a personas que fueron diagnosticados por vez primera con TDAH cuando eran niños, cerca de 50 a 80% continúa cumpliendo con los criterios en la adolescencia, y de 30% a 50% en la edad adulta (G. Weiss y Hechtman, 1993). Como resultado de dichos hallazgos, se modificaron los criterios de este trastorno de manera que pudieran ser también aplicables a los adultos. Por ejemplo, las referencias a “jugar” y “escuela” se expandieron para incluir también el “trabajo”.

Los estudios que dieron seguimiento a los niños diagnosticados con TDAH hasta la edad adulta temprana mostraron que el trastorno frecuentemente persiste y es acompañado por una psicopatología significativa y una disfunción en una etapa posterior de la vida (Biederman, 1998). Por ejemplo, el adulto joven con TDAH está en riesgo de tener fracasos escolares, dificultades emocionales, relaciones deficientes con sus compañeros y problemas con la ley. Sobre todo, los adultos con TDAH tienen mayores dificultades

emocionales, más problemas interpersonales con sus compañeros, más rupturas matrimoniales, peor desempeño en el trabajo y en las calificaciones escolares, y más accidentes automovilísticos. Aunque la proporción hombre/mujer de TDAH en los niños es tan elevada como de 10 o 12 a 1, la relación puede ser sólo de 2 a 1 en la población adulta (Stern y cols., 2002).

Los medicamentos en la infancia no parecen mejorar el resultado en la edad adulta. Cuando los adolescentes adultos que recibieron medicamentos estimulantes por hiperactividad durante su infancia se comparan con sus compañeros que fueron hiperactivos como niños pero que no recibieron dicho medicamento, no muestran diferencia en cuanto a su conducta y ajuste actuales (McMahon, 1994). Sin embargo, en la edad adulta los medicamentos parecen ayudar en la conducta actual. Cerca de 60% de los pacientes adultos que reciben medicamentos estimulantes muestran un mejoramiento de ligero a elevado, en comparación con 10% de los que recibieron algún placebo (Wender y cols., 2001).

Si el TDAH no se diagnostica originalmente en la infancia, puede ser difícil realizar el diagnóstico inicial en la edad adulta, porque los criterios DSM-IV-TR requieren de la detección de ciertas conductas antes de los siete años. Los adultos pueden tener problemas para recordar esa etapa temprana con exactitud (Mannuzza y cols., 2002). Otra dificultad para identificar el TDAH en los adultos es el alto porcentaje de comorbilidad de éste con otros trastornos tales como el trastorno disocial y las dificultades de aprendizaje. La agresión o los problemas de conducta en la infancia hacen más probable la persistencia del TDAH durante la edad adulta.

Los adultos con frecuencia se dan cuenta de que tienen este trastorno sólo cuando uno de sus hijos es diagnosticado con TDAH. En un caso, después de que un niño, Howard, fue diagnosticado con TDAH, su madre telefoneó al clínico y le comentó que había comenzado a pensar si su esposo podría tener también TDAH. Lo describió de la siguiente manera:

[Él] es explosivo en casa. Puede gritar, arrojar cosas, y “explotar”. En varias ocasiones hizo agujeros en la pared con sus puños. Comentó también que lo habían expulsado de la universidad y que tenía problemas para mantener sus empleos debido a quejas acerca de trabajos incompletos (L.B. Silver, 1999, p.231).

Como resultado de su llamada, después de describir el problema de Howard y de proponer un plan de tratamiento, el clínico mencionó que era probable que si un niño tenía TDAH uno de los padres pudiera padecer también el trastorno. El padre de Howard comentó que había estado pensando que la forma en que él se había comportado cuando era niño es muy parecida a la de Howard, y que se había dado cuenta de que continuaba siendo hiperactivo, distraído e impulsivo. Estuvo de acuerdo en presentarse para una evaluación, y cuando quedó claro que cumplía con el diagnóstico del TDAH como adulto se le recetó un medicamento estimulante. También comenzó a trabajar con un terapeuta, quien lo ayudó con sus problemas relacionados con el trabajo. Su esposa informó más tarde que parecía comportarse de manera mucho más relajada y que había dejado de perder los estribos cuando estaba en casa.

Henry es un ejemplo de alguien que sabía que tenía un problema, pero que ni él ni los profesionales pudieron identificar hasta que su hijo fue diagnosticado con TDAH.

Aunque le encanta estar en su taller, durante años Henry ha dejado inconclusas docenas de proyectos e ideas de carpintería buscando realizar algunas nuevas que nunca termina. Su garaje está lleno de pilas de madera y él y su esposa bromean acerca de hacer una gran fogata. Todos los días, Henry enfrentaba la real frustración de no ser capaz de concentrarse lo suficiente para terminar una tarea. Lo habían despedido de su trabajo como encargado de inventario debido a que perdía artículos del mismo y a que llenaba descuidadamente los formularios. A lo largo los años sintió miedo de estar volviéndose loco. Visitó psicoterapeutas y trató con varios medicamentos pero con ninguno de ellos logró concentrarse (National Institute of Mental Health, 1996, p. 4).

Si los problemas de atención son el principal síntoma (como lo fue para Henry), entonces el TDAH es menos factible de identificarse en la población adulta. Una vez identificado el problema, Henry encontró que la medicación con estimulantes constituyó una gran diferencia en su capacidad para concentrarse.

La controversia sobre el TDAH. El TDAH infantil y de adultos tiene muchos misterios. En el año 2000, el U.S. National Institute of Mental Health presentó una declaración que reflejaba los puntos de vista de 31 expertos (*National Institutes of Mental Health Consensus Development Conference Statement*, 2000). Los expertos concluyeron que la diversidad de opiniones acerca de TDAH hace surgir preguntas relativas a la naturaleza del trastorno y a la forma en que se evalúa. Sin embargo, la investigación relacionada con el uso de estimulantes y con el tratamiento conductual es alentadora, y el progreso en la genética, las imagenología cerebral y la neuroquímica puede ayudar a comprender la biología del trastorno. Es muy posible que algunas de las controversias acerca del TDAH surjan debido a que hoy en día se considera un trastorno. En TDAH puede conceptualizarse de mejor manera como un grupo de diferentes trastornos con una apariencia común de forma superficial.

Trastorno negativista desafiante

En algunas ocasiones, los niños o los adolescentes pueden comportarse de forma negativista, desafiante, desobediente u hostil ante la figura de autoridad. Si esta conducta es lo suficientemente severa para interferir con el funcionamiento del niño y sus relaciones con los demás, puede diagnosticarse como **trastorno negativista desafiante (TND)**. Al leer los criterios del DSM-IV-TR que se presentan en la tabla 15-8, puede parecer que todos los niños actúan de esa forma en alguna ocasión. Los límites entre una discusión normal, por ejemplo, y algo que puede cumplir con los criterios diagnósticos no pueden definirse claramente. Por esta razón, el DSM-IV-TR requiere también que estas conductas no sólo se presenten a menudo, sino que ocurran con mayor frecuencia de lo que se considera normal para los niños de edad y nivel de desarrollo comparables. Debido a que el grado y la frecuencia, considerados normales, de cada una de estas conductas no se definen, nuevamente, como con los criterios del TDAH, en gran medida depende de lo que la persona que está haciendo el diagnóstico piense que es una conducta normal para niños de ciertas edades. Esto puede ser un problema cuando un clínico utiliza sólo los reportes de pa-

TABLA 15-8

Criterios diagnósticos del trastorno negativista desafiante

1. Un patrón que incluye una conducta negativista, desafiante y hostil que dura por lo menos seis meses e *incluye la presencia frecuente de al menos cuatro* de las siguientes conductas durante ese periodo (tome nota de que *frecuente* significa *con mayor frecuencia* que la conducta normalmente observada en las personas de edad y desarrollo comparables):
 - a. Pierde los estribos
 - b. Discute con los adultos
 - c. Desafía activamente o se rehúsa a cumplir con las demandas o reglas de los adultos
 - d. Molesta deliberadamente los demás
 - e. Acusa a otros de sus propios errores o mal comportamiento
 - f. Se siente fácilmente molesto ante los demás, susceptible
 - g. Es colérico y resentido
 - h. Es rencoroso o vengativo
2. Estas conductas provocan un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico o laboral.
3. Las conductas no se presentan exclusivamente como parte de un trastorno psicótico o trastorno del estado de ánimo.
4. No se cumplen los criterios de trastorno disocial o, si la persona tiene 18 años o más, de trastorno antisocial de la personalidad.

FUENTE: Adaptado de DSM-IV-TR.

dres o maestros, más que combinar esta información con otras fuentes de datos, especialmente observaciones conductuales.

Es importante al evaluar la conducta de los niños pequeños, en particular, tener en mente los cambios normales en la conducta que se presentan a lo largo de las etapas de desarrollo. Por ejemplo, en el periodo que era conocido como “los terribles dos”, los niños se comportan normalmente de una forma sumamente negativista en muchas ocasiones y sus padres pueden llegar a pensar algunas veces que “no” es su palabra favorita. Esta conducta es normalmente un reflejo del creciente sentimiento de competencia de los niños, y aunque puede ser temporalmente difícil vivir con ello, es un signo de desarrollo normal. A menos que los padres estén conscientes de estos patrones de desarrollo, pueden correr el riesgo de etiquetar de manera equivocada a su hijo, creándole un problema más que resolviéndoselo. Cuando se presenta el TND en los últimos años de preescolar, entre los cuatro y cinco años puede ser un indicador de alto riesgo de problemas posteriores, especialmente si se presentan junto con el TDAH (Speltz y cols., 1999). Sin embargo, en el seguimiento de cuatro años de niños diagnosticados tanto con TDAH como con TND, sólo la mitad continuaron dosificados con TND y uno solo del grupo (2.3%) desarrolló trastorno disocial. Por lo tanto, aunque el trastorno disocial (que se comenta en la siguiente sección) puede estar precedido por el TND, sólo una minoría de los niños que han sido diagnosticados con TND continúa desarrollando un trastorno disocial. Los niños con TND muestran una conducta de disputa y desobediente, pero a diferen-

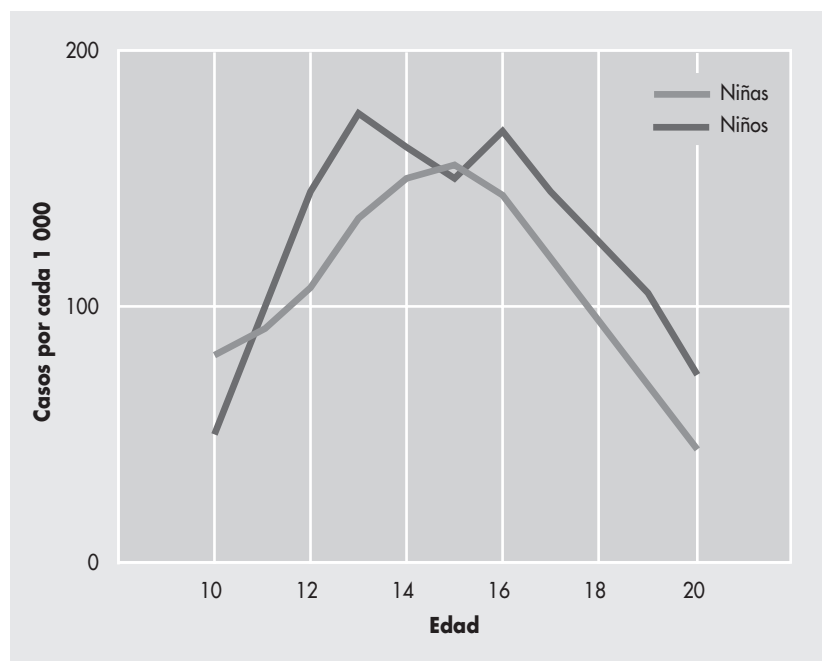


Figura 15-3 La frecuencia del trastorno negativista desafiante varía de acuerdo con las edades de los niños evaluados. Aunque existen algunas diferencias entre los sexos, son menos marcadas que las que se encuentran en algunos otros trastornos.

FUENTE: P. Cohen y cols. (1993b), p. 859.

cia de los niños con trastorno disocial pueden estar atentos a los derechos de otros.

La figura 15-3 muestra los porcentajes de TND por edad y sexo. Dos aspectos destacan en esta gráfica. El primero es que el trastorno no se diagnostica comúnmente antes de los 10 años, tienen su punto más alto a mediados de la adolescencia, y se diagnostica en muy pocas ocasiones entre la población adulta. El segundo es que no existe una gran diferencia entre los porcentajes de TND entre niños y niñas, a pesar de que el de los niños siempre es mayor. Esta proporción entre los sexos contrasta de manera importante con la reportada para el TDAH, en donde el número de casos de niños es mucho mayor que el de niñas a lo largo de la infancia tardía y de la adolescencia.

El siguiente caso ilustra el nivel de seriedad de la conducta negativista desafiante que se requiere para justificar un diagnóstico de TND. La madre de Jeremy lo llevó a una clínica de salud mental cuando tenía nueve años debido a que cada vez desobedecía más y presentaba más problemas en la escuela.

Varios eventos que se presentaron durante el mes anterior habían convencido a la mamá de Jeremy de que debía hacer algo acerca de su conducta. Algunas semanas atrás había insultado a su maestra por lo que lo habían suspendido de la escuela durante tres días. La semana anterior fue reprendido por la policía por andar en patín del diablo a media calle, algo de lo que su madre le había advertido en varias ocasiones. Al día siguiente no utilizó los frenos de pedal de su bicicleta y se estrelló contra la ventana de una tienda haciéndola mil pedazos. No se le había atrapado por ninguna otra acción seria, aunque en otra ocasión rompió una ventana cuando andaba en bicicleta con un amigo. Jeremy había sido difícil de manejar desde que estaba en preescolar. A partir de aquella época los problemas fueron incrementándose poco a poco. En cualquier lugar que se encontrara sin supervisión cercana, seguramente se metía en problemas. Ha sido reprendido en la escuela por molestar y golpear a otros ni-

ños, hacerlos tropezar y ponerles apodos. Se le describe como irritable y malhumorado, aun cuando algunas veces parece disfrutar de la escuela. En muchas ocasiones parece estar tratando deliberadamente de molestar a otros niños, aunque siempre alega que los otros comenzaron. No se involucra en peleas serias, pero ocasionalmente intercambia una serie de puñetazos con otro niño (Spitzer y cols., 1989, pp 307-308).

Los factores familiares pueden jugar cierto papel en el TND. Parece ser más común en las familias en las que cuando menos uno de los padres tiene un historial de TND, trastorno disocial, TDAH, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno relacionado con el uso de sustancias o trastorno del estado de ánimo. Los conflictos maritales severos dentro de una familia se asocian también con el TND. Los factores de la relación padre-hijo que pueden estar relacionados con el TND son la disciplina paterna excesivamente severa o la disciplina poco sólida, así como la falta de involucramiento de los padres con sus hijos y con la educación de éstos. Otros factores que pueden ser importantes son las formas en las que los padres ayudan a sus hijos a socializar y a aprender a modular su conducta de acuerdo con las demandas de la situación. En general, las prácticas de crianza negativas y los trastornos psiquiátricos de la madre, predicen que el TND continuará durante largo tiempo (August y cols., 1999). Los programas de capacitación para padres pueden reducir la conducta infantil negativista y también mejorar las habilidades de los padres y reducir los sentimientos maternos de estrés. En un estudio, por ejemplo, seis meses después de haber terminado el programa de capacitación, las mejorías entre los padres y entre los niños permanecían estables (Danforth, 1998).

Trastorno disocial

El **trastorno disocial** tiene frecuentemente consecuencias más serias que el TND debido a la violación de importantes normas de la

TABLA 15-9

Características conductuales del trastorno disocial

Tres o más de estas conductas deben haber estado presentes en los últimos 12 de meses, y por lo menos una, en los últimos seis meses.

1. *Agresión hacia las personas*, tal como amenazas, intimidación, uso de armas, crueldad física, actividad sexual forzada, asalto, robo de bolsas y agresión hacia los animales.
2. *Destrucción de la propiedad*, tal como incendios y otros tipos de destrucción deliberada de la propiedad.
3. *Fraudulencia o robo*, lo cual incluye forzar la entrada a casas o automóviles, atraer con engaños a otros para obtener bienes, robo de artículos de valor.
4. *Violaciones graves de normas*, tales como quedarse fuera de la casa toda la noche sin autorización de los padres antes de los 13 años de edad, fugarse de casa y ausentismo escolar injustificado antes de los 13 años de edad.

Estas conductas deben ser lo suficientemente severas como para causar deterioro de la actividad social, escolar o laboral. En el caso de los mayores de 18 años de edad, el trastorno disocial se diagnostica sólo si el individuo no cumple con los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

sociedad y a la falta de respeto por los derechos de los demás. Las conductas persistentes típicas del trastorno disocial incluyen acciones agresivas que amenazan o provocan daño a personas o animales, conducta no agresiva que provoca daños a la propiedad, fraudulencia o robo, y violaciones graves de normas. Varias de estas conductas características deben haberse presentado durante el último año, y cuando menos una en los pasados seis meses para poder diagnosticar el trastorno disocial. La tabla 15-9 enumera las características conductuales del trastorno disocial. El requisito de tres o más criterios de conducta puede, en algunos casos, dejar fuera lo que podría ser con toda seguridad un problema serio de conducta. Por ejemplo algunos niños que son piromaniacos pueden no cumplir con los criterios para diagnosticar el trastorno disocial (ver el cuadro 15-1).

La agresión física, aunque no está presente en todos los casos de trastorno disocial, es un problema común y la causa de muchas lesiones e incluso muertes. Aproximadamente 15% de los estudiantes de bachillerato reportan haber participado en una pelea física dentro la escuela en los últimos 30 días (Larson y Lochman, 2002). La intimidación es un problema importante en muchas instituciones educativas (Juvonen y Graham, 2001). La agresión física temprana predice dificultades posteriores. Los niños que muestran niveles elevados de agresión física durante la infancia, tienen mayor probabilidad de ser agresivos en etapas posteriores de la vida (Brame y cols., 2001). Existe evidencia de que el tratamiento que incluye ayudar a los padres a enfrentar el estrés y a enseñarles mejores habilidades paternas reduce la conducta antisocial y agresiva de los niños. Este dato sugiere que una relación padres-hijo deficiente caracteriza muchos de estos casos (Kadzin y Whitley, 2003).

El caso de un niño de 12 años, Jake, es un ejemplo típico de las conductas que se encuentran en muchos casos del trastorno disocial. Jake fue llevado para una evaluación completa como paciente externo a una clínica de salud mental por su madre y su padrastro, quienes informaron que habían intentado muchas formas de disciplina, pero que ninguna parecía ser de ayuda para lograr los cambios en su conducta. Estaban también preocupados debido a que su desempeño escolar era muy deficiente y que actualmente repetía el sexto grado. Debido a que parecía tener dificultad para prestar atención y mostraba la clase de conducta hiperactiva asociada con el TDAH, Jake había recibido tratamiento con el medicamento estimulante Ritalin durante el año anterior. Sin embargo, debido a que parecía no tener efecto sobre su conducta, el médico lo había discontinuado.

Jake tenía un largo historial de problemas de conducta en la escuela desde que entró a preescolar. Había recibido frecuentes llamadas de atención y suspensiones escolares a lo largo de todo este tiempo, por cosas como desobedecer, responder y discutir con los profesores y no acatar las reglas del salón de clases (por ejemplo, no quedarse en su asiento, hablar sin que se le preguntara). Sin embargo, estos problemas de conducta habían incrementado su severidad conforme Jake crecía y progresaban hacia problemas de conductas más graves como pelear y mentir. Sus padres se sentían tan frustrados con su conducta y falta de respuesta a sus intentos disciplinarios que consideraban enviarlo a una escuela militarizada, dependiendo del resultado de la evaluación psicológica (Frick, 1998, p.124).

La prevalencia del trastorno disocial se ha incrementado a lo largo de los últimos cincuenta años, cuando menos en los países industrializados (Robins, 1999). Aunque el trastorno disocial parece presentarse en todas las culturas, su nivel de ocurrencia puede variar de una cultura a otra. A pesar de esta diferencia, los factores que predicen un trastorno disocial y su resultado a largo plazo son muy similares a lo largo tanto del lugar como del tiempo. No sólo los niños tienen mayor probabilidad que las niñas de recibir este diagnóstico, sino que el patrón de edad es diferente. En el caso de los varones de entre 10 y 20 años, el porcentaje es mucho más elevado a los 10 años, punto a partir del cual comienza a disminuir. En el caso de las niñas, la mitad de la adolescencia presenta un pico para esta conducta aunque el porcentaje global sigue siendo menor que en el caso de los niños. Quienes continúan cumpliendo los criterios del trastorno disocial al final de la adolescencia están en alto riesgo de desarrollar una conducta antisocial y de presentar abuso de sustancias. La figura 15-5 muestra que los porcentajes de trastorno disocial tienen un patrón diferente a los porcentajes de TND, mostrados en la figura 15-3.

Los estudios longitudinales mostraron que la edad en que surge el trastorno disocial se relaciona con la seriedad de los trastornos antisociales y de otro tipo durante la edad adulta. Cuando aparecen durante la infancia se les asocia con mayor fuerza con la conducta criminal adulta, el trastorno mental, la violencia y el abuso de sustancias que cuando surge durante la adolescencia (Moffitt y cols., 2002). En un estudio, 76% de los hombres y 30% de las mujeres con un historial de problemas de conducta infantiles tuvieron un registro criminal, un diagnóstico de trastorno mental (normalmente por abuso grave de sustancias), o ambos problemas, antes de los 30 años (Kratzer y Hodgins, 1997).

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

Provocar incendios

Los incendios que provocan los niños son un problema grave que no ha recibido suficiente atención. Los niños provocan más de 65 000 incendios por año, que causan aproximadamente 300 muertes y más de 2100 heridos. Los costos por daños directos a la propiedad son de cientos de millones de dólares (Kolko, 2002). ¿Quiénes son estos pequeños incendiarios? Su estilo emocional parece estar marcado por sentimientos de ira y el deseo de venganza. Para ellos, provocar incendios es una manera de expresar sentimientos acumulados de ira, venganza y agresión de los cuales pueden estar conscientes sólo en forma parcial (ver la figura 15-4). Con frecuencia, los incendios que provocan los niños pequeños son de objetos y posesiones de las personas a las que va dirigido su ira. Los incendiarios jóvenes tienden a provenir de hogares uniparentales o de familias donde uno de los padres, típicamente el papá, se encuentra ausente por largos periodos (Gaynor, 2002). A menudo, los niños de primaria que provocan incendios tienen grandes problemas académicos y conductuales en la escuela. El siguiente caso muestra las diversas características que se observan en los incendiarios jóvenes.

Frank es un niño de 10 años de edad que vive con su mamá y su hermana de 11 años



Figura 15-4 Con frecuencia, los jóvenes incendiarios no pueden entender o comunicar la razón por la que provocan incendios.

en un área urbana de clase media baja. La mamá y el papá de Frank se divorciaron hace ocho años. La mamá vive con un hombre que, ella dice, es muy generoso con su familia. Le gusta pasar tiempo con los niños, pero puede ser muy rígido y demasiado disciplinario, en particular cuando Frank hace algo que no le agrada. Recientemente la mamá se separó de él debido a que abusaba físicamente de ella. En varias ocasiones Frank fue testigo de este abuso y también puede haber sido víctima de él. Sin embargo, cuando les preguntaron, tanto la mamá como Frank negaron que alguna parte del abuso físico hubiera afectado a éste.

La mamá de Frank empezó a observar algunos problemas conductuales de su hijo durante el tiempo de la separación. Su capacidad para concentrarse se redujo dramáticamente, y la escuela envió reportes que indicaban que Frank había participado en peleas con sus compañeros. En su casa Frank tenía frecuentes arranques de ira durante los cuales se enojaba tanto que destruía sus juguetes. También era

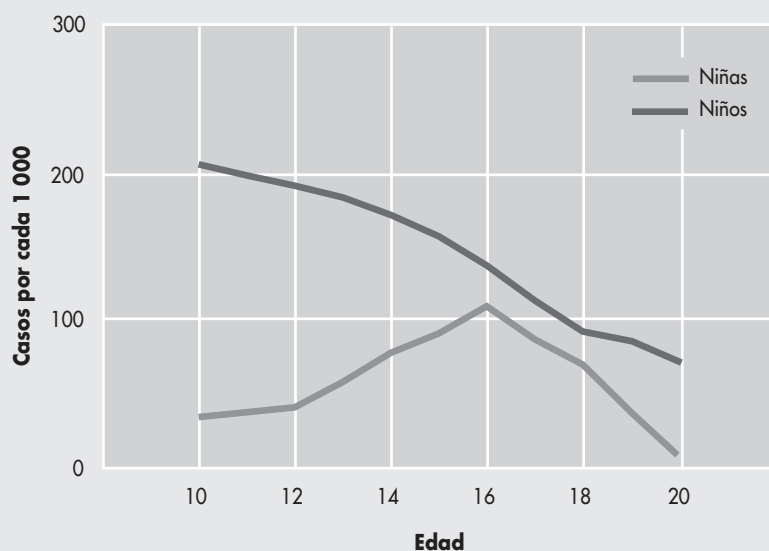


Figura 15-5 El porcentaje del trastorno disocial en niños se reduce gradualmente de los 10 a los 20 años. Entre las niñas, el patrón es diferente: alcanzan el porcentaje máximo a los 16 años.

FUENTE: P. Cohen y col. (1993b), p. 859.

CUADRO 15-1

verbalmente agresivo y hostil con su hermana. Por lo general causaba problemas tanto en la escuela como en el hogar. Su mamá comentó que esta conducta no era usual en Frank y que estaba muy preocupada por su bienestar.

Además, dijo que él comenzó a sentir curiosidad por el fuego desde los tres años, cuando lo encontró jugando con cerillos en la cocina. En ese momento le enseñó como prender un cerillo en forma correcta. Juntos practicaban cómo encender cerillos, apagarlos y tirarlos en la chimenea. Sin embargo, le dijo a Frank que no debía jugar con ellos. También lo motivó a ir con ella si en algún momento sentía la necesidad de prender un cerillo para que lo hicieran juntos. A pesar de estas reglas sobre prender fuego, durante las últimas semanas, la mamá de Frank encontró algunos pedazos de periódico quemado en la chimenea. Una tarde llegó temprano del trabajo justo a tiempo para ver a Frank enrollando algunas hojas de periódico, prenderles fuego y aventarlas en la chimenea. Ella se enojó y le describió las posibles consecuencias de lo que podría pasar si el periódico en llamas quemaba accidentalmente la casa.

El más reciente episodio de fuego de Frank involucró quemar su avión a escala en la cocina y correr con él a la chimenea de la sala. Desafortunadamente no llegó a

tiempo a la chimenea y el avión en llamas cayó en la alfombra y provocó un pequeño incendio. Asustado y confundido corrió fuera de la casa y gritó para que lo ayudaran. Por suerte su mamá estaba cerca y escuchó sus gritos. Frank y ella corrieron a la casa y juntos pudieron apagar el fuego (Gaynor, 2002, p. 715).

Por fortuna, en esta ocasión la piromanía de Frank no causó un daño importante.

La frecuencia de sus incendios aumentó y se intensificó alrededor del momento en que su mamá se separó de su actual pareja. Esto sugiere que puede existir una relación entre su conducta incendiaria y la discordia y separación de su familia. También puede ser que haya estado probando los límites de la autoridad de su mamá y, al mismo tiempo, pidiéndole que le preste más atención. Su conducta piromaníaca puede representar un “grito de ayuda”, aun cuando pudiera no ser capaz de entender o expresar su dolor y conflicto. En el caso de Frank, y en muchos otros, provocar incendios puede ser visto como un intento para crear algún tipo de cambio en el entorno, donde las conductas alternativas motivadas por la necesidad de cambio probaron no ser eficaces. Por lo regular, los incendiarios son individuos que no han sido capaces de desarrollar conductas apropiadas necesarias para expresar y satisfa-

cer sus necesidades emocionales y sociales. Para algunos niños, provocar incendios parece ser una forma de hacer valer su dominio y control sobre el ambiente.

La psicoterapia individual y familiar son los dos enfoques principales para tratar a los niños piromaníacos. El objetivo principal de la psicoterapia individual consiste en eliminar de manera inmediata la conducta piromaníaca, otorgándole importancia secundaria a los problemas subyacentes. La terapia cognitivo-conductual y la terapia conductual son los enfoques de tratamiento mejor desarrollados. Los objetivos principales de la terapia cognitivo-conductual son enseñar a los niños a reconocer el deseo de provocar un incendio, interrumpir la conducta antes de que empiece y sustituirla por tipos de conducta socialmente apropiados para expresar las emociones subyacentes.

Se ha realizado relativamente poca investigación sistemática respecto de la piromanía en niños. La mayoría del trabajo sobre este tema consiste en estudios clínicos con poca atención a la metodología científica rigurosa. Los temas que requieren más investigación son la epidemiología de la piromanía, el estudio longitudinal de niños que provocan incendios y la evaluación comparativa de los diferentes enfoques terapéuticos.

Tanto el TDAH como el TND se asocian muchas veces con el desarrollo posterior de un trastorno disocial en la adolescencia. Los niños diagnosticados con el tipo combinado de TDAH tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno disocial que los niños que pertenecen al tipo con predominio del déficit de atención. (Eiraldi y cols., 1997). Los niños con trastorno disocial tienen mayor probabilidad de padecer también otros trastornos además del TDAH y el TND. Frecuentemente son diagnosticados con algunas conductas internalizadas que se comentarán más adelante en este mismo capítulo, incluyendo conducta de aislamiento, ansiedad y depresión. Se estima que alrededor de 70% de los niños con trastorno disocial tienen también alguno de estos otros diagnósticos (Hemphill, 1996).

Causas del trastorno disocial El porcentaje de trastorno disocial es mucho más elevado en las familias que están sometidas a estrés por conflictos y pobreza y en las que uno o ambos padres tienen un trastorno psiquiátrico, como personalidad antisocial o alcoholismo. Se han investigado varios factores para determinar cuáles, específicamente, son los que ponen en un riesgo especial a los niños que crecen en familias de este tipo. Esto incluye vulne-

rabilidad o predisposición con influencia genética, falta de habilidades sociales y académicas, y factores en el ambiente familiar como pueden ser habilidades paternales deficientes.

Factores genéticos La conducta antisocial en la infancia predice una conducta similar en la descendencia de la persona. Este efecto puede continuar durante varias generaciones. Los abuelos de delinquentes tienen mayor probabilidad de haber mostrado una conducta criminal o delictiva que los abuelos de quienes no son delinquentes (Glueck y Glueck, 1968). Dichos hallazgos no pueden determinar si el ambiente familiar, los factores genéticos o alguna combinación de los dos, producen este efecto. El papel de los factores genéticos está apoyado por estudios de adopción que han demostrado que el trastorno disocial de los adoptados (así como el trastorno antisocial de la personalidad y el abuso de drogas) está más relacionado con los antecedentes biológicos que con las condiciones de la familia adoptiva (Cadoret y cols., 1995). Sin embargo los datos provenientes de un amplio estudio realizado a gemelos que fueron llamados al servicio militar en la era de Vietnam mostraron que los factores genéticos no parecían contribuir a los síntomas del trastorno disocial, aunque predijeron la similitud de los gemelos en la dependencia a la marihuana y al alcohol (True,

y cols., 1999). El ambiente familiar contribuyó enormemente al trastorno disocial y en menor medida al riesgo de dependencia al alcohol o la marihuana. El grado en que contribuyen los factores genéticos al trastorno disocial, que no se presenta junto con otros trastornos, sigue siendo poco claro en la actualidad. Cuando el trastorno disocial se presenta junto con el TDAH o la dependencia de sustancias, o con trastornos como el negativista desafiante, el lazo genético puede ser más fuerte (Comings, 2000). Es probable que existan dos tipos de trastorno disocial: uno que es transitorio y se desvanece al final de la adolescencia y otro que persiste. El segundo tipo se presenta muchas veces junto con otros trastornos y es probable que tenga algunos determinantes genéticos. El primer tipo parece estar relacionado más con los estilos de crianza, los pares, y otros factores del ambiente.

Factores parentales Los investigadores han estudiado la contribución de la calidad del ambiente familiar para la estabilidad de la conducta del trastorno disocial en familias a lo largo de generaciones. Las familias de niños con trastorno disocial pueden haber experimentado una cantidad superior al promedio de acontecimientos negativos en su vida, por ejemplo, dificultades financieras, desempleo y otros problemas de ese tipo. También es probable que tengan pocas fuentes de apoyo social, y que estén involucrados en conflictos crónicos con otros miembros de la comunidad. (Jaffee y cols., 2003; McMahon y Estes, 1997). Además, los padres de niños con trastorno disocial presentan con mayor frecuencia déficit importantes en sus habilidades parentales. Por lo tanto, los niños y adolescentes con problemas disociales y conductas delictivas parecen tener diferentes experiencias familiares que los niños sin esos problemas. Quizás como resultado de esto, los niños de estas familias parecen aprender a usar las conductas coercitivas en las interacciones familiares, y transferir estas técnicas a sus contactos fuera del círculo familiar. Para los padres que desean participar, los programas de capacitación parental basados en la conducta pueden ser de mucha ayuda para disminuir las conductas relacionadas con el trastorno disocial, particularmente si los niños involucrados son pequeños o preadolescentes.

Falta de habilidades sociales y académicas Por lo general, los niños con trastorno disocial tienen relaciones deficientes con sus compañeros. Esto no debe sorprendernos, dada la naturaleza antisocial de su conducta, pero parecen estar en una desventaja todavía mayor debido a que también carecen de habilidades sociales adaptativas. Esta carencia abarca varias áreas. Tienen dificultades para poner atención y percibir la información social; en vez de esto, responden rápidamente a una situación problemática sin considerar las señales sociales disponibles. También parecen tener representaciones mentales inadecuadas y desviadas de las señales sociales proporcionadas por otros. Debido a esta deficiencia, tienden a etiquetar de manera inadecuada las emociones de otros, y a atribuir intenciones hostiles a los demás, especialmente cuando la situación es de cierta forma ambigua. Otra dificultad asociada con el trastorno disocial es una falta de habilidades para resolver problemas de manera adaptativa. Más que utilizar estrategias socialmente apropiadas para resolver problemas, por lo general los niños con trastorno disocial enfrentan las dificultades con res-

puestas agresivas y otras violaciones a los códigos de conducta socializada, por ejemplo, mediante el empleo del soborno para obtener una meta.

Los niños con trastorno disocial tienen muy poco reforzamiento positivo por parte de sus compañeros y dentro del ambiente relacionado con la escuela, debido a que además de sus habilidades sociales inadecuadas, tienden a tener malos resultados académicos. En particular, las dificultades de lectura y especialmente para prestar atención interfieren con su desempeño académico. Algunos de los problemas académicos pueden estar relacionados con problemas de funcionamiento del sistema nervioso o del cerebro.

Tratamiento Probablemente el tratamiento más eficaz para el trastorno disocial es la prevención. Entre las medidas preventivas se pueden mencionar la de ayudar a los niños a desarrollar habilidades que les permitan tener experiencias exitosas, tanto cuando son pequeños como cuando atraviesan distintas etapas de crecimiento. Para que la construcción de estas habilidades sea de ayuda, debe tomarse en cuenta la forma en que el niño acostumbra evaluar las situaciones. Una diferencia interesante entre los niños agresivos y los no agresivos es que los primeros muestran una mayor distorsión al interpretar las causas de las interacciones sociales. En situaciones en las que la causa no es obvia —por ejemplo, ser golpeado por la espalda con una pelota— los niños agresivos tienen mayor posibilidad de interpretar este evento como un acto hostil. Algunas veces su respuesta puede ser provocada por experiencias pasadas. Por ejemplo, un psicólogo reportó el siguiente incidente:

Estoy tratando a un adolescente agresivo llamado Rocky dos veces por semana y lo haré por un largo periodo. Habíamos construido una relación cálida y buena. Un día vi a Rocky en el vestíbulo y me acerqué a él por atrás mientras platicaba con un compañero. Lo toqué en el hombro y comencé a saludarlo cuando se dio la vuelta e impulsivamente me golpeó en la mandíbula. Tan pronto se dio cuenta de a quién había golpeado, comenzó a disculparse profusamente diciendo que había pensado que se trataba de otro paciente del pabellón. Me quedó dolorosamente claro que Rocky tenía sus sentidos siempre listos para percibir un ataque de otro (Dodge, 1985, p. 93).

Cuando se aplica una intervención cognitivo-conductual para enfrentar este tipo de problema, un niño puede aprender a revisar mentalmente las respuestas a una serie de preguntas antes de actuar. Estas preguntas incluyen no sólo lo que llevó a la situación y lo que sucedió, sino también los resultados a corto y largo plazo de la respuesta que pueda haber habido. El niño puede practicar la habilidad de revisión cognitiva escuchando primero cuidadosamente al instructor revisar en voz alta los pensamientos apropiados para enfrentar una situación en particular, y después replanteándose verbalmente a sí mismo los pensamientos adecuados. A medida que los niños aplican esta técnica en otras situaciones, se les enseña a comenzar expresando sus pensamientos en voz alta. Por ejemplo, puede enseñarse a un niño a utilizar el siguiente procedimiento para “pensar en voz alta” cuando se da cuenta de que le falta un lápiz:

“Ay, me falta mi lápiz. Creo que Ronald lo tiene. Ahora, antes de ir y quitárselo, déjame pensar qué fue lo que sucedió. Lo haré en voz alta, tal

como me lo enseñó mi instructor. Veamos, primero me preguntaré a mí mismo qué sucedió. Bien, perdí mi lápiz y Ronald lo tiene. Ronald pudo habérselo robado. O simplemente puede haberlo encontrado y estar usándolo. También es probable que no sepa que es mío. Me pregunto qué es lo que Ronald está pensando. Creo que puedo preguntarle. No estoy seguro de que este enfoque sea el correcto, pero no quiero pelearme. Quiero seguir siendo amigo de Ronald porque jugamos juntos básquetbol. Así que le daré el beneficio de la duda. Probablemente sólo lo encontró. Le voy a pedir que me lo devuelva” (Dodge, 1985, p.101).

Para que esta clase de enfoques sea eficaz, el niño debe tener una cálida relación de trabajo con el clínico o con otra persona con la que él pueda tener una serie de encuentros sociales positivos, los cuales deben presentarse una y otra vez para demostrar al niño que sus expectativas negativas iniciales no eran exactas. Aun cuando puede resultar difícil para el niño generalizar la experiencia hacia otras personas, especialmente sus compañeros.

Los padres pueden ser fuerzas muy eficaces para el cambio de la conducta, pero pueden requerir de ayuda. La capacitación de los padres ha sido eficaz para evitar que el trastorno negativista desafiante se convierta en un trastorno disocial más serio o en un trastorno de adultos relacionado con la conducta antisocial y agresiva. Uno de los primeros y mejor conocidos programas de capacitación para padres, desarrollado por Gerald Patterson (1975, 1982), utiliza un enfoque conductual. Este enfoque, diseñado para evitar las interacciones coercitivas entre padres e hijos funciona con mayor eficiencia con los niños en edad preescolar y primaria.

Trabajar tanto con niños como con padres de familia puede ser particularmente importante para prevenir un trastorno disocial. En un estudio realizado a niños de entre cuatro y ocho años con un surgimiento temprano de problemas de conducta, se evaluaron varias clases de intervenciones (Webster-Stratton y Hammond, 1997). La evaluación incluyó capacitación exclusiva para los padres, capacitación exclusiva para los niños y una capacitación combinada de padres e hijos. Aunque cada uno de estos tratamientos fue más eficaz que un estado de lista de espera o control, la condición de capacitación combinada padre e hijo produjo la mejora más significativa en la conducta del niño cuando se realizó un seguimiento un año después. Las evaluaciones conductuales basadas en observaciones de los niños mientras interactuaban con amigos, mostraron que tanto el manejo de conflictos como las habilidades para la resolución de problemas fueron superiores en los niños de los grupos de capacitación combinada. Estos resultados indican que sólo trabajar con los niños con trastornos disocial u otro tipo de problema conductual no resulta tan eficaz como trabajar tanto con niños como con padres. El mejoramiento de las habilidades de los padres parece ser un factor clave para reducir los problemas de conducta, especialmente en el caso de los niños más jóvenes. Una gran ventaja de los programas de capacitación de padres es que les permite actuar como terapeutas en el ambiente natural de niño. Sin embargo, una dificultad con este tipo de programa es que existen múltiples problemas en familias con un niño en riesgo de padecer trastorno disocial. Este peligro dificulta lograr el interés de los padres, e incluso aunque estén interesados, puede resultarles difícil llevar a cabo el programa. La tabla 15-10 enumera los

TABLA 15-10

Objetivos deseables en programas de tratamiento de trastornos de la conducta

1. Habilidades sociales y de comunicación
2. Manejo de la ira
3. Establecimiento de metas, automonitoreo y planeación
4. Capacitación para padres sobre la forma de tratar a sus hijos
5. Sesiones de refuerzo para prevenir recaídas
6. Colaboración con escuelas, si es necesario

ingredientes que han probado su eficacia en el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno disocial.

En programas eficaces de tratamiento para niños con trastorno disocial, un factor común parece ser positivo: el apoyo social proveniente de una o más relaciones cercanas. Este apoyo parece ser una de las principales formas de prevenir inicialmente un trastorno disocial, y de evitar que se convierta en un trastorno más serio durante la edad adulta. Aunque un trastorno disocial parece ser parte de una cadena que lleva a una asociación con un grupo de compañeros descarriados a mediados de la adolescencia, seguido por una conducta antisocial más seria como adulto, las personas con trastorno disocial provenientes de familias armoniosas tienen menor probabilidad de formar parte de estos grupos. A pesar de la protección que dichas relaciones pueden proporcionar, las personas con trastorno disocial tienen menor probabilidad de lograr relaciones de apoyo debido a sus conductas negativas hacia los demás, su falta de habilidades interpersonales y a su frecuente asociación con compañeros descarriados.

Trastornos internalizados

Los trastornos externalizados son difíciles de ignorar debido a que las conductas involucradas afectan las relaciones sociales y son muchas veces dañinas para los demás. En contraste, los trastornos internalizados se pasan muchas veces por alto —o al menos no son llevados a la atención clínica durante largos periodos— debido a que son menos fáciles de detectar y a que su seriedad potencial es, en muchas ocasiones, desconocida por padres y maestros. Los **trastornos internalizados** se refieren a condiciones cuya característica más importante es la emoción o el estado de ánimo trastornado. Esto incluye varias clases de trastorno de ansiedad —trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y otras fobias, trastorno obsesivo-compulsivo— y depresión. De éstos, sólo el *trastorno de ansiedad por separación* es una categoría DSM-IV-TR privativa de los niños.

Una cuestión importante acerca de los trastornos internalizados es si son transitorios, esto es, si desaparecerán a medida que el niño crezca o si predicen otros problemas en el adulto. La evidencia sugiere que tener un trastorno depresivo o de ansiedad durante la infancia incrementa la probabilidad de padecer dificulta-

des similares en la edad adulta (Kovacs y Devlin, 1998). Los resultados adultos de estos trastornos son muy variados. Algunos adultos que fueron diagnosticados con un trastorno intenalizado durante su infancia no presentan ningún trastorno, mientras que otros tienen otro tipo de trastorno internalizado o un trastorno externalizado. Sin embargo, en el caso de muchos niños estas dificultades continúan en la edad adulta, a pesar de la gran cantidad de cambios que se presentan entre una y otra etapa del desarrollo. La probabilidad cada vez mayor de padecer dificultades continuas ha sido explicada de diferentes maneras, incluyendo una tendencia mediada genéticamente hacia las dificultades en la regulación emocional, el entrenamiento en general y el estilo de procesamiento de información. Una forma en que puede presentarse el cambio en el diagnóstico de la infancia a la edad adulta es que existe un alto grado de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la depresión, y entre la depresión y los trastornos externalizados. Un amplio estudio realizado en Nueva Zelanda, en el cual se evaluó a niños a los 11 años, de nuevo a los 15 años, y finalmente en la edad adulta al cumplir 21 años, investigó si el diagnóstico cambió de la preadolescencia hasta la edad adulta temprana (Newman y cols., 1996). Ochenta por ciento de los niños que fueron diagnosticados con depresión a los 11 años tuvo otros diagnósticos, muchas veces de trastorno de ansiedad y de un trastorno externalizado al mismo tiempo. A los 21 años, casi la mitad de los que cumplieron con el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo también tuvieron un trastorno de ansiedad. Sin embargo, el grado de comorbilidad con un trastorno externalizado disminuyó entre la adolescencia tardía y la edad adulta.

Los investigadores se preguntaron por qué los trastornos internalizados como el de ansiedad y la depresión se presentaron junto con trastornos externalizados, dado que por definición son muy diferentes. Una razón puede ser que las conductas externalizadas pueden llevar a dificultades en las interacciones sociales. Los problemas pueden afectar de manera negativa la autoestima de los niños y pueden llevar al desarrollo de un esquema cognitivo o expectativas

que incrementen el riesgo de depresión. Si esta idea es correcta, es importante determinar cuál es el diagnóstico que se hizo primero. Si fueron la ansiedad y la depresión, la causa de la comorbilidad pueden ser problemas con una *desregulación afectiva*. Si fue el trastorno externalizado, entonces el enfoque en problemas de *desregulación conductual* puede ser más importante.

Trastorno de ansiedad por separación

Los niños con **trastorno de ansiedad por separación** muestran una ansiedad excesiva o incluso pánico cuando no se encuentran con sus figuras principales de apego, normalmente los padres, o cuando no están en un ambiente familiar. Pueden ser incapaces de quedarse solos en una habitación, y rehusarse a ir a la escuela o visitar los hogares de sus amigos. Cuando se les pregunta a estos niños por qué tienen miedo, pueden expresar temor a perderse y nunca encontrar a sus padres de nuevo. También pueden tener miedos exagerados de animales, monstruos, secuestradores, ladrones y accidentes serios que puedan afectar a ellos o a sus padres. Con mucha frecuencia dichos niños se quejan de náusea, dolores de cabeza, dolores abdominales o un ritmo cardíaco acelerado. Algunas veces, especialmente en el caso de los niños más grandes, los sentimientos de ansiedad o pánico se anticipan cuando piensan acerca de una separación que va a presentarse, y se manifiestan en el momento en que la separación se acerca. La tabla 15-11 describe las características del trastorno de ansiedad por separación.

En la infancia temprana todos los niños experimentan cierta ansiedad por separación (ver la figura 15-6). Pueden llorar o sujetar con fuerza a su padre cuando éste tiene que alejarse aunque sea temporalmente. Los más grandes también suelen reaccionar fuertemente en el momento de una separación de uno de sus padres o de otra persona con la que tengan una relación cercana sin haber sido diagnosticados con un trastorno de ansiedad por separación. Un miedo poco realista acerca de dañar a las figuras de afecto es relativamente común a lo largo de la infancia, aunque nor-

TABLA 15-11

Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación

1. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño, concerniente a su separación del hogar o de las personas por los que el niño siente apego. Por lo menos tres de los siguientes criterios deben cumplirse, y deben ser excesivos y persistentes o recurrentes:
 - a. Malestar cuando la separación ocurre o se anticipa.
 - b. Preocupación por que las figuras de apego estén en peligro o puedan perderse.
 - c. Preocupación por algún evento, como perderse o ser raptado, que podría dar como resultado tal separación.
 - d. Renuencia o negativa a ir a la escuela u otros lugares por miedo a la separación.
 - e. Miedo o renuencia de estar solo o sin alguna figura de apego cerca, en el hogar o en cualquier otro lugar.
 - f. Renuencia o negativa a ir a dormir sin la figura de apego cerca o a dormir fuera de la casa.
 - g. Pesadillas relacionadas con la idea de la separación.
 - h. Quejas sobre síntomas físicos (como dolores de cabeza o estómago) cuando se anticipa la separación de las figuras de apego.
2. Además, la alteración debe durar por lo menos cuatro semanas, iniciarse antes de la edad de 18 años y dar como resultado un estrés clínico significativo o discapacidad de un área de funcionamiento importante.
3. La alteración no debe estar relacionada con un trastorno generalizado del desarrollo (tema que se aborda en el capítulo 16), esquizofrenia u otro trastorno psicótico o en adolescentes o adultos con trastorno angustia con agorafobia.

FUENTE: Adaptado del DSM-IV-TR.



Figura 15-6 La ansiedad por separación de este niño es obvia cuando trata de evitar que su madre lo deje por unas horas.

malmente disminuye después de los 10 años. Estos miedos normales relacionados con el desarrollo son diferentes a la reacción excesiva a la separación que presentan niños que desarrollan un trastorno de ansiedad por separación, y no interfiere con el funcionamiento normal.

El diagnóstico de ansiedad por separación sólo se aplica si la conducta trastornada dura un tiempo fuera de lo normal —cuando menos cuatro semanas— y da como resultado una angustia o deterioro en aspectos importantes del funcionamiento, como pueden ser las relaciones sociales o escolares. Es la duración, más que la presentación de angustia y preocupaciones acerca de la separación cuando ocurre, lo que distingue este trastorno. La figura 15-7 muestra la baja pronunciada del porcentaje de ansiedad por separación después de los 10 años. Aunque este trastorno no es muy común en la adolescencia, si se presenta en esa etapa puede dar como resultado una psicopatología crónica y sustancial.

Muchas veces, el trastorno de ansiedad por separación se desarrolla después de que el niño experimenta cierto estrés en la vida, el cual puede ser provocado por una pérdida por la muerte de un familiar o una mascota, o una posible pérdida como puede ser la enfermedad grave de un familiar, la separación o el divorcio de los padres o la mudanza a un nuevo vecindario lo que también puede ayudar a precipitar este trastorno. No resulta clara la razón por la cual algunos niños tienen esta reacción al estrés mientras que otros no la presentan. Los niños con este trastorno parecen provenir de familias en las que existe cariño y un fuerte vínculo; los niños rechazados parecen no desarrollar un trastorno de ansiedad por separación. Cierta tendencia a experimentar ansiedad por separación puede presentarse en las familias debido a que parece ser más

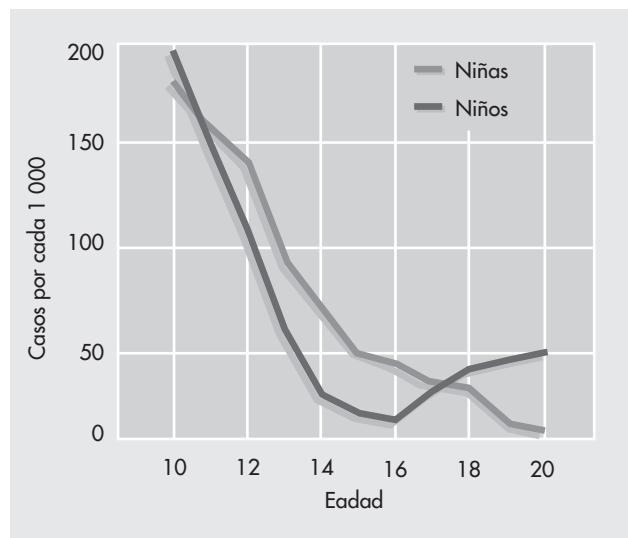


Figura 15-7 El porcentaje del trastorno de ansiedad por separación disminuye bastante con la edad, tanto en niños como en niñas.

FUENTE: P. Cohen y cols. (1993b), p. 856.

común entre los parientes biológicos cercanos de niños con el trastorno que en la población en general. Otra causa posible de esta reacción al estrés es que los niños que desarrollan un trastorno de ansiedad por separación han experimentado ciertas dificultades durante el proceso de relación de afecto que normalmente se presenta al principio de la vida del niño (Bowlby, 1980). Este tipo de cercanía entre padre e hijo difiere en el caso de los niños con trastornos internalizados y externalizados. Si los niños y los padres establecen un sólido vínculo de afecto durante el periodo temprano, puede disminuir la vulnerabilidad del niño a trastornos psicológicos posteriores, especialmente a la depresión. La investigación en niños con un vínculo afectivo seguro durante la infancia muestra que a medida que crecen adquieren mayor independencia y son más capaces de establecer buenas relaciones sociales que los niños que vivieron de manera ansiosa o ambivalente un vínculo temprano.

Otros trastornos de ansiedad en la infancia

Existen otros trastornos de ansiedad que no son específicos de los niños, sino que se presentan tanto durante la infancia como en la edad adulta: la *fobia social*, el *trastorno de ansiedad generalizada*, el *trastorno por estrés postraumático* y el *trastorno obsesivo-compulsivo*. Muchas veces, uno de estos trastornos se presenta también en niños más grandes que han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación.

Fobia social Los niños con **fobia social** muestran una reducción excesiva del contacto con personas desconocidas, lo que les hace difícil funcionar de manera normal en los contactos sociales diarios. Sin embargo, sus relaciones con personas conocidas —por ejemplo, los miembros de la familia— son generalmente cálidas y satisfactorias. Los niños con fobia social muestran síntomas

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

Negativa a ir a la escuela

Aunque la mayoría de los niños sienten cierto grado de miedo o ansiedad respecto de la escuela, algunos experimentan una ansiedad tan intensa que se niegan totalmente a asistir a ella (ver la figura 15-8). Esta renuencia puede ser un problema grave porque no sólo le causa mucha angustia al niño sino también interferencias con su desarrollo social y educacional. La negativa a ir



Figura 15-8 La negativa de esta niña a quedarse en la escuela sin su madre es angustiante para ambas.

a la escuela también causa angustia tanto a los padres como a los maestros. Si no se la trata, los niños con síntomas graves se encuentran en un riesgo mayor de padecer problemas de ansiedad y depresión en la edad adulta, así como dificultades en el ajuste social y el empleo. Esto significa que son esenciales la detección temprana y un buen tratamiento.

La negativa a ir a la escuela es diferente del ausentismo escolar. Los niños que se ausentan habitualmente de la escuela tienden a tener problemas de conducta antisocial. A los que se diagnostica con negativa a ir a la escuela muestran señales de ansiedad o hasta pánico cuando se les presiona para asistir a clases, pero no muestran conducta antisocial. Por lo regular presentan marcados cambios fisiológicos cuando son forzados a ir a la escuela, entre ellos tensión muscular y respiración irregular. También es probable que se vean pálidos debido al alto nivel de excitación de su sistema nervioso simpático. Si los niños con este problema son obligados a asistir a la escuela, pueden rehusarse a entrar al edificio o llamar por teléfono a su casa y pedir que uno de los padres vaya por ellos. Estos niños utilizan protestas verbales, pataletas y lloriqueos como estrategias para evitar ir a la escuela.

La negativa no es una categoría diagnóstica del DSM, más bien es un síntoma que puede estar relacionado con diversos posibles diagnósticos, o problemas escolares o sociales.

La investigación ha destacado tres aspectos importantes del tratamiento: 1) exposición progresiva in vivo a un entorno esco-

lar, 2) enseñarles a los niños habilidades específicas de afrontamiento y 3) motivarlos a hablar sobre sus miedos (Schroeder y Gordon, 2002). En un estudio que utilizó este enfoque durante cuatro semanas, la asistencia escolar mejoró en el caso de los niños que recibieron TCC comparados con un grupo control (King y cols., 1998). Además, los niños reportaron una reducción de su miedo, ansiedad y depresión, y un mejoramiento de sus estrategias de afrontamiento. Sus maestros y cuidadores también reportaron mejoras. Cuando se reevaluó a los niños tres meses después de haber discontinuado la terapia mantenían estos logros. El caso de Charise ilustra el uso del enfoque de la TCC en un caso de negativa a ir a la escuela que parecía surgir de un trastorno de ansiedad por separación.

Charise es una niña de 10 años que se negaba a ir a la escuela a menos que su mamá la acompañara y se quedara con ella durante todo el día. Sus padres y el terapeuta idearon un plan, y el terapeuta también pidió la cooperación de la maestra y del personal de la escuela. El primer día del plan de tratamiento los padres le dijeron firmemente que iba a ir a la escuela y que su padre la llevaría para que su madre pudiera ir a su trabajo. El padre la llevó a la escuela temprano antes del que llegaran sus compañeros, y después de llevarla hasta su banco (y aunque lloraba y protestaba), le dio un beso, le dijo que regresaría al final del día, y abandonó la escuela. En cuanto se fue su padre, Charise

más claros cuando se encuentran bajo la presión de actuar, cuando interactúan con otros niños o cuando anticipan que otras personas prestarán atención a su conducta. Parecen anticipar la vergüenza y la humillación. Las relaciones con sus compañeros parecen ser inhibidas y tentativas, y tienen mucha probabilidad de sentirse tensos y demostrar signos de incomodidad (como sonrojarse) en situaciones sociales.

Aunque los niños de todas las edades pueden experimentar tanto trastorno de ansiedad por separación como fobia social, la relativa severidad de los dos trastornos cambia con la edad cuando los niños de la comunidad, más que los niños remitidos para tratamiento, son los sometidos a estudio. El trastorno de ansiedad por separación parece presentarse más entre los niños más pequeños, y la fobia social es más fuerte entre los adolescentes. Entre estos dos periodos de edad, de los ocho a los 12 años, es muy probable que los niños con problemas de ansiedad presenten fobia social y ansiedad por separación en alto grado (Compton y cols., 2000). Parecen existir también diferencias étnicas y raciales en los porcen-

tajes de niños afectados por fobia social. Los niños afroestadounidenses tienen el porcentaje de prevalencia más alto, los de origen hispano mostraron un menor porcentaje y los niños estadounidenses blancos un porcentaje intermedio (Fones y cols., 1998). La fobia social en la infancia o la adolescencia incrementa la probabilidad de fobia social en la edad adulta, también se ha relacionado con la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada de los adultos (Compton y cols., 2000).

Trastorno de ansiedad generalizada Para ser diagnosticado con **trastorno de ansiedad generalizada** el niño debe haber estado afectado por síntomas de este trastorno durante cuando menos seis meses. Aunque algunos de estos síntomas —como dolor de estómago, náusea, vómito, etc.— son similares a otros del trastorno de ansiedad por separación, los factores precipitantes de éstos no son la separación de una figura de apego o la amenaza de esta separación. En lugar de ello, al igual que los tipos de problemas asociados con la fobia social o el trastorno de ansiedad generalizada se

CUADRO 15-2

se empezó a decirle a la maestra que quería irse a su casa. La maestra le pidió que regresaran a su lugar. Esto sucedió varias veces hasta que la maestra, a quien le comentaron sobre la terapia, la llevó con la enfermera de la escuela a quien también le habían informado sobre cómo tratar a Charise.

Después de varias horas de estar acostada en la camilla de la enfermería Charise se sintió muy aburrida y pidió que la dejaran regresar al salón de clases. Después de poco tiempo le volvió a decir a su maestra que se quería ir a su casa, pero la maestra le recordó que su papá no tardaría en llegar. Además, le sugirió que le ayudara a borrar el pizarrón, un trabajo que disfrutaban muchos de los niños. Cuando llegó el momento de que su padre la recogiera la maestra la llevó consigo para reunirse con él y le dio un breve resumen, en el cual destacó lo mucho que le había ayudado Charise y que estaba segura de que seguiría haciéndolo bien.

En cuanto Charise se subió al automóvil comenzó a gritar y siguió haciéndolo durante la cena. Sus padres le dijeron que si no dejaba de hacer su pataleta tendría que irse a su habitación. Ella les gritó que nunca volvería a ir a la escuela, corrió a su habitación y azotó la puerta. La siguiente mañana se rehusó a vestirse, problema que terminó sólo cuando sus padres empezaron a vestirla. Su papá la llevó a la escuela como lo había hecho el día anterior; después de que se fue, se repitieron los hechos. Sin embargo, Cha-

rise pasó mucho menos tiempo en la oficina de la enfermera antes de pedir permiso para regresar a clase. La maestra volvió a tratar de proporcionarle algunas tareas agradables en el aula.

Al mismo tiempo que sucedían estos eventos escolares, Charise tuvo varias sesiones individuales con un terapeuta, en las que ella trabajaba en sus habilidades de afrontamiento para manejar las situaciones que le provocaban ansiedad, como estar separada de su madre o que los niños de la escuela le hicieran bromas. Le enseñaron la diferencia entre pensamientos que originan estrés y el tipo de conversación interna que podía usar para reducir la ansiedad. Sus padres también recibieron varias horas de capacitación en habilidades de manejo conductual. Después de aproximadamente dos meses Charise iba a la escuela en forma regular sin su madre, aunque durante este periodo se presentaron muchas altas y bajas.

La investigación sobre la negativa a ir a la escuela destaca dos aspectos del trastorno: 1) los factores que contribuyen a o están correlacionados con el mismo, y 2) su tratamiento.

Muchos investigadores creen que la predisposición biológica a los problemas emocionales es importante (King y cols., 1995). El estrés como resultado de un entorno escolar nuevo, o por alguna situación relacionada con la familia (como el divorcio o la muerte de uno de sus miembros) con frecuencia activa la negativa a ir a la escuela. Los problemas de negativa a ir a la escuela

parecen tener su punto más alto entre los cinco y seis años, cuando el niño comienza a considerar la escuela, y nuevamente alrededor de los 10 años, el momento en que muchos niños pasan de la escuela primaria a la secundaria. Cuando se presenta la negativa a ir a la escuela, se deben considerar varias causas específicas, a saber:

- Miedo o ansiedad relacionada con algún aspecto en particular del entorno escolar, tales como miedos relacionados con alguna característica en particular de la escuela (maestros específicos, la presentación de exámenes, los corredores, los sanitarios, etcétera).
- Situaciones sociales aversivas en la escuela, que se derivan de relaciones con los compañeros o maestros, en especial las que incluyen evaluación.
- Conducta para obtener atención que se relaciona con la ansiedad por separación. Pueden ser quejas de dolor o berrinches cuando el niño anticipa ir a la escuela.
- Situaciones gratificantes y la oportunidad de actividades agradables, como ver televisión, que se presentan cuando los niños se quedan en el hogar. Estas motivaciones pueden estar relacionadas con el ausentismo así como con la negativa a ir a la escuela.

La negativa a ir a la escuela se trata con frecuencia con terapia cognitivo-conductual que se enfoca en el niño y en la capacitación de los padres y maestros en habilidades de manejo de conducta de niños.

relacionan con situaciones que involucran presión para la ejecución, o que traen consigo el riesgo de pérdida de autoestima o sentimientos de falta de competencia. Sin embargo, a diferencia de la respuesta a estas situaciones en la fobia social, los niños que experimentan trastorno de ansiedad generalizada buscan a sus compañeros e intentan establecer relaciones dependientes con ellos, frecuentemente mostrándose muy ansiosos de complacer a los otros niños.

Los problemas de ansiedad se encuentran entre los trastornos de la infancia con mayor prevalencia (McCracken y cols., 2002). No son específicos de situaciones u objetos en particular. Las preocupaciones excesivas acerca de la competencia y la ejecución son cuestiones comunes. Las madres de niños con trastorno de ansiedad generalizada muchas veces están sobreinvolucradas con sus hijos y tienden a ejercer altos niveles de control sobre la conducta de éstos (Hudson y Rapee, 2002; Wood y cols., 2003).

Un importante estresor y fuente de ansiedad para muchos niños es la escuela. Para algunos de ellos, el estrés de las experiencias relacionadas con escuela se hace tan fuerte que se rehúsan a asistir. Los niños pueden desear mantenerse lejos de la escuela debido a

que sienten un temor general relacionado con ella. La escuela los hace sentir molestos y experimentan fuertes síntomas de ansiedad. Algunas veces esto puede ser resultado de problemas específicos, por ejemplo, dificultad para establecer amistades y sentimientos de estar aislados, o sentir que las evaluaciones frecuentes como las pruebas y las presentaciones orales provocan mucha tensión. Un niño puede rehusarse a asistir a la escuela por razones distintas de la ansiedad, por ejemplo, por atracciones positivas fuera de la escuela, o como un medio de obtener atención de los padres. El rechazo a la escuela, descrito en el cuadro 15-2, puede estar relacionado con el trastorno de ansiedad generalizada o con el trastorno de ansiedad por separación, aunque puede tener otras causas.

Trastorno por estrés postraumático Los principales síntomas del **trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)** en los niños son muy similares en varias formas a los que presentan los adultos: 1) reexperimentar el evento traumático, 2) evasión persistente de los estímulos relacionados con el trauma y entumecimiento general, y 3) síntomas persistentes de

surgimiento incrementado. Sin embargo, las discusiones sobre las respuestas de los niños al estrés en general, y de los niños con trastorno por estrés postraumático en particular, son desarrollos relativamente recientes. Quizá la razón de ello consiste en que es necesario tomar en cuenta con los niños las consideraciones relativas al desarrollo. Por ejemplo, los criterios normales no resultan adecuados para los niños más jóvenes cercanos a los cuatro años. Una necesidad en el estudio de la respuestas al estrés de los niños es el análisis del proceso de enfrentamiento en diferentes niveles de desarrollo (Compas y cols., 2001).

En los niños, la prevalencia de reacciones desadaptadas al estrés puede ser más alta después de un evento traumático. Varios meses después del 11 de septiembre de 2001, fecha del desastre del World Trade Center, casi 200 000 de los 712 000 niños que asistían a escuelas públicas en la ciudad de Nueva York tuvieron necesidad de cuando menos una visita a un profesional de la salud mental (*New York Times*, 14 de mayo de 2002, p. A21). Además de reexperimentar el horror del evento, muchos niños tuvieron fantasías de venganza, dificultad para manejar sus intensos sentimientos y necesidad de contar con objetos de buena suerte que los cuidaran de la maldad del mundo (ver la figura 15-9). El trastorno por estrés postraumático y diversos síntomas de ansiedad y depresión se observaron con mucha frecuencia. Los estudios han demostrado que el nivel de exposición a las experiencias traumáticas, los indicadores de problemas psicológicos previos al trauma y el deterioro de las redes de apoyo social predicen la conducta desadaptada después de la exposición al estrés (Pine y Cohen, 2002).

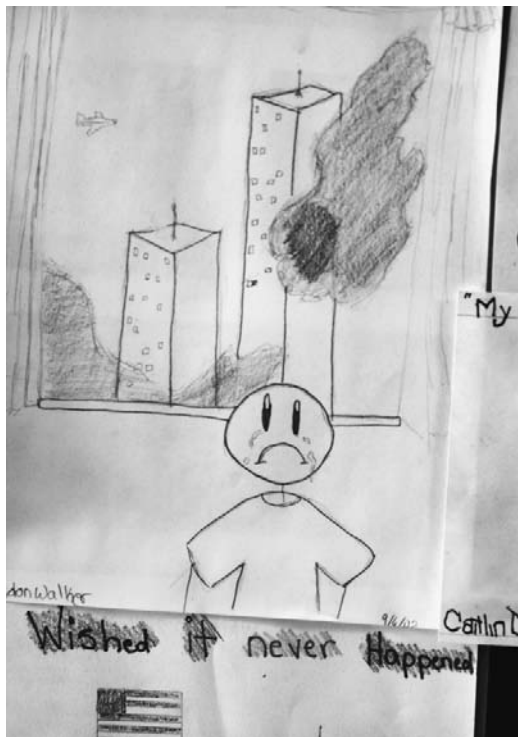


Figura 15-9 Este dibujo refleja el dolor normal de un niño como resultado de la tragedia del World Trade Center. Aunque muchos niños y adultos experimentaron tales reacciones de angustia, la mayoría de ellos no desarrollaron PTSD.

Trastorno obsesivo-compulsivo La obsesión incluye la aparición persistente de pensamientos no deseados, mientras que la compulsión está marcada por conductas ritualistas. La mayoría de los niños con **trastorno obsesivo-compulsivo** (TOC) tienen obsesiones y compulsiones. Cuanto más joven sea el niño, más severos serán los síntomas que desarrollará y mayores serán las probabilidades de que continúen durante la edad adulta. Aunque no todos los niños diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo tienen estos problemas al llegar a la edad adulta, la mayoría es diagnosticado primero con el trastorno obsesivo-compulsivo durante la infancia (Thomsen, 1998).

A continuación se presentan dos ejemplos de conducta infantil con TOC:

Kimberley, una niña de 12 años, tiene miedo de que su comida contenga algo que pueda dañarla o matarla. Rechaza cualquier alimento complejo, como guisados y estofados, tarda dos horas en terminar una comida debido a que investiga completamente cada bocado, y después mastica pequeños bocados con una intensa concentración.

En la clase de salud, Jack, un niño de 13 años, aprende acerca de problemas como el suicidio y la violación. Se siente atormentado por pensamientos en los que desea realizar estas acciones él mismo.

A pesar del aparente relación entre este trastorno en niños y en adultos, existen algunas diferencias importantes entre el trastorno obsesivo-compulsivo de niños y de adultos (Towbin y Riddle, 2002).

El número de casos diagnosticados recientemente muestra su punto mayor en los 10 años y de nuevo a los 21 años, pero la proporción entre casos masculinos y femeninos difiere entre los dos grupos. Entre los pequeños, los niños son diagnosticados con este trastorno dos veces más que las niñas, pero entre los adultos, los hombres y las mujeres son igualmente afectados. Los niños también tienen mayor probabilidad que los adultos de tener otros trastornos comórbidos con el trastorno obsesivo-compulsivo. Los adultos también pueden ser diagnosticados con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero los niños, además, también pueden presentar trastornos adicionales como tics. La presencia de estos tics normalmente predice una menor probabilidad de que los síntomas obsesivo-compulsivos mejoren con un tratamiento antidepressivo. (Los tics se tratan más adelante en este mismo capítulo).

Al igual que resulta cierto con el trastorno de ansiedad por separación, es importante saber que las conductas obsesivo-compulsivas se presentan de forma leve en muchos niños. Los niños muchas veces realizan rituales leves y tienen obsesiones como parte de su desarrollo normal. Los rituales a la hora de ir a acostarse o para vestirse son muy comunes entre los niños que empiezan a caminar, los de edad preescolar y los de los primeros grados de primaria. Las compulsiones en forma de actos motores triviales también son muy comunes. Un niño pequeño puede golpear una manta continuamente antes de quedarse dormido, o puede chupar su dedo pulgar en el momento de dormir. Incluso los juegos de los niños reflejan estos rituales. Muchas veces les gusta cantar las mismas

TABLA 15-12

Síntomas obsesivos-compulsivos más comunes en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo

Obsesiones respecto a	Vistos en aprox. (%)	Compulsiones respecto de	Vistos en aprox. (%)
Suciedad e infecciones	40	Rituales de lavado	50
De que suceda algo terrible	20	Revisar	40
Enfermedad	20	Arreglar/acomodar	30
Muerte	20	Otros rituales	25
Simetría	15	Conteo	20
Sexo	10		
Pensamientos religiosos	10		
Ansiedad de dañarse a sí mismo o a los demás	8		

FUENTE: Adaptación de Thomsen (1998), p 3.

canciones de forma repetitiva o sentirse obligados a evitar ciertos objetos como las grietas de las banquetas. Dichas conductas infantiles son normales más que desadaptadas. Sin embargo, algunas veces, durante la infancia, ciertos actos se convierten en conductas obsesivo-compulsivas y ritualistas más disruptivas que requieren de tratamiento.

Es probable que los niños afectados con este trastorno pasen la mayor parte del día en rituales y pensamientos obsesivos y, como resultado, su funcionamiento puede verse gravemente restringido. Los síntomas obsesivo-compulsivos más comunes entre los niños son las preocupaciones acerca de la suciedad y la contaminación, y complejos y lentos rituales de lavado. Pueden sentirse impulsados a lavarse las manos y ducharse hasta 100 veces al día. La conducta de revisión y verificación es también un síntoma común. La tabla 15-12 muestra los síntomas obsesivo-compulsivos más comunes. Los niños que padecen este trastorno muchas veces tienen problemas en la escuela debido a su lentitud o indecisión. Por ejemplo, tienen problemas para terminar sus tareas, aun cuando éstas sean relativamente cortas.

Dos pacientes adolescentes que requirieron de hospitalización debido a la severidad de sus problemas se describen en el siguiente relato:

El paciente A era un niño de 14 años que comenzó a lavarse entre ocho y diez veces al día después de que su familia se mudó a un nuevo vecindario cuando tenía cuatro años. Después presentó únicamente episodios ocasionales hasta hace dos años, cuando comenzó a lavarse excesivamente debido al miedo del esperma en su cuerpo.

También tuvo pensamientos obsesivos sobre la muerte y revisaba de manera compulsiva los interruptores de luz. Había sido tratado tanto con psicoterapia como con medicamentos antipsicóticos. En la escuela era callado y tranquilo, participaba en muchas actividades y era un buen estudiante. Sus padres sostenían una buena relación y tenían un nivel socioeconómico medio. Todos sus hermanos estaban bien; sin embargo, su padre estaba ligeramente deprimido.

La paciente B también tenía 14 años. Durante los dos últimos años se había lavado excesivamente y estaba preocupada por varios rituales, como la compulsión por realizar todas sus actividades diarias en múlti-

plos de seis. Hasta que sus síntomas se desarrollaron, no había tenido amenazas obsesivas, era buena estudiante y tenía muchos amigos. Había sido tratada con psicoterapia durante un año. Sus síntomas comenzaron repentinamente en un momento en que el negocio de su padre fracasó. Ambos padres, de estado socioeconómico medio, eran alcohólicos (adaptado de J.L. Rapoport y cols., 1981, p. 1548).

La perspectiva global de los niños que padecen una conducta obsesivo-compulsiva grave no es prometedora. Cuando se les da seguimiento varios años después, casi 70% de quienes participaron en el estudio a largo plazo mantienen los síntomas que configuran los criterios del trastorno obsesivo-compulsivo (Flament y cols., 1990). Además, más de la mitad del grupo fue diagnosticado durante el seguimiento con un trastorno mayor del estado de ánimo, muchas veces con episodios recurrentes, y casi la mitad presentó cierta forma de trastorno de ansiedad. Los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran también entre niños y adolescentes afectados por el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los rituales obsesivo-compulsivos pueden presentarse como una forma de enfrentar la ansiedad y otros tipos de afectos negativos (como puede ser el estado de ánimo deprimido o sentimientos de poco valor personal). Un tipo de compulsión que ha comenzado recientemente a ser investigado en relación con este trastorno es el de la autolesión, por ejemplo, personas que obtienen alivio a esos sentimientos negativos a través de heridas o quemaduras autoinfligidas relativamente superficiales. Aunque la autolesión ha sido asociada con el trastorno límite de la personalidad y también con intentos suicidas relacionados con la depresión, la que se observa en el trastorno obsesivo-compulsivo parece estar enfocada en desahogar la angustia emocional presente (Bystritsky y Strausser, 1996). Este tipo de autolesión se realiza muchas veces en secreto y los resultados se mantienen lejos de la familia y de los compañeros, ocultos por la ropa.

Casi 25% de las personas con TOC son niños. Aunque en el pasado se pensaba que éste era un problema puramente psicológico, hoy se sabe que el TOC está relacionado muchas veces con desequilibrios bioquímicos en el cerebro. Lo que parece suceder es que parte del cerebro envía un mensaje falso de peligro y luego se

queda pegado a un “dispositivo de peligro” del cual no puede salir. El circuito del mensaje de emergencia continúa repitiéndose, y no es sensible al pensamiento lógico. Una insuficiencia de serotonina parece estar relacionada con este tipo de error en los circuitos cerebrales. Los medicamentos recetados para el TOC tratan de mantener disponible la serotonina, esto es, acelerar la entrega del mensaje. Los medicamentos antidepresivos que se utilizan actualmente para tratar a niños con TOC son de mucha ayuda en casi la mitad de los casos (Towbin y Riddle, 2002).

También el factor hereditario juega un papel en este proceso, pues los niños que padecen este trastorno tienen mayor probabilidad que el promedio de tener familiares con el mismo. Sin embargo, debido a que algunos niños que lo desarrollan no tienen un historial familiar, otros factores ambientales tales como el estrés pueden provocar una conducta obsesiva o compulsiva en las personas vulnerables. Al menos la mitad de los niños con trastorno obsesivo-compulsivo que fueron estudiados en cinco grandes proyectos de investigación desarrollaron por primera vez los síntomas después de haber estado sometidos a un acontecimiento sumamente estresante en sus vidas (Geller y cols., 1997). Aunque la mayoría de los niños fueron tratados con antidepresivos, los síntomas por lo general persistieron.

Con o sin el medicamento, el TOC es generalmente mejor tratado con terapia cognitivo-conductual. La meta de este enfoque es animar a los niños que tienen este trastorno a transformar su propia conducta, presentando lo intolerable como tolerable. El terapeuta de Jack, quien temía querer quitarse la vida o violar a alguien, realizó una cinta de audio que contenía declaraciones como “Soy un violador. Quiero lastimar a la gente. No me importa lo que las personas sienten.” Desde luego Jack era todo lo opuesto: un brillante, creativo y cuidadoso muchacho. Jack recibió la instrucción de escuchar la cinta durante 15 minutos cada noche. Su repetición constante lo habituó a sus miedos hasta que se redujeron sus características más apremiantes y disminuyó su nivel de ansiedad.

Tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños

La mayor parte de la investigación sobre los efectos del tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia se ha enfocado en el tratamiento de fobias simples y miedos específicos como miedo a la escuela, miedos nocturnos y miedos relacionados con los procedimientos médicos. Con frecuencia, esta investigación utiliza el diseño con un solo sujeto en el que cada niño funciona también como su propio control. En la terapia cognitivo-conductual se combinan la exposición al estímulo atemorizante con el entrenamiento en relajación y la capacitación de habilidades cognitivas de afrontamiento (como puede ser la autoinstrucción) ha sido un tratamiento exitoso para estas fobias y miedos sencillos (el tratamiento de Jack se basó principalmente en la exposición a declaraciones que desencadenaban la ansiedad). Debido a que los niños ansiosos tienen mayor probabilidad de tener padres con diversos problemas de ansiedad, la aplicación de estrategias de tratamiento familiar también puede ser de ayuda.

Los antidepresivos son de ayuda para tratar a muchos niños con TOC, pero también pueden emplearse para manejar otros trastornos. Otros tipos de tratamiento —especialmente la terapia fa-

miliar, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia individual— se utilizan con frecuencia bien sea solos o en conjunto con medicamentos. Muchas veces el terapeuta sirve como modelo de afrontamiento, demostrando nuevas habilidades aplicables a situaciones que son problemáticas para el niño. Existe un creciente apoyo para la eficacia de los tratamientos psicológicos de problemas de ansiedad tanto en niños como en adolescentes (Lewis, 2002).

Depresión

El DSM-IV-TR no contiene una categoría de diagnóstico especial o una descripción de **depresión** en la *infancia*; en lugar de eso, utiliza los criterios que se aplican a los adultos con algunas modificaciones menores. La figura 15-10 muestra el cambio en la frecuencia de la depresión a lo largo de la infancia y la adolescencia, así como los diferentes patrones de niños y niñas. Aunque la infancia muchas veces se presenta como una época feliz de poca responsabilidad, juegos sin fin y goce infinito, en realidad muchos niños piensan con frecuencia cosas como: “soy tonto, feo y estúpido,” “desearía estar muerto” y “tú no me quieres”. Los estudios confirman que, con frecuencia, muchos pequeños se sienten tristes. En un estudio, entre 10 y 12% de los niños de 10 años de la población de un distrito escolar fueron descritos por sus padres y maestros como angustiados, infelices, llorosos o desdichados. Aunque probablemente la mayoría de estos niños no cumplan con los criterios de una depresión mayor, pueden cumplir los criterios de un trastorno distímico. El caso de Alan de 13 años, ilustra cuánto puede durar un trastorno distímico:

Cuando se le preguntó a Alan sobre lo que lo hacía feliz, contestó: “Nada... nunca me siento feliz”. Cuando se le preguntó qué lo hacía sentir triste, contestó: “Simplemente soy un niño triste”. No podía pensar en nada que le gustara de sí mismo. Reportó que sólo tenía un amigo (Kashani y McNaull, 1997, p. 348).

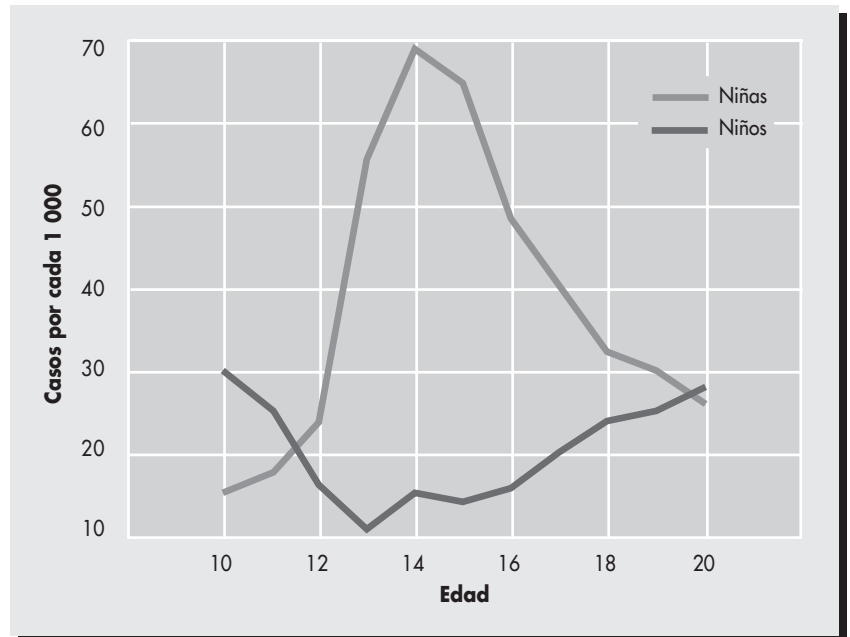
Algunas veces la depresión es más severa y el diagnóstico es trastorno depresivo.

Helen sabía que algo estaba mal con su hija de 12 años, pero simplemente no sabía de qué se trataba. Algunos días Nancy permanecía melancólica en su habitación, otros simplemente estaba callada. Parecía ser muy infeliz, aunque no compartía estos sentimientos con sus padres. Había ocasiones en las que tenía estallidos de furia sin ninguna razón, y se ponía terriblemente irritable. Además, parecía estar comiendo constantemente a pesar de que en el pasado parecía sentirse orgullosa de su figura delgada. También comenzó a pasar una gran cantidad de tiempo durmiendo durante el día cuando no tenía que asistir a la escuela. Al principio, su madre pensó que se trataba de “cosas de preadolescente”. Su esposo no estuvo de acuerdo, por lo cual la llevaron al pediatra quien la remitió a un psiquiatra infantil. La chica le dijo al médico que le gustaría estar muerta y que frecuentemente tenía pensamientos suicidas a pesar de que no había elaborado un plan para matarse.

Generalmente, los síntomas de depresión reportados por los propios niños permanecen estables durante cuando menos varios meses (Charman, 1994). Esto sugiere que los niños no reportan estados de ánimo pasajeros, sino que más bien describen condiciones de larga duración. Cuando los reportes de depresión de los ni-

Figura 15-10 Niños y niñas tienen porcentajes muy diferentes de trastorno depresivo mayor durante su adolescencia.

FUENTE: P. Cohen y cols. (1993b), p. 857.



ños se comparan con los de sus padres, el número de síntomas depresivos que reportan los niños es generalmente más alto que el de sus padres (Essau y cols., 1999). Existe una mayor concordancia en estos reportes entre las diversas conductas observables (como puede ser la conducta perezosa o los problemas con el sueño) que entre los aspectos internos de la depresión o los sentimientos. Sin embargo, el nivel de concordancia entre padres e hijos acerca de los síntomas mejora cuando los niños llegan a la adolescencia.

Debido a que los niños pasan a través de diferentes estados de desarrollo que afectan sus habilidades cognitivas y la forma en que

enfrentan la emoción, su conducta asociada con la depresión varía de acuerdo con su nivel de desarrollo. La tabla 15-13 describe los primeros síntomas que acompañan a la depresión en las diferentes edades. Los niños y adolescentes con depresión muchas veces se describen a sí mismos como tristes, irritables o aburridos. Los niños más pequeños muchas veces se quejan de sentimientos de agitación y síntomas somáticos como dolores de cabeza y de estómago. Describen con mayor frecuencia que los adultos o los adolescentes alucinaciones auditivas con temas como ser controlados y perseguidos, aunque estas alucinaciones no parecen predecir la se-

TABLA 15-13

Síntomas de depresión en diferentes etapas del desarrollo durante la infancia	
Etapas del desarrollo	Síntomas de depresión
Desde el nacimiento hasta los 2 años	Lloriqueo, retraimiento, pérdida de peso, crecimiento lento, apatía hacia la interacción social, desarrollo lento del lenguaje, falta de curiosidad, bajo desarrollo cognitivo. Posteriormente, pesadillas o terrores nocturnos, dependencia emocional excesiva, conducta negativista, miedos excesivos, disminución de las actividades lúdicas.
De 3 a 5 años	Tristeza, pérdida de peso, lentitud en los movimientos, cansancio, pensamientos suicidas, enojo, apatía, irritabilidad, retraimiento social.
De 6 a 12 años	Parecidos a los de los adultos. Verbalización de pensamientos y sentimientos depresivos. No experimentan placer. Apatía, baja autoestima, fatiga, pensamientos suicidas, retraimiento de la interacción social, irritabilidad, falta de motivación. En algunos casos delincuencia, enojo, conducta negativista, miedos, síntomas somáticos, problemas sociales, desempeño escolar bajo.
De 12 a 18 años	Estados de ánimo volátiles, furia, autoconciencia intensa, baja autoestima, desempeño escolar bajo, conductas delictivas, abuso de sustancias, actuación de los impulsos sexuales, retraimiento social, problemas con comer y dormir en exceso, pensamientos suicidas.

FUENTE: Adaptación de Kronenberger & Meyer, 1996.

riedad de la depresión. Los adolescentes deprimidos parecen comenzar a dormir en exceso y a consumir medicamentos y alcohol. Aunque tanto los niños como los adolescentes reportan pensamientos suicidas, éstos son más frecuentes entre los adolescentes que entre los niños más jóvenes.

Aunque el trastorno depresivo mayor diagnosticado en la infancia tiene muchas de las mismas características del trastorno depresivo mayor en la edad adulta, la aparición temprana de la depresión predice que:

1. Es más probable que los niños diagnosticados con depresión presenten un episodio hipomaniaco o maniaco posteriormente, que quienes son diagnosticados con este trastorno en la adultez, y por lo tanto “cambien” de un diagnóstico de depresión a uno de trastorno bipolar.
2. Los niños que son diagnosticados con depresión padecerán una recurrencia a ella después de un breve periodo, a diferencia de las personas que experimentan por primera vez un episodio de trastorno depresivo mayor cuando son adultos.

Un episodio de trastorno depresivo mayor que se presenta en la infancia es altamente predictivo de otro episodio dentro los siguientes cinco años. Estas diferencias, tanto en probabilidad de un “cambio” como de una recurrencia, sugieren que un diagnóstico de depresión en la infancia predice un trastorno más serio en la edad adulta (Weller y cols., 2002).

Uno de los aspectos más sobresalientes de la depresión mayor en la infancia es la probabilidad de coexistir con otros trastornos. Los síntomas de ansiedad se encuentran entre casi todos los niños deprimidos. Cuando menos 50% de los niños que rechazaban la escuela también cumplieron con los criterios del trastorno depresivo. Otros trastornos de la infancia que tienen probabilidad de presentarse al mismo tiempo que la depresión son el TDAH, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. Los niños que son tratados en los centros de diagnóstico para problemas de aprendizaje y aquellos con enfermedades crónicas también tienen altos porcentajes de depresión.

Los efectos de la depresión que se presentarán en el desarrollo social y cognitivo futuro todavía no están muy claros, aunque se sabe que, en los niños y adolescentes, sus consecuencias pueden ser relativamente de larga duración. En un estudio longitudinal, varios niños mostraron patrones diferentes pero de larga continuidad respecto de la depresión. (Chess y cols., 1983.)

A los ocho años de edad, Harold había presentado diversos problemas de conducta durante un año. No le gustaba la escuela, era tímido y tenía pocos amigos. Era temperamental, callado y temeroso ante las nuevas situaciones. Debido a que existían varios problemas en su vida —sus padres se habían separado cuando tenía seis años y su madre había sido brevemente hospitalizada por una depresión grave— no quedaba claro si la depresión se debía a estos eventos o a otras causas. Las cosas mejoraron, pero a los 12 años se deprimió nuevamente y rechazó intensamente la escuela. A los 17 reportó que “podía sentirse infeliz sin ninguna razón evidente” pero después podía sentirse cansado e irritable y evitar a las personas. Poco después se deprimió gravemente durante cerca de dos semanas y fue tratado con antidepresivos. A los 22 años se había mu-

dado a su propio apartamento. Ganó algo de dinero fregando pisos pero, básicamente, era su madre quien lo mantenía. Pasó la mayor parte de su tiempo practicando música, pues él mismo había aprendido a tocar el piano, el banjo y la guitarra. Resumió su existencia como ir de “una muerte lenta a una crisis aguda” y describió depresiones recidivantes a la edad de nueve, 15, 18 y 19 años, cada una de las cuales duró meses a pesar de que fue tratado con medicamentos antidepresivos (adaptado de Chess y cols., 1983, pp. 413-414).

La depresión de Silvia no fue observable sino hasta que cumplió los 21 años, después de meses de una intensa preocupación obsesiva acerca de que su piel y su pelo eran terriblemente feos, cosas que no eran ciertas. Amenazó con dejar la universidad, y aunque tenía altas calificaciones y asistía a una escuela de alto nivel cambió de universidad en dos ocasiones. Fue brevemente hospitalizada y durante el siguiente año lanzó muchas amenazas de suicidio y llevó a cabo algunos intentos de quitarse la vida para después mejorar gradualmente.

Durante la terapia reportó que había estado deprimida probablemente desde que tenía ocho años y que siempre se había cubierto con una coraza de alegría y cordialidad. Esta versión fue apoyada por algunos poemas que había escrito entre los 12 y los 15 años que estaban llenos de melancolía y de desesperanza. No reportó ningún evento en su vida que pudiera explicar las causas de su depresión, aunque varios miembros de su familia habían estado deprimidos (Adaptado de Chess y cols., 1983, p. 415).

Causas Las depresiones tienden a “presentarse entre las familias” (Goodman y Gotlib, 2002). Esto significa que muchos niños deprimidos tienen padres deprimidos. Además de los factores genéticos, pueden existir varias razones para explicar esta correlación. Los padres deprimidos pueden modelar estilos deprimidos de pensamiento o utilizar prácticas disfuncionales hacia los niños, o crear altos niveles de estrés en la familia. Los niños tienden a deprimirse más cuando se encuentran en situaciones de estrés y utilizan un estilo de atribución en el que se culpan a sí mismos, o cuando consideran que factores generales o inmutables son la causa de sus problemas. La figura 15-11 resume los factores que interactúan para influir en el curso y resultado de los trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia.

Tratamiento Los niños muy jóvenes tienen dificultad para describir sus estados emocionales. Aunque el miedo puede inferirse por su conducta, expresiones faciales y respuestas psicológicas, la depresión es difícil de señalar debido a la importancia de sus componentes cognitivos. Al entrevistar a un niño víctima de una posible depresión, es esencial preguntarle en un lenguaje sencillo y concreto. Por ejemplo, pocos niños en edad preescolar declaran espontáneamente que se sienten tristes, pero la mayoría de ellos expresarán sentimientos de tristeza cuando se les cuestione con cuidado.

Aunque medicamentos como los SSRI se consideran con frecuencia como alternativas terapéuticas para los niños deprimidos (especialmente los niños más grandes con depresiones profundas), es necesario contar con estudios para la mayoría de los medicamen-

Figura 15-11 Factores que interactúan e influyen en la depresión en la infancia y adolescencia.



tos para niños. Antes de iniciar un programa de medicamentos para el niño, deben explicarse a sus padres o tutores cuáles son los efectos secundarios así como los efectos positivos que se anticipan.

También es necesario contar con mayor investigación con respecto a los enfoques de tratamiento psicológico. Dos enfoques de este tipo utilizados para tratar la depresión de los adultos —terapia interpersonal y terapia cognitiva— han producido resultados prometedores cuando se utilizan con adolescentes deprimidos. Los esfuerzos terapéuticos interpersonales se enfocan en los problemas imbricados en las relaciones del niño o del adolescente. Según este enfoque, el cliente tiene que ser orientado sobre la forma en que debe expresar sus sentimientos con mayor claridad cuando se encuentra en relaciones conflictivas, y ayudado a desarrollar otras habilidades para la resolución de problemas interpersonales. Cuando se trata con los aspectos familiares interpersonales de la depresión en los niños, el tratamiento cognitivo también parece ser prometedor. Dicha terapia ayuda al niño a 1) enfrentar y modificar pensamientos desadaptados, como pueden ser estándares excesivamente altos, y 2) a aumentar las habilidades sociales y de comunicación.

Otros trastornos de la infancia

El DSM-IV-TR contiene categorías de diagnóstico de una gran cantidad de problemas que afectan a los niños. Éstos incluyen trastornos de alimentación, una variedad de trastornos de aprendizaje específicos (tales como dificultades para leer o para hacer cálculos matemáticos sencillos que no son resultado de déficit de inteligencia), trastornos del habla como tartamudeo y trastornos relacionados con la coordinación motora. Existen muchos tipos de trastornos del movimiento en los que los déficit se presentan en el aprendizaje y en el desempeño de las habilidades motoras. Otros trastornos del movimiento no se relacionan con las habilidades sino con movimientos simples o complejos que se presentan frecuentemente y que, por lo general, no parecen estar bajo el control voluntario. Los *trastornos de tics* son ejemplos de estas conductas motoras desconcertantes que pueden dar como resultado dificultades para el ajuste social del niño.

Los **tics** son vocalizaciones o movimientos motores involuntarios, repentinos, recurrentes y estereotipados rápidos y carentes

TABLA 15-14

Criterios diagnósticos del trastorno de tics crónicos

1. Presencia de uno o más tics, motores o vocales, pero no de ambos.
2. Los tics ocurren muchas veces durante el día, ya sea diariamente o de manera intermitente, durante un periodo de más de un año y sin un periodo de tres o más meses consecutivos libre de ellos.
3. Los tics causan una angustia notable o un deterioro significativo en una o más áreas importantes del funcionamiento, como el social o laboral.
4. Los síntomas deben comenzar antes de los 18 años.
5. Los tics no se deben a los efectos directos de alguna sustancia química o enfermedad médica general.
6. La persona no ha cumplido nunca con los criterios del trastorno de la Tourette.

Si los tics ocurren varias veces, ya sea diariamente o casi, por lo menos durante cuatro semanas pero no llegan a 12 meses consecutivos, se diagnostica el trastorno de tics transitorios.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

de ritmo. La conducta de un tic raramente dura más de un segundo. Las personas afectadas por conductas de tics no pueden resistirse a ellas, pero muchas veces suprimen la conducta durante un breve periodo. El trastorno crónico de tics, que durante algún tiempo se pensó era raro, actualmente se considera que es relativamente común. Por lo general, este trastorno comienza en la infancia y puede incluir tics motores, vocales o una combinación de ambos. Algunos tics motores son conductas sencillas como el parpadeo, las muecas nasales o el rechinar los dientes, pero otras —como sacar la lengua, aplaudir, etc.— tienen una complejidad mayor. Los tics vocales incluyen los gruñidos, sorber por la nariz, tos fuerte o aclararse la garganta. La tabla 15-14 presenta los criterios del DSM-IV-TR del trastorno de tics crónico.

Un tipo de trastorno de tics, el **trastorno de la Tourette**, que suele comenzar antes de los dos años, puede provocar dificultades disfuncionales y sociales significativas en la vida de los niños. Su

TABLA 15-15

Criterios diagnósticos del trastorno de la Tourette

1. Durante el trastorno se detectan en algún momento tanto tics motores múltiples como uno o varios tics vocales, aunque no es necesario que ocurran en el mismo periodo.
2. Los tics ocurren varias veces durante el día o casi diariamente o de manera intermitente por un periodo de más de un año, pero nunca desaparecen por más de tres meses consecutivos.
3. Los tics causan una angustia marcada o un deterioro significativo en áreas importantes del funcionamiento.
4. Los síntomas se inician antes de los 18 años.
5. La conducta no se debe a efectos directos de algún medicamento o drogas, o de una enfermedad médica general.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

frecuencia es cuatro veces mayor entre los niños que entre las niñas (Freeman y cols., 2000). Cerca de 88% de quienes padecen este trastorno tienen cuando menos un trastorno comórbido, y más de la mitad de ellos tienen también síntomas de TDAH. Cuando se presenta solo, el trastorno de la Tourette no afecta las capacidades involucradas con la atención. Las capacidades de atención (como pueden ser aquellas utilizadas para ignorar las distracciones visuales) parecen verse afectadas principalmente cuando el trastorno de la Tourette se presenta junto con el TDAH o con un trastorno obsesivo-compulsivo (Ozonoff y cols., 1998). La tabla 15-15 muestra los criterios diagnósticos del trastorno de la Tourette.

El trastorno de la Tourette comienza normalmente con un solo tic o con múltiples tics en los ojos, cara o cabeza, que luego tienen probabilidad de progresar hacia tics que involucran los hombros, el tronco, los brazos y las piernas. Un síntoma poco usual que forma parte de este trastorno es la **coprolalia**, la expresión de obscenidades, fenómeno que sólo se presenta en pocas ocasiones durante su periodo inicial, pero conforme el trastorno progresa puede manifestarse en 30 a 60% de los casos. El trastorno de la Tourette existe en muchas culturas, y una de sus características más interesantes es que si está presente la coprolalia, el contenido de las expresiones es muy similar, sin importar cuál sea la cultura. Por ejemplo, las frases coprolálicas entre los chinos y los árabes, equivalentes literales de las obscenidades occidentales, eran consideradas como tabú en las tres culturas, esto es, palabras que se referían a funciones orgánicas y sexuales (Staley y cols., 1997).

Durante los primeros años posteriores al diagnóstico del trastorno de la Tourette, los tics empeoran hasta la edad de diez años. Además, en casi uno de cada cuatro niños que participaron en un estudio de seguimiento, los tics y otros síntomas llegaron a un nivel tan elevado a esa edad que su funcionamiento en la escuela se convirtió en una actividad difícil o prácticamente imposible (Leckman y cols., 1998). Sin embargo, cuando los niños del estudio cumplieron 18 años, casi la mitad de ellos presentaban muy pocos tics. Además de los tics motores y verbales, son frecuentes las

explosiones repentinas de ira entre los niños que padecen este trastorno y un trastorno obsesivo compulsivo o TDAH (Stephens y Sandor, 1999).

El trastorno de la Tourette se encuentra con frecuencia en las familias, y tanto los estudios familiares como de gemelos sugieren una base genética. Hasta el momento, los estudios genéticos sugieren que cuando menos varios sitios de genes pueden estar involucrados (Seuchter y cols., 2000). Muchas veces, el tratamiento con medicamentos antidepresivos puede reducir los síntomas del trastorno de la Tourette, probablemente debido a que afecta al sistema receptor de dopamina, que parece estar involucrado en él.

Terapia para niños y adolescentes

Existen importantes diferencias en el trabajo terapéutico entre niños y adultos. Muchas veces los niños son remitidos a terapia debido a que se están desviando del patrón normal de desarrollo. Esto significa que la terapia debe ser dirigida cuando menos en parte a ayudarlos a seguir aquellas normas siempre que sea posible. A diferencia de los adultos, los niños en raras ocasiones piensan que necesitan de una terapia o que están “trastornados”. La mayoría de las veces son los adultos, normalmente los padres, quienes inician la solicitud de tratamiento, algunas veces a petición de los maestros o de otros adultos. Los padres también son quienes contratan la terapia, pagan la consulta y establecen ciertas metas para la terapia que probablemente difieren de las que el terapeuta puede seleccionar. Debido a que no participan en la identificación de los objetivos de la terapia, los niños comienzan el proceso con muy poca motivación para cooperar en el tratamiento o incluso para realizar un cambio personal.

Otra diferencia entre la terapia de los niños y los adultos es que el terapeuta obtiene la mayor parte de la información acerca del niño y de sus problemas por parte de los padres, información que puede ser inexacta o distorsionada, influida por la agenda personal de los padres, presentada de forma tal que la pretensión es conciliar lo que ellos piensan que son sus propios fracasos como padres o sesgada por su propia psicopatología. Aun cuando los padres no realizan distorsiones intencionales, sus reportes y opiniones están sesgados por el grado de conocimiento del desarrollo infantil, así como por los valores y prácticas de su grupo cultural. Los ejemplos que aparecen en el cuadro 15-3 aclaran la importancia de la perspectiva cultural.

Muchos de los enfoques terapéuticos desarrollados para los adultos pueden usarse directamente o de forma modificada con los niños mayores y los adolescentes. Sin embargo el enfoque más eficaz para la terapia de niños pequeños frecuentemente es trabajar con uno o ambos padres en lugar de con el niño o, especialmente con niños ligeramente mayores, con el niño y el padre a la vez. La participación de los padres en la terapia tiene varios fines:

- Ayudar a los padres a comprender la forma en que se desarrollan los niños y las clases de conductas típicas de las diferentes edades.

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

CUADRO 15-3

El papel de los antecedentes culturales

Como hemos comentado varias veces, la evaluación de la vulnerabilidad y resiliencia es importante al planear los programas de tratamiento. Esto con frecuencia es cierto en el caso de niños con antecedentes de minorías étnicas, cuyas habilidades para hablar el inglés pueden ser muy buenas y de esa manera no aluden para nada al papel que los antecedentes culturales pueden desempeñar en sus recursos y sus obligaciones. Las creencias y las actitudes son dos aspectos de los antecedentes culturales. Cuando se remite a los niños a una evaluación clínica o tratamiento, es importante comprender las creencias culturales de la familia y tomarlas en consideración. Además, es importante que los clínicos no “saquen conclusiones precipitadas” al asumir un punto de vista estereotipado basado en un conocimiento cultural limitado, más que en una investigación de los datos reales relativos a la familia (ver la figura 15-12).

Grace, una niña asiático-estadounidense de 10 años aislada y muy tímida, fue a una sesión de evaluación en la clínica acompañada por sus padres (Canino y Spurlack, 2000, pp. 43-44). El clínico que habló con los padres para obtener la historia clínica elaboró las siguientes ideas iniciales:

- La familia es china ya que su domicilio está cerca de Chinatown.
- La manera de vestir y el comportamiento indican que ésta es una familia tradicional de primera generación.
- El sistema de creencias de la familia se basa en las ideas de Confucio.
- Aunque la hija es retraída, probablemente tiene un buen desempeño académico.

Actuar basado en estas ideas sin llevar a cabo una investigación adicional podría haberle negado a Grace la ayuda que necesitaba. Afortunadamente, el clínico realizó una historia clínica precisa. Esta información aclaró que los miembros de la familia no eran inmigrantes sino coreano-estadounidenses

de tercera generación y católicos romanos, que creían que su hija tenía un problema de aprendizaje. Las pruebas mostraron ciertas dificultades de aprendizaje específicas, por lo cual el tratamiento comenzó de inmediato. La experiencia de este terapeuta demuestra que es importante recordar que pertenecer a un grupo minoritario no implica automáticamente ciertas creencias y actitudes.

Aunque los clínicos no deben hacer generalizaciones culturales sin base, al mismo tiempo necesitan estar conscientes de que las creencias culturales pueden desempeñar un papel importante, tanto en la evaluación del problema como en la aceptabilidad y resultado del tratamiento. María, por ejemplo, fue remitida a una clínica debido a su conducta irrespetuosa en casa. Ella tiene 13 años y proviene de una familia latina.

[Sus padres la describieron] como antagonista, asertiva y demasiado independiente. María demanda más libertad y habla abiertamente acerca de sexo con los niños. Las creencias tradicionales y actitudes educativas de sus padres están directamente opuestas a la conducta de su hija (Canino y Spurlack, 2000, p. 46).

Aunque los padres de María consideraban que su conducta estaba desviada, en contraste,

[...] sus maestros la perciben como una joven asertiva e independiente que se siente a gusto explorando temas difíciles. Consideran su actitud como un indicativo de fuerza. En la escuela le piden a María que diga lo que piensa, que conozca su propia mente, que cuestione lo que oye, y que sea independiente (Ibid, p. 47).

Después de que el clínico se enteró de los discrepantes puntos de vista de los padres y los maestros en relación con la conducta de María, concertó una serie de reuniones tanto de la familia como de los maestros con un clínico con sensibilidad bicultural. La familia, como resultado de estas interacciones, pudo entender la conducta de María de forma nueva, sus maestros adquirieron mayor conciencia de las creencias y valores de la familia y María empezó a entender los mensajes conflictivos de la casa y la escuela y desarrollar su propio punto de vista. Lo que describían como conducta irrespetuosa realmente no era una vulnerabilidad personal, sino más bien un choque de valores culturales.



(a)



(b)

Figura 15-12 Aunque las familias asiático-estadounidenses pueden que participen en actividades relacionadas con la cultura tradicional asiática (a), también lo hacen en actividades típicamente estadounidenses. (b) Los clínicos necesitan estar conscientes de ambas dimensiones de la vida de los asiático-estadounidenses.

- Mostrar a los padres las formas adaptativas de tratar con el niño: por ejemplo, cómo jugar con un niño pequeño y cómo utilizar métodos constructivos de motivación más que una disciplina recia.
- Sugerir formas de mejorar las interacciones familiares que pueden estar provocando estrés a los padres, al niño o a ambos.

Aunque muchos enfoques terapéuticos para adultos han sido adaptados para utilizarse con niños, los investigadores han desarrollado también algunos métodos sólo adecuados para niños pequeños. La terapia de juego, las técnicas de narración de historias y los programas de modificación de conducta administrados a los padres son algunas terapias especialmente desarrolladas para los niños.

Terapia de juego

Jugar es el medio natural mediante el cual los niños se comunican. No es posible esperar que los niños pequeños dediquen un largo periodo a hablar cara a cara con un terapeuta. La **terapia de juego** es una combinación de juego y conversación que facilita el proceso terapéutico. La figura 15-13 muestra una sesión típica de terapia de juego. Aunque el terapeuta puede participar en el juego con el niño, no se comporta como un compañero de juego. En vez de eso, los terapeutas se comunican tratando de comprender al niño a través del juego, por medio del cual los niños pueden expresar sus propias preocupaciones. El terapeuta muestra entonces interés en él, al mismo tiempo que participa sin emitir juicios y le pregunta al niño que es lo que sugiere su juego. El terapeuta normalmente alienta al niño a encabezar el juego, y puede pedirle instrucciones sobre la forma en que piensa que el terapeuta debe responder durante el desarrollo del mismo.

Otro uso de la terapia de juego es con los niños que han experimentado un tipo de trauma, por ejemplo, una muerte, incendio o accidente. En esta terapia de juego, el niño vuelve a vivir el evento en una forma repetitiva y muchas veces libre de emociones. Por ejemplo, el padre de Cathy, una niña de cuatro años y medio, se había suicidado recientemente. Durante una sesión, Cathy comenzó a jugar brevemente con una muñeca, y después hizo algunas “caritas de galleta” modelándolas con plastilina. Una de las caras estaba deformada, y cuando la terapeuta le preguntó si las caras se parecían a las de su familia, ella colocó las caras en el fondo de un recipiente y más tarde volvió a amasar la plastilina, destruyéndolas. Después se fue a la mesa de arena. La terapeuta describió lo que sucedió entonces. Cuando Cathy distraídamente corrió sus dedos a través de la arena, encontró la figura de un hombre enterrado en ella:

C: Mira: encontré un hombre aquí.

T: Te sorprendió encontrar un hombre enterrado en la arena.

C: [Su atención se concentró completamente en la mesa de arena, sus ojos se enfocaron y su cuerpo dio vuelta. Con un sentimiento de ansiedad procedió a revisar completamente la arena con sus dedos en busca de más hombres enterrados, pero no encontró ningún otro. Fue y buscó una caja con hombres parecidos a soldados y tanques y los enterró en la arena. Permaneció callada mientras trabajaba para poner a un lado toda la arena, y, conforme lo hacía, la terapeuta se dio cuenta de que estaba haciendo lugar para enterrar la caja.] Estoy haciendo lugar para que se quede la caja.

T: Quieres que tenga un lugar ahí. [Cathy toma entonces los tanques, los saca de la arena y los coloca cuidadosamente en la caja. Con mucho esfuerzo, apila la arena y la alisa contra la caja.] Parece que de verdad quieres que la arena tape la caja. Parece una montaña.

C: [con orgullo] Te das cuenta, ¿verdad? [toma algunas de las figuras y cuidadosamente las cubre con arena con una mirada de satisfacción.]

T: Algunas de las personas están enterradas.

C: ¡Sí! ... para que no se puedan salir.

T: Quieres estar segura de que se queden enterrados y que nadie las saque de la tierra... como las personas en un cementerio que son enterradas y ya no pueden sacarlas.

C: Como mi papá. Él está dentro de un ataúd.

T: En la tierra y nadie puede desenterrarlo. Se queda ahí en la tierra. ¿Está tu padre enterrado en un cementerio también?

C: Eso creo...

T: ¿Dónde está ahora tu padre?

C: Su espíritu se fue de su cuerpo.



Figura 15-13 Con frecuencia, los niños se comunican mejor por medio del juego que a través del lenguaje. La terapia de juego está diseñada para aprovechar este hecho y darles a los niños una forma simbólica de expresar sus miedos, agresiones e inseguridades.

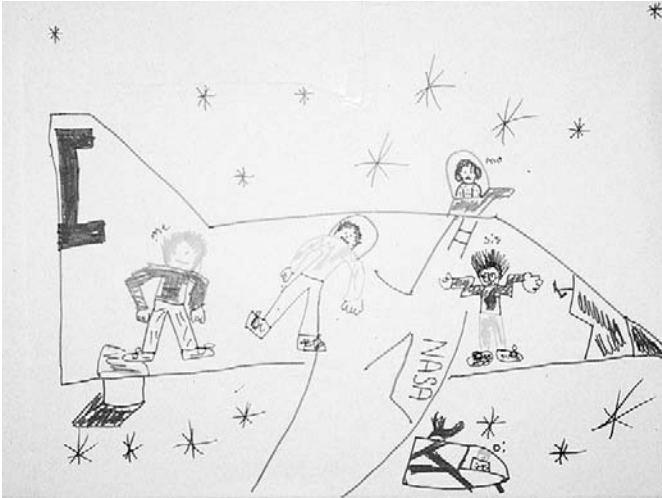


Figura 15-14 Retrato de la familia de Charlie.

FUENTE: Robinson (1991), p. 224.

T: ¿A dónde?

C: Al cielo.

T: ¿Y qué pasó con su cuerpo?

C: Está en la tierra. Está en la tierra dentro de un ataúd. El ataúd se queda en la tierra enterrado. Quiero verlo de nuevo.

T: Tienes ganas de verlo pero no puedes. Eso hace que a veces nos sintamos tristes.

(Hurley, 1991, pp. 247–248)

Charlie, un niño de 10 años y su hermana vivían con su tía y su madre que recientemente se había divorciado del padre de Charlie después de un matrimonio que se caracterizó por violencia crónica. La madre de Charlie expresó su enojo en el momento de rompimiento de su matrimonio rehusándose a cumplir muchas de las solicitudes de éste y amenazarlo con no permitirle ver de nuevo a su padre. Charlie, en la primera visita que realizó al terapeuta, dibujó a su familia disfuncional como ocupantes de una nave espacial en crisis y con sus propios pies cerca de la puerta de salida (ver la figura 15-14). Describió el dibujo de esta manera:

Es una nave espacial. Mi hermana está en los controles. Aquí está mi mamá. Y papá está durmiendo y mi tía se encuentra abajo, trabajando [...] a ella le gusta estar alejada de los demás. Éste soy yo. La nave espacial va hacia California. [Dónde vive el padre de Charlie] [...] pero vamos a chocar [...] vamos hacia una estrella (Robinson, 1991, pp 223-224).

Charlie se sentía abandonado y vencido y estaba asustado por la hostilidad y el enojo de su madre. Actuaba algunos de estos senti-

mientos mediante juegos de guerra con su terapeuta. Utilizó soldados de juguete para luchar contra las “tropas” del terapeuta, construyó fuertes con los muebles y convirtió todo el salón de terapia en un campo de batalla:

C: Voy a volar todos tus búnker [...] Aquí vienen mis hombres a atacarte.

T: No tengo nada para protegerme; puede pasarme cualquier cosa.

C: Llévate todos estos hombres [le entrega el resto de los soldados]. El Capitán [una figura parecida a Rambo que adquiriría más poder en cada batalla] los derrotará.

T: ¡El Capitán está solo!, ¿cómo va a poder con todos esos atacantes él solo?

(Ibid., pp. 232–233)

Durante el juego, el terapeuta permitió que Charlie reconociera las grandes dificultades sobre las cuales el Capitán (Charlie) iba a triunfar. En estos episodios de juego Charlie siempre ganaba, pero eso no era suficiente: tenía que “arrasar” al terapeuta en cada uno de los juegos. Éste utilizó estas interacciones para ayudar a Charlie a expresar su agresión de forma segura y para que comenzara a dominarla en presencia de un adulto confiable y no reactivo.

Terapia conductual y cognitivo-conductual

Probablemente el tratamiento más utilizado para los niños involucra métodos conductuales de diferentes tipos. Por ejemplo, Gerald Patterson (1982,1986) desarrolló una terapia conductual ampliamente utilizada para familias con niños que se comportan con una agresividad excesiva. Los miembros de la familia aprenden las habilidades sociales necesarias para interactuar en forma reforzante en vez de interactuar aversivamente. También les muestra cómo enseñar a sus hijos que las conductas hiperagresivas no serán toleradas. Esta estrategia de no tolerancia se demuestra mediante el rechazo a cumplir o a ceder a las demandas coercitivas, y sujetando al niño a un procedimiento de “tiempo fuera” en el cual se le envía a otra habitación y se le pide que se quede ahí durante un cierto periodo. Esta estrategia, junto con el reforzamiento positivo de las conductas deseables, ha sido eficaz para muchas familias.

Los enfoques cognitivo-conductuales también han sido útiles, especialmente en los ambientes escolares. Los niños han aprendido a identificar problemas, planear cómo enfrentarse a ellos, y después automonitorear sus conductas, muchas veces mediante técnicas de “pensar en voz alta” en las que se instruyen a ellos mismos dándose instrucciones verbales audibles. Esta capacitación no sólo mejora el desempeño escolar, sino que también parece mejorar la relación con los compañeros y la conducta en casa.

Terapia familiar

El enfoque terapéutico de sistemas familiares sostiene que el problema radica en el sistema de interacción familiar, no en un miembro de la familia. (La familia como sistema se comentó con mayor detenimiento en el capítulo 3). A pesar de que una persona se identifica normalmente como el miembro con el problema, sus síntomas son un reflejo de una alteración en la unidad familiar. Por ejemplo, un niño cuya conducta era hiperactiva fue remitido para su tratamiento. Aunque fue tratado como el problema, al echar un vistazo a la familia se descubrió una dificultad más general:

En esta familia el esposo y la esposa no estaban juntos. Él pasaba todo su tiempo preocupado por sus propios padres dependientes. Se sentía agobiado por su esposa y sus tres hijos y sentía que nadie se preocupaba por sus necesidades. La esposa se sentía rechazada y descuidada y se sentía satisfecha ante las payasadas de su hijo pequeño, el niño [remitido para tratamiento]. Las acciones de los otros dos niños mayores, que se comportaban bien, parecían excesivamente maduras. Los problemas en este sistema interconectado podrían verse observando a cualquiera de los miembros, no sólo al niño más pequeño etiquetado como hiperactivo (Andolfi, 1983).

Esta terapia tiene mucho en común con el enfoque psicodinámico debido a que con frecuencia se concentra en el significado que existe detrás de la conducta de cada uno de los miembros de la familia. El terapeuta familiar trata de obtener una imagen real del problema de la familia. ¿Qué está sucediendo en la familia? ¿Qué sucedía en la familia cuando se presentó el problema? ¿Cómo han respondido los miembros? Con frecuencia, la primera tarea del terapeuta es replantear el problema del niño en términos de una disfunción familiar y ayudar a desarrollar formas más sanas y alternativas de enfrentar estos problemas.

Eficacia de la terapia con niños

Una de las principales necesidades con respecto a las terapias para niños es su evaluación. Debido a que la investigación en donde se compara la eficacia de las diferentes técnicas está apenas en proceso, no es posible todavía lograr acciones definitivas. Sin embargo, existe una evidencia creciente de que varios grupos de niños son ayudados por diversas intervenciones terapéuticas. Por ejemplo, jugar es de ayuda para los niños pequeños, y en los enfoques cognitivo-conductuales se utilizan técnicas como la exposición y la reestructuración cognitiva que son eficaces con muchos niños que tienen trastornos internalizados marcados por ansiedad y/o depresión (Barrett y cols., 2001; Compton y cols., 2002; Werry y Andrews, 2002). Una buena relación de trabajo entre el niño y el terapeuta facilita en gran medida el cambio conductual y cognitivo (Shirk y Karver, 2003).

Aunque los metilfenidatos son de mayor ayuda en los niños con TDAH, existe generalmente mucha menos información acerca de la eficacia terapéutica con respecto a los trastornos externalizados, y se requiere más investigación sobre el uso de medicamentos con niños. Éstos y los adultos pueden presentar diferentes, e

incluso divergentes, respuestas a medicamentos en particular. En parte, esta diferencia se debe a factores de desarrollo. Por ejemplo, los niños muchas veces metabolizan y eliminan los medicamentos de sus cuerpos con mayor rapidez que los adultos. Además, requieren de dosis que tomen en cuenta sus niveles de desarrollo corporal más que las dosis estándares establecidas para los adultos.

Aunque sabemos por estudios basados en investigación que las intervenciones terapéuticas pueden ser útiles, una comparación de los resultados de estos estudios basados en la investigación con los resultados de la terapia infantil en la práctica clínica sugieren que bajo estas condiciones de mundo real, los resultados de la terapia para niños no son consistentemente positivos (Weisz y cols., 1995). En realidad, incluso en ambientes clínicos existen muchos reportes que demuestran que los niños reciben una ayuda significativa por parte de la intervención terapéutica. Por ejemplo, en un estudio realizado a niños con problemas de conducta y sus familias, fueron significativas las mejorías de niños, padres y del funcionamiento familiar. (Kazdin y Wassell, 2000). Los niños no sólo se benefician considerablemente sino que los padres y la familia en su conjunto también lo hacen, aun cuando el enfoque del tratamiento se concentre en el niño. Una tarea actual de los investigadores debe ser identificar los componentes claves del éxito de la terapia para niños y adolescentes, y probar formas más eficaces de incorporar estos componentes a los ambientes clínicos.

El mensaje con el que nos quedamos

Uno de los desarrollos recientes más positivos en la psicología ha sido la atención cada vez mayor que se le otorga a los trastornos de la infancia. Muchas veces, cuanto más pronto se enfrentan los problemas, mayor probabilidad tendrá el tratamiento de ser eficaz. Sin embargo, siempre debe tenerse en cuenta que la conducta y los procesos mentales cambian mientras el niño se desarrolla, y que no siempre es claro cuándo deben aplicarse los mismos términos de diagnóstico a lo largo de un rango de edad. También debe reconocerse que los niños muchas veces desarrollan problemas que desaparecen o que se erradican sin necesidad de ninguna intervención. La información acerca de diversas preguntas es útil para decidir si un niño necesita ayuda clínica, y en caso de ser así, qué tipo de ayuda:

1. ¿Qué tan común es la dificultad del niño, por ejemplo, cuál es su epidemiología?
2. ¿Cuál es el probable curso a largo plazo de la dificultad? ¿Es probable que desaparezca sin intervención clínica?
3. ¿Cuáles son los factores que incrementan el riesgo del niño, por ejemplo, el estado de la familia, escuela o vecindario?
4. ¿Qué influencia tienen los procesos biológicos (como las condiciones médicas y la herencia) en un trastorno particular?
5. ¿Qué tan grande es el deterioro psicológico y social experimentado por el niño como resultado del trastorno?

R esumen del capítulo

En promedio, una proporción significativa de niños estadounidenses están severamente afectados por uno o más trastornos del DSM en algún momento durante la infancia. Sólo cerca de 40% de los niños que necesitan tratamiento lo recibe. Además, sólo cerca de la mitad de éstos son tratados por personas capacitadas para enfrentar los problemas de salud mental de los niños. Muchos trastornos de la infancia pueden dividirse en *externalizados* o *internalizados*.

Trastornos externalizados

Los niños que tienen trastornos externalizados muchas veces parecen estar fuera de control, tienen problemas para poner atención y suelen comportarse de manera agresiva y provocar daños a las personas y a sus propiedades.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Los niños diagnosticados con **trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** muestran una o ambas clases de conducta: 1) problemas severos o frecuentes para poner atención, y 2) una conducta impulsiva o hiperactiva. Los niños tienen cuatro veces más probabilidades que las niñas de padecer este trastorno. El TDAH puede tener efectos negativos serios en la adquisición de habilidades sociales y académicas. Aunque las causas del TDAH son complejas, es probable que la herencia genética tenga algo que ver. El tratamiento más común es el uso de medicamentos estimulantes, como puede ser el metilfenidato (Ritalin). La terapia conductual se utiliza también con éxito con muchos niños. Debido a que los criterios especifican que las conductas se presentan con mayor frecuencia de lo que es normal para la edad del niño y su nivel de desarrollo, el marco de referencia utilizado por la persona que realiza el diagnóstico muchas veces parece determinar si la conducta del niño cumple con los criterios del DSM-IV-TR para el TDAH. Este enfoque generaba preocupaciones acerca del sobreuso tanto del diagnóstico como del medicamento para tratarlo. Los síntomas del TDAH pueden cambiar, pero el trastorno parece persistir durante la edad adulta.

Trastorno negativista desafiante Los niños que frecuentemente se comportan de una manera negativa, desafiante, desobediente y hostil pueden tener **trastorno negativista desafiante (TND)**. La frecuencia del diagnóstico de TND tiene su punto más alto a mediados de la adolescencia. A diferencia del TDAH, los porcentajes de TND entre niños y niñas no son muy diferentes. El TND es más común entre los niños que tienen cuando menos un padre con historial de TDAH, TND, trastorno disocial o trastornos adultos como el trastorno antisocial de la personalidad, trastornos relacionados con sustancias o trastorno del estado de ánimo. Tanto los aspectos genéticos como las relaciones padre-hijo pueden ayudar a producir TND durante la infancia.

Trastorno disocial En el **trastorno disocial** se violan las normas más importantes de la sociedad así como los derechos básicos de los demás. Tanto el TDAH como el TND se relacionan con frecuencia con el desarrollo posterior del trastorno disocial. Si el comportamiento relacionado con el trastorno disocial se presenta en muchos ambientes, entonces existe una gran probabilidad de que la persona cumpla más tarde con los criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad y trastornos del abuso de alcohol y drogas, o que cometa delitos durante la edad adulta. Se utiliza un modelo de vulnerabilidad

o de interacción persona-situación para comprender el trastorno disocial, debido a que se piensa que es provocado por una combinación de falta de habilidades académicas y sociales, factores negativos en el ambiente familiar y factores genéticos. El tratamiento más eficaz parece ser la prevención del desarrollo del trastorno a través de la construcción de habilidades tanto de los niños como de los padres cuando los niños que muestran una conducta externalizada están en una etapa temprana del desarrollo.

Trastornos internalizados

Los síntomas predominantes de los **trastornos internalizados** incluyen la ansiedad y la depresión. Los trastornos internalizados muchas veces se pasan por alto durante largos periodos debido a que los adultos tienden a pensar en ellos como trastornos menos serios que los trastornos externalizados. Los problemas de los trastornos internalizados tienden a ser *encubiertos*, esto es, relacionados con preocupaciones y pensamientos alterados más que con conductas observables.

Trastorno de ansiedad por separación Un trastorno internalizado exclusivo de los niños, el **trastorno de ansiedad por separación**, tiene su síntoma más prominente en la ansiedad excesiva o incluso en el pánico experimentado por niños cuya figura de apego está por retirarse o está ausente.

Otros trastornos de ansiedad en la infancia Cuatro trastornos de ansiedad que se presentan en edad adulta —*fobia social*, *trastorno de ansiedad generalizada*, *trastorno por estrés postraumático* y *trastorno obsesivo-compulsivo*— también se encuentran en la infancia. Los niños con **fobia social** tienen más tarde actitudes tímidas ante las personas que no conocen, especialmente otros niños, pero no muestran esta misma ansiedad con miembros de su familia. Los niños con **trastornos de ansiedad generalizada**, como los adultos afectados por el mismo trastorno, tienden a tener síntomas físicos como dolores de estómago, náusea o vómito cuando están en situaciones que involucran presión para el desempeño o que conllevan un riesgo de pérdida de autoestima. El **trastorno por estrés postraumático** en niños tiene síntomas similares al de los adultos, incluyendo revivir el evento traumático, evitar los estímulos relacionados con el trauma y activación emocional incrementada. Aunque los niños muchas veces muestran conductas compulsivas u obsesivas ligeras en el curso normal de sus desarrollo, el **trastorno obsesivo-compulsivo** involucra una intrusión persistente de pensamientos no deseados y conductas ritualistas, que pueden afectarlos de forma tan severa que pueden requerir hospitalización.

Tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños La terapia cognitivo-conductual muchas veces es eficaz para tratar niños con trastornos de ansiedad. Las sesiones familiares pueden ser un complemento de las sesiones de terapia individual. Con frecuencia se recomienda el uso de medicamentos antidepresivos para el trastorno obsesivo compulsivo, pero la terapia conductual también puede tener un efecto positivo a largo plazo para este trastorno.

Depresión El **trastorno depresivo** en los niños tiende a ser de larga duración. La aparición de la depresión en la infancia o la adolescencia incrementa el riesgo de que el niño pueda 1) sufrir un episodio maniaco o hipomaniaco, y por lo tanto cambiar de una depresión a un trastorno bipolar 2) y tener una depresión recidivante más pronto que

alguien cuyo primer episodio depresivo se haya presentado en edad adulta. Con frecuencia se utilizan algunos medicamentos antidepresivos nuevos (de la clase llamada SSRI) en el tratamiento de niños mayores, aunque no se han obtenido todavía resultados consistentes. La terapia interpersonal y la terapia cognitiva han producido resultados prometedores entre los adolescentes deprimidos.

Otros trastornos de la infancia

El DSM-IV-TR incluye muchas categorías de diagnóstico que se aplican particularmente a los niños. Éstas incluyen trastornos de conducta alimentaria, diferentes tipos de trastornos de aprendizaje específicos que no son resultado de déficit en las habilidades intelectuales, trastornos del habla y trastornos del movimiento. Uno de los trastornos del movimiento más misterioso es el trastorno de tics, especialmente el trastorno de la Tourette. El trastorno de tics involucra vocalizaciones o movimientos estereotipados, recurrentes, rápidos, repentinos e involuntarios que son experimentados como irresistibles por los afectados. Algunos ejemplos de tics motores incluyen el parpadeo, muecas nasales o gestos faciales más complejos. Entre los tics vocales se incluyen el gruñido, sorber la nariz y aclarar la garganta. Un tipo de trastorno de tic, el **trastorno de la Tourette**, que puede comenzar desde los dos años, puede provocar significativas dificultades sociales a los niños. Un síntoma inusual de este trastorno es la **coprolalia**, que se manifiesta a través de la expresión de obscenidades. Los medicamentos antidepresivos pueden disminuir los síntomas del trastorno de la Tourette.

Terapia para niños y adolescentes

Debido a que los padres tienen un papel muy importante en la vida de los hijos, muchas veces el tratamiento más eficaz para los problemas

de conducta de la infancia involucra trabajar únicamente con los padres o con los padres y con el niño al mismo tiempo. Muchas técnicas terapéuticas para adultos pueden adaptarse para usarlas con niños. Cuando se trabaja con familias de diversos ambientes culturales, los clínicos tienen que evitar sus propios estereotipos y también tomar en cuenta los valores culturales familiares.

Terapia de juego La **terapia de juego** proporciona una forma para que los niños pequeños con habilidades verbales limitadas puedan comunicarse con el terapeuta. También permite a los niños trabajar con eventos traumáticos a través de juegos simbólicos.

Terapia conductual y cognitivo-conductual Los métodos conductuales pueden ser eficaces cuando los miembros de la familia están capacitados para utilizarlos con niños agresivos. Muchas veces, los enfoques cognitivo-conductuales utilizan la técnica denominada “pensar en voz alta”, que puede mejorar el desempeño escolar, la relación con los compañeros y la conducta en casa.

Terapia familiar El enfoque de los sistemas familiares se dirige a los patrones de las interacciones familiares, más que a un miembro de la familia en particular, como fuente de la dificultad. El terapeuta trata de evaluar la dinámica familiar y después ayudar a los miembros de la familia a desarrollar formas más adaptativas de interactuar.

Eficacia de la terapia con niños En general, las intervenciones terapéuticas para niños que se realizan en un ambiente de investigación han demostrado un efecto claramente positivo. Sin embargo, en los pocos estudios clínicos publicados aún se formulan preguntas acerca de la eficacia de la terapia infantil en los ambientes de tratamiento normales para muchos niños.



Conceptos clave

Coprolalia, p. 506

Depresión, p. 502

Fobia social, p. 497

Terapia de juego, p. 508

Trastorno de ansiedad generalizada, p. 498

Trastorno de ansiedad por separación, p. 496

Trastorno de la Tourette, p. 505

Trastorno disocial, p. 490

Trastorno negativista desafiante (TND),
p. 489

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC),
p. 500

Trastorno por déficit de atención con
hiperactividad (TDAH), p. 481

Trastorno por estrés postraumático (PTSD),
p. 499

Trastornos externalizados, p. 481

Trastornos internalizados, pp. 481 y 495

Un buen libro

Mientras que *The Boy Who Couldn't Stop Washing* (1989) describe casos de obsesiones y compulsiones que se presentan en muchos momentos en el curso de la vida, lo más impresionante son sus relatos de niños obligados a vivir con rituales y pensamientos demandantes. Su autora, Judith L. Rapoport, es psiquiatra infantil e investigadora. El título del libro describe a uno de sus pacientes, un niño de 14 años que

pasaba tres horas o más cada día en la regadera y empleaba dos horas para vestirse. Además de ofrecer descripciones clínicas precisas, el libro muestra los efectos del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en las familias de los niños afectados. Aunque hay mucho por aprender acerca del TOC, Rapoport demuestra que muchos de los que tienen el trastorno pueden recibir ayuda, a veces de manera impresionante.

Trastornos generalizados del desarrollo y retraso mental



Stock Illustration Source, Inc.

Trastornos generalizados del desarrollo

Trastorno autista
Trastorno de Asperger
Trastorno desintegrativo infantil
Trastorno de Rett
¿Existe un espectro autista?

Retraso mental

Causas del retraso mental
Panorama histórico del retraso mental
Trastornos con causas genéticas
Síndrome de X frágil
Síndrome de Down
El ambiente fetal y el retraso mental
Síndrome de alcoholismo fetal

Problemas peri y postnatales
Desventaja psicosocial
Tipos de prevención e intervención en el retraso mental
Programas de intervención temprana
Programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales
Reconocimiento y tratamiento de problemas psicológicos
Las familias de los niños con retraso mental

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Tal vez la palabra clave en el título de este capítulo es el adjetivo *generalizado*. En él se describirán dos tipos de discapacidades que tienen relación con casi todos los aspectos de la vida de la persona afectada. El trastorno autista se caracteriza por el deterioro de las habilidades sociales y de comunicación, desarrollo del lenguaje anormal y repertorios e intereses conductuales restringidos. Las personas con retraso mental muestran un funcionamiento intelectual por debajo de lo normal y déficit en las habilidades de afrontamiento y de conducta adaptativa. Los problemas tanto de los autistas como de los que tienen retraso mental son evidentes a temprana edad.

John tiene cinco años. Fue remitido a un psiquiatra infantil debido a un retraso en el desarrollo del lenguaje y a que establece pocas relaciones con sus compañeros. Su madre lo describe como que "vive en una concha" y siente que nunca desarrolló una relación cercana y amorosa con ella. No empezó a hablar sino hasta los tres años e incluso ahora tiene un vocabulario que se limita a sólo aproximadamente 200 palabras. Gran parte de su lenguaje consiste en frases repetitivas que escucha en la televisión, o peticiones o exigencias sencillas. No puede iniciar ni sostener una conversación con niños de su edad ni con adultos.

John muestra varios comportamientos e intereses poco comunes. Por ejemplo, siente fascinación por el agua y con frecuencia pasa largos periodos observando cómo gotea en un recipiente. No muestra ningún interés por entretenerse con juguetes en forma normal, sino que prefiere ordenar los objetos en línea recta o bien hablar de modo ininteligible consigo mismo mientras se balancea de atrás hacia delante. (...) Se enoja mucho si en la casa cambian de lugar los muebles y estaba inconsolable cuando sus padres compraron un auto nuevo.

Su maestra del jardín de niños dice que tiene una facilidad asombrosa para los números y letras, pero está preocupada porque prefiere estar solo antes que jugar con otros niños. John se comunica muy poco con su maestra y parece extraño y aislado, "en su propio mundo".

Cuando John tenía tres años, el médico de la familia le dijo a su madre que era probable que superara estos problemas. Ahora, la madre siente que el pequeño pa-

dece de una condición grave y crónica. (Instituto de Medicina, 1990, pp. 26-27).

La conducta de John es típica del trastorno autista, uno de los trastornos generalizados del desarrollo que se expondrán en este capítulo. Éste está enfocado en los trastornos generalizados del desarrollo y el retraso mental, dos tipos de trastornos que comúnmente se identifican en la infancia o niñez pero que también tienen efectos importantes y permanentes en el progreso del desarrollo y en el nivel de funcionamiento que se puede esperar que los niños adquieran como adultos.

Trastornos generalizados del desarrollo

Todos los trastornos en este grupo provocan una discapacidad grave y de larga duración en varios aspectos del desarrollo que se espera del niño. Los **trastornos generalizados del desarrollo** son condiciones que se evidencian al inicio del desarrollo del niño y afectan a todos los sistemas importantes que se desarrollan cuando el niño crece (por ejemplo, los sistemas social, del lenguaje y el cognitivo). En algunos casos, los niños que son diagnosticados con estos trastorno parecen desarrollarse de manera normal durante algunos meses y después pueden retroceder en su conducta o desarrollan síntomas anormales conductuales o físicos. En otros casos, los niños con estos trastornos parecen anormales en algunos aspectos desde su nacimiento o al inicio de la vida.

Los niños que tienen trastornos generalizados del desarrollo no tienen las habilidades que necesitan para las interacciones sociales ordinarias y su capacidad para comunicarse con otros está muy deteriorada o ausente. Además, es probable que los niños afectados por estos trastornos se comporten en formas estereotipadas y no puedan adaptar su conducta a las diferentes situaciones. En definitiva, sus conductas sociales y cognitivas son claramente diferentes de las que exhiben la mayoría de los niños de la misma edad. Los trastornos generalizados del desarrollo incluyen el *trastorno autista*, *trastorno de Asperger*, *trastorno desintegrativo infantil*, *trastorno de Rett* y una categoría general llamada *trastorno generalizado del desarrollo, no especificado*. Este último se aplica a los niños que no se adecuan con exactitud a las definiciones en uno u otro de los cuatro grupos pero que su conducta atípica parece estar afectada por el mismo tipo de trastorno en general. La tabla 16-1 muestra las similitudes y diferencias más importantes entre estos trastornos. Por lo general, los trastornos generalizados del desarrollo ocurren con algún grado de retraso mental. Si también está presente el retraso mental, éste es codificado en el eje II del DSM-IV-TR, mientras que el trastorno del desarrollo en sí está codificado en el eje I.

TABLA 16-1

Características de los cuatro tipos de trastornos generalizados del desarrollo				
	Trastorno autista	Trastorno de Asperger	Trastorno de Rett	Trastorno desintegrativo infantil
<i>Edad de inicio</i>	Antes de los tres años; por lo general mucho antes	Con frecuencia no se reconoce sino hasta la escuela	Por lo general entre el primero y segundo años de edad	Después de los dos años de edad
<i>Diferencias entre géneros</i>	Más frecuente en hombres	Probable que sea más frecuente en hombres	Típico sólo en mujeres	Más frecuente en hombres
<i>¿Hay presencia de retraso mental?</i>	Con frecuencia, moderado, pero el niño puede tener una inteligencia promedio o arriba del promedio con una capacidad cognitiva irregular	No	Sí, severo o profundo después de que inician los síntomas	Sí, después aparecen los síntomas
<i>¿Hay dificultad en la interacción social?</i>	Sí, al inicio	Sí: discapacidades cualitativas; intereses y actividades restringidas	Sí, pero no es duradera	Sí, después de que aparecen los síntomas
<i>¿El desarrollo inicial fue normal?</i>	Las diferencias cognitivas y sociales aparecen tempranamente	Por lo general	Sí, pero la desaceleración del crecimiento de la cabeza y un desarrollo lento comienzan muy temprano	Sí, por lo menos durante dos años
<i>¿Desarrollo del lenguaje está afectado?</i>	Retrasado y afectado	No	Deteriorado de manera grave	No al principio
<i>¿Hay patrones de conducta o movimientos inusuales?</i>	Sí	Conductas estereotipadas y repetitivas, retraso motor y torpeza	Sí, después de que inician los síntomas	Sí, después de que aparecen los síntomas

Trastorno autista

Las personas con **trastorno autista** típicamente muestran un patrón inusual del desarrollo social y cognitivo en la niñez, que se caracteriza por dificultades marcadas en la interacción social y la comunicación. Un repertorio bastante restringido de intereses y actividades también son típicas del trastorno autista. Este trastorno afecta en promedio de dos a cinco personas de cada 10 000. Originalmente, el trastorno autista se consideraba bastante extraño, pero los estudios epidemiológicos más recientes señalan que su porcentaje ha aumentado (Gurney y cols., 2003). No se sabe si este aumento es el resultado de un mayor conocimiento del trastorno o si representa un aumento real.

Alrededor de 70% de las personas con trastorno autista también padecen retraso mental, esto es, el resultado de su CI es de 70 o menor. Sin embargo, el otro 30% de los resultados de CI se clasifican dentro de cualquiera de los rangos de inteligencia de normal a brillante. El trastorno autista no afecta a hombres y mujeres de la misma manera. El porcentaje de trastorno autista es de cuatro a cinco veces más alto en los niños que en las niñas, aunque si éstas son afectadas por el trastorno es posible que tengan un retraso mental más grave.

El primero en describir el trastorno autista fue Leo Kanner, un psiquiatra infantil, en 1943. Kanner estudió casos de niños que presentaban un patrón único de comportamiento, debido al cual eran incapaces de relacionarse de manera ordinaria con personas y situaciones desde los primeros años de vida. Además, de esta “extrema soledad autista”, destacó el “deseo obsesivo de los niños por la conservación de su monotonía”. Kanner consideró el trastorno autista como un tipo de psicosis infantil y creía que la mayoría de los niños autistas eran muy inteligentes. Sin embargo, éstos pertenecen a dos grupos: los que poseen una inteligencia normal o casi normal y los que funcionan en un nivel de retraso. Un área importante para las investigaciones futuras es separar el estudio de estos dos grupos que pueden ser muy diferentes especialmente en el funcionamiento social, a pesar de las similitudes.

Características del trastorno autista Los niños con trastorno autista muestran deterioro en las relaciones sociales, la comunicación y las actividades. Los criterios diagnósticos se mencionan en la tabla 16-2. Las personas con trastorno autista presentan una notoria falta de conciencia de la existencia y los sentimientos de los demás. Los niños autistas no buscan a un adulto para que los consuele si se lastiman o están molestos. No les gus-

TABLA 16-2

Criterios diagnósticos del trastorno autista

Para ser diagnosticado, un niño debe mostrar un total de seis o más características de las categorías 1, 2 y 3. De éstas, por lo menos dos deben ser de la categoría 1 y por lo menos una de las categorías 2 y 3.

1. Alteración cualitativa en la interacción social como se indica a continuación:
 - a. Discapacidad marcada para desarrollar conductas no verbales como el contacto visual, postura corporal y gestos que regulan la interacción social.
 - b. Falla en el desarrollo de las relaciones con los compañeros, que podrían esperarse del nivel de desarrollo del niño.
 - c. Falta de espontaneidad al tratar de compartir con otras personas la diversión, intereses o logros (por ejemplo, señalar las cosas a los demás).
2. Alteración cualitativa en la comunicación como se indica a continuación:
 - a. Retraso o falta de lenguaje hablado no acompañado por intentos de compensación mediante comunicación gestual, mímica, etcétera.
 - b. Para los individuos con un lenguaje adecuado, una alteración notoria para iniciar o mantener una conversación con los demás.
 - c. Uso de lenguaje estereotipado y repetitivo o idiosincrásico.
 - d. Falta de variedad y espontaneidad en los juegos imaginarios o en el juego social de imitación apropiada al nivel de desarrollo de la persona.
3. Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conducta, intereses y actividades como se muestran a continuación:
 - a. Preocupación por uno o más patrones de interés estereotipado y restringido que tiene una intensidad o enfoque anormal.
 - b. Aparente adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
 - c. Preocupación persistente con partes de los objetos.
4. Retraso o funcionamiento anormal que se manifiesta en por lo menos una de las siguientes áreas —interacción social, lenguaje como el que es utilizado en una comunicación social o juego imaginativo o simbólico—, debe haberse iniciado antes de los tres años.
5. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o un trastorno desintegrativo infantil.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

ta que los abracen y evitan el contacto visual, prefieren el juego solitario y comprenden muy poco las reglas sociales. Incluso cuando son muy pequeños, no disfrutan las rutinas de besos y caricias entre padres e hijos. La figura 16-1 muestra que los niños con trastorno autista hacen cada vez menos contacto visual con sus madres que los bebés con síndrome de Down o los que estaban desarrollándose normalmente (el síndrome de Down se ve más adelante en el capítulo). En el autismo, el deterioro del lenguaje es aún más dramático que el del comportamiento social. Alrededor de la mitad de todos los niños autistas no desarrollan ningún lenguaje. Si aprenden a hablar, su lenguaje será probablemente inusual. Por ejemplo, quizá sólo repitan lo que escuchan en los comerciales de televisión. Otra característica del autismo es que presentan un rango de intereses y actividades muy limitado; pueden pasar mucho tiempo haciendo girar algún objeto, moviendo los dedos, girando o balanceando el cuerpo (Frith, 2003).

La monotonía y la rutina son muy importantes. Los niños con trastorno autista pueden resistir el cambio intentando controlar la conducta de los demás. Por ejemplo, una niña empezaba a llorar cada vez que su mamá no colocaba su pie derecho en el escalón cuando ella empezaba a subir las escaleras en la entrada de su casa. A otro niño, una pequeña reubicación de los muebles, como mover la silla de la sala a otro lugar, le provocaba un arranque de enojo y una rabietta. Una explicación de la importancia de la monotonía

y rutinas de quienes padecen de este trastorno y también de su aparente falta de deseo de contacto social puede ser que estas conductas sean un intento de controlar la exposición a una sobreestimulación. El relato de Temple Grandin en el cuadro 16-1 hace hincapié en este tipo de rigidez. En general, la capacidad de los individuos autistas es limitada por su incapacidad para desarrollar relaciones con sus compañeros, su retraso o falta total de lenguaje

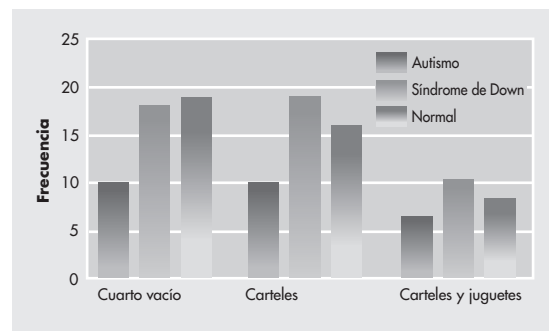


Figura 16-1 Frecuencia promedio en que los niños con autismo y síndrome de Down vieron a sus madres en un ambiente de laboratorio. Se establecieron tres escenarios, que incluyeron un cuarto vacío a excepción de los muebles básicos, el mismo cuarto con carteles en la pared y también con carteles y juguetes.

FUENTE: Adaptación de Dissanayake y Crossley (1999).

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

Vivir con autismo: dos experiencias

El autismo ha tenido un efecto profundo en las vidas de quienes nacen con este trastorno. Muchas personas que lo padecen también tienen retraso mental, pero algunas tienen una inteligencia promedio o arriba del promedio. En algunos casos, los afectados, especialmente si tienen una inteligencia arriba del promedio, pueden inventar técnicas especiales que les ayudan a compensar las dificultades en el lenguaje y pensamiento abstracto que son parte de este trastorno. Las dos personas aquí mencionadas tuvieron acceso a recursos expertos y contaban con familias que los apoyaron, por lo cual muestran resultados muy diferentes. Por lo menos en parte, esto ocurre debido a la combinación de vulnerabilidad y resiliencia que parecen aumentar o disminuir algunos efectos del trastorno autista. Sin embargo, hasta que se sepa más sobre las causas de este trastorno, es imposible decir con exactitud cómo sucede en los resultados en particular. Aunque se ha escrito mucho sobre los niños autistas, hay poca información disponible sobre su vida de adultos. Estas dos personas cuyas historias se resumen aquí, ayudan a proveer información sobre vivir con autismo como adulto o adolescente mayor.

Temple Grandin

Temple Grandin, quien tiene un doctorado en ciencia animal, ha construido su reputación profesional como una de las principales diseñadoras mundiales de instalaciones de manejo de ganado. La figura 16-2 la muestra mientras observa el comportamiento del ganado en su corral. También ha escrito dos libros sobre autismo, ha dado pláticas a una variedad de grupos de padres de niños autistas para aumentar su comprensión sobre este padecimiento y conferencias para el público en general.

Grandin describe de esta manera el proceso de crecer con autismo y algunos de los problemas cognitivos que enfrentó:

Entre el año y medio y los tres presenté muchas de las conductas autistas estándar, como fijación por los objetos que giran, rechazo a que me tocaran o a abrazaran, berrinches, incapacidad para hablar, hipersensibilidad a los ruidos repentinos, apariencia de sordera y un interés intenso por los olores. [...]

De los tres a los tres años y medio mi conducta mejoró mucho, pero no aprendí a hablar sino hasta los tres y medio. Entre los tres y cuatro años, mi conducta era más normal, hasta que me cansaba. Cuando lo hacía, regresaban las explosiones de conducta impulsiva...

En la universidad estaba en la lista de honor del Decano, pero me fue difícil cumplir con el requisito de aprender un idioma extranjero. Pude cumplirlo con notas regulares. También fue muy difícil aprender cosas secuenciales como las matemáticas. Mi mente es por completo visual y el trabajo espacial como el dibujo es fácil. En seis meses aprendí dibujo mecánico yo sola. He diseñado enormes instalaciones de acero y concreto para el ganado, pero todavía me es difícil recordar un número telefónico o sumar números en mi cabeza. Tengo que escribirlos. Toda la información que logro memorizar es visual. Si tengo que recordar un concepto abstracto "veo" la página del libro o las notas que tengo en la mente y "leo" la información que contienen. Las melodías son lo único que puedo memorizar sin una imagen visual. Recuerdo muy poco de lo que oigo a menos de que me excite en el aspecto emocional o pueda formar una imagen visual. En la clase tomo detalladamente mis notas porque olvido el material auditivo. Cuando pienso en conceptos abstractos, como las relaciones humanas, empleo modelos visuales. Por ejemplo, las relaciones entre las personas son como una puerta corrediza de vidrio. La puerta se debe abrir con gen-

tileza, pues si la pateas se pueden destrozar. Si tengo que aprender un idioma extranjero, tendrá que ser por medio de la lectura y hacerlo visual. (Grandin, 1984, pp. 144-145).

Algunas de las experiencias de Grandin con el trastorno autista le han ayudado a entender la conducta animal, en especial cuando sufren estrés. Ella observaba que al igual que la mayoría de los niños autistas, a ella no le gustaba que la tocaran o que la abrazaran. Por otra parte, la sensación de sentirse encerrada en un pequeño espacio era relajante y le proporcionaba alivio a su ansiedad.

Cuando tenía seis años me enredaba en mis mantas y me metía debajo de los cojines del sofá porque la presión era relajante. En la primaria, de día solía soñar por horas en construir algún aparato que pudiera ejercer presión en mi cuerpo. Visualizaba una caja con un revestimiento inflable en el que me pudiera acostar. Sería como estar completamente encerrada en una férula inflable. [...]

Después de visitar el rancho de mi tía en Arizona, tuve la idea de construir tal aparato, dibujado después de ver el contenedor en donde encerraban a las vacas. Cuando vi cómo ponían a las vacas ahí para vacunar-



Figura 16-2 Temple Grandin, que en la foto revisa al ganado en un redil, ha combinado su carrera profesional de diseño de instalaciones para el trato humano de los animales en corrales y establecimientos donde se procesa la carne con el activismo como defensora y educadora del trastorno autista.

FUENTE: De *Thinking in Pictures*, de Temple Grandin. Nueva York: Doubleday, 1995. Fotografía® de Rosalie Winard.

CUADRO 16-1

las, me di cuenta de que algunas de ellas se relajaban cuando estaban presionadas contra los paneles laterales. Considero que allí realicé mi primera conexión con esas vacas, debido a que unos días más tarde tuve una fuerte crisis de pánico y me metí al contenedor del rancho. (Grandin, 1995, pp. 62-63).

Esta idea fue útil para Grandin en su carrera profesional como diseñadora de corrales para ganado.

Además, descubrió que las palabras sólo tenían significados muy literales. Aprender nuevas cosas sólo era posible si visualizaba lo que oía.

Las palabras espaciales como “encima” y “debajo” no tenían significado para mí hasta que tenía una imagen visual para poderlas fijar en mi memoria. Aún ahora, cuando escucho sólo la palabra “debajo”, automáticamente me veo debajo de las mesas de la cafetería de la escuela durante un ensayo de evacuación de ataque aéreo, un acontecimiento común en la era de los años 50 en la costa este. [...]

También visualizo los verbos. La palabra “saltar” provoca un recuerdo del salto de obstáculos en una simulación de las olimpiadas que se realizaba en la primaria. Los adverbios provocan imágenes inadecuadas —“rápidamente” me recuerda a Quick de Nestlé— a menos de que venga con un verbo, el cual modifica mi imagen. Por ejemplo “él corrió rápidamente” provoca una imagen animada de Dick, de mi libro de lectura de primero corriendo rápido y “él caminaba lentamente” disminuye la imagen. Cuando era niña omitía palabras como “es”, “el” y “lo” porque solas no tenían significado alguno. De manera similar, palabras como “de” y “un” no tenían sentido. Con el tiempo aprendí a utilizarlas de manera correcta porque mis padres siempre hablaban bien el inglés y yo copiaba sus patrones de lenguaje. Hasta el presente ciertas conjugaciones, como “ser”, para mí no tienen significado alguno.... [...]

Es como Raymond, el estudiante autista que es personificado en la película Rain Man, que utilizaba una estrategia similar para memorizar directorios telefónicos, mapas y otra información. Él simplemente fotocopió toda la página del libro en su memoria. Cuando quería encontrar cierto número, sólo escaneaba el directorio telefónico que estaba en su memoria. Para obtener información de mi memoria tengo que volver a ver el video. Obtener hechos con rapidez en ocasiones es difícil porque tengo

que revisar pequeños fragmentos de los videos hasta que encuentro el correcto, lo cual toma tiempo. (Grandin, 1995, pp. 30-31).

Grandin ha podido convertir esta deficiencia en un atributo positivo para su trabajo profesional, debido a que su dificultad con el simbolismo le facilitó entender la forma en que las vacas perciben su alrededor en un matadero.

Otra área problemática para los autistas, aun para las personas bien adaptadas y exitosas como Grandin, son las situaciones sociales:

Las interacciones sociales que realizan de manera natural la mayoría de las personas pueden ser desmoralizantes para los autistas. Cuando era niña, era como un animal que no tenía instintos que me guiaran; aprendí por ensayo y error. Siempre estaba observando, tratando de la mejor manera de comportarme pero nunca encajaba. Tenía que pensar sobre cada interacción social. [...]

Me mantuve soltera porque hacerlo evitaba muchas situaciones sociales compli-

cadadas que son muy difíciles de manejar para mí. Para la mayoría de los autistas, la cercanía física es también una dificultad, como entender las conductas sociales básicas. En las convenciones, he hablado con muchas mujeres que han sido violadas en una cita porque no entendían las sutiles insinuaciones de interés sexual. Asimismo, los hombres que quieren una cita, con frecuencia, no entienden cómo relacionarse con una mujer. (Grandin, 1995, pp. 132, 133).

El éxito de Grandin no es típico de una persona autista, pero ejemplifica cómo un individuo con una vulnerabilidad biológica puede capitalizar sus fortalezas no sólo para adaptarse sino para desarrollar habilidades que la mayoría de las personas no poseen.

Ted Hart

Como Temple Grandin, Ted Hart creció en una familia que lo apoyaba (la figura 16-3 lo muestra con su padre en una visita a su casa). Aunque el padre, Charles Hart, había

continúa

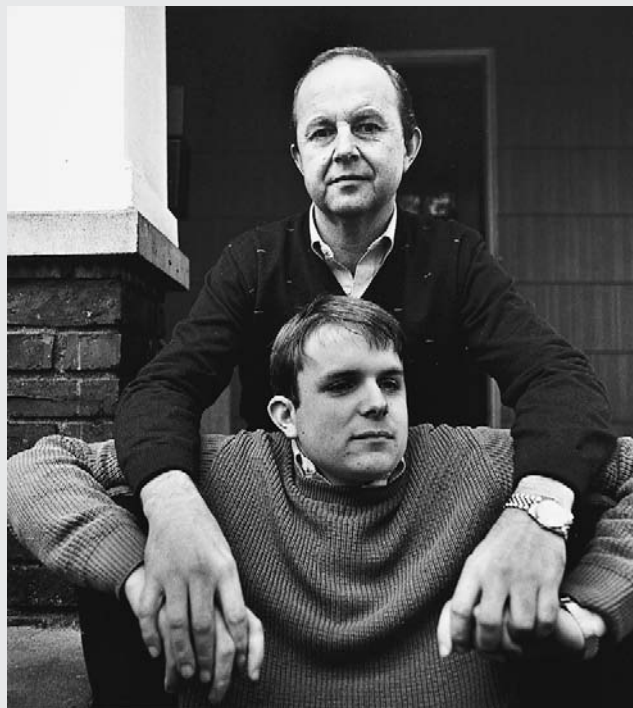


Figura 16-3 Ted y Charles Hart durante una de las visitas a la casa de Ted. Charles Hart, que tiene un hijo y un hermano con trastorno autista, ha sido líder en el estímulo a la comprensión de este padecimiento y a la mejora de los establecimientos comunitarios que beneficiarán a quienes lo padecen y a sus familias. Escribió un libro en el cual describe su experiencia con su hijo y su hermano (Hart, 1989).

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD *continúa*

CUADRO 16-1

crecido con un hermano autista, en la infancia de Ted, el autismo aún no se reconocía con facilidad. Los señores Hart, a pesar de haber consultado a muchos profesionales durante años, tenían poca información sobre cómo manejar los síntomas de Ted. Incluso como un joven adulto con una familia que lo apoyaba y ayuda experta en la comunicación y otras habilidades, Hart continúa gravemente incapacitado. Vivió en un centro especial para jóvenes discapacitados durante varios años. Ahí se le estimularon sus habilidades de cuidado independiente, como consecuencia de lo cual aprendió a hacer su cama y a lavar su ropa.

Debido a lo desigual que eran sus habilidades cognitivas, aun los padres experimentados del centro especial juzgaban mal su capacidad para entender. Por ejemplo, en una ocasión, cuando su madre fue a recogerlo para el fin de semana y le ofreció empacar se dio cuenta que toda su ropa, tanto en el clóset como en los cajones, estaba muy mojada, como si la acabara de sacar de la lavadora.

Sin poder obtener mayor información de Ted, Sara (su madre) le pidió a uno de los padres del centro que la ayudaran. Poco a poco entendió el misterio. Habían pasado varias semanas enseñando a Ted a lavar su ropa, reduciendo de manera gradual la supervisión después de que había memorizado todas las instrucciones y demostrara que las podía seguir él solo.

El análisis de la tarea incluía cada uno de los pasos que la persona tenía que realizar. Sin embargo, no incluía las medidas de seguridad en caso de alguna falla mecánica.

El día que Ted lavó su ropa sin supervisión, la secadora no funcionaba.

Despreocupado del cambio, siguió las instrucciones que había memorizado al pie de la letra. Cuando el timbre de la secadora, que no funcionaba sonó, retiró de manera obediente la ropa empapada y la colocó en su cómoda.

Nadie había considerado la posibilidad de que pudiera hacer algo así. Nadie se dio cuenta de que tenía que ser “programado” para asegurarse si la ropa estaba seca. Para el personal del centro esto era un paso muy obvio que nadie había considerado que Ted pudiera malinterpretar.

El sentido común de Ted debió haberle dicho que algo estaba mal. Pero su autismo le impidió desarrollarlo o entender lo obvio. Aunque era capaz de memorizar reglas y procesar una serie de instrucciones, no podía elaborar un simple juicio. (Hart, 1989, pp. 195-196).

Tal como Grandin, Hart comprobó que las interacciones sociales eran difíciles. Aprendió expresiones sociales apropiadas, pero era obvio que las separaba de su significado y las utilizaba de manera mecánica.

Conforme crecía, Ted aprendió ciertas frases sociales, como “¿cómo está usted?” y “bien gracias”, que no tienen un significado literal. Son cumplidos como “por favor” y “gracias” que deben utilizarse en una conversación educada. No nos dimos cuenta de cuánto se separaba el uso social de estas expresiones de su origen literal hasta que una noche Sara lo llamó...

Una amistad de la familia le había regalado a Ted un terrario con dos salamandras para Navidad. Le enseñamos a Ted cómo cuidar a las mascotas y lo hizo muy bien. [...]

Ted había nombrado a las salamandras Rick y Sasha, y parecía que las disfrutaba más que otras posesiones. Sin embargo, un día Sasha murió de causas desconocidas y Rick parecía letárgico y poco saludable.

Sara se preocupó porque Rick pronto podría morir, ante lo cual tendrían que comprar un reemplazo, así que llamó a Ted y le preguntó “¿cómo está Rick?”

“Está bien”. Luego dijo: “Murió el día de hoy”.

Ted suponía que la respuesta adecuada a la pregunta de Sara “¿cómo está Rick?” debía ser “está bien” (Hart, 1989, p. 281).

Así como Grandin, Hart tiene deterioros provocados por el autismo. Aunque ambos tienen aptitudes bastante diferentes, hay ciertas similitudes generales en la forma en que piensan e interactúan con otros. Grandin, cuyo autismo era menos grave, que se convirtió en una profesional exitosa en una carrera exigente, puede decir más sobre sus propias reacciones. Para poder entender las habilidades y dificultades de Hart, es necesario confiar en las descripciones de los demás. Igual que Grandin, el padre de Hart fue un activo promotor del entendimiento del trastorno autista y de la mejora de los centros especiales y las oportunidades para los que padecen de este trastorno.

hablado, y su adhesión a rutinas o rituales inflexibles específicos que parecen no tener una función obvia. Por lo general, estos retrasos del desarrollo y anormalidades conductuales son notorios antes de los tres años.

Diversas perspectivas teóricas han contribuido a muchos de los cientos de estudios de investigación enfocados en el autismo. Los temas de particular interés para los investigadores incluyen déficit cognitivos, dificultades del lenguaje, déficit en las relaciones interpersonales, diagnóstico del autismo y factores biológicos que pueden ayudar a explicar la conducta autista. La investigación reciente sugiere que el autismo podría no ser un trastorno autónomo, sino un espectro de características que, en combinación con los factores del ambiente social, podrían generar varios niveles de perturbación y de habilidades (Constantino y Todd, 2003). El autismo puede estar conformado por varios trastornos relacionados, no uno solo.

Déficit cognitivos Los investigadores han tratado de entender los aspectos de la cognición que subyacen al autismo. Los déficit de la *teoría de la mente* y de las *funciones de ejecución* han sido el aspecto especial de la investigación en los últimos años. La **teoría de la mente** se refiere a la capacidad de atribuir estados mentales, como el deseo, conocimiento y creencia, a sí mismo y a otras personas como una forma de explicar la conducta. Esta capacidad puede verse al final del primer año de vida pero se desarrolla mejor entre los tres y cuatro años. En ocasiones, la marcada deficiencia de los niños autistas en ella se denomina “ceguera mental” (Baron-Cohen, 1995).

A pesar de que la capacidad para entender lo que los demás están pensando y por qué reaccionan de cierta manera (como se describe en la teoría de la mente) es muy importante, es sólo uno de los diferentes tipos de déficit que los niños autistas experimentan. Otro déficit cognitivo se encuentra en las funciones de ejecución.

Las **funciones de ejecución** son operaciones cognitivas (como planeación, inhibición de la respuesta, flexibilidad y memoria de trabajo) que se considera son dirigidas por la corteza prefrontal. Muchos niños y adultos autistas tienen problemas en la planeación y organización, en el uso de la retroalimentación y en el cambio de su centro de atención. Sin embargo, estos déficit no explican las preocupaciones obsesivas y patrones repetitivos de conducta que son característicos del autismo. Los investigadores intentan ir más allá de su concepto general de funciones de ejecución (a las áreas más específicas del procesamiento de información y de la neuropsicología cognitiva) para intentar entender cuáles componentes de las funciones de ejecución están dañadas y cuáles funcionan como se espera en el desarrollo normal. La investigación neuropsicológica se enfoca en clasificar las relaciones entre las estructuras cerebrales y las funciones psicológicas y conductuales observables. La flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo son dos de las áreas en las que cada día se profundiza más en este tipo de investigación.

La mayoría de los niños con autismo también muestran déficit en el juego simbólico aunque no es clara la naturaleza exacta de este problema. Por lo general, en el transcurso normal de su desarrollo los niños avanzan de lo que se conoce como juego funcional, como deslizarse en un carro en el suelo o colocar el auricular del teléfono en el oído, al juego simbólico, en el que pueden utilizar objetos a su alcance para realizar las mismas acciones. Con este objeto sustituto, como se le llama, los niños muestran que pueden “hacer como si”, en su juego, un objeto, como un cubo, sustituye o funciona como otro objeto, como un automóvil o una tasa. Progresan de utilizar un objeto funcional, a utilizarlo de manera simbólica. Aunque los niños por lo general realizan en gran medida el juego simbólico espontáneo, en el autismo éste es casi inexistente. En los niños que se desarrollan de manera normal, la capacidad para utilizar el juego simbólico parece ocurrir al mismo tiempo que se manifiestan las primeras etapas de adquisición del lenguaje. Los niños autistas tienen dificultad para iniciar el juego simbólico.

Los autistas parecen desarrollar de manera desigual sus habilidades cognitivas. Algunos de ellos, a pesar de que sus funciones cognitivas están deterioradas, tienen habilidades inusuales que parecen limitarse a áreas muy específicas, con frecuencia la de la memoria. Por ejemplo, aunque Ted Hart, a quien se describe en el cuadro 16-1, está bastante afectado por el autismo y no puede vivir de manera independiente, tiene una capacidad inusual de memoria:

Ted parecía desarrollarse en forma normal hasta que tuvo casi tres años. Entonces, sus padres se empezaron a preocupar porque todavía no demostraba ningún interés por jugar con otros niños y había comenzado a utilizar patrones de lenguaje poco comunes y a mostrar otros comportamientos inusuales. A los nueve años podía leer y recordaba la ortografía de los nombres de cinco sílabas en griego de los dinosaurios, pero no podía atarse las agujetas ni diferenciar la fantasía de la televisión ni de los libros de la realidad. A los 19, conoce el número de dedos que tienen en las patas los animales exóticos y sabe en qué día de la semana caerá el cumpleaños de una persona durante varios años en el futuro. (Adaptación de Seattle Times, 9 de enero de 1990, p. H1).



Figure 16-4 De niño, a Jonathan Lerman le diagnosticaron autismo. Aunque tenía, y continúa con dificultades para comunicarse de manera verbal, ha mostrado un gran talento artístico. En su adolescencia dibujó esta caricatura de John Lennon (Rexer, 2002).

La presencia de estas capacidades *eruditas* (áreas de talento sorprendente de individuos con bajo funcionamiento) son por lo menos 10 veces más comunes en los niños autistas que en otras discapacidades mentales (Scheuffgen y cols., 2000). Las habilidades más conocidas incluyen la música, dibujo y cálculo de calendario (ver la figura 16-4). Otras capacidades fuera de lo previsto en el desarrollo general que pueden ser aún más frecuentes incluyen habilidad para los rompecabezas, memoria para rutas u horarios y un conocimiento superior de las palabras. Algunas veces estas capacidades dan la impresión de una inteligencia normal o superior aun en los niños autistas que parecen tener retraso.

Dificultades de lenguaje El lenguaje es un problema importante de quienes padecen de autismo (Rapin y Dunn, 2003). Más de la mitad de los niños autistas permanecen mudos y muchos de ellos tienen un retraso significativo en el desarrollo para empezar a hablar. En el caso de los que sí hablan, siguen presentes aspectos específicos del trastorno de lenguaje. El lenguaje de los niños autistas tiende a ser estereotipado, repetitivo e idiosincrásico. Tienen dificultad para comprender el significado de lo que los demás dicen, que abarca desde entender instrucciones simples hasta incapacidad para entender chistes. Por lo general los chistes requieren de la existencia de un pensamiento simbólico. Por lo tanto, incluso los niños con un desarrollo normal no entienden el humor de un chiste hasta los primeros años de la primaria, cuando los chistes sutiles empiezan a entenderse como lo que son. La hipótesis de la teoría de la mente sobre los autistas ha sido importante para entender estas dificultades del lenguaje. La falta de capacidad para entender cómo piensan y sienten los demás dificulta aprender que el lenguaje es un medio para compartir información, pensamientos y sentimientos, e interactuar con los demás. En lugar de considerar la perspectiva del oyente, las personas afectadas por el autismo tienden a hablar sobre sus propios intereses sin considerar el papel del oyente en la conversación. Las dificultades de lenguaje son

sólo uno de los problemas que contribuyen a aumentar las dificultades sociales que genera el autismo.

Déficit sociales y afectivos En los primeros años de vida, los niños autistas muestran dificultades para interactuar con otras personas. En su infancia, los niños que más adelante son diagnosticados con autismo pueden no estar interesados en juegos que la mayoría de los niños disfrutan, como canciones y juegos de cuna. Por lo general, parece que a los niños les gustan estos juegos por su naturaleza interactiva. Los juegos requieren **conductas de atención compartida**, que involucran la coordinación de la atención entre el niño, otra persona y un objeto o evento. Por lo general, estas conductas se desarrollan antes del lenguaje y son de dos tipos, ya sea seguir la conducta de otra persona o iniciar la conducta. Es probable que los niños autistas tengan deficiencias en ambos tipos de conductas de atención compartida.

La falta de intereses interactivos normales y de capacidades en los bebés y niños pequeños con autismo puede ser una pista valiosa para el rápido diagnóstico y tratamiento de este trastorno. Los investigadores han descubierto que es posible identificar a los niños que más adelante serán diagnosticados con autismo cuando cumplen un año de edad. Investigaciones anteriores han demostrado que la mitad de los padres con hijos autistas sospechan del problema antes de que su hijo cumpla un año y que la mayoría de ellos empezaron a expresar su preocupación a su pediatra cuando sus hijos tenían sólo 18 meses.

Diagnóstico del autismo El diagnóstico puede ser difícil porque aunque muchos niños autistas tienen cierto retraso, por lo general parecen ser normales físicamente y su desarrollo motor ocurre en el momento adecuado. A edad temprana pueden parecer normales con algunas conductas extrañas. Mirar hacia la nada y mecerse hacia atrás y hacia adelante son conductas autistas estereotipadas que los niños normales también llevan a cabo. Los niños normales también golpean su cabeza, que es común a una edad temprana. Sin embargo, también tienen contacto visual y señalan objetos, conductas que son raras en los niños autistas. Debido a que los profesionales hacen caso omiso de las preocupaciones de los padres sobre lo que ellos perciben como un desarrollo anormal en su hijo, los investigadores han desarrollado una lista de chequeo de conductas infantiles que, mientras que pueden ser parte de un desarrollo normal, les preocupan a los padres conscientes y definitivamente vale la pena explorarlas más a fondo como probables señales de peligro. La tabla 16-3 presenta una lista de chequeo con las señales de peligro que los padres pueden reportar. Las herramientas de exploración, como ésta, pueden utilizarse cada vez que un pequeño es examinado de rutina ya que la identificación de las primeras señales de autismo es muy importante. Muchos investigadores creen que las intervenciones deben iniciar lo antes posible en la vida de los niños autistas para que éstos puedan llegar a su total potencial (Filipek y cols., 1999). A pesar de esta importancia, la edad promedio de diagnóstico en Estados Unidos es de 3 a 4 años, y en otros países mucho más tarde. En un estudio que se realizó en Inglaterra, la mayoría de los padres de niños autistas reportaron que se les aseguró que su hijo “con el tiempo podría perder esos

TABLA 16-3

Preocupaciones de los padres que son alerta roja para el autismo

Preocupaciones por la comunicación

- No responde a su nombre
- No puede decir lo que desea
- Retraso en la adquisición del lenguaje
- No sigue instrucciones
- En ocasiones parece sordo o que no escucha, pero no en otras
- No señala ni dice adiós con la mano
- Deja de decir algunas palabras que ya conocía

Preocupaciones sociales

- No sonríe socialmente
- Prefiere jugar solo
- Obtiene cosas para sí mismo
- Es muy independiente
- Tienen poco contacto visual
- Parece estar en su propio mundo
- Excluye a sus padres
- No está interesado en otros niños

Preocupaciones conductuales

- Tiene frecuentes berrinches
- Es hiperactivo, no coopera o negativista
- No sabe cómo jugar con juguetes
- Se estanca constantemente
- Camina de puntitas
- Tiene un apego inusualmente intenso a juguetes específicos
- Alinea juguetes y otros objetos más que jugar con ellos
- Es demasiado sensible a ciertas texturas y sonidos
- Tiene patrones de movimientos extraños

Indicadores absolutos para una mayor evaluación inmediata

- No balbucea a los 12 meses
- No gesticula (señalar, movimiento para decir adiós, etc.) a los 12 meses
- No pronuncia ninguna palabra a los 16 meses
- No dice frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses
- CUALQUIER pérdida de CUALQUIER habilidad social o de lenguaje a CUALQUIER edad

FUENTE: Adaptación de Filipek y cols. (1999), p. 452.

síntomas” que los preocupaban, o fueron canalizados a otro profesional que les pudiera dar esa certeza (Howlin y Moore, 1997). Aun en los casos donde se dio un diagnóstico, no ofreció ninguna

ayuda en lo que se refiere a educación o terapia, ni se canalizó a los padres a un grupo de apoyo.

Un método creativo de evaluación para detectar de manera temprana el autismo ha sido desarrollado por algunos investigadores que han estudiado las primeras señales del trastorno. Los investigadores sabían que la mayor parte de la conducta que mejor predice el autismo es el poco contacto visual. Querían determinar si la misma característica conductual identificaría a los niños muy pequeños que más adelante serían diagnosticados con autismo. Para poder hacer esto, compararon los videos del primer cumpleaños de 11 pequeños que más adelante fueron diagnosticados con autismo, con los de 11 niños que se desarrollaron de manera normal (Osterling y Dawson, 1994). La figura 16-5 muestra un ejemplo de los tipos de imágenes que utilizaron. Las grabaciones de los cumpleaños fueron escogidas para el estudio sobre las de otras actividades, ya que los padres por lo general no pueden recordar cuándo las hicieron o qué edad tenían los niños en ese momento. El ambiente de la fiesta también redujo de cierta manera la variabilidad de los ambientes en los que se observaron a los niños.

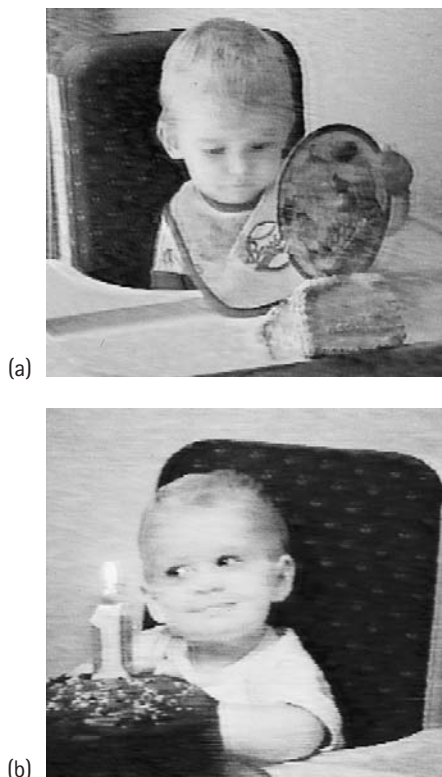


Figura 16-5 Los videos de niños en la fiesta de su primer cumpleaños han sido utilizadas para detectar las primeras señales de autismo. Note la diferencia entre la conducta del niño en la foto (a) que luego fue diagnosticado con autismo, y el niño de la foto (b) cuyo desarrollo fue normal. El niño autista, en esta fotografía y en la cinta de video, tendía a enfocarse en los objetos más que en las personas. En contraste, el niño de la fotografía (b) pasó la mayor parte del tiempo de la grabación observando a las personas reunirse en la fiesta y compartir su alegría.

Los investigadores han desarrollado un sistema de códigos para detectar la presencia o ausencia de ciertas conductas apropiadas de desarrollo y conductas autistas. Los evaluadores que no sabían del diagnóstico observaron a los niños en los videos de las fiestas y codificaron el número de veces que un niño exhibía cierta conducta. Después de utilizar las codificaciones de los videos, los resultados del estudio mostraron la ausencia de cuatro conductas (contacto visual, mostrar un objeto a otra persona, señalar objetos y responder a su nombre) que pudo identificar con 91% de certeza a los niños que más adelante fueron diagnosticados como autistas. Una sola conducta (el número de veces que el niño miró la cara de otra persona) podría clasificar correctamente 77% de los niños en un grupo ya sea autista o no autista.

Parece que los niños autistas nunca desarrollan el juego social con otros niños. El recuadro 16-1 muestra que aun para alguien como Temple Grandin, que ha vencido la mayoría de las dificultades del autismo, interactuar con otros y seguir los convencionalismos sociales generales que la mayoría de las personas parecen aprender sin que se les enseñe, son obstáculos que pueden superarse sólo con la práctica y una preparación minuciosa. Como resultado, muchos niños autistas con frecuencia prefieren actividades solitarias.

Aunque hay un acuerdo general de que el autismo es causado por una disfunción del sistema nervioso central, hay diferencias de opinión en lo que se refiere a las características que los definen y la cadena causal que une la disfunción cerebral con las características conductuales (Kabot y cols., 2003). Los clínicos definen el autismo en tres diferentes niveles interdependientes: trastorno neurológico, psicológico e interpersonal o social. Como se mencionó con anterioridad, el autismo puede ser visto como un espectro, pero no necesariamente un espectro que sólo va de leve a severo.

Perspectiva biológica del autismo La perspectiva biológica del autismo ha sido investigada de diferentes maneras. Entre éstas, los dos tipos de estudio más relevantes son los que se enfocan en la estructura y el funcionamiento cerebral, y los que investigan sus aspectos genéticos.

Estructura y función cerebral Los estudios de los cerebros de individuos autistas, tanto los que utilizaron técnicas de imagenología para examinar los cerebros vivos como los estudios de laboratorio del tejido cerebral y su estructura realizados después de la muerte, muestran diversas anomalías. El problema con estos resultados es que en la mayoría de ellos no se encontró consistencia entre un estudio y los otros. Un área en la que estuvieron de acuerdo sobre los estudios de imagen es que los cerebros de quienes padecen autismo tienden a ser más grandes que los del promedio y que esta anomalía se debe al mayor tamaño de los lóbulos temporales, parietales y occipitales (Courchesne y cols., 2003). El inicio clínico del autismo parece seguir dos etapas del crecimiento cerebral anormal: un tamaño reducido de la cabeza al nacer y un repentino y excesivo aumento de sus dimensiones entre el primero y el segundo mes y nuevamente a los seis y 14 meses de edad. Este crecimiento anormalmente acelerado puede servir como una señal de alerta del riesgo de autismo.

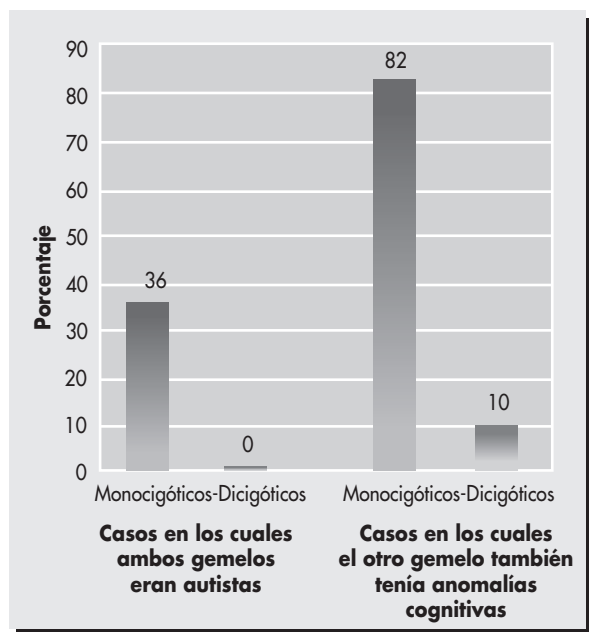


Figura 16-6 Se han utilizado los estudios de gemelos para determinar la influencia de los factores hereditarios en el autismo. Como muestran los resultados, en los pares de gemelos donde uno de ellos cumple con los criterios del autismo había una mayor probabilidad entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos de que ambos hermanos padeciesen de autismo. Esta diferencia fue aún mayor en los casos donde el otro gemelo tenía alguna anomalía cognitiva, aunque no cumpliera con los criterios del autismo.

FUENTE: Adaptación de Folstein y Rutter (1978), p. 226.

Investigación genética del autismo Aunque no se ha identificado un gen o combinación de genes asociados con el autismo, diversos estudios sugieren que los factores genéticos pueden ser importantes. Un ejemplo se encuentra en los estudios de gemelos en los que se comparan los gemelos monocigóticos (MC) y los dicigóticos (DC), de los cuales uno de ellos era autista. Los resultados de uno de estos estudios se muestran en la figura 16-6. En él, la probabilidad de que ambos gemelos fueran autistas era mucho mayor en los pares MC que en los DC (Folstein y Rutter, 1978). Si los investigadores ampliaban su definición de los criterios del trastorno autista de tal manera que incluyeran anomalías cognitivas similares a las encontradas en el autismo, entonces ambos gemelos estaban afectados en 82% de los MC y sólo en 10% de los DC. Sin embargo, la herencia genética no puede ser el único factor que produzca el autismo ya que la probabilidad del diagnóstico autista de los gemelos MC no es de 100%. Los investigadores también descubrieron una correlación entre el autismo y una lesión cerebral producida durante o después del nacimiento. Entre los gemelos idénticos donde sólo uno era autista, es más probable que éste experimentara algún tipo de daño cerebral en o poco después del nacimiento (Folstein y Rutter, 1977).

En la actualidad, las preguntas sobre la herencia en el autismo se están investigando con métodos genéticos moleculares, que pueden ir más allá de los estudios de la ubicación de los genes en

ciertos cromosomas. Como con otros estudios genéticos moleculares, las diferentes investigaciones no han llegado a consensos sobre la ubicación de genes específicos. Hasta que no se obtengan resultados iguales o similares, no será claro cuáles genes son los importantes. Sin embargo, el problema es complejo debido a que el autismo parece estar relacionado no sólo con un gen sino con varios de ellos, los cuales actúan de manera independiente pero que, en combinación, aumentan la vulnerabilidad al autismo (Newschaffer y cols., 2002; M. Rutter, 1999).

En las familias con un hijo autista, las probabilidades de que otro hijo también pueda serlo es de alrededor de 3 a 6% (Ritvo y cols., 1989). Aunque esta probabilidad es mucho menor que la probabilidad que se encontró en los pares de gemelos MC, es mucho mayor que la que se encuentra en la población en general. De tal manera, el creciente riesgo para los hermanos no sólo sugiere un factor genético sino que fortalece el argumento de que varios genes independientes deben heredarse para causar el trastorno. Si cada padre contribuye con uno o más genes asociados con la vulnerabilidad al autismo y tres o cuatro genes deben heredarse para causarlo, es muy poco probable que el hermano de un autista herede todos esos genes. Sin embargo, también es poco probable que este hermano no herede ninguno de estos genes. Esto significa que la mayoría de los hermanos, así como los padres de los niños autistas, pueden tener algunos genes que contribuyen al desarrollo de este trastorno, pero que no son suficientes por sí mismos para provocarlo. Como resultado, cada miembro de la familia puede tener algunas de las características conductuales que se presentan en el autismo pero que no son lo suficientemente fuertes como para cumplir con los criterios del DSM-IV-TR. Esta predicción se sustenta en estudios de familiares de personas con autismo. Los familiares tienden en mayor grado a tener rasgos de personalidad inusuales, en especial timidez y retraimiento, e intereses restringidos o escasos (M. Rutter, 2000). Estos déficit sociales son leves si se comparan con los que caracterizan al autismo, pero semejan algunas de las características autistas. Los problemas de lenguaje solos no son más frecuentes en los familiares, pero acompañados por déficit social fueron detectados con mayor frecuencia en éstos que en la población en general. La siguiente descripción del “señor A” presenta un buen ejemplo de alguien que muestra ciertas características del autismo que se ven con frecuencia en los familiares de autistas, a pesar del hecho de que funciona de manera razonable y es un profesional exitoso.

El señor A, de 35 años, es un profesor de ingeniería de la universidad. Pasa la mayor parte de su tiempo libre leyendo. Ha recibido tratamiento para ansiedad y depresión, e incluso una vez fue hospitalizado. El señor A se describe como un planeador organizado y cuidadoso. [...] Un colega de su área ha observado que pasa más tiempo que cualquier otro profesor en la preparación de sus clases.

El señor A. se siente más seguro cuando organiza su vida con base en una rutina. Dice que sería feliz si pudiera tener una vida sin sorpresas. Pide que programen sus clases a la misma hora cada semestre. [...] Su esposa asegura que protesta si le pide que deje una carta en el correo camino a su trabajo porque interrumpe su rutina. Prefiere utilizar un de-

terminado tazón para su desayuno, que por lo general es lo mismo todos los días, y se molesta cuando su esposa le cambia su cepillo de dientes, pues dice que le toma meses acostumbrarse a uno nuevo. Siempre se ha sentido incómodo en situaciones sociales. Dice que en su infancia pasó más tiempo con libros que con personas. No le ve el sentido a las “conversaciones simples”. Prefiere que las conversaciones tengan un propósito. [...] tiene ciertas reglas para diferentes tipos de interacciones (por ejemplo, maestro-alumno) y cuando los papeles están bien definidos sabe qué reglas seguir, si no, se siente incómodo. (Piven, 1999, p. 302).

Los estudios de familiares de los afectados por autismo se basan en la idea de que cualquier desventaja genética del autismo de padres u otros miembros de la familia no autistas puede expresarse en conductas similares cualitativamente pero más leves que las que caracterizan al autismo. Por supuesto que los investigadores que buscan conductas inusuales en padres y otros familiares de niños autistas necesitan tomar en cuenta la posibilidad de que cualquiera de estas características en la conducta y personalidad de los padres pueden ser consecuencia de tener un hijo con un trastorno grave como el autismo. Una forma de descartar este factor es utilizar como control un grupo de padres que también tienen hijos con un trastorno grave, pero que probablemente tiene causas genéticas diferentes. Un ejemplo de estas investigaciones es un estudio que comparó las características de personalidad y de lenguaje de personas que tienen más de un hijo autista, con las de padres de niños con otro tipo de trastorno que causa retraso mental, el síndrome de Down (Piven y cols., 1997). Los resultados de esta comparación mostraron que los padres de niños autistas mostraban formas más leves de ciertas características asociadas con el autismo, lo que no sucedía con los padres de niños con síndrome de Down. Las carac-

terísticas de personalidad y conducta de los padres de niños autistas, en comparación con los padres de niños con síndrome de Down, muestran mayores niveles de rigidez en la conducta y el pensamiento, retraimiento, hipersensibilidad a la crítica y ansiedad. Asimismo, también es más probable que tengan déficit del lenguaje hablado y en otras áreas del lenguaje, que no sean tan extrovertidos socialmente y que tengan menos amistades. Debido a que estas características aunque menos extremas que las conductas características del autismo eran por lo general similares en tipo, los resultados apoyan la idea de un espectro autista (del cual se hablará al final de esta sección en los trastornos generalizados del desarrollo).

Autismo versus esquizofrenia infantil Aunque el trastorno autista se considera actualmente como un trastorno del desarrollo, originalmente se pensó que era una esquizofrenia infantil o una psicosis parecida. En el pasado, algunos casos de trastorno autista probablemente fueron diagnosticados como esquizofrenia infantil. Sin embargo, la *esquizofrenia infantil* casi nunca se presenta antes de los siete u ocho años, mientras que el autismo empieza mucho antes. Como la esquizofrenia en los adultos, la que afecta a los niños incluye alucinaciones y/o delirios, y parece involucrar una anatomía del cerebro similar a la encontrada en la esquizofrenia adulta. No es claro si la esquizofrenia que ocurre antes de los 15 años tiene los mismos resultados que la que se presenta durante la edad adulta, pero la investigación sugiere que es posible que la que padecen los adultos haya iniciado en la infancia. En el DSM-IV-TR existen diferencias entre las definiciones del autismo y la esquizofrenia que sugieren que estos trastornos pueden distinguirse claramente el uno del otro. La tabla 16-4 resalta algunas de esas diferencias.

TABLA 16-4

Diferencias entre el trastorno autista y la esquizofrenia infantil

	Trastorno autista	Esquizofrenia infantil
Edad de inicio	Antes de los 30 meses	De la infancia tardía hasta la adolescencia
Frecuencia	De dos a cinco por cada 10 000	No se sabe; posiblemente menos frecuente que el trastorno autista
Proporción entre géneros (M:F)	3 : 1 o 4 : 1	Casi igual; ligeramente más hombres
Historial familiar de esquizofrenia	Probablemente no	Mayor que el promedio
Nivel socioeconómico de la familia	Arriba de la media	Debajo de la media
Características conductuales	No puede desarrollar relaciones; pobres capacidades de interacción social; lenguaje estereotipado; necesidad de monotonía; alteraciones del lenguaje; mutismo; sin alucinaciones ni delirios	Mayor interacción social que en el trastorno autista; hay alucinaciones y/o delirios
Nivel de inteligencia	La mayoría se ubican en el rango de retraso; CI con frecuencia entre 35 y 50; una marcada desigualdad en las capacidades cognitivas	Regularmente dentro el rango normal; capacidades cognitivas relativamente iguales

Tratamiento del autismo Aunque se sostiene que muy diversos tratamientos tienen un efecto dramático en los niños autistas, una revisión de la investigación disponible puede aclarar que hay muy poca evidencia de alguna cura para el autismo. Sin embargo, algunos programas estructurados (en especial si se aplican en los primeros años de vida del niño) pueden mejorar de manera significativa su desarrollo. Los niños que empiezan a recibir algún tipo de intervención entre los dos y los cuatro años tienen un mejor avance que los que reciben ayuda similar cuando son más grandes. Para poder tener éxito, las intervenciones deben ser intensivas (por lo menos 15 horas a la semana), con una duración de seis meses o más, y utilizar un alto porcentaje de adultos y niños. En general, los programas exitosos proporcionan claras directrices sobre lo que pueden hacer los padres para ayudar, los ayudan a valorar a sus hijos como personas, y dan mayor atención y aliento a los padres de lo que es típico en las interacciones de ellos con los clínicos. Aunque es importante no darles falsas esperanzas, de la misma manera los programas exitosos los alientan a tener expectativas altamente razonables sobre las capacidades de sus hijos.

Por lo general el tratamiento del trastorno autista está dirigido a mejorar la vida de quienes lo padecen ayudándoles a reducir conductas problemáticas y aumentar sus habilidades. Estas metas limitadas son apropiadas porque —hasta el momento— no existe ninguna cura para él, y menos de 5% de los que reciben este diagnóstico llegan a ser adultos que funcionen de manera normal. La mayoría de los autistas viven la mayor parte de su edad adulta bajo algún tipo de cuidado en custodia o en una institución de salud. En la actualidad, los enfoques de tratamiento más comunes son la capacitación conductual y los medicamentos, a menudo usados en conjunto.

Aunque en general los resultados en el trastorno autista no son muy positivos, con el tiempo han mejorado. La figura 16-7

compara los resultados en la adultez del tratamiento del autismo, encontrado en estudios realizados antes y después de 1980. La diferencia entre los resultados de estos dos periodos puede estar relacionada con mejores tratamientos y un mayor interés en proveer cuidado externo en instituciones de custodia. Para cualquier individuo, varios factores predicen el resultado futuro. Los resultados más positivos se logran en niños que:

- Desarrollan al menos un lenguaje comunicativo simple a los cinco o seis años de edad.
- Tienen una calificación dentro o por arriba del rango de retraso leve en las pruebas de capacidad no verbal.
- Tienen habilidades o intereses adicionales que les facilitan encontrar una ocupación (por ejemplo, competencias especiales en matemáticas, música o computación).

Todavía no se han respondido muchas preguntas sobre el enfoque de tratamiento más eficaz. Éstas incluyen la comprensión de cuáles son los aspectos del tratamiento cruciales para el cambio, los papeles comparativos de los padres y clínicos, si los diferentes enfoques son mejores para diferentes subgrupos de niños, y así sucesivamente (Howlin, 2002).

Capacitación conductual La capacitación conductual intensiva se ha utilizado de manera extensa para reducir los síntomas conductuales del autismo y ayudar a los niños a aprender habilidades sociales. Este enfoque puede ser muy útil para algunos niños autistas, en particular para los que padecen de un retraso leve o que tienen una inteligencia promedio o arriba del promedio. Los procedimientos de modificación de conducta pueden ser muy útiles para establecer conductas deseadas y eliminar las que causan problemas.

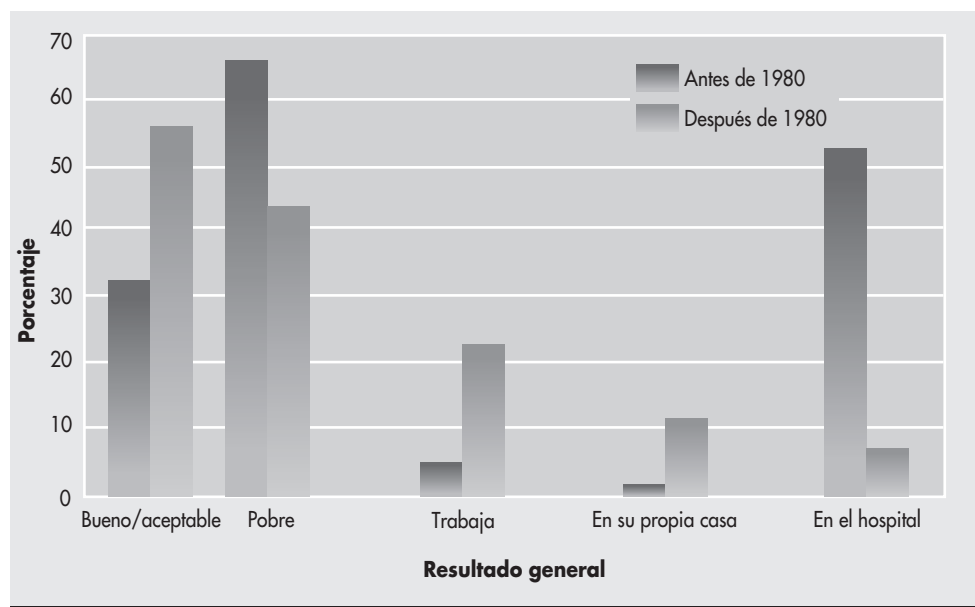


Figura 16-7 La compilación de los resultados de muchos estudios muestran varios aspectos del resultado a largo plazo de quienes padecen autismo. Las diferencias entre los resultados de antes y después de 1980 pueden relacionarse con tratamientos más eficaces y con la importancia otorgada al cuidado externo en instituciones de custodia, como resultado de un movimiento de desinstitucionalización generalizado que mostró su mayor empuje a mediados de 1960.

FUENTE: Adaptación de Howlin (1997), p. 56.

Las técnicas de modificación de conducta de moldeamiento (aumentan de manera gradual los requerimientos de respuesta), motivación y entrenamiento de discriminación (aprender cuándo es o no apropiado responder), junto con instrucciones claras y reforzamiento positivo para una ejecución deseada, pueden ser útiles con niños autistas pequeños. Por ejemplo, se les puede enseñar a sentarse en una silla cuando se les pide con estas técnicas de la siguiente manera:

1. El terapeuta se sienta en una silla con el niño parado (de frente al terapeuta) entre las piernas del adulto para reducir la posibilidad de que el niño se escape. Un ayudante sostiene la silla detrás del niño.
2. El terapeuta le dice al niño que se siente, y si éste no lo hace, lo empuja con cuidado de tal manera que no haya otra opción más que sentarse.
3. Se recompensa al niño con su comida favorita, un aplauso u otra cosa que le guste.

Estas secuencias se repiten de manera continua hasta dos horas. Con el tiempo, no se necesitarán tantas indicaciones y el niño se sentará por periodos más largos. Se capacita a los padres para trabajar con el niño en ejercicios similares cuando el maestro no está presente. La figura 16-8 muestra dos aspectos de la capacitación conductual: motivación y refuerzo.

Tales métodos pueden ser exitosos por lo menos con algunos niños autistas. En un famoso estudio realizado por Ivar Lovaas y sus colaboradores de la Universidad de California en Los Ángeles, niños autistas de edad preescolar fueron tratados durante 40 horas o más a la semana por maestros y padres capacitados por estos maestros durante un periodo de más de dos años (Lovaas, 1987). La capacitación y el involucramiento de los padres fueron parte importante del programa. La intervención incluyó varios aspectos: reducir la conducta de autoestimulación, enseñar la conducta de imita-

ción, y más adelante destacar habilidades como la expresión de sentimientos, el aprendizaje por observación y capacidades preliminares de lecto-escritura. Los niños del grupo de intervención ganaron alrededor de 20 puntos de CI en promedio en un periodo de dos años y pudieron cambiarse a un programa normal de jardín de niños. La mitad de ellos pasó de manera exitosa al primer año. En comparación, los niños del grupo control no mostraron ningún cambio en los resultados de CI y sólo uno de ellos pudo pasar a un programa escolar regular. Un seguimiento posterior, cuando los niños tenían 13 años, mostró que la media de CI de los niños que fueron tratados de manera intensiva fue de 85 mientras que la media de los del grupo control fue de 55 (McEachin y cols., 1993). Otras medidas utilizadas en el seguimiento también mostraron que el grupo experimental funcionaba en un mejor nivel que el de control. Los investigadores describieron que 40% de los niños del grupo experimental eran “indistinguibles de sus compañeros normales”. En contraste, todos, menos uno del grupo control, continúan en escuelas especiales.

Para poder responder por qué el programa necesita ser tan intensivo, el mismo programa fue utilizado con otro grupo de niños autistas que recibió un tratamiento de sólo 10 horas semanales. Los resultados de este tratamiento no fueron mejores que los del grupo control. La figura 16-9 muestra algunos resultados de este estudio. Ello parece indicar que un programa de capacitación exitoso debe incluir contacto intensivo y de larga duración.

Algunos investigadores han cuestionado si estos resultados presentaban un panorama exacto de la mejoría de los niños (Mesibov, 1993; Mundy, 1993). Señalan que la mayoría de las habilidades necesarias para un desarrollo normal no fueron medidas en este estudio. Por ejemplo, no se evaluaron las áreas de interacción social, capacidades conceptuales, comunicación social, alteraciones del estado de ánimo y conducta obsesiva y ritualista (las cuales son problemas importantes en el trastorno autista). Las personas que no tienen dificultades en estas áreas serían discapacitadas



(a)



(b)

Figura 16-8 La capacitación conductual es eficaz para enseñar las habilidades básicas a los niños gravemente afectados por el trastorno autista. Como parte de un programa de aprendizaje intensivo especial, un terapeuta (a) ayuda con la mano a que un niño mudo emita el sonido de la “wh” mientras que otro terapeuta (b) utiliza la comida como reforzador para motivar al niño a que establezca contacto visual.

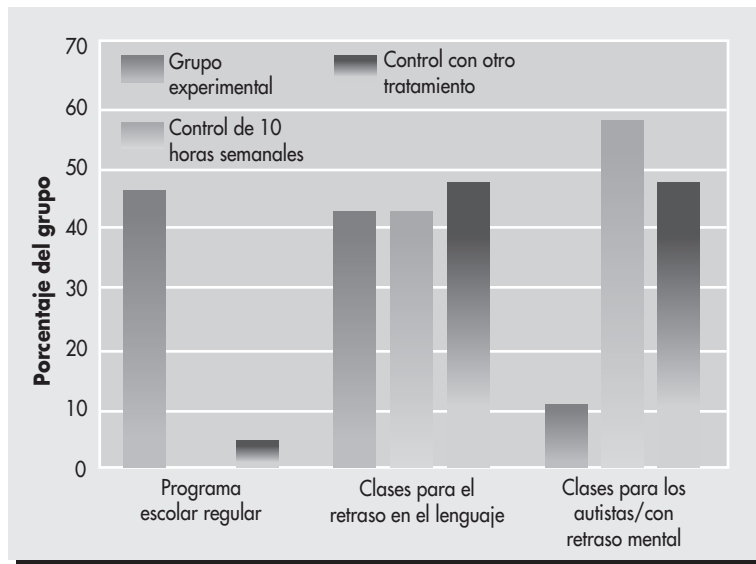


Figura 16-9 Los resultados del estudio comparan los efectos posteriores de una intervención de terapia conductual intensiva en preescolares, y una intervención similar limitada a 10 horas a la semana con un grupo control. Los resultados muestran una clara diferencia en la ubicación escolar cuando estos niños llegan a segundo grado. La intervención de 10 horas semanales no pareció producir mejores resultados que la condición de grupo control.

FUENTE: Información de Lovaas (1987). ©1987 por la American Psychological Association. Reimpresión con autorización del autor.

severamente incluso si estuvieran participando en un programa escolar regular. Los propios autores del estudio señalan ciertas preocupaciones sobre el programa de intervención, en especial el hecho de que la intensidad de la terapia hará muy difícil su uso (Lovaas, 1993). Sin embargo, los resultados claramente muestran el poder de las intervenciones conductuales aplicadas a autistas.

A pesar de la controversia sobre si los métodos conductuales intensivos utilizados por Lovaas pueden producir grandes avances en los niños autistas, el tratamiento conductual puede utilizarse con niños pequeños para desalentar conductas que puedan considerarse inaceptables cuando los niños crezcan. Por ejemplo, un niño pequeño tenía lo que parecía ser una inofensiva obsesión de ver la ropa moverse en los diferentes ciclos de la lavadora (Howlin, 1998). Esta obsesión parecía ser tan inofensiva que sus amigos y vecinos no sólo le permitían sino que lo estimulaban para que fuera a ver sus lavadoras en acción. Sin embargo, cuando tenía 17 años, la obsesión se había fortalecido a tal grado que tuvo varios problemas con la policía por allanamiento de morada para ver los ciclos de las lavadoras. Existe el peligro de que si estos rituales y obsesiones comunes del autismo no se controlan cuando surgen por primera vez, pueden escalar de manera constante e interferir con muchas otras actividades.

Otro ejemplo más común del uso de métodos conductuales es ayudar a los padres a manejar los patrones rígidos de conducta de los niños autistas. Si éstos empiezan a gritar o a hacer un berrinche cuando hay un cambio en la rutina del hogar o cuando toman una diferente ruta hacia la tienda, por lo general los padres ceden a sus demandas por miedo a que su resistencia pueda dañar al niño. No obstante, si dejan que estas conductas controladoras persistan, al final se encontrarán atrapados en una serie de rutinas que impedirán que la familia funcione de manera eficaz. Para minimizar el

efecto de los problemas sociales, de comunicación y obsesivos más adelante en su vida, los padres necesitan ayuda para identificar los problemas potenciales, y que los motiven a manejarlos de manera coherente y firme. Es probable que la mayoría de las habilidades importantes que los padres deben poseer sean estrategias simples de comunicación aun con niños que aprenden lentamente a hablar o que nunca desarrollaron el lenguaje (Siegel, 2003).

Además de enseñar conductas y habilidades adaptativas, la capacitación conductual puede utilizarse para reducir la conducta autolesiva que es común en el autismo. Muchos niños autistas tienen berrinches intensos que son acompañados por conductas como golpearse la cabeza con los puños de manera constante si no se les restringe. Lastimarse y otros tipos de conductas no deseables, como los berrinches y la conducta agresiva, pueden reducirse de manera significativa si el niño aprende estrategias de comunicación más eficaces.

Medicamentos Aunque hasta este momento no se han encontrado fármacos que sean seguros y eficaces, se utilizan ciertos medicamentos (en especial antidepresivos, antipsicóticos, estimulantes y anticonvulsivos) para tratar el autismo (Rutter, 1999). Debido a que no se han identificado las anormalidades fisiológicas de este trastorno, la intención de quienes los recetan no es tratarlo de manera directa. La meta del uso del medicamento es reducir algunos de los síntomas que interfieren con la capacitación de las habilidades conductuales y educativas y que dificultan que los niños autistas puedan vivir en un entorno familiar. Una excepción es el uso de anticonvulsivos, que pueden ayudar a prevenir el desarrollo de efectos negativos a corto y largo plazos de los ataques epilépticos frecuentes que presentan algunos niños y adultos con autismo.

Trastorno de Asperger

Este trastorno fue descrito por primera vez por el psiquiatra alemán Hans Asperger en 1944, pero no se incluyó como un diagnóstico oficial hasta la publicación del DSM-IV-TR en 1994. En muchas formas parece similar a la descripción de Kanner del autismo, que se realizó casi al mismo tiempo. Al igual que el trastorno autista, las características predominantes del **trastorno de Asperger** incluyen deterioros graves y de larga duración en la interacción social, y patrones de conducta e intereses restringidos y repetitivos. Sin embargo, a diferencia del autismo, no se manifiesta un retraso significativo en el lenguaje ni en el desarrollo cognitivo, en la curiosidad sobre el ambiente en la niñez o en las habilidades de autoayuda y otras conductas adaptativas, aparte de la interacción social. La tabla 16-5 presenta los criterios diagnósticos del trastorno de Asperger.

Todavía hay cierta disputa sobre si este trastorno debe considerarse como un trastorno independiente del autismo. Algunos investigadores creen que representa el extremo superior de la inteligencia de un mismo espectro que incluye el autismo como un tipo más grave (Myles y Simpson, 2003). Otros expertos destacan los resultados de ciertas investigaciones que demuestran que el trastorno de Asperger y el autismo de alto funcionamiento pueden diferenciarse en términos del perfil de déficit, aun cuando se compartan algunos de éstos (Siegel, 1998).

Lo poco que se sabe sugiere que el trastorno de Asperger puede ocurrir en uno de cada 1000 individuos y que es más frecuente en hombres que en mujeres. Por cada mujer diagnosticada, se diagnostican nueve hombres. A diferencia del autismo, que por lo ge-

neral se puede diagnosticar a los 30 meses de edad, el trastorno de Asperger con frecuencia no se sospecha o diagnostica hasta que el niño llega a la edad escolar (Gillberg y cols., 1999).

Características del trastorno de Asperger Por lo general, los niños con trastorno de Asperger disfrutan la manifestación física del afecto de sus padres, en contraste con la aversión que los niños autistas muestran por los abrazos y el contacto físico. Aunque los criterios del trastorno de Asperger especifican que no existe un retraso general del lenguaje, algunos niños con este trastorno tienen problemas en su uso social. Su lenguaje hablado le parece a los demás poco natural y repetitivo, y lleno de palabras inusuales que la mayoría de los niños reconocen en sus lecturas pero que muy pocas veces incorporan en su conversación. Los niños que padecen este trastorno obtienen mejores calificaciones en las pruebas verbales de inteligencia que en las de ejecución, en contraste con los niños autistas cuyos resultados de ejecución son más altos que en los resultados verbales (Ehlers y cols., 1997). Otras características del trastorno de Asperger incluyen la torpeza motora, como se muestra en la forma torpe en la que caminan, una aparente falta de coordinación al arrojar o atrapar pelotas y problemas en la infancia con los movimientos motores finos, como atar las agujetas de los zapatos o abotonarse la ropa. Una característica que comparten los niños con trastorno de Asperger y los niños autistas son los altos niveles de ansiedad.

Factores biológicos En el trastorno de Asperger se conoce menos sobre el papel de los factores biológicos que en el autismo. Aunque algunos estudios han encontrado anomalías cerebra-

TABLA 16-5

Criterios diagnósticos del trastorno de Asperger

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - a. Importante alteración del uso de múltiples conductas no verbales utilizadas de manera usual para regular la interacción social, como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos.
 - b. Incapacidad para desarrollar relaciones apropiadas con compañeros para el nivel de desarrollo de la persona.
 - c. Falta de conductas que indiquen una búsqueda espontánea de compartir intereses, diversión o logros con otras personas.
 - d. Falta de reciprocidad social o emocional.
2. Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados que se muestran al menos por una de las siguientes características:
 - a. Preocupación por uno o más patrones de interés estereotipados que son anormales por su intensidad o por su objetivo.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos, como sacudir o girar manos o dedos.
 - d. Preocupación constante por partes de objetos.
3. Deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral u otras actividades importantes.
4. No hay un retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, conducta adaptativa (con excepción de la interacción social), y curiosidad sobre el ambiente infantil.
5. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

les en los pacientes con trastorno de Asperger, se necesitará mayor investigación para obtener conclusiones sólidas. Se debe realizar mayor investigación en referencia al papel de los factores genéticos. Así como se han estudiado las bases genéticas del autismo al investigar si los padres de niños con este trastorno pueden mostrar algunas formas leves de los síntomas, el mismo enfoque se ha utilizado en la investigación del trastorno de Asperger. En un estudio, los padres de los niños con este trastorno mostraron déficit en dos áreas específicas cuando su rendimiento fue comparado con el grupo control de padres de niños que no tenían el trastorno (Baron-Cohen y Hammer, 1997). Los padres de niños que lo padecen no podían entender los sentimientos de los demás cuando interpretaban fotografías que incluían sólo la porción de la cara de otra persona, un déficit que puede esperarse si tuvieran deficiencias en la teoría de la mente. También lo hicieron mucho mejor que los padres del grupo control en una tarea de figuras insertadas que involucraba identificar figuras escondidas en un formato de rompecabezas. Este hallazgo es consistente con otros resultados de investigaciones donde tanto los niños autistas como sus padres resolvían estas actividades más rápido que los niños y padres del grupo control.

Trastorno desintegrativo infantil

El **trastorno desintegrativo infantil** comienza después de un periodo inicial de desarrollo normal en el que los niños muestran relaciones sociales, conducta adaptativa y habilidades de comunicación apropiadas para su edad. Las primeras señales del trastorno, que aparecen de manera gradual o abrupta, aparecen entre los tres y los cuatro años de edad. Se piensa que el trastorno desintegrativo infantil es muy raro, pues sólo ocurre en uno de un millón de nacimientos. Se cree que es más frecuente en niños que en niñas. La tabla 16-6 enumera las características del trastorno desintegrativo infantil.

Así como el trastorno de Asperger (y el de Rett del que se hablará más adelante), el trastorno desintegrativo infantil fue incluido en 1994 en el DSM-IV-TR, aunque sus características fueron descritas por primera vez a principios del siglo XX. Las pruebas iniciales en ambientes clínicos justificaron la inclusión de este trastorno como una categoría separada debido a que se puede diferenciar del autismo. Aunque el trastorno desintegrativo infantil parece estar asociado con un deterioro del sistema nervioso central, todavía no se conocen sus causas.

Trastorno de Rett

El **trastorno de Rett** es un trastorno progresivo cuyos síntomas generalmente inician a los cinco meses de edad. Antes de eso, el bebé parece desarrollarse de manera normal. Para ese entonces, lo que había sido un crecimiento normal de la cabeza del bebé disminuye gradualmente, por lo que su tamaño es más reducidos de lo que se considera normal a esa edad, condición que se llama microcefalia. Los niños afectados por el trastorno de Rett pierden varias

TABLA 16-6

Criterios diagnósticos del trastorno desintegrativo infantil

1. Desarrollo aparentemente normal al menos durante los dos primeros años después del nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y conducta adaptativa apropiados a la edad.
2. Antes de los diez años, pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas con anterioridad en al menos dos de las siguientes áreas:
 - a. Lenguaje expresivo o receptivo.
 - b. Habilidades sociales o conducta adaptativa.
 - c. Control de esfínteres.
 - d. Juego.
 - e. Habilidades motoras.
3. Anormalidades del funcionamiento en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 - a. Alteración cualitativa en la interacción social.
 - b. Alteración cualitativa del lenguaje hablado, como retraso o falta del mismo, incapacidad para iniciar o mantener una conversación, uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o falta de juego realista variado.
 - c. Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados.
4. Las conductas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

funciones y habilidades que habían adquirido con anterioridad, como el desarrollo temprano del lenguaje y la capacidad para relacionarse socialmente con otras personas. También desarrollan una forma peculiar de caminar, pierden la capacidad de mover sus brazos con un propósito y desarrollan conductas manuales estereotipadas como escribir, aplaudir o dar pequeños golpes. La tabla 16-7 enumera los criterios diagnósticos del trastorno de Rett. En la siguiente etapa del trastorno, los niños pierden las habilidades verbales y motoras que habían adquirido y pueden experimentar convulsiones. En este momento aparece la evidencia de retraso mental. Esta fase del trastorno, que puede durar hasta un año, viene acompañada de un periodo en el que parece ocurrir una mejoría breve o relativamente más duradera en la comunicación y el movimiento. A pesar de esa mejoría, el niño parece no regresar al nivel normal de desempeño, y el deterioro se presenta nuevamente, esta vez de manera permanente. En esta etapa los niños con el trastorno de Rett padecen de una discapacidad grave y están limitados a una silla de ruedas.

Por lo general, el trastorno de Rett sólo afecta a las niñas, pero se han reportado algunos casos de varones afectados. También es bastante raro, con una prevalencia estimada de una en 10 000

TABLA 16-7

Criterios diagnósticos del trastorno de Rett

1. Todas las características siguientes:
 - a. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
 - b. Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses después del nacimiento.
 - c. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.
2. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:
 - a. Desaceleración del crecimiento craneal entre los cinco y 48 meses de vida.
 - b. Pérdida de las habilidades manuales intencionales adquiridas con anterioridad entre los cinco y 30 meses de edad, seguido por el desarrollo de movimientos estereotipados como escribir y lavarse las manos.
 - c. Pérdida de la conducta de interacción social al inicio del curso de estos cambios (aunque más tarde se desarrolla alguna interacción social).
 - d. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
 - e. Desarrollo del lenguaje gravemente afectado, tanto del hablado como del receptivo, y retraso psicomotor grave.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

a 15 000 niñas, o menos. El trastorno de Rett se encuentra en todo el mundo, aunque parece ser más frecuente en áreas pequeñas y aisladas, donde por lo general los matrimonios se consuman dentro de un grupo biológicamente relacionado. Con el tiempo, tales patrones de matrimonios limitan la diversidad de genes disponibles y aumentan la vulnerabilidad a trastornos hereditarios. Se sospecha de una causa genética porque si un gemelo monocigótico es diagnosticado con el trastorno de Asperger hay una alta probabilidad de que su hermano también lo padezca. Debido a que el trastorno por lo general afecta sólo a las mujeres, se ha investigado de manera intensa el cromosoma X. Los resultados de un estudio sugieren que un defecto en el gen MECP2 juega un papel en el trastorno de Rett (Kerr, 2002).

Los intentos de encontrar causas relacionadas con el metabolismo, funcionamiento hormonal y daño a los cromosomas han sido en vano. Parece que este trastorno es resultado de algún tipo de defecto en el crecimiento normal programado del sistema nervioso que ocurre durante los primeros años de vida. Tanto las técnicas de imagenología utilizadas en pacientes vivos como las autopsias de los que han muerto muestran anomalías en el desarrollo de las dendritas, en especial en ciertas áreas de la corteza cerebral (Belichenko y cols., 1997). Debido a que el trastorno de Rett ocurre muy poco, es difícil realizar estudios de investigación.

No hay un tratamiento específico para él. En algunos casos, los antipsicóticos han sido útiles para reducir la conducta estereotipada, pero deben utilizarse con cuidado, ya que pueden aumentar

la frecuencia de las convulsiones. La mayoría de los niños con este trastorno tienen un retraso mental grave; por esta razón, los métodos conductuales con frecuencia parecen ser el enfoque terapéutico más apropiado. Por ejemplo, éstos han sido utilizados experimentalmente para ayudar a que los niños afectados aumenten su capacidad para comunicar cuál de dos objetos prefieren (Sigafoos y cols., 1996). Aunque el trabajo intenso con uno de los niños produjo una mejora limitada, es muy poco para tener importancia práctica en el mejoramiento de su nivel de desempeño.

¿Existe un espectro autista?

El término *trastornos generalizados del desarrollo* es bastante nuevo y todavía no se sabe si es una categoría global útil o no. El **espectro del trastorno autista**, que se mencionó con anterioridad, es similar en su concepto al de los trastornos del espectro esquizofrénico que se vieron en el capítulo 12. El punto de vista del espectro considera que los diferentes trastornos del grupo de trastornos generalizados del desarrollo provienen de causas generales similares y que sólo representan diferentes manifestaciones del mismo trastorno básico. De acuerdo con este punto de vista, los individuos que tienen una carga más pesada de los diferentes genes que contribuyen al autismo serán diagnosticados con una variante más seria del trastorno. Experimentar sucesos estresantes extremos o frecuentes puede también interactuar con las cargas genéticas para producir síntomas más graves de lo que las propias cargas genéticas pueden predecir. El espectro del trastorno autista es más amplio que la categoría del trastorno generalizado del desarrollo del DSM-IV-TR, y puede incluir cualquier nivel de deterioro, desde una discapacidad profunda de aprendizaje hasta capacidades cognitivas promedio o superiores en áreas que no están directamente afectadas por los deterioros comunes del espectro. Si todos estos trastornos se incluyen dentro del espectro autista (autismo infantil, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo y trastorno de Rett), cuatro o cinco de cada 1000 niños pueden ser afectados con alguna forma de él (Gilberg y Wing, 1999).

Lorna Wing, una de las más importantes defensoras del trastorno del espectro autista, sostiene que los trastornos agrupados dentro de él tienen en común deterioros en la interacción social, la comunicación y la imaginación, así como un estrecho patrón repetitivo de conducta (Wing, 1997). Además, distingue cuatro grupos importantes dentro de este espectro. El grupo *retraído* que incluye niños que parecen indiferentes a los demás, en especial a sus compañeros. Este grupo es muy similar a la descripción del DSM-IV-TR del autismo, en el que los niños tienen un retraso en el inicio del habla y muestran las características del lenguaje autista que incluye la repetición de palabras o frases estereotipadas. El grupo *pasivo* incluye niños que no interactúan socialmente de manera espontánea, pero aceptan pasivamente el acercamiento de los demás. Tienen deterioros tanto en la comunicación como en la imaginación. A diferencia del grupo pasivo, el grupo *activo pero peculiar* tiene avances sociales, pero son inusuales y no encajan en la situación. Su conversación en estas interacciones sociales es repetitiva e inapropiada, bastante diferente de la de los niños que se desarro-

TABLA 16-8
Componentes de los programas para personas cuyos problemas se ubican dentro del espectro autista
1. Desarrollo de una combinación de estrategias conductuales relevantes para el patrón de capacidades y déficit de la persona.
2. Ayudar a la familia a aceptar los déficit de comunicación profundos y el repertorio conductual limitado que puede ocurrir en el autismo.
3. Aumentar el reconocimiento de la familia sobre la necesidad de los esfuerzos educativos estructurados y el fortalecimiento de las capacidades de convivencia diaria.
4. Aumentar el entendimiento de la familia sobre la importancia de las obsesiones y rituales, y la necesidad de establecer límites en dónde, cuándo, con quién y con cuánta frecuencia se presenten estas conductas.
5. Trabajar con la familia para diseñar estrategias de afrontamiento útil.

llan de manera normal. El cuarto grupo son los *solitarios*, personas con por lo menos con una capacidad promedio y lenguaje fluido que prefieren estar solas, carecen de empatía, y ante todo están preocupadas por sus propios intereses. Pueden aprender los papeles de interacción social memorizándolos y con frecuencia encuentran la escuela muy estresante debido a sus demandas de conformidad social. Algunos individuos de este grupo tienen carreras exitosas, en especial en áreas donde no se requiere un elevado grado de interacción social. La tabla 16-8 enumera los componentes más importantes de programas para ayudar personas cuyos problemas caen dentro del espectro autista.

Retraso mental

Los estudios epidemiológicos muestran que, en Estados Unidos, alrededor de una a tres de cada 100 personas tiene retraso mental (Wicks-Nelson e Israel, 2003). La característica central del **retraso mental** es un funcionamiento intelectual por debajo del promedio que inicia antes de los 18 años y se manifiesta junto con limitaciones significativas del funcionamiento adaptativo. Estas limitaciones pueden ocurrir en dos o más amplias variedades de las áreas de habilidades básicas enumeradas en la tabla 16-9, la cual también proporciona los criterios que deben cumplirse para diagnosticar el retraso mental. Es importante observar que estos criterios incluyen más que los resultados de las pruebas de inteligencia; también hacen hincapié en la conducta adaptativa. De este modo, las personas cuyas calificaciones están dentro del rango de retraso en las pruebas de inteligencia, pero que por otra parte funcionan bien en su hogar, en la escuela o en el trabajo no son clasificadas con retraso mental. A los que tienen bajos niveles de conducta adaptativa pero que no obtienen calificaciones bajas en las pruebas de inteligencia tampoco se les diagnostica con retraso mental.

TABLA 16-9
Criterios diagnósticos del retraso mental
Para ser clasificada como retrasada mental, la persona debe cumplir con cada uno de los siguientes tres criterios:
1. Funcionamiento intelectual muy por debajo del promedio, con un índice de CI de alrededor de 70 o menor en una prueba de CI administrada de manera individual o, para los niños, un juicio clínicamente basado del funcionamiento intelectual muy por debajo del promedio.
2. Déficit o deterioros en la eficacia para cumplir los estándares esperados para su edad y grupo cultural en por lo menos dos de las siguientes áreas: comunicación, autocuidado, vivir en casa, habilidades sociales e interpersonales, uso de los recursos de la comunidad, autodirección, capacidades académicas funcionales, trabajo, esparcimiento, salud y seguridad.
3. Estos criterios deben ser cumplidos antes de los 18 años de edad.
FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

El DSM-IV-TR divide al retraso mental en cuatro categorías: leve, moderado, grave y profundo, clasificación que se basa en las calificaciones obtenidas en las pruebas de inteligencia. La tabla 16-10 muestra las categorías y porcentajes de todos los individuos con retraso que han sido clasificados. En ella se da a entender que la mayoría de los individuos con retraso mental están clasificados en el retraso mental leve, y que conforme la gravedad del retraso aumenta, el porcentaje de los casos disminuye. La tabla 16-10 también incluye algunas características típicas de individuos en cada nivel de retraso así como breves ejemplos.

Si se realiza un diagnóstico de retraso mental, se incluye en el eje II del DSM-IV-TR (también se utiliza el eje II para el diagnóstico del trastorno de la personalidad). Si la persona cumple con los criterios del diagnóstico del DSM-IV-TR de alguna psicopatología —por ejemplo, autismo, trastorno bipolar o esquizofrenia— ese diagnóstico se realiza en el eje I. Aunque antes se creía que los retrasados mentales tampoco tenían trastornos del eje I, ahora se sabe que, con frecuencia, coexisten los dos tipos de condiciones. El uso del eje II para el retraso mental hace que sea más probable que la condición y cualquier trastorno del eje I que esté presente sea incluidos en el diagnóstico.

Causas del retraso mental

El retraso mental es una clasificación heterogénea, lo que significa que el término cubre condiciones con muchas causas. Por lo general, estas causas están agrupadas en dos categorías: las que resultan de alguna condición patológica que tiene un efecto en el cerebro y el sistema nervioso y las que se piensa que tienen un origen psicosocial. No obstante, esta agrupación es muy sencilla. El deterioro cognitivo que lleva a la clasificación de retraso mental con frecuencia es una interacción compleja entre la vulnerabilidad

TABLA 16-10

Niveles de retraso mental y sus características			
Nivel de retraso mental	CI de las pruebas de inteligencia	Porcentaje total del grupo	Características
Leve	Nivel de CI desde 50-55 hasta aproximadamente 70	85%	Con frecuencia no se distinguen de otros niños hasta la edad escolar. Pueden lograr las habilidades académicas del quinto o sexto grado. Pueden tener ciertas dificultades socioculturales y tener problemas de afrontamiento y necesitan supervisión para poder vivir solos.
Moderado	Nivel de CI desde 35-40 hasta 50-55	10%	Perfiles de capacidades cognitivas variables; con frecuencia mayor capacidad espacial que de lenguaje. Desarrollo del lenguaje variable. Podría obtener habilidades académicas del nivel de 2º grado.
Severo	Nivel de CI desde 20-25 hasta 35-40	3%-4%	Pueden participar en trabajos estructurados de manera cuidadosa, como talleres protegidos. No les es posible vivir de manera independiente. Un número importante padece déficit motores notorios y del lenguaje para comunicarse. Pueden aprender a leer palabras de "supervivencia", como, por ejemplo, "Alto", "Hombres" y "Mujeres". Necesitan un ambiente de vivienda protegido. Según los problemas asociados, pueden necesitar los cuidados de una enfermera.
Profundo	Nivel de CI menor de 20 o 25	1%-2%	Lenguaje y comprensión limitado a peticiones y órdenes simples. Capacidad para tomar parte en sencillas actividades variables del hogar. La mayoría tiene anormalidad cerebral y trastorno neurológico específico. Conducta de tipo autista.

genética de la persona y los factores ambientales que la pudieran haber afectado antes, durante y después del nacimiento.

Existe una variedad de causas biológicas del retraso mental, entre las cuales se incluyen condiciones genéticas y hereditarias; químicos como el alcohol, radiación y ciertas drogas que afectan el desarrollo del niño antes de su nacimiento; factores que afectan la nutrición del feto, como las anormalidades circulatorias en la placenta y desnutrición de la madre durante el embarazo; trauma durante el nacimiento relacionado con carácter prematuro, falta de oxígeno u otros problemas de nacimiento; efectos traumáticos después del nacimiento como enfermedades, envenenamiento o accidentes; y diversas malformaciones de origen desconocido.

Panorama histórico del retraso mental

Hasta 1870, lo que se llamaba deficiencia mental se consideraba como una categoría homogénea y no se hacía ninguna distinción entre los diversos tipos de retraso mental. Después, en 1877, John

Down publicó una monografía llamada *The Mongolian Type of Idiocy* (El tipo mongólico de la idiotez) en la que describe lo que ahora llamamos *síndrome de Down*. Aunque Down estaba equivocado sobre las causas del síndrome que lleva su nombre, pues pensaba representaban una regresión a formas raciales arcaicas, su trabajo sugería que el retraso mental era una condición que podía tener muchas causas y creció el interés en esta clasificación. Otros dos científicos cuya investigación y escritos crearon interés en torno al retraso mental fueron Gregor Mendel y Alfred Binet.

El trabajo de Mendel sobre los principios de la herencia genética en plantas lo llevó a interesarse en los efectos genéticos en los seres humanos, incluyendo la idea de que el retraso mental podría transmitirse de manera hereditaria. Una de las consecuencias de esta idea fue el movimiento eugenésico, que se enfocó en mejorar el repertorio genético de la población mediante la esterilización de los individuos con retraso mental para evitar que lo transmitieran por medio de la herencia genética. Los líderes del movimiento eugenésico también apoyaron la idea de que los individuos con retraso deberían ser institucionalizados debido a que se creía erróneamente

te que tenían tendencia hacia la delincuencia y una “conducta sexual relajada”.

En Francia, Alfred Binet y otros trabajaron para desarrollar pruebas psicométricas para poder seleccionar estudiantes para programas educativos especializados. Las pruebas de Binet fueron muy populares en Estados Unidos debido a que se consideraban objetivas y científicas. Sin embargo, más que utilizarse para determinar programas educativos apropiados, como lo pensó Binet, se emplearon para clasificar a las personas en niveles de inteligencia. Por ejemplo, en Estados Unidos, se utilizaron para clasificar a los que estaban encarcelados en prisiones e instituciones correccionales para determinar si eran “defectuosos mentalmente”. Muchas personas encarceladas por abuso de drogas, prostitución y conductas antisociales tenían bajas calificaciones en estas pruebas. La interpretación de los resultados para indicar un “defecto mental” no tomaba en cuenta los factores económicos y sociales que pudieran haber contribuido a obtener bajas calificaciones, sino que más bien crearon en la mente del público una fuerte conexión entre la conducta antisocial y la baja inteligencia. Esta opinión negativa del retraso mental y del mal uso de las pruebas de Binet provocó un considerable aumento en la institucionalización de las personas clasificadas con retraso mental para “proteger a la sociedad”.

Por último, después de la Segunda Guerra Mundial, los grupos de padres empezaron a organizarse para trabajar hacia el cambio de esta estereotipación y capacitar de manera adecuada a los niños con retraso mental o que presentaban problemas de aprendizaje significativos. En 1963, el presidente John F. Kennedy contribuyó a la reevaluación de las actitudes hacia el retraso mental cuando presentó el reporte del equipo de trabajo sobre retraso mental y enfermedades mentales al Congreso. Kennedy exigió un programa nacional para prevenir el retraso mental y mejorar la vida de los afectados (ver la figura 16-10). Desde ese momento, el trabajo en el campo de la genética ha ayudado a identificar las causas de algunos trastornos asociados con el retraso mental y ha creado interés en las diferentes causas del retraso.

Debido a las primeras actitudes sobre retraso mental, mucha de la terminología utilizada en el campo refleja el estigma asociado con ese estado. El término *idiotéz*, utilizado por Down en el título de su libro, es un ejemplo de ello. Hasta hace poco, se utilizó el término *deficiencia mental*, pero también tiene una implicación negativa. El DSM-IV-TR utiliza el término retraso mental. Muchas personas piensan que el término también es negativo, y prefieren términos como *discapacidad intelectual* o *discapacidad de aprendizaje*. Sin embargo, debido a que la terminología del DSM-IV-TR es relevante para el área de la psicología anormal, en este libro se utilizará el término retraso mental durante todo el capítulo.

Trastornos con causas genéticas

Los trastornos genéticos incluyen los causados por genes específicos dominantes, por genes recesivos específicos heredados de ambos padres, por mutación genética, por anomalías cromosómicas y por combinaciones de genes aún no identificados de ambos padres, hacen que la persona rebase el límite de la normalidad y cai-



Figura 16-10 La atención que el presidente John F. Kennedy prestó en 1963 a las necesidades de las personas con retraso mental fueron estimuladas por la experiencia personal de su familia (Shorter, 2000). Rosemary, su hermana, tenía un retraso mental leve. A pesar de que podía realizar muchas tareas tenía gran dificultad para adquirir las habilidades de lecto-escritura, así como otras habilidades motoras. Durante muchos años la familia Kennedy se sintió avergonzada de su lentitud en el aprendizaje. Cuando Rosemary era una adolescente adquirió un carácter rebelde, en parte debido a la presión que ejercían sobre ella sus hermanos y hermanas para sobresalir. Con la esperanza de mejorar su condición, su padre llegó tan lejos como contratar a un cirujano que le realizó una lobotomía prefrontal (el corte quirúrgico de la conexión entre el lóbulo prefrontal izquierdo y el derecho), un tratamiento experimental que en esa época se consideraba exitoso para una variedad de problemas de conducta. A medida que pasaron los años, la familia Kennedy llegó a aceptar las limitaciones de Rosemary y se convirtió en fiel partidaria de los planes de mejora de la calidad de vida de los individuos con retraso y de la investigación sobre las causas de éste. Esta fotografía, tomada 1938 (mientras el padre de los Kennedy, Joseph Kennedy, era embajador de Gran Bretaña) muestra a John y Rosemary (segundo y tercero del lado izquierdo) con sus padres y hermanos.

ga en la patología. Si el trastorno es causado por un gen dominante, sólo un gen de un par en particular debe estar afectado para producir el trastorno. En contraste, en los trastornos recesivos, ambos miembros del par de genes deben estar afectados.

El número de genes dominantes conocidos que causan retraso mental severo es pequeño debido a que las personas afectadas por estos trastornos por lo general no tienen hijos. Con frecuencia, una mutación o variación espontánea en un gen parece ser la causa del primer caso de trastorno por gen dominante reconocido en la familia. En muchos de estos trastornos, los síntomas no son evidentes inmediatamente después del nacimiento.

Con frecuencia, el primer caso de un trastorno que ocurre en una familia es el resultado de una mutación genética más que de herencia directa. Un ejemplo es la **fenilcetonuria (PKU)**, un trastorno metabólico producido por la mutación de un gen que provoca un daño en la función de una enzima específica, la fenilalanina hidroxilasa. Esta discapacidad da como resultado la incapacidad del organismo de oxidar el químico fenilalanina, que por lo tanto se acumula en él. Si se deja que esta acumulación continúe, puede

dar como resultado un retraso mental grave. Muy pocas víctimas de PKU que no reciben tratamiento tienen un CI arriba de 50. La única manera eficaz de reducir el exceso de fenilalanina en la sangre es por medio de una dieta especial baja en proteínas. Si el niño nace con este trastorno y el tratamiento, que implica una dieta estricta, empieza en forma oportuna, se puede prevenir la mayor parte de estos cambios. Cuanto más pronto inicie el tratamiento, mayor oportunidad habrá de que el resultado no sea el retraso mental. Por lo general, los niños que reciben tratamiento a una edad temprana se encuentran en el rango normal en las pruebas de inteligencia y los exámenes neurológicos. Sin embargo, aunque el tratamiento inicie aun más adelante en la vida, puede haber alguna mejoría (Fitzgerald y cols., 2000).

Debido a que un tratamiento rápido disminuye la probabilidad de retraso mental, las pruebas a los recién nacidos para detectar la PKU se practican en muchas áreas de Estados Unidos y en otros países. Un ejemplo de alguien que fue tratado con éxito con la terapia de dieta especial se muestra en la figura 16-11. La mayoría de los centros de tratamiento de Estados Unidos y Canadá recomiendan una adhesión vitalicia a una dieta sin proteínas necesaria para controlar los niveles de fenilalanina, aunque algunos investigadores creen que son aceptables niveles un poco más altos de esta enzima (Cerone y cols., 1999).

Antes de que se desarrollara el tratamiento para controlar la PKU, la mayoría de las personas que la padecían no tenían hijos. En la actualidad, debido a que la intervención alimentaria temprana ha reducido la probabilidad de padecer retraso mental, es más probable que las mujeres puedan tenerlos. Se estima que debido a los estudios a que son sometidos los recién nacidos y al tratamiento alimentario existen alrededor de 10 000 personas que se han desarrollado neurológicamente normales a pesar de tener PKU (Moats y cols., 2000). Si las mujeres que la padecen no siguen una dieta especial baja en proteínas diseñada para controlar el nivel de fenilalanina en la sangre antes y durante su embarazo, sus hijos pueden sufrir retraso mental, enfermedad cardíaca congénita, anomalías faciales o microencefalia (tamaño del cráneo anormal-

mente pequeño asociado con el retraso). Estos problemas de retraso mental y otros no se transmiten por herencia de un gen mutado que cause la PKU, sino que provienen de las características del entorno dentro del útero de la madre durante el embarazo. Aun si las madres embarazadas no tienen control sobre sus dietas antes del embarazo, cuanto más rápido lo hagan después de su inicio, menores serán las consecuencias negativas para el niño. Por ejemplo, en un estudio longitudinal en el que los niveles de fenilalanina de la madre fueron monitoreados durante su embarazo, los investigadores descubrieron que la probabilidad de que el recién nacido padeciera anomalías estaba relacionada con qué tan pronto durante el embarazo el nivel de fenilalanina en la sangre de la madre había sido reducido al rango recomendado (Rouse y cols., 1997).

Síndrome de X frágil

Muchos tipos de retraso mental están relacionados con los genes del cromosoma X. El **síndrome de X frágil** recibe su nombre del hecho de que el cromosoma X de la persona afectada muestra un punto frágil cuando crece en un cultivo en laboratorio. Esta malformación se presenta en la figura 16-12. El cromosoma X es parte del par de cromosomas que determinan el sexo del individuo. Las mujeres tienen dos cromosomas X en este par, mientras que los hombres tienen un cromosoma X y uno Y. Si sólo uno de los cromosomas X de la madre está afectado por este síndrome, la mujer puede o no sufrir retraso, pero es probable que sea portadora y pueda transmitir las anomalías cromosómicas a sus hijos. Debido a que cada uno de los cromosomas sexuales proviene de cada padre, si el hombre tiene el síndrome debió haber sido transmitido por su madre, ya que su cromosoma Y debió provenir de su padre. Debido a que las mujeres tienen dos cromosomas X, uno de cada padre, las niñas tienen menor probabilidad de ser afectadas por el síndrome. No todas las personas cuyos cromosomas X muestran el síndrome del X frágil son afectadas de la misma manera. Una quinta parte de los hombres y dos terceras partes de las mujeres que llevan el cromosoma X frágil no muestran ninguna señal obvia del trastorno. Es-

Figura 16-11 Jackie Gnechchi (izquierda) es miembro de la primera generación de personas jóvenes con fenilcetonuria que han alcanzado la edad adulta sin el daño cognitivo que ocurre cuando no hay tratamiento. Nació en 1970 después de que la práctica de monitorear a los recién nacidos se estableció en muchos hospitales de Estados Unidos. Debido a que identificaron rápidamente su fenilcetonuria, recibió una dieta especial desde que tenía dos semanas de vida. Aquí se le ve hablando con una trabajadora social en el Centro de Desarrollo Infantil y Retraso Mental de la Universidad de Washington, quien formó parte del grupo de tratamiento que trabajó con Jackie y sus padres.



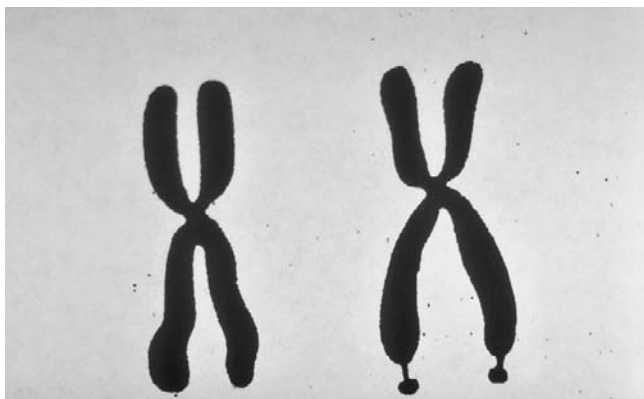


Figura 16-12 El cromosoma X frágil (a la derecha) muestra la malformación que le dio nombre a este síndrome. Compare los brazos largos de este cromosoma con los del cromosoma X normal (a la izquierda).

tas personas que llevan el gen del X frágil pero que no muestran efectos visibles o conductuales llevan lo que se llama un gen de permutación (Mazzucco, 2000). Cuando el gen se transmite a uno de los hijos puede mutar, lo que significa que un juego de componentes del gen se repite varias veces y éste se alarga. Este aumento continúa de generación en generación. Cuando el número de repeticiones sobrepasa el límite da como resultado la enfermedad y el retraso mental que la acompaña (Kooy y cols., 2000).

El síndrome de X frágil es la forma más común de retraso mental heredado; se estima que tiene una prevalencia de uno en 1000 hombres y de una en 2000 mujeres. Es posible que las personas afectadas tengan retraso mental y varios problemas de aprendizaje específicos, deterioros en el lenguaje y varios otros trastornos como ADHD (del que se habló en el capítulo 15) o un trastorno generalizado del desarrollo (del que se habló antes en este capítulo). En particular, en el caso de los hombres, el síndrome de X frágil puede venir acompañado de conductas autistas, arranques de conducta agresiva y rasgos físicos distintivos. Estos rasgos distintivos incluyen caras muy largas, orejas grandes y, en el caso de los hombres adultos, grandes testículos. La figura 16-13 muestra rasgos faciales típicos de los jóvenes adultos con síndrome del X frágil.

Debido a que el gen responsable del síndrome de X frágil ha sido identificado, es posible detectar a personas que tal vez sean portadoras del gen premutado, pero que no muestren signos claros de sus efectos, a través del uso de pruebas de DNA. Mediante esta técnica se estima que una de cada 600 mujeres son portadoras de este gen. Este conocimiento es importante, ya que hace posible una mejor asesoría genética, así como un diagnóstico prenatal más exacto.

Síndrome de Down

El **síndrome de Down**, llamado así por el clínico que lo describió por primera vez (mencionado con anterioridad), es una anomalía cromosómica que involucra el par 21 de los cromosomas. El sín-

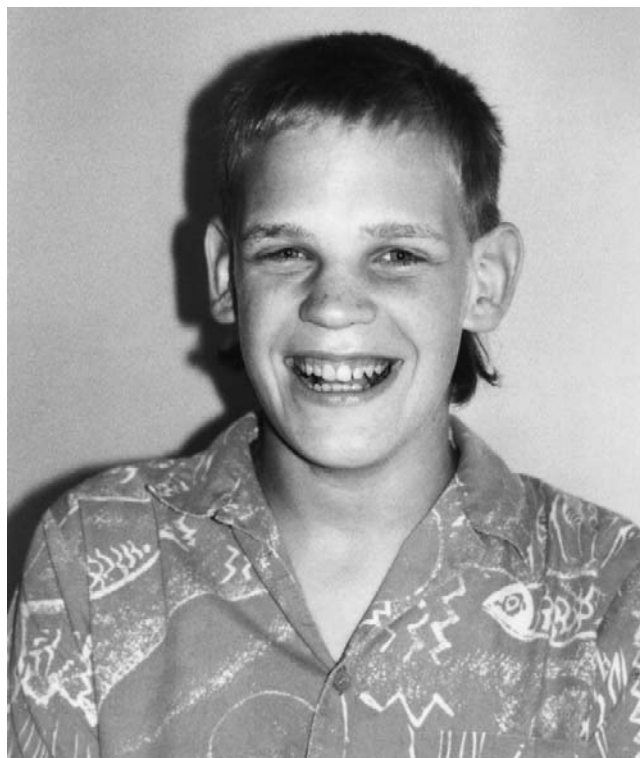


Figura 16-13 Este joven niño tiene retraso mental como resultado del síndrome de X frágil. Su cara larga, frente prominente, y orejas grandes son típicos de la apariencia física que es resultado de este trastorno.

drome de Down se presenta en aproximadamente uno de cada 1000 nacimientos, y es la causa individual más común de retraso mental. Aunque en ocasiones el síndrome de Down produce retraso mental grave, la mayoría de las personas con este trastorno tienen un retraso de leve a moderado, y muy pocos pueden clasificarse en el rango normal de inteligencia (ver la figura 16-14). Los rasgos físicos característicos hacen que este trastorno se reconozca con facilidad. Estos rasgos incluyen un rostro plano y nariz pequeña, ojos que parecen sesgarse hacia arriba debido a pequeñas capas de piel en las esquinas interiores, labios y lengua ligeramente prominentes, orejas pequeñas y manos pequeñas y cuadradas con dedos cortos y el quinto dedo en forma de curva. Los niños con síndrome de Down tienden a tener una estatura más baja que el promedio, con brazos y piernas muy cortos en relación con su cuerpo. También son propensos a ser obesos en la niñez y adolescencia. Además, tienen una anomalía cardíaca congénita.

Tres tipos de anomalías cromosómicas pueden causar el síndrome de Down. La forma más común, responsable de 80 a 90% de los casos, es el resultado de lo que se conoce como **no disyuntivo**. Esto significa que existe un cromosoma extra en lo que generalmente es el sitio del par 21, por lo que hay tres y no dos cromosomas 21 en ese lugar. La probabilidad de una no disyunción aumenta con la edad de la madre y es mucho más alto en el caso de las madres mayores de 40 años o más: el riesgo es menor de uno



Figura 16-14 Actividades enriquecedoras al inicio de la vida pueden ayudar a algunos niños con síndrome de Down a lograr más de lo que se espera de ellos. En 1994, Jason Kingsley (izquierda) y Mitchell Levitz (derecha) escribieron un libro, *Count Us In*, donde describen sus experiencias como personas con síndrome de Down. Ellos y sus padres atribuyen sus triunfos sobre el síndrome de Down a su exposición temprana a actividades y ejercicios que estimulan la mente.

FUENTE: *The New York Times*, 20 de marzo de 1994, p. 13.

por cada 1000 mujeres embarazadas a los veinte años, pero aumenta a 18 de cada 1000 después de los cuarenta. Esta forma de síndrome de Down también se conoce como *trisomía 21*. La trisomía en otros dos pares de cromosomas, los pares 13 y 18, se relacionan con el retraso mental, pero estas condiciones son mucho más raras que el síndrome de Down. Sin embargo, una vez que los padres han concebido un hijo con cualquiera de estas trisomías enfrentan un riesgo mayor de trisomía en los embarazos futuros.

Otros dos tipos de procesos pueden producir el síndrome de Down al afectar el par 21 de cromosomas. El primero, llamado **translocación**, ocurre cuando se desprende material de un cromosoma y se une a un par cromosómico diferente. El segundo proceso que provoca síndrome de Down se conoce como **mosaicismismo**.

es el resultado de un accidente que ocurre en cierto momento durante el desarrollo embrionario, que genera un niño con una composición de cromosomas mixtos compuestos por células afectadas y otras que tienen una configuración normal. Dependiendo de qué tan temprano en el proceso del desarrollo ocurre, el nivel de retraso mental puede variar desde un rango normal de funcionamiento hasta un deterioro grave.

Patrones del desarrollo intelectual Durante la infancia, los niños con síndrome de Down exploran su entorno de la misma forma que los demás niños. Durante el periodo preescolar, su desarrollo, aunque es más lento que el promedio, parece seguir un patrón similar; aunque muestran menos comportamientos exploratorios y no son tan vivaces en la investigación de su entorno. Durante la niñez y adolescencia, los niños con síndrome de Down tienen menos tonicidad y coordinación muscular que el resto de ellos. Como resultado, son menos activos, realizan las tareas con mayor lentitud y tienen menos equilibrio. Cuando llegan a la edad escolar, sus retrasos en el desarrollo físico y cognitivo empiezan a causar más problemas. Los déficit de memoria a corto plazo significan que soportan una sobrecarga de información, que puede provocar un mal desempeño. La memoria auditiva es en especial baja, por lo que el niño será menos capaz de aprender de la información verbal.

Otros problemas de los niños con síndrome de Down que pueden ser impedimentos importantes en la búsqueda de una vida normal son la incapacidad para comprender instrucciones, prestar atención a varias cosas a la vez y expresar con claridad lo que piensan o necesitan. Incluso, los niños mayores emplean una especie de lenguaje telegráfico en el cual están ausentes las conjunciones como “y” o “pero”, así como otros tipos de palabras, como las preposiciones y los adverbios. En general, los niños con síndrome de Down parecen especialmente débiles en la abstracción de alto grado, el razonamiento y la percepción auditiva.

Los programas para proporcionar mayor estimulación a los niños muy pequeños con síndrome de Down intentan modificar la tendencia típica de reducción del desarrollo (W.I. Cohen y cols., 2002). Con frecuencia, la intervención comienza pocos días después del nacimiento con programas de terapia física. Los programas para los niños pequeños ofrecen una variedad de actividades para ayudar a desarrollar las capacidades cognitivas y físicas. Los padres también reciben capacitación para tomar parte en las actividades de estimulación de sus hijos. El involucramiento de los padres parece ser muy importante en el mejoramiento del desarrollo motor de los niños que tienen menor déficit intelectual inicial. El crecimiento de habilidades de comunicación, habilidades para la vida diaria y habilidades sociales pueden ser incrementadas según la calidad del ambiente familiar y las interacciones entre padre e hijo.

Envejecimiento en el síndrome de Down Por lo general, las personas con síndrome de Down empiezan a experimentar los cambios fisiológicos del envejecimiento a muy temprana edad (Cuskelly y cols., 2002). Por lo general, la disminución de sus capacidades cognitivas ocurre alrededor de los cuarenta años, cuan-

do muchos de ellos empiezan a experimentar deterioro de la memoria, dificultad para solucionar problemas, y reducción de sus capacidades de lenguaje y de autocuidado general (Holland, 2000). Esta disminución de sus capacidades cognitivas puede estar asociada con un alto riesgo de demencia temprana y la enfermedad de Alzheimer que se ha encontrado en los que padecen este síndrome. Los primeros síntomas de demencia también se manifiestan alrededor de esa edad, mucho antes de lo que podrían encontrarse en quienes no lo padecen, mientras que después de los cincuenta se puede esperar que desarrollen demencia.

Estudios de autopsia han mostrado que el mismo tipo de placas seniles y laberintos que parecen similares a los que se encuentran en el cerebro de los que sufren la enfermedad de Alzheimer empiezan a aparecer antes de los treinta años en personas con síndrome de Down. La figura 16-15 muestra estas lesiones cerebrales. Las autopsias de pacientes con síndrome de Down que murieron después de los cuarenta años muestran estos indicios de la enfermedad de Alzheimer en 95% de los casos. Las regiones del cerebro más afectadas también son similares en el síndrome de Down y en pacientes con esta enfermedad.

Examen prenatal del síndrome de Down Una gran cantidad de casos de síndrome de Down pueden identificarse en diagnósticos prenatales por medio del uso de **amniocentesis**. Con esta técnica, se extrae el líquido amniótico del saco que protege al feto y se realizan estudios para detectar defectos genéticos y cromosómicos. En Estados Unidos se aplica la amniocentesis a las mujeres embarazadas si tienen 35 años o más. Se escogió esta edad porque

el riesgo de tener un hijo con síndrome de Down aumenta sólo de manera gradual hasta más o menos los treinta años, pero después de esa edad aumenta de manera rápida. El riesgo de tener un hijo con síndrome de Down es de uno en 1300 para las mujeres de 25 años; a la edad de 35 el riesgo es de uno en 365; y a la edad de 45 el riesgo aumenta a uno de 30 (Newberger, 2000). El proceso de amniocentesis puede aumentar un poco las probabilidades de aborto, por lo que no se usa si se considera que el riesgo de síndrome de Down u otro trastorno genético es bajo.

El resultado de la amniocentesis se utiliza para asesorar a los padres sobre el riesgo del síndrome de Down, así como otros problemas genéticos en el embarazo. Con este conocimiento, los futuros padres pueden interrumpir el embarazo o prepararse para el nacimiento de un hijo con un problema específico. Debido a que la amniocentesis no se puede utilizar hasta el cuarto mes de embarazo y las células se deben cultivar durante dos semanas después de la prueba, el embarazo está bastante avanzado cuando se conoce el resultado. Esto significa que si las pruebas muestran un defecto en el feto, los padres deben enfrentar una decisión muy difícil acerca de la continuación o no del embarazo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el procedimiento de amniocentesis revela que el feto no tiene ningún defecto, con lo cual se evita a los padres meses de angustia. Una nueva prueba para la detección del síndrome de Down en el feto combina las pruebas de sangre y el uso del ultrasonido (Wapner y cols., 2003). Esta prueba es un avance significativo ya que se puede utilizar al principio del embarazo (alrededor de las 12 semanas). Aunque es menos exacta que la amniocentesis, también es menos agresiva. Identifica un mayor porcentaje de bebés afectados con el síndrome de Down y da como resultado menos identificaciones positivas falsas o incorrectas de la presencia del síndrome de Down que otras pruebas antes utilizadas para la detección temprana.

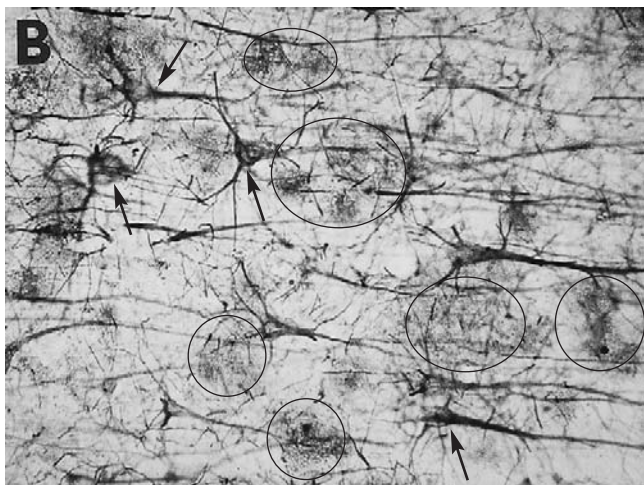


Figura 16-15 Esta micrografía presenta una muestra de tejido cerebral de un joven paciente con síndrome de Down que, aunque algunas neuronas normales (flechas) todavía están presentes, también hay una cantidad considerable de plaquetas seniles (círculos) típicas de las que se encuentran en pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Se piensa que el envejecimiento prematuro del cerebro es resultado del síndrome de Down. La mayoría de los adultos que tienen este síndrome y aquellos que llegan a los 30 años desarrollan plaquetas seniles que se enredan, características de pacientes con enfermedad de Alzheimer, quienes, por lo general, son más viejos.

FUENTE: Cortesía de los doctores Brian Cummings y Patrick Kesslak del Institute for Brain Aging and Dementia de la University of California, Irvine.

El ambiente fetal y el retraso mental

En ocasiones, los trastornos asociados con el retraso mental suceden, no por herencia, sino por las condiciones del ambiente en el que el feto, o nonato, vive antes del parto. Con anterioridad se explicó que la madre con PKU que no controla su dieta puede no heredárselo a su hijo, pero la situación química en su útero durante el embarazo puede causar diferentes defectos de nacimiento, incluso algún tipo de retraso mental. Los factores prenatales que se relacionan con el retraso mental incluyen infecciones maternas y condiciones crónicas, incompatibilidad sanguínea entre madre e hijo, químicos en el ambiente fetal, radiación y desnutrición así como factores asociados con la edad de la madre y el estrés que ella pueda experimentar. Cada uno de estos factores puede tener un efecto importante en el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso, y en el funcionamiento intelectual posterior. Con frecuencia, estos factores influyen de manera más notable si el problema ocurre al inicio del embarazo, en particular en las primeras semanas después de la concepción.

El saco de la placenta que rodea al feto actúa como una barrera que evita que muchas infecciones se transmitan de la madre al feto, pero diversos virus pueden cruzarla. Alrededor de la mitad de todos los fetos cuyas madres contraen la rubéola en los primeros tres meses de embarazo también se infectan. El virus destruye las células y puede interferir con el abastecimiento de sangre al feto. Alrededor de la mitad de los niños cuyas madres contrajeron rubéola al inicio del embarazo tienen retraso. Los que no lo tienen, con frecuencia presentan problemas de aprendizaje. El retraso mental también puede ser resultado de alguna enfermedad viral crónica como herpes o el virus de inmunodeficiencia (VIH). Los niños infectados con VIH antes del nacimiento tienen una alta probabilidad de sufrir convulsiones, atrofia cerebral y retraso mental dentro del primer año de vida.

Algunas condiciones médicas crónicas de la madre también pueden causar el retraso mental del feto. La hipertensión (presión arterial alta) y la diabetes son ejemplos de trastornos crónicos que pueden interferir con la nutrición fetal y causar daño cerebral. Ambas condiciones pueden tratarse durante el embarazo si se diagnostican a tiempo. Las drogas que consume la madre durante el embarazo pueden atravesar la placenta hacia el feto. Incluso los tranquilizantes suaves se asocian con un aumento en la tasa de malformaciones fetales graves. Además, los químicos del aire, la comida y el agua pueden afectar al niño antes de nacer. Otro ejemplo de un factor químico en el ambiente fetal que puede causar retraso es el alcohol, y un resultado del alcohol en el embarazo es el *síndrome de alcoholismo fetal*.

Síndrome de alcoholismo fetal

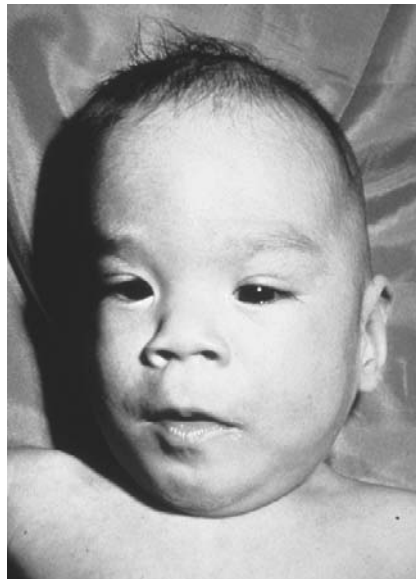
Los efectos del consumo de alcohol por la madre en un nonato fueron reconocidos por primera vez cuando se detectó un grupo de rasgos faciales en algunos hijos de mujeres consumidoras de alcohol durante el embarazo. Estas deformidades faciales, que identifican al **síndrome de alcoholismo fetal (FAS)**, incluyen ojos pequeños, párpados caídos, nariz corta y respingada con el tabique bajo, mejillas sumidas, labio superior delgado, orejas bajas, frente prominente y un espacio demasiado grande entre la nariz y la boca. La cara del niño que se muestra en varias edades en la figura 16-16 muestra muchas de estas características. El FAS está asociado con el retraso mental así como con el crecimiento retardado y una variedad de defectos físicos y deformidades, y anormalidades en el funcionamiento cerebral y la conducta. Se estima que más de 4% de los hijos de alcohólicos tienen FAS (Abel, 1995).

Los niños afectados por el FAS enfrentan muchas dificultades debido a sus dificultades cognitivas. Michel Dorris, quien adoptó a un niño con FAS, describió la vida de su hijo de la siguiente manera:

Él no aprendía de sus errores, por inconvenientes o exasperantes que fueran. Se aferraba al orden establecido con tenacidad, es decir, se rehusaba a adaptarse a las fluctuaciones en su ambiente externo. Si usaba una camiseta sin abrigo durante el verano, entonces ¡vaya!, salía de la casa con la misma ropa en enero, a pesar de que la temperatura fuera bajo cero. Cuando aprendía una nueva habilidad, se enfocaba en algún



(a)



(b)



(c)

Figura 16-16 Por lo general, los niños afectados con el síndrome de alcoholismo fetal tienen ciertas características faciales comunes que incluyen tejidos oscuros en la esquina interior de los ojos, una nariz corta y un puente nasal bajo, un surco no desarrollado en el centro del labio superior entre la nariz y el borde del labio, y labio superior delgado. Este niño, que fue fotografiado en tres edades diferentes, muestra todas estas características faciales. Fue diagnosticado con el síndrome de alcoholismo fetal desde el nacimiento. A pesar de haber pasado su vida en un excelente hogar adoptivo y asistir a un programa escolar superior, su CI se ha mantenido en el rango de 40 a 45.

FUENTE: Dr. Ann Streissguth, de la University of Washington.

detalle superfluo dentro de toda la estructura y soltaba el ancla. Toda la constelación de acciones, lo esencial combinado con lo accidental, se afianzaba y ninguna parte podía desecharse de manera selectiva. No reconocía matices, ninguna parte intercambiable en un patrón que había adoptado. La ropa correcta = camiseta. Punto. [...]

Pero su mayor problema, el inconveniente de todos los días que era el más difícil de afrontar en el mundo, era su falta de un tipo particular de imaginación. No podía, no puede, verse en un futuro. “Si hago X, entonces Y (bueno o malo) sería la consecuencia”. Su valoración de las consecuencias era tan vaga que se traducía en un enfoque en una acción tan conservadora que aparentaba terquedad. Existía en el presente con alguna referencia ocasional al pasado inmediato. [...]

Y si se aventuraba, algunas veces de manera tentativa, en ocasiones con excesiva desenvoltura por no tener nada que perder, tomaba malas decisiones, veía sólo una parte del todo, ya sea que fuera demasiado literal o demasiado casual en su interpretación del detalle. Si se le dejaba que controlara su medicina, podía tomar tres dosis del día al mismo tiempo para “dejarla atrás” o podría esconderlas en un cajón “para que no se le acabara”. Podría tomar un dólar de mi cartera aunque él tuviera diez iguales, “porque quería ahorrar los míos”. La pregunta “por qué” nunca ha tenido sentido para Adam; la relación de causa-efecto no la entiende (Dorris, 1989, pp. 200,201).

A medida que la investigación sobre FAS continúa, es evidente que aun los niños que no tienen los rasgos faciales descritos con anterioridad, y cuyas madres no bebían tanto, también pueden tener problemas cognitivos y conductuales asociados con la exposición prenatal al alcohol. Estas dificultades incluyen problemas de atención, procesamiento de información y desarrollo académico que continuarán durante la infancia y adolescencia (Streissguth y cols., 1995).

Problemas peri y postnatales

La vulnerabilidad al retraso mental también puede aumentar debido a factores ambientales que se presentan durante o después del nacimiento. Una porción relativamente grande de individuos que padecen retraso mental (de 10 a 20%) ha experimentado algún trauma o accidente durante el nacimiento (Gualtieri, 2002). Otro 5 a 10% experimenta algún tipo de trauma u otra condición después del nacimiento que provoca el retraso mental.

Los factores que pueden aumentar la probabilidad de retraso mental durante las dificultades en el nacimiento incluyen nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, falta de oxígeno durante el parto y un paso rápido por el canal de parto, que pueden dar como resultado hemorragia y desgarramiento del tejido cerebral. Las complicaciones neurológicas relacionadas con el nacimiento prematuro son una causa muy importante del deterioro cognitivo debido al desarrollo de tecnologías médicas que permiten la supervivencia de bebés de alto riesgo.

El daño al sistema nervioso después del nacimiento también puede provocar retraso mental. El daño puede ser causado por infecciones como la encefalitis, desnutrición extrema, golpes en la ca-

beza, tumores, privación de oxígeno (por ejemplo, en accidentes en los que casi se ahogan o quedar atrapado en un refrigerador que no funciona u otro contenedor), y venenos del ambiente, como el plomo de la pintura descascarada.

Desventaja psicosocial

Algunas personas, cuyas calificaciones en las pruebas de inteligencia las colocan en el rango de retraso leve, también tienen padres cuyo CI es del mismo nivel. En muchos casos, no se puede identificar algún factor específico como la causa de su retraso. Con frecuencia se sugiere que el nivel intelectual de estos individuos sólo refleja su heredabilidad y representa la cola de la curva de campana, o distribución normal, que representa la inteligencia. Antes de llegar a esa conclusión, es importante tomar en cuenta que un porcentaje muy grande de los que se clasifican en el rango de retraso leve tienen una **desventaja psicosocial**, es decir, provienen de familias con un estatus socioeconómico bajo y oportunidades educativas y culturales limitadas. Debido a que la mayoría de las calificaciones de las pruebas de inteligencia reflejan factores biológicos (que incluyen un legado genético) y exposición a un ambiente estimulante y oportunidades educativas, es difícil asignar a una causa en particular el nivel de inteligencia medida de este grupo. La heredabilidad proporciona un rango de posibilidades para un niño en desarrollo, pero el nivel de éxito dentro de ese rango es el resultado de muchos factores, que incluyen aspectos del ambiente. La intervención temprana y los programas de enriquecimiento psicosocial como los que se exponen en las siguientes secciones con frecuencia están enfocados en los niños que pueden estar en desventaja, debido tanto a la heredabilidad como al ambiente en que crecen.

Tipos de prevención e intervención en el retraso mental

Los esfuerzos para prevenir el retraso mental y para ayudar a los afectados a utilizar todo su potencial pueden tomar muchas formas. Éstas incluyen la *prevención primaria* (en primer lugar evitar que ocurra el trastorno), *prevención secundaria* (tratar el problema para que sean mínimos los efectos) y *prevención terciaria* (ayudar al individuo a hacer el mejor uso de sus capacidades). Estos tipos de prevención se revisan más a fondo en el capítulo 17.

Prevención primaria Se puede evitar que ocurran ciertos tipos de retraso mental. Un importante ejemplo de tal programa de prevención primaria es la campaña para informar a las mujeres que el consumo de alcohol durante el embarazo es potencialmente dañino para el desarrollo del niño. Las campañas de salud pública y las señales de alerta en los envases de bebidas alcohólicas y en los lugares donde se sirven pueden ayudar a lograrlo. La figura 16-17 es una muestra de este tipo de advertencia.



Figura 16-17 Ésta es la fotografía de la etiqueta de una botella de una bebida alcohólica que ilustra la necesidad de advertir sobre el uso del alcohol durante el embarazo, así como los riesgos de otro tipo que genera su consumo. Las advertencias sobre los efectos de su ingestión en mujeres embarazadas son impuestas por la ley para que se muestren de manera destacada en las etiquetas de bebidas alcohólicas y también en los bares y restaurantes que las expenden.

Otro tipo de esfuerzo de salud pública está enfocado en reducir la probabilidad de daño cerebral a niños después del nacimiento. Un ejemplo de este esfuerzo es la exposición al plomo, que puede tener un efecto negativo en su funcionamiento intelectual. La exposición al plomo se ha reducido pues ahora las gasolinas no lo contienen y se ha prohibido su uso en algunas pinturas así como al hacer que los padres estén conscientes de los peligros de la pintura descascarada de las casas viejas.

Probablemente la medida que tiene un efecto mundial en la prevención del retraso mental es educar a las personas sobre la importancia del cuidado prenatal de las mujeres embarazadas. Mediante el cuidado prenatal, los médicos y otros trabajadores de la salud pueden monitorear a las mujeres para detectar el desarrollo de condiciones tales como presión arterial alta y un tipo especial de diabetes (llamado diabetes gestacional) que sólo ocurre durante el embarazo. Si no se controlan estos trastornos, pueden provocar daños en el desarrollo del niño. Es necesario ayudar a las madres que ya tienen algún trastorno como la diabetes o PKU a prevenir daños en el feto asesorándolas sobre la necesidad de que se sometan a una dieta estricta durante el embarazo. Un buen cuidado prenatal

también puede ayudar a prevenir los nacimientos prematuros que están asociados con un alto riesgo de retraso mental.

Otro tipo de cuidado primario asociado con el cuidado prenatal se logró cuando se incrementó la capacidad para detectar problemas genéticos y del desarrollo durante el embarazo por medio del uso de amniocentesis y ultrasonido. La información sobre estos procedimientos permite a los padres y a los médicos analizar los problemas potenciales y explorar el deseo de practicar un legrado. Por ejemplo, la amniocentesis se utiliza para detectar el síndrome de Down. Aunque el aborto terapéutico está permitido legalmente, puede presentar un dilema para los futuros padres si se oponen al procedimiento por razones morales o éticas. Sin embargo, el aumento del uso del examen prenatal hace posible que estos padres tomen una decisión informada sobre la continuación del embarazo.

Nuevas técnicas de investigación genética permiten detectar la ubicación del gen relacionado con diversos trastornos. Al final, se podrá identificar la ubicación de genes involucrados en otros trastornos que se considera tienen raíces genéticas. La información sobre este tema puede ayudar a los futuros padres a evaluar el riesgo de concebir un hijo con retraso mental u otro trastorno para que después de consultar con un asesor genético puedan tomar una decisión informada sobre iniciar o interrumpir el embarazo.

Prevención secundaria Algunos niños nacen con un trastorno que, de no ser tratado, puede causar retraso mental. Los esfuerzos de la **prevención secundaria** están enfocados en proporcionar tratamiento. Algunas de estas condiciones pueden causar retraso mental poco después del nacimiento a menos que se hayan identificado y tratado. Por ejemplo, el examen de PKU se realiza de manera rutinaria en los recién nacidos para descartar el problema, pero si existe, debe comenzarse de inmediato una dieta de control para prevenir daño en el sistema nervioso central.

Prevención terciaria La **prevención terciaria** está enfocada en mejorar la situación existente. Se han desarrollado programas de intervención para enfrentar trastornos específicos, en especial para el síndrome de Down y el autismo, que pretenden aumentar las capacidades de los niños al inicio de su ciclo de desarrollo. Otros ejemplos son los programas educativos en la escuela, programas de vida comunitaria y programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales. Otro tipo de prevención terciaria es el creciente reconocimiento de la importancia del tratamiento de problemas psicológicos y relaciones familiares de las personas con retraso mental.

Programas de intervención temprana

Los programas de intervención temprana son programas de prevención terciaria, típicamente realizados con niños que son juzgados con un alto riesgo de retraso leve como resultado de un ambiente empobrecido o de padres cuyo CI se encuentra en ese rango de retraso.

INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

Trastornos del aprendizaje, de la comunicación y de las habilidades motoras

Las barreras para adquirir habilidades específicas pueden tener consecuencias importantes durante toda la vida. El DSM-IV-TR incluye categorías de diagnóstico para tres áreas importantes de estas habilidades: *trastornos de aprendizaje*, *trastornos de la comunicación* y *trastornos de las habilidades motoras*. La tabla 16-11 enumera los tipos de trastornos específicos incluidos en cada categoría. Todos estos trastornos inician en la infancia, pero los del aprendizaje y los de la comunicación por lo general se detectan cuando las habilidades relacionadas no aparecen como se espera en el proceso normal del desarrollo infantil.

Ediciones sucesivas del DSM han aumentado en gran medida el número de estos trastornos, ya que de seis en el DSM-II, en el DSM-IV-TR aparecen 19. Los autores del DSM sostienen que es importante incluirlos porque las clasificaciones podrán llevar a mayores investigaciones y un aumento de la comprensión de los trastornos y cómo pueden tratarse de manera más eficaz. También creen que el aumento de estas categorías específicas del DSM alertarán a los pediatras y médicos familiares sobre los problemas para que puedan identificar oportunamente los

trastornos e iniciar el tratamiento que corresponda.

No todo el mundo está contento debido al creciente número de trastornos incluidos en el DSM. En la figura 16-18, el caricaturista Roz Chast satiriza esta situación. Aunque en general el DSM-IV-TR ha sido criticado por incluir muchos trastornos que otros consideran no son enfermedades mentales, existe una controversia específica sobre la inclusión de las categorías de trastornos del aprendizaje, de la comunicación y de las habilidades motoras. Muchos críticos, entre ellos los patólogos del lenguaje y terapeutas educativos, afirman que estos problemas no son en realidad trastornos mentales y por lo tanto no es apropiado que estén incluidos en un sistema de clasificación psiquiátrica. Una de las preocupaciones más importantes que los críticos tienen sobre los trastornos del aprendizaje y de la comunicación es la circularidad del razonamiento que pudo haber llevado al diagnóstico. Si un niño no tiene éxito en la escuela puede ser diagnosticado con uno de estos trastornos, por lo cual éstos se convierten en la razón del poco rendimiento. Para evitar este problema, es importante medir las capacidades intelectuales del niño mediante pruebas de inteligencia de mane-

ra individual y no en grupo para evaluar su motivación y su exposición a una buena enseñanza, y para determinar si hay algún problema familiar o de ajuste que pueda jugar un papel en su rendimiento escolar. Estas clasificaciones serán útiles sólo si llevan a una intervención de rehabilitación específica apropiada, no si se utilizan como simples explicaciones.

La forma más común de identificar uno de estos trastornos es la discrepancia entre las calificaciones en las pruebas de CI o inteligencia general y las que miden una habilidad específica. Sin embargo, no hay un acuerdo absoluto sobre el grado que debe tener la discrepancia para definir la presencia de un trastorno. Esta imprecisión en la definición significa que no hay mucho acuerdo sobre muchos niños que podrían ser señalados con uno de estos trastornos y como resultado reúnen los requisitos necesarios para recibir atención educativa especial. La ventaja del uso del enfoque de discrepancia es que ayuda a diferenciar a los niños con trastornos específicos de los alumnos de bajo rendimiento escolar en general. Una buena definición es importante porque en Estados Unidos más de dos millones de niños son clasificados con un problema de lenguaje.

TABLA 16-11

Trastornos del aprendizaje, de la comunicación y de las habilidades motoras incluidos en el DSM-IV

Trastornos del aprendizaje: rendimiento académico sustancialmente menor de lo que se espera de acuerdo con la edad cronológica, la medición de la inteligencia y una educación adecuada para la edad

- Trastorno de la lectura
- Trastorno del cálculo
- Trastornos de la expresión escrita
- Trastorno del aprendizaje no especificado

Trastornos de la comunicación: dificultades en el habla o en el lenguaje no explicadas por otras causas

- Trastorno del lenguaje expresivo
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
- Trastorno fonológico
- Tartamudeo
- Trastorno de la comunicación no especificado de otra manera

Trastorno de las habilidades motoras: coordinación motora considerablemente por debajo de lo que se espera de la edad cronológica y de las medidas de inteligencia y que no está relacionada con otro trastorno

- Trastorno del desarrollo de la coordinación



Figura 16-18 El caricaturista Roz Chast ha modificado la vieja canción de cuna que categoriza a los niños nacidos en cada día ("los niños de los lunes tienen la cara pálida...") y ha creado "La canción de cuna para la American Psychiatric Society".

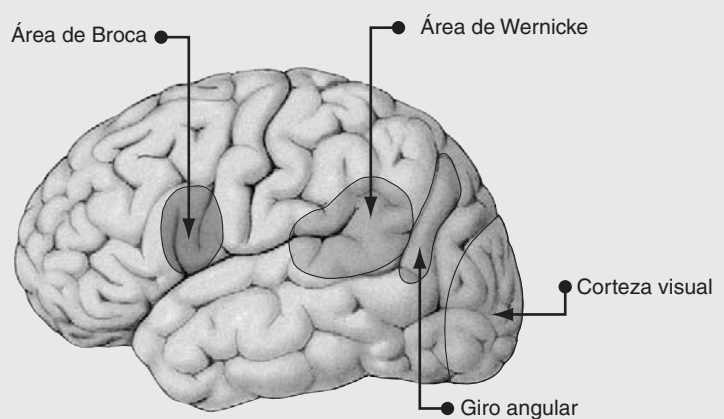
FUENTE: ©The New Yorker Collection 2000 Roz Chast del cartoonbank.com. Derechos reservados.

No se conocen la mayoría de las causas de estos trastornos aunque el aumento del empleo de varias técnicas de imagenología cerebral ha empezado a proporcionar algunas pistas. A pesar del desconocimiento de las causas, las conductas parecen estabilizarse con el tiempo y es probable que el resultado final de los niños con estos trastornos sea bajo en relación con el ajuste psicosocial y laboral. También es probable que los niños con problemas de aprendizaje sean rechazados por sus compañeros. Un estudio de niños de cuarto a sexto grado descubrió que no sólo es más probable que se los rechace socialmente sino que se les considere poco cooperativos o con menores probabilidades de ser líderes que otros niños de su clase (Kuhne y Wiener, 2000). Otro aspecto que destacaron los investigadores fue que era muy probable que los niños con trastornos del aprendizaje que habían calificado como promedio en el estatus social al inicio del año cambiaran su estatus al de abandonado o rechazado a medida que transcurría el año escolar.

La mayoría de los estudiantes con problemas de lenguaje (probablemente alrededor de 85 a 90%) tienen problemas de lectura (Bender, 1995), los cuales con frecuencia se relacionan con la dislexia. La **dislexia** se caracteriza por una lenta adquisición de las habilidades de lectura como consecuencia de una disfunción cortical. Las imágenes por resonancia magnética de lectores adultos normales y disléxicos muestran que estos últimos presentan menor actividad en la corteza visual, en el giro angular y en el área de Wernicke pero una relativa sobreacción en el área de Broca (Shaywitz y cols., 1998).

continúa

Figura 16-19 La imagen funcional de la resonancia magnética se utiliza para determinar qué áreas del cerebro difieren en su actividad cuando personas normales y con dislexia leen (Shaywitz y cols., 1998). Diversas áreas fueron menos activas cuando eran los participantes disléxicos los que leían. Entre ellas se pueden mencionar la corteza visual, que recibe la entrada de datos visuales; el giro angular, que transforma la información en información auditiva; y el área de Wernicke involucrada en la comprensión. El área de Broca, asociada con el lenguaje, estaba relativamente más activa en el grupo disléxico.



INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO *continúa*

CUADRO 16-2

(La figura 16-19 muestra la ubicación de estas áreas). Los disléxicos tienen una inteligencia normal pero muestran poca velocidad para leer, escasa comprensión, así como omisión o distorsión e inversión de palabras. Con frecuencia, los niños disléxicos que reciben un entrenamiento especial mejoran considerablemente sus habilidades de lectura.

A menudo, los trastornos de lectura son discapacidades de por vida que también involucran otras dificultades de aprendizaje y comunicación. Casi todos los individuos con un trastorno de la lectura tienen otro déficit verbal. Los problemas particulares de la lectura varían de manera considerable. Algunos estudiantes no tienen el suficiente conocimiento básico y reconocimiento de palabras. Tienen dificultad para pronunciar algunas letras, buscan en su memoria palabras similares y piensan en los posibles significados de nuevas palabras. No tienen conocimiento de prefijos y sufijos y pueden tener problemas con las analogías. Parece que los malos lectores no pueden utilizar las pistas contextuales para derivar el significado. Parte de su problema al utilizarlas es su incapacidad para entender las ideas principales in-

mersas en el texto. Es probable que estos alumnos se concentren en la información periférica y en los pequeños detalles más que en entender los mensajes generales que el autor quiere transmitir. Con frecuencia, enseñar estrategias de aprendizaje específicas, como resumir un párrafo o cómo reconocer los sonidos de las letras y su combinación, puede producir una gran mejoría en el desempeño de los lectores (Scruggs y Mastropieri, 1993). Algunas veces las dificultades de lectura pueden provenir de problemas de percepción como incapacidad para copiar correctamente del pizarrón o para distinguir diversas figuras geométricas como los círculos y los triángulos. Otros problemas de percepción visual incluyen ver un estímulo visual como una recopilación de partes no relacionadas (por ejemplo, ver la letra A mayúscula como un juego de tres líneas no relacionadas [/, - y \]) y problemas para distinguir una figura del fondo. Algunos niños invierten las letras, como las invierten de manera horizontal leyendo la "b" como "d" o de manera vertical la "b" por la "p". Tales inversiones son frecuentes en niños pequeños, pero disminuyen al crecer. Si continúa

más allá de los siete u ocho años, puede ser la señal de la posible existencia de un problema. Las dificultades perceptuales de este tipo han sido atribuidas a problemas neurológicos, pero esta suposición es inferida de la observación de la conducta del niño y de la generalización de lo que se sabe sobre la disfunción cerebral más que de la evidencia directa de las técnicas de imagenología u otras pruebas. Por esta razón, se necesita prudencia al asignar causas a estas conductas (Bender, 1995).

Los que apoyan su inclusión en el DSM argumentan que es lo apropiado debido a que estos trastornos están asociados con un creciente riesgo de sufrimiento o angustia. Otra razón es que, con frecuencia, los trastornos de lectura y comunicación ocurren junto con otro trastorno clínico. Por ejemplo, es probable que los problemas del aprendizaje estén asociados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), del que se habló en el capítulo 15. Al parecer los trastornos del aprendizaje y de la comunicación aumentan la probabilidad de desarrollar posteriormente otro trastorno psiquiátrico clínico del eje I (Baker y Cantwell, 1987).

Niños en riesgo psicosocial Los niños que provienen de hogares con carencias económicas, en especial aquellos donde el resultado de las pruebas de inteligencia de las madres está en el rango de retraso leve están en un particular riesgo de padecer retraso mental. Muchos psicólogos y educadores sostienen que la pregunta más importante con respecto a estos niños no es cómo "curar" el retraso mental leve sino cómo alentarlos para que utilicen toda la inteligencia que poseen, es decir, proporcionarles un ambiente enriquecido por medio de una intervención temprana. La investigación ha demostrado que la intervención en la infancia y la niñez, combinada con un cuidado médico y programas sociales dirigidos a las familias puede reducir la proporción de niños cuyos resultados en las pruebas pueden caer en el rango de retraso mental leve (Wasik y cols., 1990).

Programas escolares Debido a que la política pública ha cambiado mucho desde el enfoque de la institucionalización de individuos con retraso hasta ayudarles a vivir de manera independiente en la comunidad, los programas para las personas con retraso mental también han sufrido modificaciones sustanciales. Por ley, desde 1970, las escuelas públicas deben ofrecer educación para todos los niños, incluyendo los que padecen retraso mental. Sin embargo, la sanción de la *Ley para la Educación de Individuos Discapacitados* de 1990, fortalece los intentos de exigir que la educa-

ción de los niños con discapacidad, entre ellos los que tienen retraso mental, sea similar a la de los niños normales. Debido a esta ley y a decisiones recientes de las cortes estadounidenses, las escuelas de distrito están obligadas a ofrecer capacitación para los niños con retraso grave y profundo y con otros tipos de discapacidades físicas. Además, ya se reconoce que, más allá del retraso mental, hay un número de trastornos del aprendizaje, de la comunicación y de las habilidades motoras que requieren de la implantación de programas de enseñanza especial (ver el cuadro 16-2). Sin embargo, se necesita mayor evidencia sobre los diversos tipos de programas escolares.

Como resultado de la obligación legal de que cada niño reciba la colocación "menos restringida" posible, la presión ha aumentado para colocar a los que padecen diversos tipos de dificultades del aprendizaje en clases regulares. Este enfoque no sólo incluye a los niños que puedan tener una desventaja psicosocial o un problema de aprendizaje específico sino a los afectados por un trastorno biológico como de los que se habló al inicio del capítulo. Estos niños pueden pasar parte del día escolar en clases regulares y el resto del tiempo en clases donde puedan recibir ayuda especializada. Esta flexibilidad es importante porque, a pesar de sus beneficios, las clases regulares pueden no proporcionar los servicios especiales y atención individualizada que estos niños requieren.

Una preocupación que los padres y maestros tienen sobre la inclusión de niños con retraso mental en clases regulares es el grado

de aceptación que mostrarán sus compañeros. Los estudios de actitud han comprobado que, con frecuencia, los niños de todas las edades no mencionan que tienen amistad con un niño hipotéticamente etiquetado con retraso mental (Rothlisberg y cols., 1994). Los niños que son aceptados por sus compañeros tienen mejores habilidades sociales y estrategias para hacer amistad más eficaces que los que no son considerados como parte del grupo.

Programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales

Aunque es importante aprender cómo hacer un trabajo, obtenerlo y mantenerlo requiere de una combinación de habilidades de vida básica (incluyendo higiene personal) y la conciencia de que es importante ir a trabajar de manera regular y terminar las tareas asignadas. Es importante contar con habilidades sociales básicas, que incluyen una buena relación con los demás, así como saber cómo evitar que los demás se aprovechen de uno. En el caso de las personas con retraso mental, la preparación para el trabajo incluye estar en condiciones de ejercer todas estas habilidades. En un estudio de la relación entre la competencia social y el éxito de los empleados con retraso mental en un lugar de trabajo competitivo, las conductas de los empleados que mejor predicen la competencia y calidad de trabajo, según sus supervisores y compañeros, fueron la interacción social amable y el cumplimiento de las tareas (Butterworth y Strauch, 1994).

Esta capacitación utiliza principalmente los métodos conductuales. Por ejemplo, en un programa de capacitación varios problemas fueron modelados para que los futuros trabajadores pudiesen aprender formas apropiadas de manejar tales situaciones y cómo identificar las conductas problemáticas:

Llega a trabajar una mañana y no puede encontrar uno de los materiales que necesita para hacer su trabajo (por ejemplo, las servilletas). Solución inadecuada: caminar por ahí platicando con los compañeros; sentarse en una mesa y no hacer nada. Solución adecuada: pedir ayuda al supervisor de manera educada.

Está trabajando en la mañana y la persona que labora cerca de usted hace mucho ruido, platica y se ríe. Le resulta difícil concentrarse en su trabajo debido al ruido. Solución inadecuada: gritar al compañero que se "calle"; lanzarle algún objeto; insultar a su compañero; amenazar al compañero. Solución adecuada: pedirle en forma educada que se comporte con tranquilidad, ignorar al compañero (LaGreca y cols., 1983, p. 272).

La eficacia del modelamiento se ha comprobado por medio de comparaciones del grupo de capacitación y del grupo control. Después de siete semanas en el trabajo, sólo una de las 11 personas del grupo de modelamiento había sido despedida; en el grupo control, 10 habían sido despedidas y sólo dos continuaban en el trabajo.

Con frecuencia, organizaciones de caridad y otros grupos cuentan con talleres protegidos que ofrecen lugares de trabajo para personas con retraso mental. Por lo general, estas organizaciones contratan ayuda externa para llevar a cabo proyectos adecuados a las



Figura 16-20 Un taller protegido ofrece un lugar para aprender habilidades laborales, así como un ambiente de trabajo a largo plazo para personas que no pueden competir por los trabajos en igualdad de condiciones.

capacidades de sus empleados. La figura 16-20 muestra la supervisión personal que se aplica en un taller protegido. Sin embargo, aun si los empleados están bien capacitados en los talleres protegidos, es probable que no puedan conservar exitosamente un empleo en el mercado abierto. Por ejemplo, a los adultos con retraso mental que participaron en dos talleres protegidos en Israel se les sometió a un seguimiento 20 años más tarde. Sólo 12% fue contratado en el mercado abierto. Más de la mitad sigue viviendo con sus padres y 20% en instituciones (Katz, 1994). Tales resultados destacan que, a pesar de la capacitación y el apoyo social, muchas personas con retraso mental no pueden competir en el mercado laboral.

Aunque los individuos con retraso mental se integran en la comunidad, son vulnerables a la explotación personal, sexual y financiera. Una fuente de estos problemas es la tendencia que tienen estas personas a responder que "sí" a todas las preguntas que se les formulan sin tomar en cuenta el contenido. Esta presteza para estar de acuerdo puede tener consecuencias negativas. Significa que los individuos con retraso son propensos a estar de acuerdo con peticiones inadecuadas o injustas.

Una forma de prevenir la explotación de los individuos con retraso es prestar especial atención en enseñarles lo que se puede esperar de una persona y cómo decir "no". Por ejemplo, se enseñó a los participantes de un programa de capacitación laboral de los servicios alimentarios la forma de manejar sus ingresos y a decir "no" a las personas que les piden dinero prestado. Otra área problemá-

tica es el comportamiento sexual. Los programas enseñan a las personas con retraso a reconocer y escapar de las situaciones de explotación sexual. Los individuos con retraso también necesitan ser capacitados para comprender lo que la sociedad considera un comportamiento sexual apropiado y evitar ciertos actos como la masturbación en público y los acercamientos sexuales inapropiados a otras personas.

Reconocimiento y tratamiento de problemas psicológicos

El trastorno psiquiátrico parece ser más común en las poblaciones con retraso mental que en la población en general (Dosen y Day, 2001). Más de 40% de las personas con retraso mental también cumplen con los criterios para algún trastorno psicológico; es decir, tienen un diagnóstico dual (Einfeld y Tonge, 1996). Algunos de los trastornos psicológicos identificados en los individuos con retraso parecen estar relacionados con el deterioro del sistema nervioso central que también juega un papel en su retraso. Esto es especialmente verdadero en el caso de las personas que tienen un retraso severo. Si quienes componen este grupo tienen un diagnóstico dual, es más probable que muestren psicosis o hiperactividad y menos probable que cumplan con los criterios de un trastorno de conducta. Con frecuencia, las personas que tienen un retraso grave manifiestan conductas estereotipadas y dañinas para ellas. Estos comportamientos son comunes tanto en los grupos con retraso grave y profundo, como en los que padecen autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo. Entre los grupos con retraso leve y moderado que no muestran daño evidente del sistema nervioso central, la depresión es un problema frecuente. Hasta 10% de las personas con retraso tienen serios trastornos del estado de ánimo y casi la mitad de ellas cumple con los criterios de diagnóstico del trastorno distímico.

Alrededor de 25% de todas las personas con retraso tienen un trastorno de la personalidad y 50% de los adultos con retraso tienen personalidades disfuncionales (Bregman y Harris, 1995). Las características de personalidad que con frecuencia se encuentran en este grupo incluyen una exagerada dependencia, pobre imagen de sí mismos, niveles limitados de aspiración y métodos poco eficaces para solucionar problemas. Muchas de estas características de la personalidad se hacen evidentes durante la adolescencia, tal vez debido al aislamiento social, esto es, a “falta de amistades”.

Los problemas del desarrollo social que son más frecuentes en los adolescentes con retraso incluyen rabietas y arranques de cólera, conducta agresiva o destructiva, abuso de alcohol y drogas, y un aumento de la conducta retraída. Con frecuencia, estos problemas están relacionados con la creciente conciencia de los adolescentes con retraso de la brecha entre sus expectativas futuras y su capacidad para ser independientes. Los conflictos con los padres sobre temas de independencia y de las relaciones de pareja son muy comunes debido a las comparaciones con las actividades de los adolescentes normales.

Los niños y adultos con retraso mental no reciben ayuda adecuada para los problemas psicológicos que pueden experimentar.

Comprender la asociación entre los tipos de retraso mental, dificultades de personalidad y trastornos de la conducta puede ser útil para dar un tratamiento adecuado.

Las familias de los niños con retraso mental

Desde el punto de vista de los padres, el nacimiento de un niño con retraso mental es estresante y, con frecuencia, un evento devastador. Durante nueve meses han esperado la llegada de un bebé normal y saludable. Cuando esas expectativas son destruidas, a menudo los padres atraviesan un proceso de duelo similar al de la muerte de un miembro de la familia. En el pasado, muchos profesionales, que consideraban que el proceso era de duración limitada, señalaban que los padres necesitaban ayuda hasta aceptar la situación. El padre de un niño con retraso ofreció estas observaciones:

Los teóricos nos dicen que los padres de personas con retraso aprenden a vivir con las discapacidades de sus hijos. Atraviesan etapas de reacción que van del impacto, culpa y rechazo a la tierra prometida de la aceptación y el ajuste.

Mi propia experiencia como padre de un niño con retraso no forma parte de este patrón. Más bien, me convenció de que la mayoría de las personas malinterpretan la respuesta de los padres a esta situación. El punto de vista estándar no refleja la realidad de la experiencia de los padres, ni lleva a conclusiones útiles. Los profesionales podrían ayudar más a los padres, y sería más realista, si descartaran sus ideas sobre las etapas y el progreso. Entonces podrían empezar a entender algo sobre los cambios profundos y duraderos de la vida de los padres con un hijo o hija con retraso y podrían empezar a ver los sentimientos negativos (impacto, culpa y amargura) que nunca desaparecen, sino que se quedan como parte de la vida emocional de los padres.

Creo que la mayoría de los padres jamás resuelven por completo la complejidad de los sentimientos sobre el retraso de su hijo. No se “ajustan” o no “aceptan” este hecho, al menos no de la manera en que los libros de psicología lo describen (Searl, 1978, p. 27).

Muchos padres que tienen un hijo con retraso mantienen cierto optimismo sobre el futuro progreso de éste mientras es pequeño. Pueden sobreestimar su potencial académico y quitarle importancia a los problemas de aprendizaje. Por esta razón es probable que los padres de niños pequeños sean más comprensivos del concepto de integrar niños de todo tipo de capacidades en un programa escolar que los padres de niños más grandes que ven una mayor necesidad de programas de educación especial. En general, a medida que el proceso de duelo continúa durante la vida, la aceptación de los padres sobre la severidad de la discapacidad de su hijo no es estable ni gradual, sino que los problemas de aceptación empeoran de manera aguda en etapas particulares del desarrollo del niño.

Las necesidades insatisfechas de los padres parecen formar una curva en forma de U. Estas necesidades son altas entre los padres de niños preescolares, cuando sus hijos ingresan en algún programa escolar y regresan nuevamente aun más allá de los niveles ori-

ginales cuando los niños se convierten en jóvenes adultos. Los periodos de transición en la vida de los niños también están asociados con un creciente estrés familiar, el cual se incrementa de manera aguda cuando los afectados se convierten en adolescentes o adultos jóvenes.

A medida que los padres envejecen surgen problemas en su capacidad para continuar como cuidadores de sus hijos con discapacidad mental. Muchos de ellos están comprometidos en mantener, lo más que se pueda, un cuidado en casa para sus hijos, por lo que también retrasan la planeación del cuidado de su hijo adulto para cuando no tengan la posibilidad de continuar cuidándolos o cuando uno o ambos padres mueran. Estas familias necesitan ser capacitadas para planear y encontrar ayuda de largo plazo para sus familiares con retraso mental, y determinar cómo lo pueden financiar.

Los hermanos y hermanas de los niños con retraso también pueden ser afectados por la presencia de éstos. Aunque no hay mucha investigación sobre el efecto de tener un hermano con retraso, se sabe que los padres de niños con retraso demandan demasiado de sus otros hijos. Al mismo tiempo, los padres con frecuencia tienen menos tiempo y prestan menos atención a sus demás hijos, debido a la necesidad de cuidar a los niños con retraso. Se espera que los demás hijos de la familia ayuden a cuidar y que pongan sus necesidades en segundo plano en beneficio de las de su hermano con retraso. Además, en ocasiones, los demás niños sienten la presión de tener éxito para poder “compensar” los del hermano con retraso mental.

El mensaje con el que nos quedamos

Tanto los autistas como los individuos con retraso mental tienen una vulnerabilidad y una resiliencia limitada. Aunque, como hemos visto, hay grandes lagunas en la comprensión del autismo y del retraso mental, se ha progresado mucho en las últimas décadas. La evidencia del papel de la herencia en la conducta autista es ahora impresionante; en tanto que la asociación entre la vulnerabilidad genética y la conducta autista necesitan ser estudiadas con mayor detalle, parece ser razonable hacer hipótesis que en el autismo esta vulnerabilidad lleva a anomalías neuroanatómicas que provocan deterioros en el procesamiento de información y en la conducta adaptativa. Para vencer estos deterioros será necesario idear formas de ayudar a los autistas a codificar la información (en especial la social) de manera más eficaz, mejorar su capacidad de atención y enseñarles a planear mejor y organizar sus estrategias.

También hay varias razones para ser optimistas acerca de varios aspectos del retraso mental. El diagnóstico prenatal mejorado puede ayudar a eliminar ciertas formas de retraso, y en las próximas décadas se pueden desarrollar terapias genéticas eficaces. Se han impulsado avances en el cuidado y educación de las personas con retraso. Éstas, en la actualidad, tienen derecho a la educación pública, y existen mejores oportunidades de empleo y de vivienda que en años anteriores.

R esumen del capítulo

Trastornos generalizados del desarrollo

Los trastornos generalizados del desarrollo aparecen temprano en la vida y afectan el desarrollo del niño en importantes áreas, entre ellas la social, el lenguaje y las capacidades cognitivas. Los trastornos generalizados del desarrollo incluyen el *trastorno autista*, el *trastorno de Asperger*, el *trastorno desintegrativo infantil*, el *trastorno de Rett* y una categoría general llamada *trastorno generalizado del desarrollo no especificado*.

Trastorno autista Los niños con **trastorno autista** tienen notables dificultades en la interacción social y la comunicación, un rango restringido de intereses y un fuerte deseo de rutinas. Alrededor de 70% de los autistas también tiene retraso mental. Dos déficit considerados como centrales del autismo son a) la **teoría de la mente** o la capacidad para inferir los estados mentales de otros y pensar de manera abstracta y b) las **funciones de ejecución**, operaciones cognitivas involucradas en la planeación y la flexibilidad de la respuesta. Muchos niños autistas jamás desarrollan el habla y aquellos que lo hacen por lo general tienen patrones del lenguaje estereotipado, repetitivo e idiosincrásico. Otra área problemática radica en las **conductas de atención compartida**. La falta de conductas de atención, en especial la dificultad para mantener contacto visual con otra persona es un valioso signo de diagnóstico del autismo. Las interacciones sociales son un pro-

blema importante. Se sospecha de la existencia de varias anomalías cerebrales en el autismo debido a que las convulsiones epilépticas son comunes entre quienes lo padecen. Sin embargo, el único resultado consistente es que los cerebros de los niños autistas tienden a ser más grandes, especialmente los lóbulos temporales, parietales y occipitales. En los estudios de gemelos, la mayor probabilidad de tener un segundo hijo autista si hay otro con el trastorno y la tendencia de los parientes a presentar conductas autistas sugieren la importancia de los factores genéticos, aunque no se han identificado consistentemente los genes específicos. El estrés o las lesiones pueden interactuar con la vulnerabilidad genética para producir el autismo. El tratamiento de este trastorno se enfoca en una capacitación conductual intensiva para aumentar las habilidades y reducir los problemas conductuales. Para los niños autistas que no tienen retraso mental o sólo es mínimo, se ha demostrado la eficacia de técnicas especiales de aprendizaje que consideran los potenciales cognitivos específicos y las debilidades típicas del autismo. También se utilizan diversos medicamentos para tratar algunos de los síntomas del autismo, pero no parecen afectar al trastorno en sí.

Trastorno de Asperger Así como el autismo, el **trastorno de Asperger** incluye deterioro de la interacción social e intereses y patrones de conducta restringidos y repetitivos. No incluye el retraso o au-

sencia del desarrollo del lenguaje, ni deterioro del desarrollo cognitivo característico del autismo. Por lo general no se diagnostica al niño hasta la edad escolar. Algunos investigadores sostienen que el trastorno de Asperger no es un trastorno separado sino una forma leve del autismo.

Trastorno desintegrativo infantil Las primeras señales del **trastorno desintegrativo infantil** no aparecen sino hasta los tres o cuatro años, precedidas por un periodo de desarrollo normal. Aunque estos cambios se consideran como asociados con el deterioro del sistema nervioso, no se sabe la razón del deterioro. El trastorno desintegrativo infantil es más común entre los niños que entre las niñas.

Trastorno de Rett El **trastorno de Rett** es un trastorno progresivo que ocurre después de por lo menos cinco meses de desarrollo aparentemente normal después del nacimiento. La cabeza del niño deja de crecer, por lo cual no alcanza el tamaño normal, una condición que se llama microcefalia. Durante este periodo los niños pierden varias habilidades del desarrollo (incluyendo las del lenguaje y sociales) que habían adquirido con anterioridad. También resultan afectadas las conductas motoras. Por lo general, este trastorno afecta sólo a las niñas.

¿Existe un espectro autista? Algunos investigadores han sugerido que todos los trastornos generalizados del desarrollo son parte de un espectro autista. Con esto quieren decir que los trastornos pueden tener las mismas causas básicas.

Retraso mental

Se diagnostica retraso mental si la persona tiene una función intelectual inferior al promedio que apareció antes de los 18 años, acompañada de limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo. El DSM-IV-TR divide el retraso mental en cuatro niveles (leve, moderado, grave y profundo) con base en las calificaciones de las pruebas de inteligencia. El eje II del DSM-IV-TR se utiliza para el diagnóstico del retraso mental.

Causas del retraso mental Con frecuencia, el retraso mental es resultado de complejas interacciones entre la vulnerabilidad genética, exposición a condiciones dañinas en el ambiente fetal, durante el nacimiento o después de éste y desventaja psicosocial. Existen diferentes causas, que se pueden clasificar en dos importantes categorías: causas biológicas y las que se considera que tienen un origen psicosocial.

Panorama histórico del retraso mental Hasta 1870, no se hacían distinciones entre las diversas formas de lo que se conocía como deficiencia mental. Después de que, en 1877, se publicó la monografía de lo que ahora se conoce como **síndrome de Down**, creció el interés en el retraso mental. Otros factores que aumentaron el interés en el retraso mental fueron el trabajo sobre la herencia, iniciado por Gregor Mendel, y el desarrollo de las pruebas de Binet. El trabajo de Mendel influyó sobre el movimiento eugenésico que se enfoca en la esterilización de quienes se consideran defectuosos para poder mejorar la dotación genética de la población.

Trastornos con causas genéticas Las condiciones hereditarias son transmitidas por uno o más genes. Otras condiciones genéticamente relacionadas son causadas por mutación de genes. La **fenilcetonuria** (PKU) es ejemplo de un trastorno genético resultado de una mutación genética.

Síndrome de X frágil El síndrome de X frágil es la forma más común de heredar el retraso mental que se diagnostica cuando un cultivo de laboratorio de un cromosoma X del individuo afectado muestra un punto disminuido o frágil. Debido a que este síndrome involucra al cromosoma X, es común entre los hombres. Es menos probable que las mujeres padezcan este trastorno debido a que tienen un segundo cromosoma X que si es normal podrá prevenir la manifestación de los síntomas del trastorno. Las personas que lo padecen tienen rasgos faciales característicos, mientras que los hombres afectados pueden tener conductas autistas y tendencia a presentar estallidos de cólera.

Síndrome de Down La causa más común del retraso mental, el **síndrome de Down**, por lo general es el resultado de una **no disyunción** cromosómica, la aparición de tres cromosomas en lugar de dos en el par cromosómico 21. Dos procesos, la **translocación** —el desprendimiento de material de un cromosoma del par 21 que se une a otro par de cromosomas— y el **mosaiquismo** —en el que algunas, pero no todas, las células presentan una anomalía que incluye el cromosoma 21— pueden producir el síndrome de Down. El cerebro de los individuos con este síndrome envejece de manera anormal y a los treinta años la mayoría de ellos han desarrollado algunas de las mismas placas seniles y laberintos de las neurofibras que típicamente se encuentran en personas mucho mayores que tienen la enfermedad de Alzheimer.

El ambiente fetal y el retraso mental Algunos trastornos asociados con el retraso mental se desarrollan debido a ciertas condiciones en el ambiente fetal. Estos factores prenatales incluyen infecciones y condiciones médicas crónicas en la madre, incompatibilidad sanguínea entre la madre y el hijo, químicos en el ambiente fetal, radiación, desnutrición, factores asociados con la edad y el estrés de la madre. Con frecuencia, estos factores tienen mayor efecto si la exposición ocurre en las primeras semanas del embarazo. Los ejemplos incluyen enfermedades virales como la rubéola, herpes y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Las condiciones médicas crónicas, como la presión arterial alta y la diabetes, también pueden causar daño cerebral en el feto. Las condiciones químicas en el útero de una mujer con PKU también pueden provocar retraso a menos de que la madre siga una dieta especial. Los factores químicos que involucra el uso de drogas legales e ilegales también pueden causar malformaciones fetales y retraso mental.

Síndrome de alcoholismo fetal El consumo de alcohol durante el embarazo puede dar como resultado un grupo de deformidades físicas y anomalías cerebrales en el niño llamado **síndrome de alcoholismo fetal**. El retraso mental es una de las probables consecuencias de este síndrome.

Problemas peri y postnatales El nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, falta de oxígeno durante el nacimiento y un paso muy rápido por el canal de parto (que puede provocar sangrado o desgarro del tejido cerebral) puede aumentar la probabilidad de retraso. El sistema nervioso central del niño también puede dañarse después del nacimiento por infecciones, desnutrición extrema, golpes en la cabeza, tumores, falta de oxígeno y venenos del ambiente.

Desventaja psicosocial Algunos niños clasificados con retraso mental tienen padres cuyos resultados en las pruebas de inteligencia están en el rango de retraso leve. Si los padres y el niño provienen de un

entorno con educación y oportunidades culturales limitadas, no es fácil determinar si la similitud entre el niño y los padres es resultado de la herencia o de una falta de educación y de un ambiente estimulante.

Tipos de prevención e intervención en el retraso mental Se pueden prevenir algunos tipos de retraso mental. Ejemplos de **prevención primaria** son las campañas de salud pública para advertir sobre los peligros potenciales que pueden producir retraso mental (como el uso de alcohol en el embarazo o el contacto del niño con plomo). La **prevención secundaria** se enfoca en brindar tratamiento para prevenir el retraso mental en un individuo de alto riesgo o vulnerable; un ejemplo son los exámenes de fenilcetonuria y un tratamiento por medio de una dieta. La **prevención terciaria** involucra el mejoramiento de posibles resultados para quienes ya están afectados por el trastorno, como los programas de intervención especial al inicio de la infancia para niños con síndrome de Down.

Programas de intervención temprana Los niños que se considera tienen un riesgo especial de retraso mental leve como resultado de pobreza, nacimiento prematuro o tener padres con resultados bajos en las pruebas de inteligencia pueden recibir un ambiente enriquecido en la infancia. Se les debe brindar educación pública a los niños que en el pasado habrían sido institucionalizados de manera ruti-

naria. Estas políticas también ordenan que los niños que resultan con retraso mental en las pruebas de inteligencia sean colocados en clases regulares cuando sea posible.

Programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales Los programas especiales, que a menudo utilizan métodos conductuales, ayudan a las personas con retraso a funcionar en diversos trabajos con frecuencia en escenarios de talleres protegidos.

Reconocimiento y tratamiento de problemas psicológicos Muchas personas que tienen retraso mental también padecen trastornos psicológicos del tipo diagnosticado en el eje I del DSM-IV-TR. En el caso de muchas de estas personas, estos trastornos no son identificados o tratados.

Las familias de los niños con retraso mental Las familias que tienen hijos con retraso mental atraviesan una serie de crisis que con frecuencia están relacionadas con los acontecimientos importantes del desarrollo. El grado de estrés que generan estos problemas con frecuencia sigue una curva en forma de U. Al inicio, el estrés es muy alto, después disminuye y vuelve a crecer a medida que el niño alcanza la adolescencia y la edad adulta.

C

onceptos clave

Amniocentesis, p. 538
Autismo de alto funcionamiento, p. 529
Conductas de atención conjunta, p. 529
Desventaja psicosocial, p. 540
Espectro del autismo, p. 531
Fenilcetonuria (PKU), p. 534
Funciones de ejecución, p. 520
Microcefalia, p. 530
Mosaicism, p. 537

Movimiento eugenésico, p. 533
No disyunción, p. 536
Prevención primaria, p. 540
Prevención secundaria, p. 541
Prevención terciaria, p. 541
Retraso mental, p. 532
Síndrome de alcoholismo fetal (FAS), p. 539
Síndrome de Down, p. 536
Síndrome de X frágil, p. 535

Teoría de la mente, p. 520
Translocación, p. 537
Trastorno autista, p. 516
Trastorno de Asperger, p. 529
Trastorno de Rett, p. 530
Trastorno desintegrativo infantil, p. 530
Trastornos generalizados del desarrollo, p. 515
Trisomía 21, p. 537

Un buen libro

El hermano mayor de Charles Hart, Sumner, tenía trastorno autista y su hijo Ted también. En *Without Reason*, Hart describe el autismo de ambos. Su libro es un recuento muy personal de los efectos de las dificultades que vivió con ambos, su esposa y otro hijo que no sufría de autismo. En *Without Reason* describe los desafíos cotidianos al proporcionar cuidado constante a los autistas, la búsqueda de ayuda (por ejem-

plo, para una experiencia escolar apropiada) y la importancia del apoyo social. Hart entiende el autismo como pocos. Su libro es una revelación convincente del mundo autista en la familia. La capacidad de afrontamiento de él y su familia ante el problema de un niño incapaz de pensar racionalmente es valiosa por lo que revela sobre la resiliencia de una familia y por lo que transmite sobre el mundo del autismo.

Respuesta de la sociedad a la conducta desadaptada



Christie's Images Inc.

Tipos de prevención

Niveles de prevención
Prevención centrada en las situaciones
y en las competencias

Áreas de prevención

La familia
La escuela
La comunidad

Diversas rutas de prevención

Psicología comunitaria
Paraprofesionales
Grupos de autoayuda

Tratamiento en la comunidad

Problemas de los programas
comunitarios
Mejoras a los programas de tratamiento
comunitario

Aspectos legales del tratamiento y la prevención

Institucionalización
Los derechos de los pacientes
Confidencialidad y obligación de poner
sobre aviso

Comentarios finales

El mensaje con el que nos quedamos
Resumen del capítulo

DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Este capítulo comienza con un repaso del concepto de prevención y ejemplos del papel que desempeña la comunidad para poder lograrla. Después se analizan los esfuerzos recientes que se han realizado para desarrollar programas comunitarios para enfermos mentales. Termina con una exploración de algunos temas legales relacionados con la conducta desadaptada.

Si una persona se fractura una pierna en la calle, los servicios de asistencia civil (ambulancia, médicos, policía) lo atienden rápidamente. Si su mente sufre una fractura ahí se queda, a menos que demuestre que necesita ayuda levantándose y empujando a alguien en el tren subterráneo.

¿Cómo puede pasar esto? Por el dinero, por una parte. Tratamientos con píldoras, altas de los hospitales, instrucciones para que los pacientes tomen los medicamentos ellos mismos, clausura de hospitales. Es por esto que tan sólo en el estado de Nueva York, el número de pacientes en los hospitales mentales estatales ha disminuido, de aproximadamente 93 000 en la década de 1950 a alrededor de 9000 en la actualidad.

Sin embargo, uno de cada tres pacientes no toma sus píldoras después de ser dado de alta. Está demasiado enfermo mentalmente, está solo, o demasiados centros de asistencia, que se supone deben proporcionar ayuda, han cerrado.

La comunidad estadounidense encuentra dinero para atender a decenas de millones de pobres, de ancianos y a los que tienen enfermedades físicas. ¿Por qué hay tantas personas con enfermedades mentales a las cuales se les ha retirado la ayuda? Tan sólo en las calles de la Ciudad de Nueva York hay por lo menos 10 000 de estas personas.

Una razón es que todo el mundo conoce el dolor físico, pero el dolor que puede provocar un trastorno mental es literalmente indecible debido al sufrimiento y que para la mayoría de la humanidad es desconocido.

A. M. Rosenthal, *The New York Times*
17 de enero de 1995, p. A15

Hace más de 25 años, Dennis Sweeney comenzó a oír voces que finalmente lo llevaron a Manhattan, al despacho legal de un antiguo diputado, Allard Lowenstein, donde sacó una pistola de su impermeable y le disparó siete veces a su antiguo amigo y mentor. El Sr. Sweeney, quien esperó tranquilamente a que llegara la policía, se declaró inocente por razones de locura. El estado no cuestionó su locura y fue consignado a la custodia del sistema de salud mental del estado de Nueva York. En el año 2000, lo liberaron de la custodia del Estado como resultado de las objeciones tanto de los fiscales como de los funcionarios

estatales de salud mental. Su libertad fue consecuencia de la sentencia de un juez, basada en la revisión de las pruebas disponibles que indicaron que ya no necesitaba estar hospitalizado por más tiempo.

Las reflexiones de A. M. Rosenthal sobre la respuesta de la sociedad hacia los enfermos mentales muestran las limitaciones de un punto de vista donde el pensamiento y la conducta desadaptada son sólo un asunto de problemas personales. Aunque el que sufre es el enfermo mental, la comunidad también está implicada, ya que ayuda a crear condiciones que contribuyen o van en detrimento de lograr que el enfermo mental alcance un nivel óptimo de funcionamiento. Por ejemplo, la reducción de aproximadamente una tercera parte de los fondos públicos para el cuidado y hospitalización desde 1955 es consecuencia de decisiones tomadas por los legisladores. La liberación de Dennis Sweeney fue el resultado de una decisión judicial.

En este capítulo se analiza el papel que desempeña la sociedad cuando se deben tomar decisiones sobre las desviaciones y su manejo. También se analizan estas preguntas: ¿Qué puede hacer la sociedad para prevenir la enfermedad mental y facultar a los enfermos mentales para poder llevar una vida lo más satisfactoria posible? Las personas tienen vulnerabilidades que no les permiten manejar los retos que se les presentan a lo largo de su vida y desarrollar capacidades óptimas: ¿Qué puede hacer la sociedad para minimizar los efectos negativos en el persona y el conjunto de vulnerabilidades creadas ya sea por factores biológicos o ambientales? No se puede hacer mucho respecto de factores como la herencia de una persona y su estructura cerebral, pero algunos de los aspectos poco afortunados de la vida de las personas (pobreza, abuso por parte de los padres) son el resultado de su entorno y, hasta cierto punto, podrían modificarse.

La vulnerabilidad y la resiliencia han sido temas a lo largo de este libro. La sociedad tiene un papel, no sólo en la reducción de la vulnerabilidad personal, sino también en el fomento de la resiliencia. La resiliencia no es un rasgo estático, sino más bien la capacidad para usar recursos internos o externos. Pueden surgir nuevas vulnerabilidades y nuevas fortalezas durante las transiciones evolutivas a lo largo de la vida de una persona. La comunidad puede desempeñar un papel en la prevención, así como en el fomento de la resiliencia tanto en niños como en adultos. Los efectos negativos de la pobreza parecen ser acumulativos, y aumentan al crecer los niños. Sin embargo, existe una buena razón para creer que la promoción del sentido de competencia de una persona y de la autoestima es uno de los elementos clave en cualquier proceso de prevención, y que las relaciones que dan apoyo son especialmente valiosas para estimular la resiliencia (Werner, 1993).

Tipos de prevención

A lo largo de este libro se estudian los métodos para evaluar, dar tratamiento y cuidar a las personas con problemas conductuales, pero sólo se menciona brevemente la posibilidad de que se puede redu-

cir la frecuencia real de la conducta desadaptada entre la población. Éste es el centro de atención de la prevención. Hay muchos ejemplos del poder de la prevención para reducir el sufrimiento y los costos. Las intervenciones sencillas y probadas, como el uso de asientos de coche para niños y cascos para andar en bicicleta, el control del tránsito en áreas residenciales y la instalación de detectores de humo en los hogares y edificios pueden reducir en una tercera parte las muertes infantiles a consecuencia de lesiones. Las puertas de la reja que se cierran automáticamente alrededor de las piscinas pueden salvar a alrededor de 40 a 70% de los niños que mueren ahogados en ellas o reducir en el mismo porcentaje los incidentes en que los niños casi mueren ahogados.

Niveles de prevención

“Una onza de prevención vale lo que una libra de curación” es un dicho conocido. Entonces, ¿por qué no son más comunes las medidas de prevención? En algunos casos, no está claro qué pasos es necesario dar para lograr el objetivo de prevención, mientras que en otros, la sociedad parece no querer o poder realizar las acciones que se requieren.

La prevención de un trastorno mental o físico puede tener lugar en tres niveles. Estos tres tipos de prevención abarcan la gama completa de intervenciones de salud mental, desde la universalidad de la prevención primaria hasta las intervenciones selectivas de prevención secundaria, y a la prevención terciaria, que equivale esencialmente al tratamiento.

La **prevención primaria** se ocupa de reducir los casos nuevos de estos trastornos y se administra a todas las personas de una población en particular, por ejemplo, a todos los alumnos de una escuela o a todas las madres embarazadas ya sea que presenten o no algún tipo de riesgo. La información científica sobre la causa y el efecto es muy importante en la prevención primaria. Por ejemplo, saber de la posibilidad de daño que le pueden ocasionar a los hijos no nacidos ha convencido a muchas mujeres para que no fumen o beban durante el embarazo. Los médicos son mucho más cuidadosos al prescribir un medicamento a las mujeres embarazadas debido a la información que relaciona incluso a fármacos aparentemente inofensivos con los defectos de nacimiento. Además, el conocimiento de los efectos dañinos de la adicción a la nicotina ha llevado a los psicólogos a realizar investigaciones para buscar formas de desalentar a los niños para que no empiecen a consumir tabaco. Otro ejemplo de prevención primaria es la asesoría prematrimonial. Los problemas conyugales y el divorcio se correlacionan en gran medida con la conducta desadaptada. La asesoría prenupcial tiene como objetivo motivar a las parejas para que se anticipen a cualquier problema y desarrollen formas de afrontarlos antes del matrimonio.

La **prevención secundaria** es más selectiva que la prevención primaria debido a que se limita a un subgrupo de la población que se encuentra en un riesgo más alto que el promedio de desarrollar un trastorno mental, pues existen factores psicológicos, sociales y biológicos que permiten determinar el riesgo. El objetivo de la prevención secundaria es reducir la incapacidad potencial de una condición anormal existente. Por ejemplo, si un niño con fenilketonuria

(*phenylketonuria*, PKU) se identifica a una edad temprana, una dieta especial puede evitar el retraso mental grave (ver el capítulo 16). Los niños que muestran un retraso en el desarrollo intelectual y social como resultado de vivir en hogares en los que existen poca estimulación y atención individual, pueden recibir ayuda para tener un mejor desarrollo a través de programas especiales de enriquecimiento. Estos programas pueden ayudar al niño a avanzar en el proceso del desarrollo y obtener capacidades que hacen más probable un desarrollo exitoso en años escolares posteriores. Otro ejemplo de prevención secundaria lo proporcionan los grupos de apoyo para personas que recientemente experimentaron un evento traumático.

Mientras que los esfuerzos de prevención secundaria se dirigen a personas que están en riesgo, el enfoque de la **prevención terciaria** son las personas a las cuales ya se les diagnosticó enfermedad o algún tipo de trastorno conductual. La prevención terciaria se dirige hacia la reducción del deterioro que resulta de un trastorno o suceso determinados, objetivo que se logra por medio de la rehabilitación y la readaptación a la sociedad. Por ejemplo, la terapia conductual le puede ayudar a un niño hiperactivo a prestar más atención en la escuela y a que reciba más aceptación de los otros niños, a pesar de los problemas constantes que se relacionan con su condición. La asesoría o la terapia de grupo después de un suceso traumático, como una herida y parálisis permanente por un accidente automovilístico, pueden proporcionar el apoyo social que reduce la vulnerabilidad de una persona al estrés de enfrentar una incapacidad. La rehabilitación de las personas que han cometido crímenes es otra área importante de la prevención terciaria. Con frecuencia, los criminales cumplen una sentencia en prisión y salen a la comunidad sin tener las capacidades adecuadas para controlar los impulsos ni las habilidades prácticas para obtener un empleo. Las personas que han estado hospitalizadas por un trastorno mental serio como el esquizofrénico y después regresan a la comunidad directamente sin ninguna atención ni apoyo enfrentan la misma difícil situación de transición. En muchos casos en los que se sabe que los factores biológicos provocan una conducta desadaptada se han desarrollado medidas preventivas. Sin embargo, con frecuencia se ignoran o descuidan los efectos perjudiciales de los factores sociales. Es mucho más fácil detectar y controlar los efectos de la deficiencia de una enzima en infantes recién nacidos que detectar y controlar la influencia dañina de la pobreza y el racismo. Pero ignorar estas causas y correlaciones de la conducta desadaptada no reduce su influencia.

Cuando los métodos de prevención tienen éxito, los factores de riesgo que provocan la conducta patológica se reducen o eliminan. En general, en los esfuerzos por lograr la prevención se da prioridad a las condiciones graves que tienen altos índices de frecuencia y para las cuales están disponibles métodos eficaces. Por ejemplo, los esfuerzos de prevención se han dirigido hacia una de las conductas desadaptadas más graves y frecuentes en la niñez, la delincuencia juvenil.

Delincuencia juvenil es un término legal que se emplea para designar el quebrantamiento de las leyes por parte de los menores de edad. Cada año, entre 4 y 5% de los adolescentes estadounidenses,

Figura 17-1 Ayudar a los delincuentes juveniles a convertirse en miembros productivos de la sociedad es un desafío para el sistema legal, para quienes trabajan en la rehabilitación de estas personas y para la sociedad en general. (a) Con frecuencia, el juez trata de evaluar las actitudes del adolescente con respecto al delito. (b) Algunos delincuentes juveniles pueden recibir un tratamiento más eficaz en una institución residencial en la que se alejan del ambiente cotidiano y pueden recibir tratamiento intensivo. (c) Otra forma eficaz de ayudar a algunos delincuentes juveniles es disponer que dediquen un tiempo al servicio a la comunidad, en lugar de internarlos en una institución.



(a)



(b)



(c)

esto es, aproximadamente 1 300 000 jóvenes, son remitidos a los tribunales por sospecha de delitos que no son infracciones de tránsito (ver la figura 17-1). El caso siguiente ofrece un ejemplo de los jóvenes problemáticos ante los cuales deben responder la policía, el sistema legal y la comunidad.

Carl es un estudiante de 16 años que abandonó el bachillerato y pasó siete meses en una correccional. Se le acusó de allanamiento de morada, robo a mano armada y violación de la libertad condicional, delitos en los que admitió haber participado. Empezó a tener problemas a la edad de 12 años cuando agredió a dos mujeres para arrebatarles la bolsa de mano. Cuando ingresó al bachillerato había sido consignado ante un tribunal juvenil por delitos que comprendían robo, destrucción de propiedad y uso de un automóvil sin autorización. Cuando tenía 15 años, él y sus

amigos irrumpieron en una tienda de aparatos electrónicos y robaron varios televisores a color, grabadoras y radios portátiles. El padre de Carl es contador y su madre es maestra de educación superior. Carl se describe a sí mismo como un “chico malo”. Piensa que sus padres creen que tener una amistad con las personas equivocadas es la fuente de sus muchas dificultades con las autoridades y la ley.

La conducta delictiva parece tener varias causas, que van desde las malas condiciones de vida hasta un trastorno antisocial de la personalidad y la psicosis. Algunas de las condiciones siguientes también se identifican con la delincuencia:

1. Malas condiciones físicas y económicas en el hogar y el vecindario.
2. Rechazo o falta de seguridad en el hogar.

3. Exposición a modelos antisociales dentro o fuera del hogar y presiones antisociales por parte de las relaciones con los compañeros.
4. Falta de apoyo para obtener logros escolares.
5. Expectativa de hostilidad por parte de otras personas.

La delincuencia juvenil se puede abordar en distintos niveles de prevención. Con frecuencia, la prevención primaria adopta la forma de programas que se dirigen hacia el mejoramiento de las condiciones de vida y los logros escolares. Por ejemplo, el ofrecimiento de viviendas subsidiadas con un costo muy bajo, que permiten que las familias se muden a áreas con bajos índices de criminalidad, da la oportunidad de que exista una menor exposición a otros delincuentes. Los programas escolares especiales que ofrecen una enseñanza individualizada para ayudar a los niños con deficiencias en sus capacidades académicas no sólo los ayudan a tener más éxito en la escuela, sino que además pueden tener un efecto positivo a largo plazo en su vida pues le ofrecen esperanzas para el futuro así como oportunidades posteriores para alcanzar el éxito. A pesar de que esos programas son importantes y pueden ser útiles para los delincuentes en potencia, tal vez la prevención primaria más eficaz surge de las relaciones personales. Existen algunas evidencias de que si los niños que crecen en áreas con altos índices de criminalidad cuentan con un modelo positivo, su conducta puede tener más influencia de esa persona que de los compañeros antisociales. Cuando esto sucede, con frecuencia es debido a las oportunidades de observar y practicar las habilidades de afrontamiento cognitivas y conductuales que demuestra el modelo.

Los programas de prevención secundaria se concentran en personas jóvenes que muestran señales de delincuencia a temprana edad. Por ejemplo, puede haber una intervención especial enfocada en ayudar a los jóvenes que han cometido infracciones menores no violentas (como robo menor o ausentismo escolar) a comportarse menos impulsivamente. Cambiar la conducta delincente se puede clasificar, en ocasiones, como prevención terciaria. La juventud puede estar involucrada en conducta desadaptada grave. El siguiente caso presenta un ejemplo del tipo de medidas preventivas que se pueden tomar en una situación como esa:

La corte envió a un chico de 14 años con un terapeuta porque había provocado varios incendios en pastizales que pusieron en peligro varias casas. No pudo explicar su conducta ni tampoco sus padres ya que siempre se había comportado de manera responsable en casa.

La familia del chico asistió a seis sesiones de terapia familiar. Éstas revelaron que la familia no podía hablar de los problemas de manera abierta, sino que tendía a comunicarse en forma no verbal. Varias crisis recientes en la familia habían provocado tensión. El padre parecía manejar esta infelicidad aislándose de la familia y refugiándose en las actividades del club. El hijo parecía expresar su enojo por los problemas familiares mediante incendios. Una vez que empezaron a reunirse en las sesiones de terapia y estos problemas se hicieron evidentes, todos los miembros de la familia pudieron cambiar su conducta. Un año después ya no hubo más incendios provocados. (Basado en Eisler, 1972, pp. 77-78).

En todos los niveles de prevención y tratamiento terapéutico, los problemas de la delincuencia están muy lejos de resolverse. El número de delincuentes que cometen actos antisociales es elevado. Las distintas estrategias funcionan mejor en diferentes tipos de casos, pero aun así todos los métodos producen más fracasos que éxitos. La comprensión de la delincuencia requiere un mayor conocimiento de las variables que participan en la interacción entre la persona y la situación.

Prevención centrada en las situaciones y en las competencias

La prevención se puede considerar desde dos perspectivas. La **prevención que se centra en las situaciones** está dirigida a reducir o eliminar las causas ambientales de la conducta trastornada, en tanto que la **prevención que se centra en las competencias** se encarga de aumentar la capacidad de las personas para afrontar las condiciones que pueden llevar a conductas desadaptadas. Los enfoques que se centran en las situaciones intentan cambiar el ambiente, por ejemplo, hacerlo menos estresante. Los enfoques que se centran en las competencias buscan reforzar las habilidades de afrontamiento de las personas, de modo que se vuelvan más resistentes en caso de que surjan distintos tipos de situaciones que produzcan estrés.

El divorcio es un ejemplo común de una situación que provoca estrés. Cerca de la mitad de todos los niños que viven en Estados Unidos pueden esperar vivir algún tiempo (un promedio de seis años aproximadamente) en una familia con un solo padre como consecuencia del divorcio. En estas familias uniparentales, el estrés de la crianza de los hijos así como las presiones económicas por lo regular aumentan para el padre que está al cuidado de los niños. Este estrés económico y psicológico incrementado puede estar relacionado con la deficiente crianza dañada de los hijos, y tanto a problemas conductuales como emocionales en los niños. Los programas dirigidos a reducir la probabilidad de un ajuste desadaptado en las parejas divorciadas y los hijos son valiosos.

Un acercamiento que involucre clases de maternidad y una oportunidad para que las madres adolescentes puedan obtener su certificado de educación superior, en conjunto con una guardería dentro de la escuela para los niños, proporcionan un enfoque de competencia para las madres y la prevención que se centra en las situaciones para sus hijos en edad preescolar (ver la figura 17-2). Debido a que las madres por lo regular tienen pocos recursos económicos, pocas habilidades laborales y falta de madurez y conocimiento sobre cómo cuidar a sus hijos, los niños se encuentran en alto riesgo. Además de obtener su certificado de educación superior y adquirir habilidades laborales por medio de estos programas, las clases de maternidad proporcionan a las jóvenes madres una oportunidad para aprender sobre la nutrición, el manejo de la ira, la economía del hogar y la educación de los hijos. Sus hijos pueden beneficiarse de forma cognitiva y social por medio de una guardería de niños que los estimule. Además, estos programas proporcionan un grupo de apoyo y un lugar de reunión para madres jóvenes.

Existe creciente evidencia de que los programas de prevención de salud mental pueden ser muy eficaces (Ripple y Zigler,



Figura 17-2 Las instalaciones de guardería en las escuelas de educación superior ofrecen a las madres jóvenes la oportunidad de obtener un diploma y aprender habilidades laborales y la maternidad.

2003). Se ha demostrado que las personas que participan en ellos son superiores a las personas de grupos de control comparables en lo que respecta al desempeño y la competencia, relaciones interpersonales, a la vez que presentan menores niveles de ansiedad, depresión y problemas conductuales.

Los esfuerzos de prevención centrados en las competencias son igual de valiosos para las parejas casadas, para fortalecer las habilidades que son importantes en las relaciones interpersonales, particularmente con el cónyuge, mucho antes de que surjan pensamientos sobre el divorcio. La idea detrás de dicho esfuerzo es aumentar las habilidades de afrontamiento, y con ello capacitar a estas parejas para manejar de manera más eficaz el inevitable estrés del matrimonio. Los programas de educación temprana también ilustran la prevención que se centra en las competencias. El objetivo de estos programas es prevenir o reducir problemas en los años subsiguientes, por ejemplo, mediante el aumento de la capacidad del niño para identificar problemas y sentimientos en ellos mismos y en otros, para pensar en soluciones alternativas para un problema, observar relaciones entre enfoques alternativos y el logro de las metas y para apreciar las consecuencias de sus acciones. Las habilidades interpersonales para resolver problemas pueden mejorar el ajuste además de fomentar la competencia académica (ver la figura 17-3). La capacitación de habilidades cognitivas y sociales (como sentir empatía con otros niños) ha demostrado que influye positivamente en el ajuste conductual (Mash y Barkley, 2003).

Áreas de prevención

Este capítulo hace especial hincapié en la investigación que es importante para la prevención del comportamiento desadaptado. En donde hace falta información, se especula sobre el empleo de la experimentación social. No se intenta un análisis comprensivo de todos los componentes de una estructura social compleja; y en vez de ello, se dirige la atención hacia tres áreas que en definitiva afectan el crecimiento y desarrollo de niños y adultos: la familia, la escuela y la comunidad.



Figura 17-3 Con frecuencia, los niños actúan de manera directa. Cuando desean algo lo toman, o para expresar desagrado golpean a otro niño. Sin embargo, a través del modelamiento, reforzamiento y entrenamiento cognitivo, los niños pueden aprender a compartir y cooperar.

En la actualidad Estados Unidos pasa por un periodo de cambios importantes dentro de la familia. Como resultado de estos cambios, una cantidad sorprendente de niños menores de tres años de edad (así como niños mayores) están afectados por uno o más factores de riesgo que hacen más difícil un desarrollo saludable. Los cambios incluyen los siguientes:

- De todos los nacimientos en Estados Unidos en 1960 sólo 5% correspondieron a madres solteras. Actualmente la cifra supera 26%.
- Cada año más de un millón de adolescentes se embarazan.
- Los porcentajes de divorcio están en aumento. Es posible que casi la mitad de los niños vivan el divorcio de sus padres durante la infancia. Por lo regular, el ingreso de la familia disminuye después del divorcio.
- Es muy probable que los niños vivan sólo con un padre, por lo regular con la madre. Menos de 10% de todos los niños menores de 18 años vivían con un padre en 1960; en la actualidad la cifra es de 28%. Los papás se ausentan cada vez más del hogar.
- Aproximadamente 500 000 niños viven en hogares adoptivos.
- Uno de cada cuatro niños menores de tres años vive en una familia con un ingreso por debajo de la línea federal de pobreza.
- Las presiones económicas de los padres significan que es probable que los dos trabajen y como resultado tengan menos tiempo para compartir con sus hijos pequeños.

La familia

Los padres desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de sus hijos debido tanto a los genes que transmiten como al entorno que proporcionan. Este entorno empieza en el útero durante los nueve meses previos al nacimiento. Cualquier cosa que pueda mejorar el cuidado prenatal y, por lo tanto, reducir la frecuencia de nacimientos prematuros y otras dificultades prenatales, puede ayudar a reducir diversos tipos de problemas, así como algunas clases de retraso mental y ciertos tipos de epilepsia.

Desde el punto de vista de la prevención, la familia es importante porque gran parte del primer aprendizaje y desarrollo del niño tienen lugar en este escenario. Los grupos de autoayuda pueden ser útiles para los padres de niños pequeños. Estos grupos ofrecen a los padres una forma de comprender las maneras típicas en que se comportan los niños, así como aprender el modo en que otras personas manejan con éxito los problemas de crianza de los hijos. Reunirse con otras personas que tienen intereses similares también ofrece una oportunidad importante para las relaciones sociales con otros adultos, algo que con frecuencia les falta a los padres que tienen hijos pequeños. Las ideas de los padres acerca de la crianza de los hijos y el proceso de desarrollo contribuyen de manera importante al entorno cotidiano de los niños (ver la figura 17-4). La relación entre ciertas prácticas paternas y la agresión en los niños demuestra el efecto de las actitudes de los padres hacia los hijos. Muchos niños agresivos provienen de hogares en los que los padres los hacen sentir inseguros y rechazados, los bombardean con órdenes, burlas y amenazas y enseñan al niño que la fuerza es la única forma de conseguir lo que desea. La tabla 17-1 enumera las prácticas de los padres que se encuentran ligadas a la agresión en los niños.

Ciertos trastornos de los padres pueden afectar a sus hijos (Rutter y Shaffer, 1980). Los hijos de padres psicóticos presentan un lento desarrollo del lenguaje y del control de esfínteres, tienen más problemas alimentarios y del sueño y es más probable que sean delincuentes que otros niños. Los padres alcohólicos tienen una can-

TABLA 17-1

Prácticas de los padres que están ligadas a la agresión de los niños

- 1. **Falta de monitoreo.** Los padres de los niños agresivos y delincuentes están menos conscientes de dónde andan, las actividades y los contactos sociales de sus hijos.
- 2. **Agresión de los padres.** Muchos niños agresivos provienen de hogares en los que por lo menos uno de los padres es excepcionalmente violento.
- 3. **Permisividad.** Los padres de los niños agresivos con frecuencia no ponen límites al comportamiento de sus hijos y no son eficaces para detener el comportamiento desviado de éstos.
- 4. **Inconsistencia.** La inconsistencia, tanto de ambos padres como de uno de ellos en las prácticas de disciplina, se relaciona con el desarrollo de la agresividad.
- 5. **Rechazo.** Con frecuencia, las personas muy agresivas tienen antecedentes de rechazo por parte de sus padres.

FUENTE: Adaptación de Regine Labossiere, "Bittersweet Independence", *The Seattle Times*, 10/14/03, pp. el, E2. derechos de la propiedad literaria 2003, Seattle Times Company. Utilizado con autorización.

tididad desproporcionada de hijos hiperactivos y las madres alcohólicas figuran entre las que más tienen bebés de peso y CI bajos. También existe relación entre la criminalidad de los padres y la delincuencia de los hijos.

Como el comportamiento de los padres puede tener un papel en los problemas de sus hijos, muchos clínicos que se especializan en el tratamiento de trastornos infantiles hacen hincapié en la importancia de su capacitación, la terapia familiar o, en algunos casos, el trabajo terapéutico con los padres como las formas más eficaces para ayudar a los niños (Kumpfer y Alvarado, 2003).



Figura 17-4 Un grupo de autoayuda o de apoyo mutuo para los padres de niños pequeños puede ofrecer tanto oportunidades de aprendizaje como apoyo social.

Abuso infantil Los niños que han padecido abuso físico, desnutrición y descuido por parte de sus padres son más propensos a distintas formas de inadaptación que otros niños. En ciertas circunstancias, incluso los padres “normales” (es decir, aquellos que no presentan un desequilibrio obvio) pueden ejercer efectos negativos en el desarrollo de sus hijos. Uno de los ejemplos más trágicos es el abuso infantil.

El **abuso infantil** varía en grado y con frecuencia se mantiene oculto. Sin embargo, miles de niños, muchos menores de tres años, sufren de maltrato grave y con frecuencia fatal cada año. Cuando además del abuso físico se incluye el abuso emocional, las cifras se incrementan de manera considerable. Un gran porcentaje de los casos de abuso comprenden agresión sexual.

Los padres que abusan de sus hijos tienden a ser menos inteligentes y más agresivos, impulsivos, inmaduros, egocéntricos, tensos y autocríticos que los padres que no lo hacen. Es más probable que hayan abusado de ellos cuando eran niños; estos datos indican que el abuso infantil es un círculo vicioso. La tabla 17-2 menciona las características familiares que con frecuencia se asocian con el abuso infantil. En ocasiones, el daño físico y psicológico que causan los padres en sus hijos se puede observar de inmediato.

Un padre que abusa de sus hijos es por lo general una persona muy problemática que parece ser víctima de frustraciones e im-

pulsos incontrolables. El siguiente es un extracto de una sesión de terapia de grupo en la cual los participantes eran madres que habían abusado de sus hijos.

Madre 1: *Me encontraba a punto de explotar y sabía que si no conseguía ayuda en alguna parte, la situación continuaría y continuaría para terminar en un círculo vicioso. Creo que cualquiera que haya tenido este problema alguna vez ha pensado “Dios mío, debo ser la única persona en el mundo que se siente así”. Y cuando me di cuenta de que no lo era, fue un alivio para la mente.*

Terapeuta: *¿Que se siente cómo?*

Madre 1: *Desesperada con mis hijos. Sin saber cómo controlarlos. Con el temor de perder el control por completo y golpearles la cabeza, usted sabe. Pienso que a todos nos educaron con la creencia de que las mujeres deben tener hijos y deben tener el instinto maternal y, si no lo tienes, hay algo que en definitiva está mal. Y creo que fue necesario asistir a este grupo para darme cuenta de que las mujeres no nacemos con el instinto maternal [...] y eso me ha ayudado.*

Otra madre: *Si vas a golpear a tu hijo, lo mejor que puedes hacer es separarte de él.*

Madre 1: *Eso es fácil de decir, pero qué sucede si eres como yo y puedes funcionar muy bien durante uno, dos, tres meses y, de repente, sucede como la semana pasada que me sentía bien y limpié la casa como lo hago todos los lunes. [...] Enceré todos los malditos pisos y _____ se despertó de su siesta y no pudo desabrocharse la ropa, se enojó y mojó todo mi piso recién encerado. Yo me puse furiosa y la aventé como si hubiera matado a alguien porque justo en ese momento estalló mi ira; no me di cuenta que podía suceder. Estaba bien, todo salía excelente, nada estaba mal, no estaba de mal humor, no hubo ninguna advertencia.*

Este tipo de comportamiento es típico de los padres que abusan de sus hijos. El entrenamiento conductual para el control de los impulsos y habilidades de afrontamiento puede ser útil para aquellos que desean dejar de hacer daño a sus hijos. Se han puesto a prueba numerosos tipos de programas preventivos, entre los cuales se incluyen la educación a padres y el empleo de padres que eran abusivos en el papel de terapeutas. Un programa de ayuda mutua muy prometedor es Padres Anónimos (PA), una organización modelada a partir del planteamiento de apoyo social de Alcohólicos Anónimos.

Los programas dirigidos a la prevención del abuso de menores más eficaces parecen ser los que involucran 1) visitas a los hogares en los que los padres pueden recibir capacitación sobre la forma en que deben interactuar con sus hijos, y 2) monitorear la situación en el hogar (MacMillan y cols., 1994a, 1994b).

Abuso conyugal En Estados Unidos, el **abuso conyugal** se presenta en varios millones de hogares cada año y más de 8% de los homicidios involucran el asesinato de uno de los cónyuges por parte del otro. Aunque los hombres tienden a ser los que abusan con más frecuencia, algunas mujeres también abusan de sus parejas. El tipo de persona que es un abusador mientras la pareja está

TABLA 17-2

Características de las familias que abusan de los hijos

Antecedentes de los padres

- Experiencia de abuso o negligencia
- Falta de cariño por parte de los padres
- Crecer en una familia numerosa
- Se casaron cuando eran adolescentes

Situación actual de la familia

- Aislamiento social, los padres carecen de apoyo social
- Discordias conyugales
- Impulsividad de los padres
- Retraso mental o analfabetismo de los padres
- Condiciones de vida estresantes (por ejemplo, vivienda inadecuada)

Enfoque de los padres en la crianza de los hijos

- Casi nunca premian a los hijos
- Exigencias estrictas para los hijos
- Bajo nivel de supervisión
- Entrenamiento para ir al baño a una edad temprana
- Disgusto de la madre por tener que cuidar a los hijos
- Desacuerdos entre los padres sobre las prácticas de crianza de los hijos

junta también tiende a volverse un acosador después de la disolución de la relación. En una situación de abuso, la mujer maltratada con frecuencia concluye (correctamente) que su situación puede volverse más peligrosa si trata de irse. Como resultado permanece en esa situación, y el maltrato y los golpes continúan. La aceptación cultural del dominio masculino también es un factor que contribuye en algunos casos de abuso. Muchas culturas tienen un código no escrito que afirma que el esposo debe gobernar y controlar a la esposa.

El miedo personal es sólo uno de los factores que obligan a muchas esposas a tolerar el abuso. La dependencia económica, el deseo de conservar el hogar y la preocupación sobre la separación de los hijos se añan a las razones de la renuencia de una mujer a irse, o hasta para formular cargos cuando la policía interviene después de una llamada urgente que solicita ayuda. También existe una influencia generacional: 80% de los hombres que golpean a las esposas son hijos de hombres que también lo hacían, esto es, que observaron a sus padres abusar de sus madres. Las mujeres amenazan y a veces matan a sus esposos o exesposos, pero en menor porcentaje, y con frecuencia para protegerse a sí mismas.

Los esfuerzos por ayudar a las esposas víctimas del abuso no sólo incluyen cuidado de emergencia, seguridad y protección, sino además planeación de largo alcance. Debido a que las esposas víctimas del abuso necesitan desarrollar mejores sentimientos de sí mismas (es decir, cambiar la imagen de sí mismas) es preciso que refuercen los conocimientos positivos sobre su persona. Con frecuencia, la asesoría hace hincapié en los siguientes tipos de autoafirmaciones:

- No soy culpable de que me peguen y abusen de mí.
- No soy la causa de la conducta violenta de otra persona.
- No tengo que soportarlo.
- Merezco que me traten con respeto.
- Tengo poder sobre mi propia vida.
- Puedo usar mi poder para cuidar de mí misma.
- Puedo hacer cambios en mi vida si así lo deseo.
- No estoy sola. Puedo pedir a otras personas que me ayuden.
- Merezco hacer que mi propia vida sea segura y feliz.

Los tres niveles de prevención se pueden aplicar al abuso conyugal. La asesoría prenupcial es un ejemplo de prevención primaria; la asesoría matrimonial para reducir la discordia ilustra la prevención secundaria; y ofrecer a las esposas víctimas del abuso seguridad, protección y asesoría ejemplifica la prevención terciaria.

Una persona que abusa de su esposa tiende a estar llena de enojo, resentimiento, sospecha y tensión. Además, debajo de toda su conducta agresiva, puede estar insegura y sentirse un perdedor. Quizás emplea la violencia para expresar todos los sentimientos negativos que tiene de sí misma o de su papel en la vida. El hogar es un sitio en el que puede expresar esos sentimientos sin castigarse a sí misma. Si se enojara con su jefe y lo golpeará, pagaría el precio; pero con demasiada frecuencia no recibe ningún castigo si golpea a su esposa.

Conflicto y divorcio de los padres Existe creciente evidencia de que los conflictos entre los padres y el divorcio tienen efectos adversos en el desarrollo de los niños (E. M. Cummings y Davies, 1994).

Los padres de John se divorciaron cuando él tenía tres años. Poco tiempo después, su padre casi desapareció de su vida, lo visitaba ocasionalmente y sólo por algunas horas. A la edad de siete años, su madre se volvió a casar y la familia se mudó casi al otro lado del país. No volvió a ver a su padre hasta la edad de 11 años.

Cuando las visitas del padre de John se volvieron más regulares, la madre de John comenzó a criticar a su ex esposo cada vez que se le presentaba la oportunidad. Entre más lo criticaba, más se convertía John en su defensor. A la edad de 15 años, John se fue a vivir con su padre, convencido de que el pasto siempre es más verde del otro lado de la cerca. Sin embargo, ese arreglo duró poco más de un año, pues se dio cuenta de que la relación con su padre era mejor cuando no vivía con él. John empacó sus maletas nuevamente y pasó el último año de bachillerato con su madre y su padrastro.

Desafortunadamente la historia de John es bastante común. Sin embargo, estos efectos pueden reducirse si se dan ciertos pasos preventivos.

No es posible separar los efectos del divorcio de los efectos del conflicto familiar y la inadecuación de los padres. El divorcio se puede considerar como un caso especial de conflicto familiar del cual resulta la disolución de la familia. En tanto que el divorcio es público y se puede medir, el conflicto entre los padres ocurre sobre todo en privado y no se puede reducir a una estadística. Los investigadores tratan de señalar las clases de resultados negativos que el conflicto familiar tiende a promover. En la mayor parte de los casos, se ha encontrado que los niños son más vulnerables que las niñas y con frecuencia responden en formas más notorias. Las reacciones más comunes en los niños son un aumento de la agresión, relaciones problemáticas con los compañeros y falta de control de los impulsos (Cherlin y cols., 1991).

El grado en el cual el divorcio provoca un desequilibrio en los niños se ha reconocido desde hace mucho tiempo. Los hijos de padres divorciados aparecen con mucha más frecuencia en las poblaciones de pacientes externos psiquiátricos que lo que podría predecir su proporción en la población. Incluso en las muestras no clínicas, los niños son propensos a mostrar cambios dramáticos en la conducta lúdica y las relaciones con los demás que se pueden vincular con el divorcio. Los niños no sólo tienen que manejar su propio estrés, sino que deben convivir con padres que también experimentan altos niveles de estrés y cuya salud emocional y bienestar económico quizá se encuentren bastante deteriorados. Los niños y sus padres se deben ajustar a una vida nueva y a arreglos sobre la custodia. La investigación y la experiencia clínica de muchos terapeutas y asesores proporcionan algunas ideas que pueden ayudar a los padres para suavizar el efecto del divorcio en sus hijos:

1. *Decírselo a los niños con anticipación.* Esto les permite prepararse para la salida del hogar de uno de los padres.
2. *Explicarles las razones por las que se tomó la decisión.* Esto ayuda a evitar la creencia tan frecuente por parte de los niños de que

ellos son la causa de la separación. La explicación debe ser breve pero sincera y apropiada para la edad del niño.

3. *Hacer hincapié en que el divorcio es una decisión permanente.* Muchos niños abrigan la idea de que sus padres volverán a reunirse con el transcurso del tiempo.
4. *Explicarles los cambios que habrá en la vida del niño.* Estos cambios pueden incluir mudarse de casa, una escuela nueva y mucho menos dinero para gastar. Haga hincapié en el desafío positivo de adaptarse a la nueva situación.
5. *Deje que los niños se sientan libres para expresar su enojo.* Ésta es una forma eficaz de prevenir los problemas a largo plazo. Al mismo tiempo, los padres deben evitar que sus hijos sean el blanco de su enojo y desesperación. En vez de ello, deben compartir sus sentimientos negativos con un amigo adulto o con un terapeuta o asesor.
6. *Evite forzar a los niños a que elijan entre los padres o inclinarse por una de las partes.* Se debe llegar a un acuerdo sobre la custodia y los derechos de visitas que sean justos para ambos padres. Ambos deben hacer que el contacto continuo con los hijos sea una prioridad.

Familias con enfermos mentales adultos Con frecuencia, las familias de personas que padecen enfermedades mentales graves se consideran agentes causales del problema. Sin embargo, la conducta desadaptada entre los padres puede ser el resultado, más que la causa, de la enfermedad mental de un hijo. La enfermedad mental grave de un miembro de la familia puede ser estresante para otros miembros de la familia y causar cargas objetivas tales como pérdida de ingresos y cargas subjetivas como dolor emocional. Se ha comenzado a prestar creciente atención a la difícil situación que las familias deben enfrentar ante este tipo de discapacidad de uno de sus miembros. La investigación sobre la emoción expresada (ver el capítulo 12) alude al valor de este enfoque.

La escuela

Ann Jackson había enseñado en la Buchanan High School durante ocho años. Tenía 33 años y todavía algunos ideales y, tanto entre los estudiantes como con el profesorado, contaba con la reputación de ser una buena persona. También era una persona sin ánimos, que con demasiada frecuencia sentía que no podía controlar a algunos de sus estudiantes. Uno de los que pertenecía a este grupo era Bill Hadley, de 16 años de edad. Bill prestaba muy poca atención a la clase, no terminaba las tareas y con frecuencia faltaba al colegio. Pero lo que más preocupaba a Ann Jackson era lo que sabía de las actividades de Bill fuera de clase. Otros estudiantes le temían debido a su imponente tamaño, su actitud intimidante y sus antecedentes de conducta antisocial. Había tenido numerosos contactos con la policía por distintas razones. Se le había acusado de poner las llantas de una docena de automóviles estacionados a lo largo de una calle, de extorsionar a otros estudiantes para obtener dinero y de robar en las tiendas del vecindario. La falta más grave fue una golpiza severa que Bill propinó a otro estudiante. De acuerdo con las personas que presenciaron la pelea, Bill experimentaba una rabia tan incontrolable que no pudo dejar de golpear y patear al otro estu-

te aun cuando era evidente que éste se encontraba indefenso y tenía dolores, y cuando intervinieron, empezó a pelear con los espectadores. Ann Jackson no podía alejar a Bill de su mente. Continuamente se preocupada por lo que iba a sucederle.

Los problemas relativamente pequeños tienden a convertirse en grandes si no se hace algo al respecto. Ann Jackson deseaba que se pudiera hacer algo para reencauzar la vida de Bill Hadley mientras todavía era joven, pero no sabía lo que ella, la escuela o la comunidad podían hacer ahora, o que pudieran haber hecho antes, para evitar la infelicidad actual, enojo y conducta contraproducente de Bill.

Los distritos escolares, las escuelas y los salones de clase son sistemas sociales más grandes y más complejos que las familias. Con frecuencia pueden parecer difíciles o imposibles de manejar. Sin embargo, en algunos casos es más factible atacar los problemas de conducta en la escuela que en el hogar (Weinstein, 2002). Las observaciones tempranas de niños en edad escolar, junto con los datos disponibles para los trabajadores escolares sobre salud mental (por ejemplo, psicólogos y asesores), con frecuencia pueden predecir dificultades psicológicas posteriores. Con base en esa información, se llevan a cabo estudios de prevención secundaria para ayudar a los niños vulnerables antes de que sus problemas se vuelvan tan graves que necesiten ayuda clínica (Greenberg y cols., 2003).

Deserción escolar Algunos niños nunca se sienten a gusto en la escuela y para cuando llegan a la educación superior están listos para dejarla. El problema de deserción escolar es tanto social como educativo. En Estados Unidos, cada año por lo menos medio millón de estudiantes abandonan el bachillerato antes de graduarse. En general, los estudiantes de bachillerato que abandonan la escuela ganan 60% menos que los que se gradúan, y tienen 50% más de probabilidades de necesitar asistencia social. En la tabla 17-3 se mencionan algunas medidas que las escuelas pueden tomar para prevenir que los estudiantes abandonen sus estudios.

Cuarenta por ciento de las mujeres abandonan sus estudios debido al embarazo. Muchos estudiantes parecen estar destinados al fracaso en los programas escolares regulares. Algunos pue-

TABLA 17-3

Recomendaciones para prevenir el fracaso escolar y la deserción

1. La identificación temprana de los alumnos de alto riesgo es esencial. Es en especial importante prestar atención a los estudiantes durante las transiciones, como por ejemplo de la secundaria a la preparatoria.
2. Los grupos pequeños parecen ser benéficos para los alumnos de alto riesgo.
3. La atención y enseñanza individualizadas son necesarias para los niños con problemas en la escuela.
4. Los maestros deben tener expectativas razonables pero elevadas sobre la conducta y los logros, además de ser sensibles ante los aspectos del género, la raza y la cultura.
5. Los servicios de asesoría deben estar disponibles para los alumnos que presentan el riesgo de desertar pues, con frecuencia, tienen problemas personales y familiares.

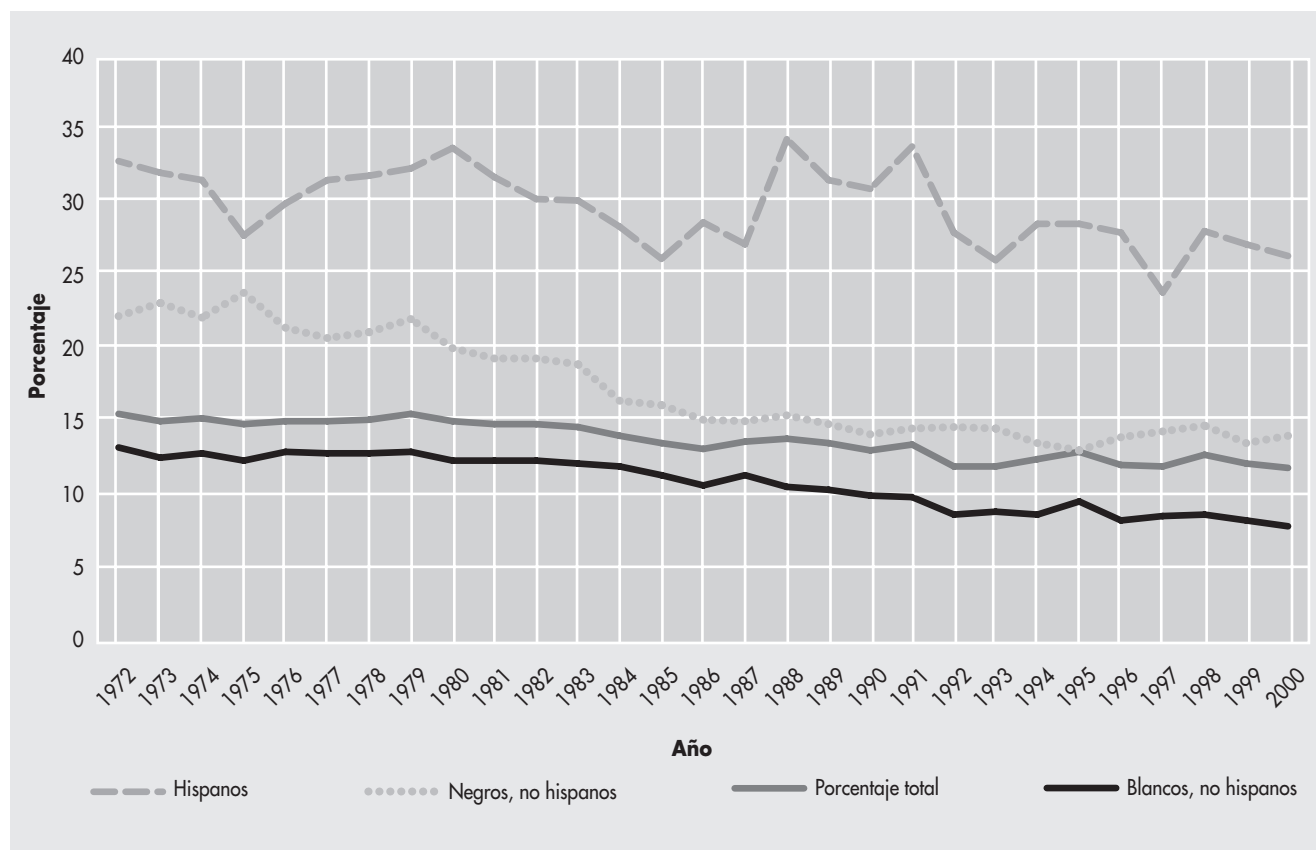


Figura 17-5 El porcentaje de jóvenes entre 16 y 24 años que no han recibido sus certificados y actualmente no asisten al bachillerato ha bajado ligeramente a lo largo del tiempo, pero varía de acuerdo con la raza y la etnicidad.

FUENTE: Department of Commerce, U.S. Census Bureau, *Current Population Survey*, octubre (1972-2000).

den tener dificultades con el idioma inglés. Los estudiantes pueden pensar que no encajan socialmente, sentir que el trabajo es difícil o poco interesante o abandonar la escuela por un trabajo para poder ayudar a la economía familiar. Los estudiantes cuyos hogares se encuentran en la parte más baja de 20% de la población con respecto a los ingresos tienen una probabilidad de abandonar el bachillerato seis veces mayor a la de los estudiantes de hogares que se encuentran en el 20% más alto del grupo de ingresos (National Center for Education Statistics, 2002). La probabilidad de que los estudiantes de algunos grupos minoritarios terminen el bachillerato es menor que la de estadounidenses blancos no hispanos o asiático-estadounidenses (ver la figura 17-5). Por ejemplo, más de 40% de adultos hispanos jóvenes que nacieron fuera de Estados Unidos abandonaron el bachillerato en el año 2000, pero aun jóvenes adultos hispanos nacidos en Estados Unidos tenían una probabilidad mayor de abandonar sus estudios que otros adultos jóvenes. En una encuesta acerca de la deserción escolar en una ciudad suburbana del estado de Washington, el distrito escolar observó que los estudiantes hispanos representaban 60% del grupo. Como resultado, el distrito estableció un programa especial de deserción dirigido a ayudar a los miembros de este grupo a regresar a la escuela para obtener su certificado GED (General Education Development). Aunque al principio inscribir a los estudiantes requirió algunas técnicas de reclutamiento personal, el programa ha tenido éxito y otros distri-

tos intentan reproducirlo (Vinh, 2000). Otras ciudades han establecido programas escolares alternativos para los estudiantes que probablemente abandonen sus estudios, así como clases especiales en las cuales los estudiantes que han abandonado sus estudios pueden trabajar en la tarde o en horarios flexibles para obtener su certificado de bachillerato o su GED.

La comunidad

Existe creciente evidencia de que la intervención temprana puede desarrollar la resiliencia que los niños necesitan para soportar el estrés y las dificultades de vivir en condiciones poco favorables. El programa *Head Start* ha combinado, desde 1965, la atención a niños orientada al desarrollo con la participación comunitaria, la participación de los padres, programas de atención médica nutricional y servicios sociales. Ha servido para que niños de tres a cinco años de familias de bajos recursos que necesitan una motivación adicional estén listos para ir a la escuela, y parece que han sido eficaces. También existe evidencia de que las intervenciones comunitarias multifacéticas con niños mayores pueden ser eficaces. Por ejemplo, la delincuencia juvenil se ha reducido a través de combinaciones de apoyo familiar temprano, programas educacionales especiales y oportunidades comunitarias para participar en actividades a favor de la sociedad (Yoshikawa, 1994).

Cuando las personas dejan la escuela, se encuentran sumamente solas. La mayoría de sus actividades no son supervisadas por figuras de autoridad, y se espera que tengan cierto grado de independencia. Al mismo tiempo, se espera que encajen en la comunidad trabajando y apegándose a las leyes, a los valores, a las normas y a las prioridades de la sociedad. Es cada vez más claro que se necesita saber más acerca de la forma en que las comunidades funcionan y la relación entre las características de la comunidad y la vulnerabilidad a la conducta desadaptada.

Un ejemplo de investigación que relaciona los factores comunitarios con la conducta desadaptada es el estudio de las tasas de violencia en los diferentes tipos de vecindarios (Sampson y cols., 1997). Aunque es un hecho bien establecido que la pobreza, la falta de empleo y la discriminación racial están correlacionadas con los crímenes violentos, un factor adicional es la *eficacia colectiva*, un término que describe la sensación de confianza, los valores comunes y la cohesión de un vecindario. En los vecindarios donde la eficacia colectiva es fuerte, la mayoría de los adultos disciplinan a sus hijos cuando no asisten a la escuela o pintan graffiti. El estudio se llevó a cabo en Chicago, en vecindarios que reflejan estrechamente la diversidad racial, social y económica de Estados Unidos. Un descubrimiento importante fue que los vecindarios donde los residentes comparten una visión, una voluntad compartida para intervenir y un sentimiento de comunidad y valores comunes tienen tasas de crímenes violentos relativamente bajas. La eficacia colectiva parece desempeñar un papel independiente cuantificable en las tasas de violencia, aunque no es el único factor relevante con respecto a los crímenes violentos.

La comunidad puede influir en las personas en formas importantes por medio de una gran cantidad de experiencias informales y no planeadas. En el siguiente ejemplo, un joven universitario exitoso creció en un ambiente familiar caótico y que provocaba estrés. Sin embargo, una relación informal con una familia vecina le proporcionó valiosas oportunidades de crecimiento personal.

Provenía de un hogar en extremo desequilibrado, en el cual todos los miembros de la familia, excepto él, habían estado hospitalizados por enfermedades mentales severas; no obstante, se había graduado con honores de una prestigiosa universidad, había destacado en el equipo de fútbol y era muy popular. Durante su servicio en el gobierno, los miembros del personal le tenían gran estima y sus compañeros lo calificaban como una persona que era muy probable que tuviera éxito.

Al estudiar los antecedentes de este joven, descubrimos que durante los años de escuela primaria había sido adoptado prácticamente por una familia vecina y pasaba largas horas con ella. Ciertas características de esta familia parecían muy significativas. Se trataba de una familia que se ayudaba, en el sentido en que el amor emanaba de ellos y estaba disponible para todos. De especial importancia para el sujeto que estudiamos fue su relación con un miembro de la familia, un año mayor que él, que constituyó un modelo positivo con el que se identificaba muy estrechamente. [...]

Un factor aún más importante fue su relación con la madre de esta familia, que, a la larga, se convirtió en su guía, consejera y fuente principal de nutrimento emocional. Sus informes indican que, aun cuando esta relación era intensa, no era simbiótica y parecía alentar su in-

dependencia y desarrollo de sí mismo. A pesar que quizá hay pocas personas como ella, representaba una dimensión de terapia social innata que tal vez sea más importante de lo que por lo general se reconoce. Su hogar se convirtió en el lugar de reunión del vecindario. Se podría considerar una agencia de terapia informal, una clínica en la cocina. (Bergin y Lambert, 1978, pp. 149-150).

Agencias comunitarias Todas las personas reciben influencia de la forma en que la sociedad y sus instituciones están organizadas. Aunque algunas instituciones se encargan de segmentos específicos de la población (por ejemplo, las guarderías, escuelas y centros sociales para ciudadanos ancianos), varias son capaces de abarcar a una gran variedad de los miembros de una sociedad. Debido a que existe la tendencia de dar por hecho la existencia de estas instituciones, quizá se pierde conciencia de su potencial para contribuir al crecimiento personal y reducir la probabilidad de desadaptación. Por ejemplo, una biblioteca pública puede ser una fuerza poderosa en la vida de una persona pues le ofrece acceso a libros que pueden dar a los jóvenes modelos positivos y una perspectiva más amplia del mundo. Si la biblioteca puede proporcionar además experiencias personales positivas, éstas quizá realicen contribuciones importantes a la prevención de la conducta desadaptada.

En ocasiones, el apoyo de la comunidad se presenta de manera informal. La mayoría de las personas enfrentan las crisis cotidianas de la mejor forma posible con el uso de los recursos disponibles. Al igual que no se consulta a un médico cada vez que se estornuda, no se acude al psicólogo clínico cada vez que se debe soportar un enojo. Una razón de esta conducta puede ser la disponibilidad de “terapeutas” no profesionales. Por ejemplo, la investigación muestra que personas como los peinadores y los cantineros escuchan de forma terapéutica los problemas de sus clientes (Cowan, 1982). Sin embargo, a algunas instituciones sociales se les asigna en forma específica la tarea de manejar las crisis. Aunque por lo regular no se incluyen en las listas de trabajadores para la salud mental, los oficiales de policía con frecuencia modifican la conducta, ya sea para bien o para mal y de manera consciente o no. Los policías no están en posición de eliminar las causas del crimen, pero a medida que se desarrollan sus habilidades en relaciones humanas pueden aumentar sus contribuciones a la prevención de los delitos (Lamb y cols., 2002). La capacitación psicológica ayuda a que los policías controlen la violencia y las disputas familiares con mayor eficacia (ver la figura 17-6). Además, puede ayudarlos a enfrentar muchos otros problemas con más tacto y discreción, como la conducta normalmente inofensiva pero extravagante de los ex pacientes de hospitales mentales.

Diversas rutas de prevención

Al comienzo de este capítulo se dijo que la prevención puede presentarse en diferentes formas. En primer lugar puede involucrar los pasos necesarios para evitar que surja un trastorno, así como los esfuerzos para limitar el efecto del trastorno en la vida de la persona. En este sentido, la prevención y el tratamiento están estrechamente relacionados. El concepto de vulnerabilidad es común para ambos.



Figura 17-6 Con frecuencia los oficiales de policía deben intervenir en disputas familiares. Esta oficial trata de tranquilizar un problema doméstico.

La vulnerabilidad surge cuando las características personales son insuficientes para enfrentar la situación. El reto de la prevención es identificar las oportunidades de crecimiento y estabilidad, y proporcionar dichas oportunidades a las personas que las necesitan. Estas diferentes oportunidades dependen de la naturaleza de las personas a las que se les ofrecen. Por ejemplo, durante su crecimiento, los niños necesitan ambientes que les proporcionen oportunidades para ser independientes. Por otra parte por lo regular los ancianos necesitan de gran cantidad de cuidado y atención.

De manera inevitable, la sociedad debe participar para enfrentar el desafío de la prevención, porque puede controlar o influir en muchas de las situaciones de la vida moderna. Hemos visto muchos ejemplos del efecto de la sociedad y las fuerzas sociales en nuestra vida. Ciertos tipos de conducta desadaptada (por ejemplo, las fobias y delirios) se pueden atacar sobre una base individual con los métodos clínicos que se describieron (psicoterapia, terapia conductual, medicinas). Pero las soluciones duraderas para muchos problemas de la vida requieren de un cambio social. Los niños que viven en departamentos muy reducidos y pobres, o con padres que abusan de ellos o los descuidan, tienen oportunidades muy limitadas para generalizar lo que aprenden en un programa escolar o preescolar que los estimula, si es que están disponibles para ellos.

Los medicamentos pueden ayudar a que los pacientes desinstitucionalizados tengan menos alucinaciones, pero aun así necesitan de un entorno de apoyo y la oportunidad de adquirir nuevas habilidades sociales y ocupacionales.

La prevención de la conducta desadaptada y la respuesta terapéutica a ésta cuando se presenta, requieren de un análisis de la sociedad, sus componentes y de la forma en que se relacionan entre sí. Este análisis debe incluir elementos de los que carece la comunidad así como pasos positivos que puedan tomar. Algunos ejemplos de estos pasos son albergues para los niños que huyen de su casa, centros sociales para adolescentes y centros para la intervención en crisis. Casi todos los programas de este tipo han sido iniciados por los ciudadanos sin el apoyo del gobierno y, por lo menos al principio, sobre una base no profesional. Como resultado de dichos esfuerzos, los profesionales de muchas áreas ampliaron el panorama de sus servicios clínicos y aumentaron su participación en los programas de la comunidad.

Psicología comunitaria

La **psicología comunitaria** se ocupa del papel que los sistemas sociales desempeñan en la prevención de los problemas de las personas y de la conducta desadaptada. Los psicólogos comunitarios intentan trabajar en entornos que tienen efecto en la prevención (Rappaport y Seidman, 2000). Por ejemplo, pueden servir como asesores de relaciones humanas para un departamento de policía, trabajar para aumentar las habilidades de las personas que trabajan en oficinas de asistencia social o desarrollar programas de prevención en hogares y escuelas. Los programas de extensión tienen el objetivo de prevenir los colapsos o tratar los problemas de la comunidad antes de que sean necesarios programas de tratamiento más drásticos (como la hospitalización). Hacer que las comunidades sean lugares más adecuados para vivir requiere de buenas ideas sobre planeación social así como del convencimiento de que los distintos segmentos de la población, tales como los ancianos, las minorías y los desempleados, tienen necesidades especiales.

Los psicólogos comunitarios se interesan por los hechos ambientales de la vida de las diversas comunidades, así como por el efecto de esos hechos en la vida de las personas. El trabajo de la psicología comunitaria puede llevarse a cabo ya sea en instituciones comunitarias existentes (como centros comunitarios en vecindarios) o en ambientes especialmente creados. Los psicólogos comunitarios tratan de entender la interacción entre los ambientes en los que las personas viven sus vidas, el afrontamiento y su forma de adaptarse a las circunstancias existentes.

Paraprofesionales

Con frecuencia existe una amplia brecha cultural entre los trabajadores profesionales de clase media (psicólogos clínicos, psiquiatras y trabajadores sociales) y las personas que provienen de grupos con un nivel socioeconómico más bajo que necesitan ayuda. Se han creado programas para capacitar y utilizar a los no profesionales para desempeñar papeles significativos en diversos entornos comunitarios. Las personas, después de cierta capacitación básica so-

Figura 17-7 Los grupos de autoayuda se basan en la creencia de que algunos problemas se pueden resolver por medio del apoyo mutuo por parte de quienes han experimentado las mismas dificultades. En esta fotografía, un grupo de apoyo para mujeres que han padecido cáncer de seno se reúne para escuchar una presentación y plática sobre las formas de manejar la experiencia de ser un paciente con cáncer.



bre salud mental, pueden acceder al estatus de **paraprofesionales** que utilizan su conocimiento del vecindario y el interés de las personas que viven allí para llevar a cabo una variedad de actividades educacionales y de reclutamiento. Al parecer, gran parte del éxito de los paraprofesionales se debe a las similitudes entre sus antecedentes y los de sus pacientes. Por esta razón, algunos de los psicólogos comunitarios dedican una gran parte de sus actividades a capacitar a los paraprofesionales.

Los paraprofesionales pueden variar mucho en edad, educación y antecedentes culturales. Con frecuencia, constituyen gran parte del personal en los centros de servicio locales, centros residenciales para jóvenes y programas de salud mental en áreas urbanas y rurales. En esos lugares pueden servir como puentes entre un organismo establecido y un grupo de la comunidad al que el organismo no ha podido servir con eficacia. En algunas situaciones los paraprofesionales pueden ser tan eficaces como los expertos.

Grupos de autoayuda

Millones de personas cuyos problemas y necesidades no son satisfechos por medio de un cuidado formal de la salud, servicios sociales ni programas de asesoría, pueden encontrar la esperanza y el apoyo personal que necesitan en los grupos de autoayuda. Dentro del estos grupos, cuyos miembros comparten las mismas preocupaciones, encuentran la comprensión y ayuda por parte de otras personas que han tenido experiencias similares.

Como seres sociales, todas las personas necesitan aceptación, cuidado y apoyo emocional; otras encuentran satisfacción en cuidar y apoyar a quienes las rodean. Dentro de los “sistemas de autoayuda” más naturales (la familia y los amigos) se establece el contacto de uno a uno que es tan importante para lograr felicidad y bienestar. Este apoyo informal es una parte básica del carácter social de los seres humanos, por lo cual se tiende a darlo por hecho, pero influye de manera clara en nuestra capacidad para controlar los eventos desagradables de la vida. Muchas de las conversaciones cotidianas son en realidad sesiones de asesoría mutua en las cuales se intercambia la seguridad y los consejos que ayudan a manejar el

estrés de todos los días. En realidad, los investigadores han descubierto que existe una unión muy estrecha entre la fuerza de los sistemas de apoyo social, la salud y la respuesta ante la enfermedad (Borkman, 1999) (ver la figura 17-7). Se necesitan más investigaciones para determinar cuándo, en qué condiciones y para qué tipo de problemas son más eficaces los grupos de autoayuda. La tabla 17-4 menciona algunas de las características de los grupos de autoayuda y las maneras en que benefician a sus miembros.

Algunos de estos grupos son muy conocidos y han existido durante varios años. Un ejemplo de ellos es Alcohólicos Anónimos. Con base en el éxito de este grupo, se han formado otros similares, como Apostadores Anónimos, para ayudar a las personas que tienen otro tipo de problemas.

TABLA 17-4

Grupos de autoayuda
Las principales características de los grupos de autoayuda
➤ Evitan el liderazgo y la dirección profesionales. ➤ Miembros homogéneos que tienen un problema, una aflicción o un estado inadaptado común. ➤ Lugares de reunión fuera de los escenarios tradicionales, tales como hospitales y clínicas. ➤ Ingreso libre por lo cual la composición del grupo rara vez es constante.
Formas en las que los grupos de autoayuda benefician a sus miembros
➤ Comprensión y apoyo emocional. ➤ Un grupo de referencia ofrece aceptación y reduce el aislamiento social. ➤ Información y asesoría. ➤ Modelos sobre cómo afrontar el estrés en forma eficaz. ➤ Aumento de la conciencia de los miembros de las alternativas disponibles para manejar los problemas.

Tratamiento en la comunidad

Ya sea que las personas reciban los servicios de salud mental en la comunidad o en instituciones, la sociedad tiene un interés definitivo en la forma en que se proporcionan estos servicios, su eficacia y costos. La combinación de servicios disponibles puede influir no sólo en la sensación de bienestar de quien lo recibe, sino también en su productividad económica. Muchas personas que, de otra forma deberían haber sido hospitalizadas, pueden permanecer en la comunidad si disponen de instalaciones que proporcionen apoyo social y supervisión. La incompetencia de los servicios comunitarios es una de las razones por las que más de 30 000 personas con enfermedades mentales serias, con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar u otros padecimientos graves son confinados en cárceles en cualquier momento (ver la figura 17-8).

Un componente básico de los servicios necesarios es vivienda de apoyo económica. Aunque la existencia de cualquiera de ellas es muy pequeña, existen dos tipos de vivienda para enfermos mentales: 1) vivienda tutelar, y 2) vivienda alternativa. Las opciones de **vivienda tutelar** (albergues, asilos para ancianos y residencias de cuidados especiales) tienden a ser instalaciones grandes financiadas y con frecuencia manejadas por las ciudades, condados y estados con pocos o ningún programa de rehabilitación. Con frecuencia tienen una atmósfera institucional similar a la de los hospitales. Las opciones de **vivienda alternativa** (centros de readaptación social y hogares colectivos) tienden a ser pequeños y se centran en la rehabilitación e integración a la comunidad. La mayoría de estos últimos programas motivan a sus ocupantes a participar en la toma de decisiones sobre la selección de nuevos residentes y el mantenimiento del hogar. Con frecuencia, personas con capacitación en trabajo social o rehabilitación psiquiátrica son miembros del personal de estos hogares. El objetivo principal de las instalaciones de las viviendas alternativas es prevenir la hospitalización

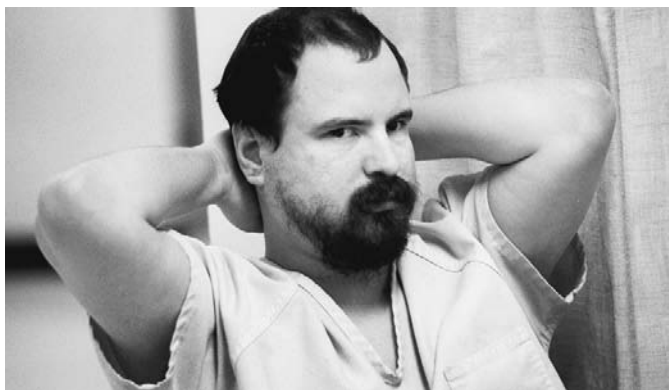


Figura 17-8 David Bruce Bellamy, a quien se diagnosticó con esquizofrenia, fue registrado en la cárcel de Thurston County, Washington, trece veces en un periodo de 10 años. Igual que en otras cárceles en todo el país, alrededor de 15% de la población de la cárcel de Thurston County tiene enfermedades mentales. Una vez que liberan a los reos, muchos de ellos no tienen hogares a los cuales regresar y terminan en las calles. Sin la estructura de una rutina diaria, la estabilidad de un ambiente de hogar y alguien que los cuide, con frecuencia dejan de tomar sus medicamentos, lo cual permite que regresen los síntomas graves. Muchos terminan nuevamente en la cárcel.

FUENTE: *The Olympian*, 15 de noviembre de 1999, p. A5.

y mejorar la calidad de vida (ver el cuadro 17-1). Algunas instalaciones de vivienda de apoyo tienen departamentos privados en los cuales el residente es un arrendatario legal, aunque se proporciona apoyo psicológico y práctico.

Problemas de los programas comunitarios

Un vistazo al camino que recorre una mujer enferma al pasar por todo el sistema de salud mental, ilustra muchos de los problemas endémicos de los programas comunitarios. La escritora Susan Sheehan (1982) siguió la historia de “Sylvia Frumkin” durante casi 20 años de tratamiento. Frumkin (el nombre es ficticio, pero después de su fallecimiento en 1994, se reveló que su nombre real era Maxine Mason) tuvo un largo y desalentador camino a través de lo que se conoce como “el sistema”. De hecho, se enfrentó a cada momento con un sistema desordenado, fragmentado e ineficaz. Después de su primer episodio psicótico en 1964, cuando tenía 15 años de edad, fue hospitalizada en repetidas ocasiones e ingresó en distintos tipos de instituciones. En diferentes épocas recibió diagnósticos de maniaco-depresiva o esquizofrenia indiferenciada o del tipo paranoide. Durante este periodo recibió una variedad de terapias en distintos momentos (psicoterapia individual, medicamentos antipsicóticos, litio, terapia de coma insulínico, terapia electroconvulsiva, “psicoterapia cristiana” y terapia con megavitaminas). A través de los años, consultó a un grupo cambiante de terapeutas, y con frecuencia veía a un determinado terapeuta durante periodos muy breves. Estos terapeutas le dieron tratamiento con casi todos los medicamentos disponibles, en ocasiones sin consultar sus antecedentes y a veces cambiaban, reducían de manera repentina o dejaban de administrar los medicamentos de forma al parecer arbitraria.

Sylvia Frumkin no era el tipo de paciente que agradaba a la mayoría de los terapeutas; la describían como desaliñada, desagradecida y poco cooperativa. Agotaba la energía del personal clínico pues era ruidosa, abusiva e incluso violenta durante las fases agudas de su enfermedad. Aun cuando no pasaba por una etapa aguda, un miembro del personal describió a Frumkin como “arrogante, desagradable y exigente”. Como lo muestra la figura 17-10, Frumkin experimentó 45 cambios de escenarios para el tratamiento durante 17 años. Cambió de manera repetida entre el hogar familiar, distintos hospitales e instalaciones de residencia de la comunidad. En 27 ocasiones fue admitida en ocho hospitales diferentes (estatales, municipales, generales, de voluntarios y privados), donde estuvo un total de nueve años. Pasó casi siete años en un hospital estatal. Durante poco menos de seis años vivió con su familia, de la cual salió y regresó en nueve ocasiones. Pasó un total de tres años en varios tipos de instituciones comunitarias, como centros de readaptación social, hogares adoptivos, una residencia de la YWCA y una comunidad religiosa. Se calculó que el costo de su cuidado, desde 1963 hasta 1982, fue de 636 000 dólares. El costo sería bastante mayor en la actualidad.

Después del fallecimiento de Sylvia Frumkin, Susan Sheehan (1995) describió su vida después de 1980 (posterior al periodo cubierto en la figura 17-10). Su calidad de vida no mejoró. Deambu-

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

CUADRO 17-1

Lograr independencia con la ayuda de agencias comunitarias

Mientras sus padres envejecen, los adultos discapacitados que siempre han vivido en su casa enfrentan transiciones difíciles, por ejemplo, cambiar del cuidado de un padre protector a otra situación, tal vez menos deseable. Con frecuencia, los padres que envejecen posponen la toma de estas decisiones, porque considerarlos no es agradable, pero para la mayoría de los padres llega el momento en que deben tomar alguna acción.

Tres mujeres, Lupita Cano y Martha Hinojosa, ambas de 34 años de edad, y Florence Ulrich de 43 años, recientemente enfrentaron esta situación. Aunque existen muchas diferencias entre ellas, estas mujeres son similares en varias formas. Las tres tienen síndrome de Down y diabetes (el síndrome de Down, descrito en el capítulo 16, es una discapacidad del desarrollo asociada con un retraso mental leve a moderado). Sus madres, que estaban envejeciendo y tenían menos capacidad física para proporcionar cuidado, querían garantizar que sus hijas vivieran lo más independientemente y en las mejores circunstancias posibles.

Los siguientes pasajes del artículo "Independencia agri dulce", del *Seattle Times* (marzo 14 de octubre de 2003 cuarta edición ROP-Northwest Life), de Regine Labossiere, reportera de ese diario, describe la forma en que una variedad de agencias públicas en Washington ayudaron a estas mujeres y sus padres.

...Lani Scheman, una supervisora de casos de la División de Discapacidades del Desarrollo del Departamento de Servicios Sociales y de Salud juntó a las tres mujeres debido a que tenían necesidades similares... Además "Las familias tenían buenas relaciones entre sí. Definitivamente era una muy buena combinación".

Organizar la mudanza tomó poco más de un año de planeación y coordinación entre diversos organismos y servicios de apoyo. Un punto crucial fue seleccionar un organismo que cubriera sus necesidades diarias... de ello se encargó *Banchemo Friends Services*, una organización que ayuda a que los adultos con discapacidades de desarrollo manejen sus vidas.

Finalmente... las tres mujeres se mudaron. El sentimiento de tener su propio departamento y ser independientes superó las complicaciones que afrontaron en el proceso. Heather Paul, la administradora del programa de *Banchemo* recuerda la reacción de Ulrich cuando recibió la llave de la puerta principal... "Nunca había visto a alguien tan feliz de tener las llaves de su propio departamento".

...Después de algunas semanas en el departamento en *Shoreline*, las tres se habían adaptado a una rutina. Sheman comentó: "Esto es totalmente nuevo para ellas. Por experiencia sé que toma unos seis meses para sentirse a gusto con todo. Tienen una gran curva de aprendizaje, que por supuesto es difícil si tienes una discapacidad de desarrollo"...

...Las tres mujeres dependen del transporte público para ir a donde necesitan ir. Hinojosa toma sola el autobús de la ciudad. Cano toma el autobús ACCESS (transporte público para los discapacitados y ancianos) y Ulrich toma ya sea el ACCESS o los servicios de transporte médico.

También están aprendiendo una de otra. Hinojosa tomó una clase sobre diabetes cuando era más joven y es capaz de inyectarse la insulina ella misma. Ulrich nunca

aprendió, pero Hinojosa está tratando de enseñarle. Ella comenta: "Me gusta ayudarlo a Florence a aprender sobre el azúcar en la sangre".

...La mudanza también fue una prueba para las tres mujeres. Paul reconoce: "Desde que viven juntas, han aprendido a respetar el espacio de cada una. Han reñido por tonterías". Uno de los últimos altercados entre Cano y Ulrich dio como resultado la creación de reglas de la casa. Las reglas, pegadas en la pared sobre la mesa del comedor incluyen disculparse y perdonar, tener contacto físico solamente por amistad (es decir apretones de manos y abrazos, en lugar de empujones) y ser felices y estar sanas.

Aunque las mujeres están entusiasmadas al comienzo de esta nueva aventura, la transición ha sido agri dulce para los otros miembros de la familia... Toda la familia Hinojosa extraña a Martha, pero Sandra [Hinojosa] cree que es lo mejor. "Fuimos a visitar a *Banchemo* y observé lo bien que está todo; me sorprendió que tuviera ese tipo de apoyo para aprender a ser una persona independiente... El apoyo que está recibiendo para aprender nuevas habilidades es mucho más de lo que yo podría hacer por ella..."

FUENTE: Copyright 2003 *Seattle Times Company*. Utilizado con permiso.



Figura 17-9 A Lupita Cano le gusta bailar con la música de su reproductor de CD. En el fondo está expuesta su obra artística, la cual vende en tarjetas de felicitación.

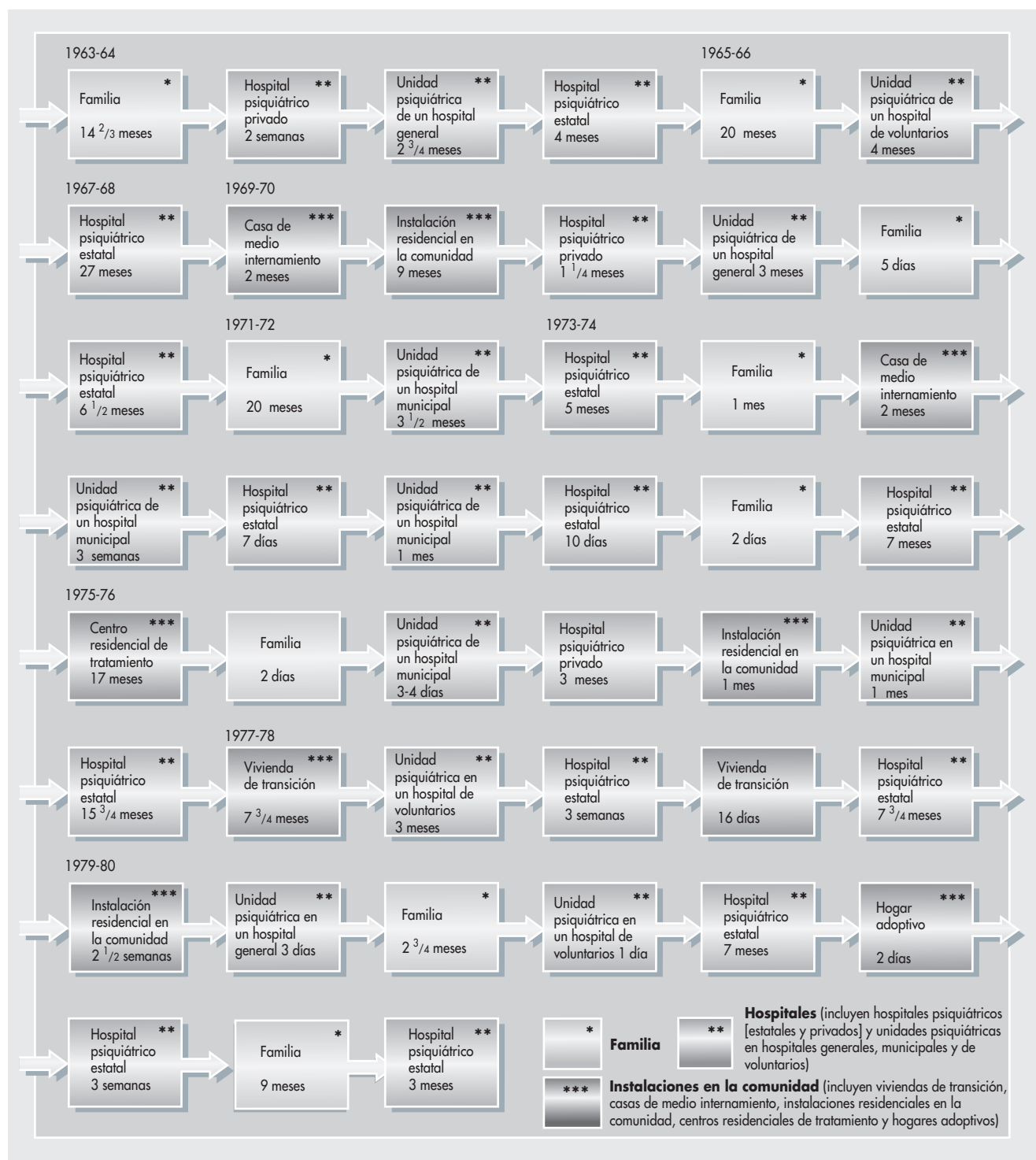


Figura 17-10 La odisea de Sylvia Frumkin como paciente mental crónico 1963-1980. Su experiencia, como lo explica el texto, no fue mejor de 1980 hasta su fallecimiento en 1994.

FUENTE: A. E. Moran, R. I. Freedman y S. S. Sharfstein (1984), "The Journey of Sylvia Frumkin: A Case Study for Policymakers". *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 887-893. Derechos reservados © 1984 por la American Psychiatric Association. Reimpreso con autorización.

ló de una institución a otra con regresos ocasionales a la comunidad. Entre sus institucionalizaciones se pueden mencionar 15 meses en el Bellevue Hospital en Nueva York (aun cuando el objetivo de ese hospital urbano son los pacientes de corto plazo) y un tiempo considerable en un hospital estatal. Falleció en una institución a la edad de 46 años de una úlcera sangrante, de la cual no se detectó ningún indicio en todos los exámenes médicos que se le realizaron durante muchos años.

Desafortunadamente, la historia de Sylvia Frumkin no es única. Ella fue sólo una de los 1.7 a 2.4 millones de enfermos mentales crónicos estimados en Estados Unidos que requieren de algún tipo de tratamiento. El público en general y quienes elaboran las políticas pueden aprender mucho de las experiencias de personas como Sylvia Frumkin. Su historia ilustra en forma clara el profundo efecto que las enfermedades mentales crónicas tienen en los pacientes, su familia y comunidad, así como en los altos costos del cuidado. Tal vez el deterioro de Frumkin habría continuado incluso si las condiciones de su tratamiento hubieran sido más favorables, pero en realidad el comportamiento del sistema parece haber sido un factor contribuyente. En sus distintas estancias en el hospital, nunca estableció una relación prolongada con una persona que la cuidara. Durante los muchos años en “el sistema” no sintió que nadie se preocupara por sus intereses. Los casos como el de ella han hecho que los trabajadores de la salud mental, los jueces y otros funcionarios de gobierno piensen en maneras de reformar tanto el sistema como las leyes que obligan a que las personas desequilibradas ingresen a las instituciones públicas.

Mejoras a los programas de tratamiento comunitario

Se necesitan con urgencia experimentos diseñados para mejorar la combinación de servicios disponibles para la salud mental. Varios enfoques parecen prometedores y merecen estudios adicionales. Éstos incluyen las **posadas-dormitorio** y las **casas de medio internamiento**; las residencias de tiempo limitado (por ejemplo, tres semanas) que proporcionan oportunidades para resocialización y transición a la comunidad; y **hospitalización parcial**, instalaciones que proporcionen tratamiento durante el horario vespertino y alojamiento durante la noche, así como la oportunidad de participar durante el día en actividades útiles fuera de las instalaciones. Los hospitales diurnos, un tipo de hospitalización parcial, han demostrado ser eficaces para facilitar que las personas con enfermedades mentales vivan en la comunidad y tengan una mejor calidad de vida (Marshall, 2003). Estas instalaciones, a las que se puede acceder ya sea en autobús o transporte proporcionado por el hospital, son eficientes porque tienen plantillas de personal relativamente pequeñas, aunque atienden a un gran número de pacientes. Los servicios que proporcionan incluyen terapia individual y de grupo, y camas de corto plazo disponibles cuando los pacientes experimentan una crisis.

Aunque la hospitalización parcial durante la noche es poco común en Estados Unidos, es una práctica común en Bélgica, país que cuenta con alrededor de 17 000 camas en hospitales para enfermos mentales, de las cuales más de 1000 son para hospitalización

parcial durante la noche. El Hospital Nocturno de Bruselas es una instalación activa de rehabilitación para pacientes psicóticos crónicos. La mayoría de ellos tienen esquizofrenia, la han tenido de cinco a 10 años, y han pasado más de dos años en hospitales mentales. Cada pequeño grupo de pacientes tiene su propia sala y cocina. Los pacientes deben participar en el mantenimiento de las instalaciones y sus habitaciones. Cada grupo es responsable de cocinar sus propios alimentos cuatro veces a la semana. (La cocina del hospital nocturno proporciona las comidas de los viernes y los fines de semana). El personal del hospital no realiza agotadores esfuerzos para “curar” a los pacientes. Su enfoque es, más bien, mejorar el nivel de funcionamiento del paciente y su calidad de vida. Una creencia central es que el cuidado debe proporcionarse en la comunidad con el mayor alcance posible. Se considera que el programa de hospital nocturno apoya la vida del paciente en la sociedad. Los resultados son alentadores, pues dos terceras partes de los pacientes llevan a cabo actividades regulares estructuradas fuera del hospital (DeHert y cols., 1996).

Aunque el concepto de cuidado comunitario para los enfermos mentales crónicos es bueno, la mayoría de las personas desinstitutionalizadas en Estados Unidos simplemente han sido botadas en comunidades que les temen por sus conductas excéntricas y no los supervisan de forma sistemática. La figura 17-11 ilustra un programa diseñado para prevenir este resultado. Una vez que los enfer-



Figura 17-11 Los trabajadores del Proyecto de Ayuda, un programa de la ciudad de Nueva York para las personas sin hogar, hablan con una persona sin hogar para determinar si padece una enfermedad mental severa y necesita hospitalización. El Proyecto de Ayuda aplica un programa activo de ayuda para identificar a quienes la necesitan, a los cuales se les proporciona tratamiento inmediato y ubicación en residencias comunitarias, hogares grupales o sus propios departamentos. Desafortunadamente, debido a su enfermedad mental crónica y grave, muchas personas sin hogar que han sido apoyadas por el Proyecto de Ayuda acaban nuevamente en las calles.

mos mentales están afuera y solos, es más probable que dejen de tomar sus medicamentos y, tal vez, los arresten por cometer delitos (Monahan y cols., 2001). La falta de cuidado profesional en las calles y los efectos del abuso de alcohol y drogas son complicaciones aún más graves. Es muy probable que los pacientes desinstitucionalizados estén demasiado desorganizados para dejar de vivir en las calles, excepto cuando muestran conductas muy extrañas o destructivas que provocan su internación forzosa en un hospital o en la cárcel.

Pocas personas que salen de las instituciones reciben capacitación vocacional, dirección para el cuidado personal, diversión o las oportunidades para adaptarse a la sociedad que se requieren para tener una existencia digna. Durante mucho tiempo se ha ignorado la necesidad del cuidado de seguimiento, la dura realidad de los fondos insuficientes, el efecto de los pacientes en las comunidades y la incertidumbre sobre lo que constituye un programa eficaz en la comunidad. Como resultado de ello, una cantidad cada vez mayor de personas, que de otra forma se mostrarían entusiastas con respecto de la desinstitucionalización, se han visto al menos parcialmente desilusionadas. Una consecuencia de la gran cantidad de fallas en la desinstitucionalización es el aumento en las readmisiones a los hospitales estatales. En la actualidad, los pacientes permanecen en el hospital durante periodos más cortos, pero regresan con mayor frecuencia debido a su incapacidad para funcionar en la comunidad. Cerca de la mitad de los pacientes que salen de los hospitales estatales retornan un año después de que se dan de alta. No obstante, el potencial para mejorar la vida de los pacientes desinstitucionalizados sigue siendo bueno (McQuistion y cols., 2003).

¿Qué se puede aprender de la forma en que hasta el momento se practica la desinstitucionalización? Quizá la lección más importante de las malas experiencias de las últimas dos décadas, es que la desinstitucionalización, como ahora se lleva a cabo, no ayuda a muchas personas. Como sucede con tanta frecuencia, la sociedad descuida muchos de los conceptos básicos necesarios para alcanzar un objetivo valioso. Se necesita más dinero y más personal capacitado. Los problemas de los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad requieren un sistema integral de cuidados que incluya:

1. Una cantidad adecuada de viviendas comunitarias supervisadas.
2. Servicios clínicos en la comunidad, que van desde la disponibilidad de trabajadores profesionales en salud mental que puedan intervenir en una crisis, hasta la hospitalización en el caso de las condiciones agudas.
3. Reconocimiento de la importancia de las familias en el tratamiento, junto con el apoyo adecuado tanto para el paciente como para los miembros de su familia.

Aspectos legales del tratamiento y la prevención

Debido a que la gente vive en grupo, la comunidad se interesa en prevenir la conducta desadaptada. A pesar que éste no siempre ha

sido el caso, en la actualidad los organismos gubernamentales tienen leyes que tratan tanto de ayudar a las personas que se comportan en forma desequilibrada, como de proteger al público de los peligros que representan ciertos tipos de personas trastornadas (por ejemplo, los criminales). En realidad, esas leyes pueden ser problemáticas si nuestro juicio de lo que constituye la ayuda resulta equivocado o si la persona no desea a recibirla.

Institucionalización

El proceso de ingresar a una persona en una institución se conoce como **reclusión**. Los prisioneros son recluidos en las cárceles para recibir castigo y los pacientes mentales en los hospitales mentales para recibir tratamiento. La **reclusión penal** de una persona en un hospital mental puede ocurrir cuando la ley declara que un acto delictuoso es resultado de la demencia, y se determina que los intereses de la sociedad y de la persona se satisfacen mejor mediante la reclusión en un hospital mental que en una prisión. Algunos pacientes mentales se recluyen de manera voluntaria, pero otros son hospitalizados en forma involuntaria por medio de un procedimiento legal que se llama **reclusión civil**. La reclusión civil sólo se puede llevar a cabo si se juzga que una persona representa un riesgo para sí misma o para los demás. La institucionalización forzada de una persona representa problemas graves. Por un lado, la reclusión civil trata de dar ayuda, pero para hacerlo tal vez priva a la persona de sus derechos humanos básicos.

Un ejemplo de las dificultades logísticas que representan las leyes de reclusión es el caso de Anna May Peoples, una mujer de Seattle a quien se diagnosticó esquizofrenia paranoide. Ella dijo que debido a su esquizofrenia se refugió en el Edificio de Seguridad Pública de la ciudad. Peoples hizo del edificio su hogar durante dos años, pero las autoridades tuvieron que abandonar la idea de hacer cargos en su contra por violar la propiedad privada. Se consideró que no era competente para ser juzgada, pero tampoco lo suficientemente peligrosa como para ser internada en una institución (ver la figura 17-12).

Reclusión penal Para arrestar a una persona por un delito, el Estado debe establecer sin duda alguna no sólo que la persona cometió el acto prohibido, sino que el acto se cometió con intención dolosa. Si ésta no se puede probar, es posible la defensa por locura. Con frecuencia, el concepto de locura se confunde con el de la competencia para ser juzgado. Tanto *locura* como *competencia* son términos legales, cuya aplicación en un caso dado la determina un juez después de tomar en cuenta todas las evidencias, incluyendo las opiniones de peritos. **Locura** se refiere al estado mental de una persona en el momento en que se realizó el acto, en tanto que **competencia** se refiere al estado mental de una persona en el momento del proceso judicial. En un sentido legal, una **persona incompetente** es aquella que carece de la capacidad para consultar a un abogado y comprender la naturaleza de los procedimientos legales.

La defensa por locura El concepto de locura tiene una larga historia. Las primeras leyes inglesas no reconocían la locura como una excusa para la conducta criminal. Sin embargo, en el siglo

Figura 17-12 Anna May Peoples, atrapada entre los aspectos técnicos de la incompetencia legal y la falta de peligrosidad, espera para escuchar su destino durante una audiencia en un tribunal.



XIII, la prueba de la intención criminal era necesaria para condenar a una persona. La **defensa por locura** establece que si las personas acusadas pueden comprobar que estaban totalmente “locos” podían defenderse con éxito contra un cargo penal.

En 1843, Daniel M’Naghten, un tornero escocés, asesinó a Edward Drummond, secretario del primer ministro de Inglaterra. No se le declaró culpable porque los jueces aseguraron que “actuaba bajo un defecto de la razón, por una enfermedad de la mente, y no conocía la naturaleza y calidad del acto que cometía o, si las conocía, no sabía que lo que hacía estaba mal.” Esa norma, que se conoce como la **regla de M’Naghten**, se convirtió en la prueba “del bien y el mal” de la locura y se adoptó de manera muy común. A medida que aumentaba la creencia en esta interpretación, se sancionaron leyes que permitían que los tribunales retrasaran las emisiones de sentencia hasta que se estudiara a la persona y se hicieran recomendaciones al juez. Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y agentes judiciales se convirtieron en asesores de los tribunales. Las sentencias se hicieron más flexibles y la libertad bajo palabra se utilizó cada vez más.

Un ejemplo de un intento por recurrir a la regla M’Naghten ocurrió en el caso de Jack Ruby, quien fue arrestado por matar al asesino del presidente Kennedy, Lee Harvey Oswald, en 1964. Cuando apeló contra la sentencia de muerte, Ruby declaró que padecía epilepsia psicomotora y que ésta le impedía determinar lo que estaba bien y mal. Sin embargo, el juez rechazó su declaración y Ruby fue considerado legalmente sano. Más adelante, murió en prisión.

La regla M’Naghten y las decisiones subsecuentes de los tribunales han sido objeto de muchas controversias debido a la dificultad para definir con precisión lo que significa en realidad “distinguir el bien del mal”. La idea del **impulso irresistible**, de acuerdo con la cual la persona no puede controlar su conducta, contrasta con el hincapié que hace la regla M’Naghten en la prueba “del bien y el mal”. Otro caso dio origen a la **regla Durham**, que establece que una persona no es criminalmente responsable si el acto doloso fue producto de una enfermedad o defecto mental. Ninguna de estas reglas sobre la naturaleza de la locura está libre de ambigüedades y dificultades.

En 1962, el American Law Institute (ALI) propuso un grupo de lineamientos que desde entonces se han incorporado a las leyes de varios estados. Los lineamientos del **American Law Institute (ALI)** se concentran en la incapacidad que surge de la enfermedad mental del acusado e incluyen las ideas siguientes:

1. *Una persona no es responsable de su conducta criminal si, en el momento en que presenta esa conducta, como resultado de una enfermedad o defecto mental carece de la capacidad sustancial para apreciar la criminalidad (lo incorrecto) de su conducta o de ajustar su conducta a los requerimientos de la ley.*
2. *[. . .] Los términos “enfermedad o defecto mental” no incluyen una anomalía que se manifiesta sólo por conductas delictuosas repetidas o antisociales. (American Law Institute, 1962, p. 66).*

Con cada década que pasa, los lineamientos del ALI obtienen mayor aceptación en todo el país. En 1983, en el caso de *Jones contra Estados Unidos*, la Suprema Corte estableció que las personas que no son declaradas culpables por locura pueden ser reclusas en forma indefinida en un hospital mental bajo un estándar de prueba de peligrosidad menos riguroso del que se requiere para la reclusión civil de las personas. La Corte estableció que los acusados que son absueltos por locura “constituyen una clase especial que se debe tratar en forma distinta”. En 1984, el Congreso aprobó la *Federal Insanity Defense Reform Act*, que modificó algunas características de los lineamientos del ALI y le asignó a la defensa la responsabilidad de establecer de forma convincente la locura del acusado.

La cantidad de defensas por locura que tienen éxito es muy reducida. Por ejemplo, en todo el estado de Nueva York, hay en promedio menor de 50 defensas por locura con éxito cada año. De modo que la defensa por locura contribuye sólo con una mínima proporción al problema de la criminalidad en Estados Unidos. En parte, esto se debe a que los jurados tienen dificultades para interpretar los aspectos legales involucrados en la defensa por locura. Es comprensible que el público recuerde casos a los que se dio mucha publicidad y en los que se recurrió a la defensa arguyendo locura y a alguien que, sin lugar a dudas, cometió un delito pero se le declaró inocente debido a que sufría de locura (ver la figura 17-13). En



Figura 17-13 (a) Edmund Kemper III, fue absuelto por demencia del cargo de asesinar a sus abuelos en 1984 y, en 1989, fue dado de alta de un hospital mental como “curado”; más adelante asesinó a seis estudiantes universitarios, a su madre y a una amiga de ésta. La fotografía lo muestra en la sala de un tribunal esperando el veredicto por los asesinatos. El jurado lo declaró sano y culpable de asesinato en primer grado. (b) La fotografía muestra a John Hinckley, Jr., en custodia federal en 1981, unos instantes después de tratar de asesinar al presidente Ronald Reagan para impresionar a la actriz Jodie Foster. Fue absuelto del cargo por razón de locura y recluido en un hospital mental. En 2004, un juez le permitió a Hinckley tener visitas supervisadas con sus padres fuera del hospital. Aunque hubo muchas protestas públicas en contra de esta decisión, el juez estaba convencido de que Hinckley ya no era un peligro para sí mismo o para otros.

ocasiones, dichas personas salen en libertad después de un breve periodo de hospitalización y más adelante cometen otro crimen.

En 1981, la liberación de John Hinckley del cargo de intento de asesinato del presidente Ronald Reagan hizo que muchas personas pusieran en duda la justicia de la defensa por locura. La American Psychiatric Association argumentó que las personas debían ser absueltas por locura sólo si padecían un trastorno mental grave como la psicosis. Las personas que sólo padezcan de trastornos de la personalidad (por ejemplo, trastorno antisocial de la personalidad) o que abusen de drogas o alcohol deben ser responsables de sus acciones. Más adelante, la asociación afirmó que a los peritos no se les debía permitir atestiguar sobre si el acusado podía controlar su conducta (*Psychiatric News*, 4 de febrero de 1983).

El empleo de la opinión de los expertos representa grandes problemas de interpretación (R. Rogers y Shuman, 2000). Hasta el momento, ninguno de los lineamientos propuestos para manejar el problema de la locura ofrece una solución por completo satisfactoria. Durante el juicio de Hinckley, Jr., la andanada de testimonios contradictorios de expertos dañó la imagen de la psiquiatría desde la perspectiva del público. Los que buscan la abolición de la defensa por locura creen que una forma de terminar con este tipo de espectáculos sería limitar el testimonio psiquiátrico para presentar evidencias de la anomalía mental que afecta la conciencia y percepción del acusado (su “intención” de cometer el crimen). Otro testimonio que se refiere a incapacidades más sutiles de entendi-

miento, juicio y control de la conducta ya no sería relevante en la etapa de prueba del juicio, pero se podría presentar en el momento de dictar sentencia. Otra propuesta se refiere a un grupo de testigos expertos que debería elegir la corte. Estos expertos ya no presentarían testimonios a favor de la parte acusadora ni de la defensa. En vez de ello, el grupo imparcial trataría de llegar a una conclusión con respecto del estado mental del acusado cuando cometió el crimen.

Tres estados (Montana, Idaho y Utah) han derogado la defensa por locura. Aunque es poco probable que la mayoría de los otros estados vayan a hacerlo, la controversia la sigue rondando. Se pueden esperar enmiendas a las leyes en relación con su aplicabilidad. Varios estados aprobaron leyes que permiten a los jurados declarar a los acusados “culpables pero enfermos mentales”. Dichos veredictos proporcionan a la persona condenada la oportunidad de recibir tratamiento y cumplir la sentencia completa igual que cualquier otro prisionero (ver el cuadro 17-2).

El caso de Theodore Kaczynski, quien al final admitió su participación en más de dos docenas de ataques con bombas que mataron a varias personas y mutilaron a otras, ilustra la diferencia entre los conceptos de competencia para ir a juicio y la falta de responsabilidad penal en razón de enfermedad mental. Los abogados de la defensa de Kaczynski, al igual que muchos otros, estaban convencidos de que era un enfermo mental. Sin embargo, tanto los abogados de la defensa como la parte acusadora y el juez, esta-



"No puede argüir locura, sólo es una infracción de tránsito."

15-133

Figura 17-15 Esta caricatura refleja la creencia de algunas personas de que, con frecuencia, es frívolo alegar defensa por locura.

FUENTE: *The Wall Street Journal*. Con permiso de Cartoon Features Syndicate.

ban de acuerdo en que era competente para ir a juicio debido a que llenaba los criterios de comprensión de los cargos en su contra y de ser capaz de contribuir a su defensa. Sin embargo, el caso se complicó por el hecho de que el Sr. Kaczynski no quería que se utilizara el tema de la enfermedad mental en su defensa, aunque sus abogados sentían que sin ésta estaban limitados para presentar el caso de la forma más sólida posible. Finalmente, después de que un psiquiatra designado por la corte certificó que cumplía con los criterios del DSM para la esquizofrenia paranoide, y por ello debía considerarse como enfermo mental aunque competente para ir a juicio, estuvo de acuerdo en declararse culpable y lo sentenciaron a pasar el resto de su vida en prisión.

La complejidad de la defensa por locura puede ser desconcertante aun para personas muy bien informadas. Sin embargo, las exigencias para el cese de la defensa por locura por lo regular surgen de conceptos erróneos del público (ver la figura 17-15). La tabla 17-5 menciona tres de los conceptos erróneos que se cree, de forma extensa, que son verdaderos. Las grandes brechas entre la realidad de la defensa por locura y los conceptos erróneos populares sugieren la necesidad de reconsiderar los temas pertinentes y la educación pública.

La defensa por locura es un concepto imperfecto, en lo que se refiere a qué juicios personales y qué grado de arbitrariedad desempeñan un papel importante. No hay duda de que el concepto está en evolución y necesita mejorarse. Sin embargo, lo que se debe tener en mente es que la defensa por locura (ya sea la presente u otra versión que todavía no se inventa ni se acepta) desempeña un papel importante en el sistema legal. Un objetivo de éste es que lo perciban como justo, porque si no se le considera así pierde la credibilidad y el respeto de la sociedad. Un sistema legal que trata a las personas incompetentes y enfermos mentales de igual forma

TABLA 17-5

Tres mitos con respecto a la defensa por locura

Mito 1: Los criminales utilizan la defensa por locura para evitar el castigo.

En realidad, las personas a las que se les declara "inocentes por razones de locura" nunca son liberadas de la misma forma en que una persona sería absuelta de un delito. Por lo regular son recluidas para darles tratamiento en un hospital especial para personas con enfermedades mentales graves que han cometido delitos. Las personas a las que se les declara inocentes por razones de locura, en promedio, son retenidas por lo menos un tiempo igual (con frecuencia mayor) que las personas que son declaradas culpables y enviadas a prisión por crímenes similares.

Mito 2: Se abusa ampliamente de la defensa.

En realidad, la defensa por locura se utiliza en contadas ocasiones.

Mito 3: La defensa permite que los criminales "se salgan con la suya".

A pesar de que se acusa de delitos violentos a aproximadamente la mitad de las personas que alegan locura, sólo a un pequeño porcentaje de ellas se les culpa de asesinato. Al resto se les juzga por robo, daño a la propiedad o delitos menores como robo en tiendas o emitir cheques sin fondos.

que a cualquier otra persona podría parecer que no cumple con la prueba de justicia. Cuando los expertos en salud mental testifican en el tribunal en relación con temas como la locura y la competencia, ayudan a los tribunales a ponderar los factores (como trastornos cerebrales, enfermedad mental y retraso mental) que se relacionan con la capacidad de una persona para participar con equidad en un proceso legal.

Otro factor que se relaciona con la defensa por locura es el carácter adverso del sistema legal estadounidense. En este sistema, el brazo de la ley es un adversario del ciudadano-acusado y trata de condenarlo. Para ser justo con un acusado que está enfrentando a un adversario tan imponente como lo es el Estado, debe estar en un estado mental lo suficientemente bueno para entender que está en juicio; comprender los cargos, las posibles sanciones y opciones; responder a las preguntas de manera significativa; detectar mentiras o errores de los testigos; y mantener informado al abogado de la defensa sobre los hechos relevantes mientras progresa el juicio. Si el estado mental de una persona interfiere con el cumplimiento de estos requerimientos, se necesita informar a la corte acerca de ello y tomarlo en cuenta al emitir un veredicto. Esto significa que el sistema legal se basa en ciertos supuestos morales. La forma de cumplir con estos supuestos es un trabajo en progreso.

Reclusión civil Los 50 estados tienen leyes para la reclusión civil. Estas leyes se basan en la doctrina de *parens patriae* (término en latín para la "paternidad del Estado"), de acuerdo con la cual el Estado puede actuar con base en los intereses de un menor o un adulto que está incapacitado. Las características principales del

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

¿Debe ejecutarse a las personas con locura?

En junio de 2001, Andrea Yates, de 37 años de edad, ahogó a sus cinco hijos en la tina del baño de su casa en Houston. Yates llamó al servicio 911 una hora después de haber colocado los cuerpos sin vida en su

cama. Cuando llegó un oficial a su casa y le preguntó por qué había llamado a la policía, ella contestó: “Yo maté a mis hijos”. Le dijo que había sido una mala madre. Más adelante indicó que la única forma de salvar a sus

hijos del diablo era matarlos. La señora Yates había intentado suicidarse en dos ocasiones antes de esa fecha, y sufría de profundas depresiones después del nacimiento de cada uno de sus hijos.



(a)



(b)

Figura 17-14 Andrea Yates fue enjuiciada y declarada culpable de ahogar a sus cinco hijos, cuyas edades oscilaban entre los seis meses a los siete años. (a) Andrea Yates entró a la sala del tribunal para ser acusada formalmente de cargos de asesinato que se castiga con pena de muerte. (b) Yates, su esposo y los cuatro hijos mayores en una foto familiar tomada antes del nacimiento de su último hijo.

proceso son una petición, una audiencia, y una decisión sobre el lugar en el cual se recluirá a la persona. En algunos estados, los juicios de los psiquiatras son decisivos para tomar las decisiones de reclusión. En otros, los médicos que no son psiquiatras desempeñan papeles dominantes. Hasta hace muy poco, los estándares para la reclusión no eran firmes y la protección para el paciente no existía o se ignoraba. Después, en una decisión que se tomó en 1979 (*Addington contra Texas*), la Suprema Corte de Estados Unidos estableció que las personas no debían ser recluidas en instituciones mentales a menos de que el Estado presentara evidencias “claras y convincentes” de que requerían hospitalización.

Todas las leyes civiles de reclusión implican dos juicios: si la persona padece de una enfermedad mental discapacitante o si es peligrosa. Es relativamente fácil establecer el primer criterio; el segundo es más problemático. La “peligrosidad” se refiere al potencial de infligir daño a otras personas y a uno mismo. Juzgar qué tan pe-

ligrosa puede ser una persona es, con frecuencia, un asunto difícil, como lo muestra el caso de Stuart.

Al principio, el vecino mayor de Jane parecía ser amigable.

Stuart, que vivía solo, muy a menudo se detenía a platicar. En ocasiones pedía prestada una herramienta para el jardín o Jane se la pedía a él. Pero hace dos años, la relación cambió de manera dramática.

Stuart, que tiene más de 60 años, se enamoró de Jane, de 36 años. Le recitaba versos de la Biblia y una vez entró en su casa cuando ella no estaba. Le escribía a Jane extensas cartas de amor, trató de abordarla y besarla en la Iglesia e intentó atraer hasta su casa a sus tres hijos con dulces y tarjetas de béisbol.

Compró una camioneta costosa idéntica a la de Jane y dijo que planeaba secuestrar a Jane y a sus hijos y llevarlos por todo el país. (Con base en Seattle Times, 27 de agosto de 1990, pp. A1, A5).

CUADRO 17-2

Le diagnosticaron esquizofrenia, la trataron con medicamentos antipsicóticos y la hospitalizaron en varias ocasiones. Los clínicos indicaron que sus delirios y otras ideas extravagantes eran muy evidentes. El caso de la señora Yates atrajo la atención nacional, no sólo por la horrible naturaleza de los asesinatos, sino porque también provocó un

debate sobre la enfermedad mental y la defensa que arguye locura. Durante su juicio, el fiscal les dijo a los miembros del jurado que en el momento de asesinar a sus hijos, la señora Yates podía diferenciar entre lo correcto y lo incorrecto. Afirmó que en varias ocasiones ella dijo que se había dado cuenta de que lo que había hecho era ilegal, incorrec-

to y pecaminoso. De acuerdo con la ley de Texas, una defensa por locura requiere que el acusado no esté consciente de que está cometiendo un crimen o haciendo algo malo.

El jurado la declaró culpable a pesar de sus antecedentes de enfermedad mental. Aunque la defensa trató de que su enfermedad mental fuera el factor central del caso, los fiscales centraron su atención en el horrible acto de una madre. Podrían haber sentenciado a la señora Yates a la pena de muerte, pero en lugar de ello la sentenciaron a cadena perpetua (ver la figura 17-14).

Por casi dos siglos la sociedad estadounidense ha tenido dificultades para determinar la forma apropiada de impartir justicia a las personas a las que se considera que tienen enfermedades mentales significativas cuando cometen un acto criminal. Algunas personas creen que el veredicto de culpable en contra de Andrea Yates demuestra la dificultad extrema de probar que un acusado es inocente arguyendo locura, aun cuando pocas personas dudan que la persona sea un enfermo mental grave. Un indicio de los problemas con la defensa que arguye locura es la gran variación en la forma en que los estados la aplican. Debido a que el jurado estaba convencido de que Yates sabía que lo que hizo estaba mal, el derecho formal demandó un veredicto de culpable, a pesar de la franca evidencia de su enfermedad mental.



(c)

Figura 17-14 (continuación) (c) En sus argumentos finales, la fiscal Kaylynn Lilliford, exhibió fotos de los cinco niños que fueron ahogados. No condenaron a Yates a la pena de muerte, debido a que se concluyó que tenía psicosis severa en el momento de ahogarlos, por lo que la sentenciaron a cadena perpetua.

¿Stuart es inofensivo o representa un peligro para sus vecinos? A pesar de que un juez lo declaró inofensivo, posteriormente fue encarcelado por varios delitos menores y también acosó a Jane durante mucho tiempo.

Debido a que la peligrosidad comprende una predicción de la conducta futura, su aplicación a los casos individuales provoca grandes problemas. ¿Un experto clínico puede decir al tribunal si una persona es peligrosa y cuándo va a dejar de serlo?

En 1985, una contadora de 22 años fue empujada cuando pasaba el tren subterráneo en las horas de mayor afluencia de personas. Un equipo de médicos, enfermeras y técnicos la atendieron durante 22 horas, tratando de salvarle la vida y reparando las severas heridas en la cabeza y muchos huesos fracturados. Su agresor, quien fue detenido por otro pasajero del tren subterráneo hasta que llegó la policía, resultó ser una mujer de 19 años que no tenía empleo y presentaba antecedentes de problemas mentales. Había salido de un pabellón psiquiátrico menos de un mes

antes de cometer su delito, a pesar de que presentó un comportamiento violento mientras estuvo internada y un psiquiatra advirtió que era peligrosa. En dos ocasiones atacó a compañeros pacientes y se le tuvo que detener con una camisa de fuerza.

A pesar de que, en este caso, el psiquiatra tenía razón al pensar que la mujer de 19 años era peligrosa, las evidencias disponibles sugieren que las predicciones de los médicos clínicos acerca de si una persona hará algo peligroso en el futuro con frecuencia no son precisas. Los especialistas en salud mental son los mejores para predecir la conducta peligrosa que quizá ocurra en el futuro próximo, pero incluso así, los estudios demuestran que sólo de 40 a 60% de las predicciones son exactas (Appelbaum, 1991). Los registros de las predicciones a plazo más largo son peores. En varios estudios que realizaron un seguimiento de los pacientes durante varios años, sólo de 14 a 35% de los que se consideraron potencialmente peligrosos para los demás fueron arrestados por crímenes violentos. En la

actualidad, el mejor indicio de peligrosidad futura es que ésta haya existido en el pasado, a menos de que ya no exista la circunstancia particular que produjo la conducta anterior (Cunningham y Reidy, 1999; Guthiel y Appelbaum, 2000). Además, los estudios de la peligrosidad han descubierto de manera permanente que pocos pacientes son peligrosos sólo para los demás. En un estudio de mil pacientes que se atendieron en las salas de emergencia psiquiátrica, sólo 4% eran peligrosos para los demás, tres veces más presentaban riesgo de suicidio o eran peligrosos para sí mismos y sólo 0.6% eran peligrosos sólo para los demás y no para sí mismos (Appelbaum, 1991).

Todos aceptan el objetivo de proteger los derechos de las personas que están reclusas en una institución en contra de su voluntad. No obstante, no está clara de ninguna manera la forma de proteger esos derechos mientras al mismo tiempo se asegura el bienestar de la persona y de la sociedad. En la actualidad, las reclusiones civiles parecen aumentar su frecuencia. Esta tendencia se ha visto reforzada por las decisiones recientes de la corte que hacen hincapié en el papel de *parens patriae* del Estado en el tratamiento de los pacientes por su propio bien. También contribuye el fracaso de muchos estados para desarrollar redes de tratamiento en la comunidad a fin de complementar los sistemas de los hospitales, así como los programas de seguros para la salud que ofrecen sólo subsidios marginales para el cuidado de los pacientes externos.

Reclusión civil involuntaria La forma en que una comunidad responde en un momento dado a los enfermos mentales que necesitan ayuda varía según los valores sociales, decisiones legales y juicios sobre el peligro potencial de las personas que se dañan a sí mismas y a otros. A finales del siglo XIX y principios del XX la mayoría de los estados promulgaron **leyes de reclusión civil involuntaria** para proporcionar cuidado a las personas con enfermedades mentales que lo necesitaran, pero que debido a su enfermedad mental no pueden reconocer su necesidad. La hospitalización y el tratamiento de los enfermos mentales se consideraron necesarios, aun sin el consentimiento informado del paciente, para ayudar a la persona con necesidad. Los valores cambiantes que comenzaron hace aproximadamente 40 años dieron como resultado nuevas leyes que otorgaron mayor importancia a las libertades civiles de las personas. La reclusión involuntaria se empezó a ver como una acción del estado que daba como resultado la pérdida del derecho a la libertad protegido constitucionalmente. No sólo las causales para la reclusión son ahora más restrictivas, sino que muchas autoridades argumentan que sólo un interés gubernamental convincente podría justificar la pérdida de la libertad que ocasiona la reclusión. Muchos estados cambiaron sus leyes de reclusión involuntaria para exigir una sentencia de enfermedad mental y peligrosidad para sí mismo y para otros como la única causal de reclusión. La mayoría de las agencias de salud mental adoptaron la política de hospitalización de corto plazo, siempre que fuese posible, como respuesta a los dictámenes de la corte de que los pacientes tienen el derecho a una alternativa menos restrictiva que la hospitalización.

Recientemente, debido a la preocupación del público sobre la seguridad, la mayoría de los estados promulgó leyes que autorizan la **obligación como paciente externo** de los enfermos mentales que no son peligrosos pero que son propensos a deteriorarse y a

tornarse peligroso si no reciben tratamiento. Se puede ordenar a los pacientes sujetos a obligación como paciente externo que tomen los medicamentos y acudan a sus citas en los centros de salud mental. Las leyes que tratan a los obligados como pacientes externos reflejan la creciente voluntad del Estado de utilizar su autoridad para obligar y solicitar que los pacientes no institucionalizados cumplan con su tratamiento. Las leyes recientes también han otorgado a los médicos más poder y responsabilidad para cuidar a los enfermos mentales a través del sistema de reclusión civil involuntaria. Los cambios en las leyes relacionadas tanto con la reclusión de pacientes hospitalizados como no hospitalizados refleja las tensiones existentes dentro de la sociedad entre la necesidad de ayudar a las personas y la de proteger a la comunidad.

La mayoría de las leyes de reclusión involuntaria intentan balancear los derechos del enfermo mental que rehúsa tratamiento con los derechos de las personas a las que puedan dañar seriamente. Las leyes se refieren sólo al daño físico, y no tratan acerca de la angustia de los miembros de la familia y el daño emocional, financiero y psicológico al que puedan estar sujetos. El siguiente pasaje lo escribió alguien cuyo esposo se suicidó recientemente:

Hace dos años, mi esposo Patrick desarrolló esquizofrenia paranoide. Una breve hospitalización mostró que los medicamentos podían controlar sus síntomas. Por desgracia, su proceso de pensamiento crecientemente desordenado lo llevó a rehusar el medicamento y tratamiento adicional después de su alta. Aunque sus comentarios amenazadores, y con frecuencia suicidas, no eran lo suficientemente concretos para justificar una reclusión involuntaria, su conducta diaria era tan perturbadora que los miembros de la familia con frecuencia llamaban a los oficiales de la policía y a profesionales de salud mental para pedir ayuda. Pero el resultado siempre era el mismo: no se puede hacer nada a menos que Patrick sea una amenaza evidente para sí mismo o para otros.

Recientemente, los oficiales de la policía y los jueces han recibido mejor capacitación con respecto a los temas de salud mental y se muestran muy dispuestos para considerar nuevos enfoques hacia las personas que se puedan tratar con estos nuevos conocimientos. Por ejemplo, Broward County, en Florida, estableció un tribunal especial para enfermos mentales. El tribunal está diseñado para llevar a los enfermos mentales acusados ante un juez, que tiene tanto la capacitación especial como la autoridad para transferir a los acusados de un sistema penitenciario sobrepoblado a un sistema de salud mental sin comprometer la seguridad pública. Normalmente, la situación de los enfermos mentales acusados de delitos menores se resolvía por medio de un sistema de tribunales penales, que manejaba miles de acusados diferentes. Antes de que se estableciera la corte especial, se reclusa cada año a alrededor de 7000 enfermos mentales en las cárceles de Broward County. Muchas de estas personas eran infractores menores no violentos. El tribunal sólo da audiencia a acusados que enfrentan cargos por delitos menores, excepto en el caso de cargos por violencia doméstica o conducir en estado de ebriedad. De acuerdo con la ley que creó el tribunal, los enfermos mentales, a los que se declara como peligrosos para sí mismos o para los demás, puede ser reclusos voluntaria o involuntariamente en un hospital mental estatal u otra institución de salud mental para recibir tratamiento.

Los derechos de los pacientes

En el pasado reciente, a las personas se les trataba como si la admisión a un hospital mental justificara el retiro de todos sus derechos. Sin embargo, de acuerdo con las decisiones de los tribunales durante los últimos 20 años, los derechos de los pacientes se deben tomar en cuenta y se les debe ofrecer el tratamiento adecuado. En un caso de 1971 que atrajo la atención nacional (*Wyatt contra Stickney*), un tribunal estableció que el Estado debe proporcionar el tratamiento adecuado para los pacientes de los hospitales mentales que se encuentran reclusos de manera involuntaria. Además de reconocer el derecho de los pacientes al tratamiento, especificó relaciones y cualidades básicas del personal en los hospitales e impuso planes de tratamiento individuales.

En una decisión de la Suprema Corte, en 1975, (*O'Connor contra Donaldson*), Kenneth Donaldson obtuvo 38 500 dólares por daños y compensaciones por parte de dos psiquiatras del personal del Florida State Hospital porque no le proporcionaron el tratamiento adecuado durante 14 años de reclusión involuntaria. La importancia de la regla de *O'Connor contra Donaldson* radica en el reconocimiento de que las personas que están hospitalizadas y no son peligrosas tienen el derecho constitucional al tratamiento. Esta decisión fortaleció los derechos de los pacientes hospitalizados involuntariamente, pero no hizo más fácil la tarea de determinar si un paciente es peligroso o no.

Los tribunales han abierto las puertas a un mejoramiento esperado durante mucho tiempo en el tratamiento de los enfermos mentales. Un juez federal en Nueva Jersey estableció que un paciente mental recluso de manera involuntaria, que se opone a la terapia con fármacos que se le administra, no debe ser forzado a tomar los medicamentos (*Rennie contra Klein*, 1978). Ya que, en la actualidad, los fármacos constituyen la forma principal de controlar la conducta en las instituciones, y a casi todos los pacientes reclusos de modo involuntario se les administran antipsicóticos en forma rutinaria, es probable que éstas y otras regulaciones tengan efectos de largo alcance en la forma en que se define el tratamiento en las instituciones estatales. Además de reforzar el derecho de los pacientes a obtener tratamiento (y su derecho a rechazarlo), los tribunales también apoyan el derecho que tienen los pacientes de recibir el tratamiento menos restrictivo que esté disponible. El "tratamiento menos restrictivo" es sólo tan restrictivo y limitante como sea necesario para lograr los propósitos de la reclusión.

Cada vez con mayor frecuencia, tanto los pacientes como los jueces ponen en duda la seguridad y eficacia de los métodos actuales de tratamiento. Los tratamientos físicos, como los fármacos y la terapia electroconvulsiva, tienen el potencial de provocar una lesión permanente. Ciertos pacientes parecen deteriorarse como resultado de la psicoterapia. Algunos expertos también creen que los procedimientos de modificación de conducta, como las economías de fichas, también son coercitivos. Otros críticos piensan que el simple hecho de estar en una institución es contraproducente en el aspecto terapéutico, sin importar la calidad de la institución. Hasta hace poco se daba por hecho el poder del hospital para negar a un paciente el derecho de revisar sus expedientes. En la actualidad, los pacientes pueden ver sus expedientes, pero algunos hospitales no comunican a los pacientes que pueden hacerlo.

Las complejidades implicadas en los juicios sobre los derechos de los pacientes se ilustran en el siguiente caso:

Nancy, de 36 años, estaba en una audiencia en la que se decidiría si podía rehusarse a tomar los medicamentos psicotrópicos. Un policía local la llevó a la sala de emergencia. Hace poco tiempo Nancy perdió su trabajo y posteriormente la desalojaron de su departamento. Esa noche la apresaron tratando de entrar en forma ilegal al departamento. La policía no la detuvo, pero la encontraron varias horas después en las vías del ferrocarril cercanas, acurrucada cerca de una fogata que había hecho para mantenerse caliente.

La estancia de Nancy en el hospital fue difícil. Se resistía a estar allí, negaba tener una enfermedad mental, y no quería tener nada que ver con un tratamiento. Aunque no tenía antecedentes de un tratamiento psiquiátrico previo, su familia reportó que había estado preocupada por mucho tiempo. Además de su conducta extravagante en la tarde en la que la recluyeron y su conducta poco cooperativa en el pabellón hospitalario, Nancy admitió que escuchaba voces. La recluyeron en el hospital. Sin embargo, continuó rehusándose a tomar el tratamiento, alegando que no tenía una enfermedad mental, que no necesitaba medicamentos y que en todo caso prefería no tomar medicamentos de ningún tipo. Los psiquiatras que trataban a Nancy intentaron medicarla involuntariamente a través de una orden de la corte. (Saks, 2002, p. 5).

En este caso, los psiquiatras creían que Nancy tenía una enfermedad mental grave y que imponerle un tratamiento mejoraría su vida y bienestar. Nancy pensaba que estaba pasando por ciertos problemas de la vida pero no pensaba que estuviera "loca". Su abogado sostenía que forzarla a tomar medicamentos aumentaba los riesgos, conocidos y desconocidos, asociados con agentes químicos poderosos, y también era una grave agresión a su dignidad. Argumentó que escuchaba voces, pero que también las oyen algunos místicos religiosos. El psiquiatra estaba muy comprometido a restablecer la salud, mientras que el abogado estaba muy comprometido con la libertad.

Consentimiento informado A medida que se han ampliado los derechos de los pacientes, se ha reforzado el requerimiento del consentimiento informado. El **consentimiento informado** requiere que los pacientes reciban la información adecuada sobre la naturaleza del tratamiento que se planeó para ellos antes de que estén de acuerdo en someterse a éste. El clínico debe comunicar esta información en un lenguaje que el paciente pueda comprender, en lugar de emplear términos técnicos, y explicar en forma clara los riesgos y beneficios potenciales, incluyendo cualquier molestia que pueda surgir debido al tratamiento. Con frecuencia, si el paciente es incompetente para evaluar la información que se le proporciona (por ejemplo, con una condición psicótica), un abogado que se asigna para velar por los intereses del paciente desempeña un papel en el proceso de toma de decisiones. El requerimiento del consentimiento informado se aplica en personas que sirven como sujetos en los experimentos, así como en pacientes que se someten a un tratamiento. Tanto los pacientes como los sujetos experimentales tienen el derecho de dar por terminada su participación en el tratamiento o investigación, aun cuando hayan dado su consentimiento previo (Federman y cols., 2003).

Los tres elementos esenciales del consentimiento informado son:

- Competencia
- Información
- Voluntad

Ya sea que los participantes sean sujetos en investigaciones o pacientes en terapia, una pregunta clave es: ¿Son competentes? Es decir, ¿son capaces de entender el procedimiento en el que tomarán parte, decidir sobre una opción de tratamiento y comunicar dicha decisión en forma verbal o no verbal? Los participantes necesitan información acerca de la situación en la que se van a involucrar, más allá de la competencia (incluyendo las ventajas y desventajas potenciales), y la libre decisión sobre participar o no participar.

La institucionalización de los niños trae consigo problemas especiales que las cortes apenas empiezan a abordar. Entre las preguntas que se deben tomar en cuenta están: ¿Qué nivel de libertad deben tener los padres para buscar la institucionalización de un hijo o hija? ¿Cuándo y en qué condiciones puede el Estado internar en una institución a los niños en contra de la voluntad de los padres? ¿Qué procedimientos se necesitan para proteger los derechos de los niños? ¿Cuáles son esos derechos? La Suprema Corte de Estados Unidos establece que los padres pueden recluir a sus hijos en instituciones del Estado siempre y cuando lo aprueben “investigadores neutrales”. La calidad del tratamiento que se proporciona es un factor importante en la aprobación de la institucionalización de niños y adultos. Por ejemplo, han surgido dudas con respecto de la eficacia de las instituciones que ofrecen muy poca o ninguna capacitación especial para las personas con retraso mental.

El aspecto del consentimiento informado en la terapia se reconoce con mayor claridad en el caso del tratamiento biológico, como la terapia electroconvulsiva, pero también es importante en el caso de las terapias psicológicas. Siempre que sea posible, terapeuta y paciente deben determinar los objetivos de la terapia, sin que aquél ejerza ninguna influencia. ¿Un terapeuta debe motivar a un joven para que asista a la universidad porque así lo desean los padres del paciente, que son quienes pagan las cuentas? El paciente debe constituir la principal preocupación del terapeuta, pero las influencias externas, como los deseos de los padres, se pueden convertir en factores coercitivos en el tratamiento. Tampoco los clínicos deben imponer sus valores personales en la terapia que ofrecen a los pacientes. Una actitud de respeto hacia éstos, un planteamiento sin dogmas y un cuestionamiento sano de las prácticas terapéuticas son ingredientes importantes en todos los tipos de tratamiento.

Confidencialidad y obligación de poner sobre aviso

La psicoterapia eficaz [...] depende de una atmósfera de confianza en la que el paciente esté dispuesto a revelar en forma franca y completa los hechos, emociones, recuerdos y miedos. Debido a la naturaleza sensi-

ble de los problemas por los cuales las personas consultan a los psicoterapeutas, la revelación de comunicaciones confidenciales hechas durante las sesiones de asesoría puede causar vergüenza o desgracia. Por esta razón, la simple posibilidad de revelación puede impedir el desarrollo de la relación confidencial necesaria para un tratamiento exitoso. (Jaffe contra Redmond, 1996).

La rotunda aprobación de la importancia de la confidencialidad cuando se proporcionan tratamientos de salud mental surge de la decisión de la Suprema Corte de Estados Unidos en el caso de *Jaffe contra Redmond*. Mientras las decisiones de la Suprema Corte y otros tribunales dejan pocas dudas de que existe amplia protección legal para el derecho de confidencialidad, existen numerosas excepciones o limitaciones, y la protección de la confidencialidad varía de un estado a otro. El siguiente caso ilustra la complejidad de los temas relacionados con la confidencialidad:

Prosenjit Poddar, un estudiante en terapia en el servicio de salud estudiantil de la Universidad de California, expresó sentimientos homicidas hacia Tatiana Tarasoff, otra estudiante, que lo había desairado. El terapeuta descubrió a través de un tercero que Poddar había pensado adquirir una pistola, y se lo comentó a su supervisor. Llamaron y enviaron una notificación por escrito a la policía. Al encontrar que Poddar aparentemente no era una amenaza, la policía no lo arrestó. Poddar suspendió el tratamiento, y 3 meses después, cuando Tarasoff regresó de un viaje al extranjero, la asesinó. Inexplicablemente, el supervisor del terapeuta ordenó que se destruyeran todos los registros. Posteriormente, los padres de Tarasoff demandaron a todas las partes.

En un juicio que surgió de este caso, la Suprema Corte de California sostuvo que los terapeutas tienen la **obligación de avisar** a las víctimas potenciales de la peligrosidad de su paciente, de llamar a la policía o tomar otras medidas razonables. El caso *Tarasoff* abrió nuevos caminos relativos a la responsabilidad de los clínicos respecto de otras personas que no sean sus pacientes. Dio como resultado dos dictámenes de la Corte. En 1976, dictaminó que un terapeuta debería notificar a una víctima potencial u otros que probablemente notifiquen a la víctima sobre el peligro. En 1982 decidió que los clínicos deben tomar acción legal responsable para proteger a víctimas potenciales.

La decisión de la Suprema Corte de California y dictámenes subsecuentes de otros tribunales han originado que, hoy en día, una gran cantidad de preguntas sean debatidas vigorosamente por terapeutas y abogados:

- ¿Cuándo debe el terapeuta romper la confidencialidad?
- ¿A quiénes debe advertir?
- ¿Qué pasa si notifican (o no) a la víctima potencial?
- ¿Cómo se supone que sepan si la amenaza de su paciente representa una fantasía o un peligro de violencia real?

Mientras que la importancia de la confidencialidad como un principio ético es evidente, también es claro que no es un valor

absoluto. En la actualidad, cada estado tiene leyes que establecen ciertas excepciones a ella. La excepción más común ocurre cuando una persona en tratamiento consiente en renunciar a la confidencialidad, tal vez a propuesta del terapeuta. Si la familia, en ciertas circunstancias, debe recibir información relacionada con un hijo adulto, es un tema de cierta controversia. Existe acuerdo general de que se necesita mejorar el marco legal para proteger la confidencialidad de la información concerniente a la relación clínica, por ejemplo, mediante la reducción de las diferencias actuales entre los estados en relación a los temas de confidencialidad. La confidencialidad es un asunto de preocupación tanto ético como legal.

Comentarios finales

La interacción ha sido un tema importante a lo largo del libro. Una y otra vez se observa que mientras los factores biológicos y ambientales en ocasiones operan como determinantes independientes de la conducta desadaptada, con más frecuencia las interacciones entre ellos son de vital importancia. También se observa que las interacciones son importantes en el tratamiento de la desadaptación. Un reciente análisis sobre los efectos de varias sustancias psicoactivas concluyó que la relación médico-paciente es una variable clave en la eficacia de los medicamentos. Mientras mejor sea esta relación, más alta será la probabilidad de que los medicamentos sean eficaces (Tasman y cols., 2000).

Este capítulo agrega un término adicional a la ecuación: *política pública*. La política pública, a la que dan forma las opiniones públicas y actitudes, desempeña un papel importante en si un cierto grupo de personas recibe tratamiento o castigo, hasta qué grado se realizan esfuerzos para prevenir conductas no deseadas y los métodos empleados para prevenirlas. Esto significa que tal vez no sea suficiente con sólo describir la desadaptación y prescribir un programa de tratamiento apropiado. Para ciertos problemas y segmentos de la población, los temas de interés público influyen en forma significativa en la respuesta a problemas cognitivos y conductuales.

Este último capítulo, quizá más que ningún otro en el libro, ilustra el panorama optimista de muchos investigadores y terapeutas en la actualidad. Es fácil señalar los espacios en blanco de nuestro conocimiento: ¿Por qué la esquizofrenia se presenta sobre todo durante los últimos años de la adolescencia y los primeros de la adultez? ¿Qué provoca las crisis de pánico? ¿Qué se puede hacer con respecto de la senilidad? Pero tal vez más significativo que la falta de conocimiento que implican estas preguntas es el consenso actual de que 1) el método científico se puede aplicar de manera fructífera y 2) el conocimiento que resulta se puede utilizar para reducir la frecuencia de la conducta desadaptada. Otro desarrollo positivo es la voluntad creciente de los jueces, los profesionales en salud mental y el público para analizar y reevaluar los principios con base en los cuales se proporciona cuidado a los enfermos mentales. Existen muchos desarrollos prometedores en la búsqueda de la preven-

ción eficaz, pero es necesaria la investigación sistemática para desarrollar intervenciones eficaces. Aunque los enfoques preventivos que se revisaron en este capítulo parecen prometedores, sólo los estudios científicos pueden darles validez.

La fórmula para lograr la prevención se podría expresar como $P = C \times V$. La prevención (P) se logra cuando el conocimiento (C) necesario está disponible y la sociedad tiene voluntad (V) para emplearlo a fin de prevenir resultados indeseables. Uno de los grandes logros de la época actual es la conciencia generalizada de que se hace mucho daño y poco bien al culpar o estigmatizar a las personas por sus anomalías, ya sean físicas o conductuales. Uno de los grandes desafíos es encontrar una forma para motivar tanto a las personas como a la sociedad a que lleven a cabo acciones que incrementen la felicidad, la eficacia personal y el bien común de la familia humana.

Se ha hecho hincapié en muchas ocasiones a lo largo de este libro en la capacidad de muchas personas para afrontar la adversidad y ser más fuertes como resultado de ello. Mientras que el desafío de la resiliencia (la capacidad de recuperarse) se une al desafío de la vulnerabilidad y las características personales, sociales y biológicas que generan riesgo, el campo de la psicología anormal podrá contribuir aún más a la comprensión de la condición humana.

El mensaje con el que nos quedamos

Es posible pensar que todo este capítulo trata sobre 1) cómo gastar dinero, o 2) valorar los juicios. La mayoría del dinero que las agencias gubernamentales, las organizaciones privadas y las personas invierten en la salud mental, se utiliza para el diagnóstico y el tratamiento de diversos tipos de desadaptación. Sólo una pequeña parte de la inversión se destina a la prevención. Una inversión mayor en la prevención produciría el incremento de los dividendos. Gracias a programas preventivos como la vacunación, muchas enfermedades (por ejemplo, la poliomielitis) se han eliminado casi por completo. En el área de la salud mental sería posible “vacunar” a niños y adultos por medio de programas con un costo relativamente bajo, como la educación, la capacitación de los padres e instalaciones recreativas en la comunidad.

Las leyes y los procesos sociales reflejan los juicios de valor de las comunidades. ¿Cuánta libertad e independencia deben tener las personas para vivir su vida? ¿Cuáles son las responsabilidades de la comunidad con respecto al cuidado y protección de quienes tienen dificultades para ajustarse a la sociedad tal como es? En el capítulo 1 se explicó el estigma que con frecuencia se anexa a la enfermedad mental. La estigmatización es una expresión de los valores y las actitudes, igual que la manera en que se formulan las leyes y se llevan a cabo los procesos legales. Se espera que este libro, además de proporcionar información útil, haya ayudado a aclarar algunos de nuestros valores y actitudes en relación con la conducta desadaptada.

R esumen del capítulo

Tipos de prevención

Los esfuerzos de prevención se pueden enfocar en diferentes puntos de la cronología del desarrollo del problema.

Niveles de prevención La **prevención primaria** centra la atención en la reducción de casos nuevos de trastornos que de otra forma se presentarían en la población. El papel de la **prevención secundaria** es reducir el efecto potencial de una condición anormal existente al disminuir su duración, intensidad o la incapacidad que provoca. La **prevención terciaria** se dirige hacia la reducción de la incapacidad que ya provocó un trastorno o suceso.

Prevención centrada en las situaciones y en las competencias La **prevención centrada en las situaciones** tiene como objetivo reducir o eliminar las causas ambientales de la conducta desadaptada. La **prevención centrada en las competencias** hace hincapié en el aumento de las capacidades de las personas para afrontar las condiciones que pueden provocar la conducta desadaptada. Cualquiera de estos dos planteamientos se puede aplicar al divorcio, un ejemplo de situación estresante que con frecuencia origina una conducta desadaptada. Los primeros programas educativos ilustran la prevención que se centra en las competencias. La capacitación en las habilidades cognitivas y sociales facilita el ajuste del niño en la escuela y puede también tener efectos positivos a largo plazo.

Áreas de prevención

La familia La familia es un área importante para los esfuerzos de prevención. Los padres afectan el desarrollo de sus hijos desde el momento de la concepción, por medio de los genes que transmiten, el entorno prenatal y el entorno físico y psicológico en el cual crecen los niños. El **abuso infantil** y el **abuso conyugal** son ejemplos de conductas dañinas que se pueden tratar por medio de las intervenciones en los tres niveles de prevención. El conflicto entre los padres y el divorcio son también áreas en las que las intervenciones en cualquiera de los tres niveles de prevención pueden ser útiles para toda la familia. Para manejar ciertos tipos de problemas, los padres pueden recibir capacitación para actuar como terapeutas de sus hijos.

La escuela Muchos problemas familiares, conductuales y otros que se relacionan con el aprendizaje no se identifican sino hasta que el niño empieza a asistir a la escuela. Las intervenciones especiales por parte del maestro del grupo o los trabajadores de la salud mental del colegio pueden prevenir muchos trastornos de conducta en los niños.

La comunidad Los organismos u organizaciones comunitarios pueden proporcionar a los niños experiencias satisfactorias que tal vez les ayuden a desarrollar intereses y habilidades positivos. Pueden hacer que los niños establezcan contacto con adultos que se preocupan por ellos, así como ofrecer acceso a ideas nuevas. Los oficiales de policía pueden desempeñar un papel importante en la prevención. Suelen servir como modelos positivos y, si se les capacita en técnicas de prevención, pueden ayudar a reducir la violencia familiar cuando intervienen en los enfrentamientos.

Diversas rutas de prevención

Prevenir la conducta desadaptada y proporcionar respuestas terapéuticas apropiadas cuando ésta se presenta, tienen implicaciones para las

instituciones sociales básicas, y también para programas específicos para grupos o tratamiento con personas.

Psicología comunitaria La **psicología comunitaria** se preocupa por el papel de los sistemas sociales y el entorno comunitario en la prevención. Los psicólogos comunitarios pueden trabajar dentro de instituciones comunitarias existentes o desarrollar nuevos programas de ayuda a los necesitados.

Paraprofesionales Los **paraprofesionales** que no tienen capacitación especializada en salud mental, pero que poseen antecedentes culturales similares a los de las personas a las cuales servirán, pueden ser capacitados para eliminar la brecha entre los trabajadores profesionales de clase media y los grupos objetivo en la comunidad.

Grupos de autoayuda Los **grupos de autoayuda**, compuestos por personas con problemas similares, pueden ser útiles para muchas personas que experimentan estrés extremo o pérdida.

Tratamiento en la comunidad

Un sistema integral de servicios en la comunidad puede ayudar a prevenir el regreso al hospital de los enfermos mentales crónicos. Además, las comunidades pueden prevenir el ingreso a las instituciones mediante la creación de instalaciones de tratamiento, como **vivienda tutelar** y **vivienda alternativa**.

Problemas de los programas comunitarios Los programas comunitarios necesitan ofrecer servicios integrales de tratamiento y apoyo, así como más continuidad en el servicio para quienes tienen problemas crónicos de conducta desadaptada.

Mejoras a los programas de tratamiento comunitario Una variedad de programas de tratamiento comunitario pueden ofrecer alternativas para la hospitalización residencial de tiempo completo. Los programas de transición como las **posadas-dormitorio** o **casas de medio internamiento** pueden ayudar a los pacientes después de que son dados de alta del hospital. La **hospitalización parcial** en hospitales diurnos puede proporcionar tratamiento continuo y un lugar donde quedarse mientras los pacientes comienzan su transición hacia las actividades fuera del hospital durante el día. A pesar de que la desinstitucionalización ayuda a que salgan del hospital los pacientes a largo plazo, la falta de fondos para programas alternos da como resultado un aumento en la frecuencia de las readmisiones de los pacientes en los hospitales para estancias a corto plazo.

Aspectos legales del tratamiento y la prevención

Institucionalización La **reclusión**, o ingreso a una institución, puede ser **reclusión civil voluntaria** (cuando los pacientes están de acuerdo en ingresar al hospital) o **reclusión civil involuntaria** (cuando son hospitalizados por medio de un procedimiento legal). La **reclusión penal** de una persona en un hospital mental puede ocurrir cuando el acto delictuoso de la persona es legalmente declarado como resultado de la locura; esta medida tiene por objetivo proteger los intereses de la sociedad.

La **locura** es un término legal que se refiere al estado mental de una persona cuando realiza el acto criminal; la **competencia** se refiere

al estado mental de una persona en el momento del procedimiento judicial. Una **persona incompetente ante la ley** carece de la capacidad para consultar a un abogado y comprender el procedimiento legal. La **defensa por locura** surge del reconocimiento de que un delito no fue necesariamente una violación intencional de las normas sociales, sino que puede ser resultado de un desequilibrio psicológico. A pesar de que la cantidad de defensas por locura que tienen éxito es muy reducida, este recurso ha sido objeto de controversias durante muchos años.

La **regla M'Naghten**, o la prueba del conocimiento "del bien y el mal" de la locura, se empleó durante muchos años. La **regla Durham** se refiere a la falta de responsabilidad penal si el acto fue el resultado de enfermedad o defecto mental. Posteriormente se incorporaron dentro de las leyes de muchos estados los **lineamientos del American Law Institute (ALI)**, que se enfocan en la incapacidad que surge de la enfermedad mental. La American Psychiatric Association argumenta que las personas deben ser absueltas por demencia sólo si padecen de un trastorno severo como la psicosis.

Las leyes de reclusión civil se basan en la doctrina de **parens patriae**, la idea de que el Estado puede actuar de acuerdo con los intereses de un menor o un adulto incapacitado. La ley actual requiere que el Estado presente razones "claras y convincentes" de cuándo es necesaria la hospitalización. Los derechos de los pacientes mientras están hospitalizados también han sido objeto de atención de las decisiones de los tribunales. El Estado debe proporcionar tratamiento adecuado para quienes se encuentran reclusos en forma involuntaria. Además, las decisiones de los tribunales respetan el derecho que tienen los pacientes a rechazar tipos específicos de tratamiento.

Los derechos de los pacientes Los derechos de los pacientes incluyen el derecho al **consentimiento informado**, que significa que se les deben explicar en un lenguaje claro la naturaleza del tratamiento y sus posibles consecuencias positivas y negativas antes de que den su consentimiento para someterse a éste. También tienen el derecho de suspender el tratamiento aun cuando hayan dado su consentimiento previo.

Confidencialidad y obligación de poner sobre aviso

Existe amplia protección legal de la confidencialidad en los escenarios clínicos. Sin embargo, el derecho a la confidencialidad no es absoluto. La decisión *Tarasoff* les asignó a los terapeutas la **obligación de poner sobre aviso** a las víctimas potenciales de la peligrosidad de sus pacientes. Esto da lugar a preguntas importantes respecto de la confidencialidad de la relación paciente-terapeuta, y de la evaluación del terapeuta sobre la peligrosidad.

Comentarios finales

La política pública desempeña un papel importante, pues influye en la forma en que se aprecia la conducta desadaptada y la respuesta de la sociedad a la misma, junto con la naturaleza de tipos particulares de conducta desadaptada y la disponibilidad de tratamientos que se pueden aplicar. La fórmula para la prevención se puede expresar como sigue: la prevención es igual al conocimiento necesario multiplicado por la voluntad de la sociedad para utilizar ese conocimiento.

C

onceptos clave

Abuso conyugal, p. 557
 Abuso infantil, p. 557
 Casas de medio internamiento, p. 567
 Competencia, p. 568
 Consentimiento informado, p. 575
 Defensa por locura, p. 569
 Delincuencia juvenil, p. 552
 Grupos de autoayuda, p. 563
 Hospitalización parcial, p. 567
 Impulso irresistible, p. 569
 Lineamientos del American Law Institute (ALI), p. 569

Locura, p. 568
 Obligación como paciente externo, p. 574
 Obligación de poner sobre aviso, p. 576
 Paraprofesionales, p. 562
Parens patriae, p. 571
 Persona incompetente, p. 568
 Posadas-dormitorio, p. 567
 Prevención centrada en las competencias, p. 554
 Prevención centrada en las situaciones, p. 554
 Prevención primaria, p. 552

Prevención secundaria, p. 552
 Prevención terciaria, p. 552
 Psicología comunitaria, p. 562
 Reclusión civil, p. 574
 Reclusión civil involuntaria, p. 568
 Reclusión penal, p. 568
 Regla Durham, p. 569
 Regla M'Naghten, p. 569
 Vivienda alternativa, p. 564
 Vivienda tutelar, p. 564

Un buen libro

El libro de Susan Sheehan sobre Sylvia Frumkin, que se describió brevemente en este capítulo, ganó un premio Pulitzer poco después de ser publicado en 1982. Vale la pena leer *Is There No Place for Me?* por varias razones. Cuenta la historia de una persona que, de ser una estudiante de primaria muy inteligente, cayó en las degradaciones de su esquizofrenia. (En cierto momento Sylvia cree que ve a Jesús, y en otro ser la esposa de Paul McCartney). El relato de Sheehan es especialmente valioso porque exhibe el funcionamiento interno de la mente de

una persona severamente perturbada y el fracaso de la sociedad y sus organismos para ayudarla. Sheehan conocía mejor a Sylvia Frumkin de lo que la mayoría de los biógrafos conoce a sus sujetos. Vivió con ella por algún tiempo, y hasta durmió en una cama cerca de ella durante una de sus hospitalizaciones. El libro es, al mismo tiempo, una descripción de una tragedia personal y una acusación social.

Glosario

A

Abstinencia Cambios fisiológicos, que van desde muy leves hasta en extremo desagradables, que tienen lugar después de que una persona interrumpe el uso de una sustancia adictiva. Quizá los más conocidos son los síntomas de abstinencia de la heroína.

Abuso de sustancias Consumo de sustancias psicoactivas al grado de que se presenta una afección severa y duradera en alguna función.

Abuso del cónyuge Daño físico que hacen las esposas o esposos a su pareja. Los más comunes son las agresiones físicas por parte de los esposos. El abuso también puede ser psicológico.

Abuso infantil Daño, casi siempre físico, que deliberadamente causan los padres o personas que cuidan a los niños, con frecuencia por medio de golpes repetidos.

Accidente cerebrovascular (ACV) Ruptura o bloqueo de los vasos sanguíneos en el cerebro que interrumpe o evita el flujo de sangre. Por lo general, se conoce como embolia.

Aceptación incondicional Término que emplea Carl Rogers para destacar la importancia de la aceptación incondicional por parte del terapeuta de un cliente como una persona que vale.

Acetilcolina Químico involucrado en la transmisión de los impulsos nerviosos.

Ácido desoxirribonucleico Véase ADN

Ácido gamma-amino-butírico Véase GABA.

Ácido valproico Estabilizador del estado de ánimo que se utiliza para tratar el trastorno bipolar.

ACTH *Adrenocorticotrópica*. Véase *hormona*

Aculturación Proceso en el que las creencias y conducta de una persona, con determinada cultura, son modificadas a través del contacto extenso con otra cultura. Este proceso es de particular interés para los psicólogos porque se considera que es relevante para el estrés experimentado por muchos inmigrantes al adaptarse a su nueva cultura.

Adaptación premórbida Logro de un nivel y ajuste a actividades interpersonales que mostraba una

persona en su vida anterior antes de que un trastorno fuera evidente.

Adaptación Proceso dinámico en el que una persona responde al medio ambiente y a los cambios que ocurren en éste; capacidad para modificar la conducta para enfrentar los requerimientos del ambiente. La adaptación a una situación es influida por las características personales y el tipo de situación. El término se emplea con frecuencia en un sentido biológico darwiniano.

Adenosina Químico natural que contiene la sangre que causa sueño.

ADN Abreviatura del ácido desoxirribonucleico, químico complejo que se encuentra en los cromosomas de los núcleos de las células vivas. La secuencia de sus unidades determina la herencia genética.

Adrenalina Secreción de las glándulas adrenales; también se conoce como epinefrina.

Afasia Pérdida total o parcial de la capacidad de comunicar los pensamientos por medio del lenguaje.

Afecto Emoción, sentimiento o estado de ánimo agradable o desagradable, intenso o superficial; también, sentimiento que acompaña a un pensamiento.

Afrontamiento Enfrentar las dificultades.

Afrontamiento activo Trabajar para mejorar una situación por medio de la persistencia, adquisición de mayor información e intento de soluciones alternativas, entre otras actividades.

Afrontamiento pasivo Ocuparse de una situación estresante con retraimiento y con una actividad de distracción.

Agonista Término utilizado para describir la acción de una droga que inhibe o bloquea una acción neurotransmisora, por lo general al unirse a un receptor y bloquear una acción transmisora.

Agorafobia Temor patológico a los espacios abiertos.

Agotamiento (burnout) Condición que presenta la mayoría de las personas que ejercen las profesiones de asistencia cuyo trabajo consiste en un trato personal intenso. Los síntomas incluyen pérdida de la afectividad y autoconfianza y el sentimiento general de incapacidad para manejar ciertas situaciones.

Aislamiento Mecanismo de defensa mediante el cual las actitudes y sentimientos incongruentes o contradictorios se separan entre sí en el consciente. Es similar a la represión, excepto que en el aislamiento el impulso o deseo se reconoce en forma consciente, pero se separa de la conducta actual; en la represión, no se reconocen ni el deseo ni su relación con la acción. La intelectualización es una forma especial del aislamiento.

Albergue grupal Tipo de vivienda protegida, temporal o permanente. Con frecuencia es utilizada para personas con retraso mental o con esquizofrenia crónica. Se hace hincapié en el autocuidado y autorregulación al grado de que la capacidad de la persona y su condición lo permita.

Alcohólicos Anónimos (AA)

Organización voluntaria compuesta principalmente por alcohólicos en recuperación que progresan hacia un mejor estado de salud y proveen apoyo social a quienes comienzan el proceso a través de juntas grupales y contacto individual. La organización ve al alcoholismo como una enfermedad que puede ser controlada pero no curada.

Alcoholismo Abuso del alcohol que da como resultado el deterioro en el rendimiento laboral y en la calidad de las relaciones interpersonales.

Alprozolam Fármaco tranquilizante derivado del grupo de la benzodiazepina. Utilizado para el tratamiento del trastorno de angustia.

Alucinación Percepción sensorial en ausencia de un estímulo externo. Por lo general, las alucinaciones son visuales ("ver cosas"), pero se pueden presentar también en otras modalidades sensoriales.

Alucinaciones hipnagógicas Estados de tipos de sueño aterradorantes que se pueden experimentar en la narcolepsia.

Alucinógeno Nombre general para designar un grupo de fármacos o químicos capaces de producir alucinaciones.

Ambiente no compartido Término que se emplea en el estudio de los gemelos o hermanos para comparar los efectos del ambiente que ambos experimentan en la familia con

- aquellos que ocurren con un solo miembro de la misma debido a los sucesos únicos, las características personales o las experiencias o relaciones fuera de la familia.
- Amígdala** Estructura pequeña ubicada en lo profundo del cerebro que puede ser activada de manera anormal en el trastorno de la ansiedad.
- Amnesia continua** Véase *trastorno amnésico*.
- Amnesia de guante** Condición en la cual una persona no puede mover ni sentir la parte del brazo y la mano que normalmente cubre un guante.
- Amnesia disociativa** Pérdida amplia pero selectiva de la memoria extensa que ocurre sin ninguna indicación de lesión u otro cambio orgánico. Incapacidad para recordar información personal importante, usualmente de contenido estresante o traumático y de un alcance que no puede ser atribuido a olvido común.
- Amnesia generalizada** Véase *trastorno amnésico*.
- Amnesia localizada** Véase *trastorno amnésico*.
- Amnesia selectiva** Véase *trastorno amnésico*.
- Amnesia sistematizada** Véase *trastorno amnésico*.
- Amniocentesis** Técnica que implica tomar una muestra de líquido amniótico de una mujer embarazada y analizarlo para determinar si existen defectos en los cromosomas del feto.
- Anfetaminas** Estimulantes del sistema nervioso (en particular de la corteza cerebral), como la dexedrina, que provocan sensación de bienestar y alegría. Después del efecto estimulante se presenta la fatiga y la depresión. Crean una adicción psicológica, pero quizá no fisiológica.
- Angina de pecho** Dolores periódicos de pecho provocados por un insuficiente abastecimiento de oxígeno al corazón. Tipo de enfermedad coronaria.
- Anomalía de los cromosomas** Anormalidades en la estructura o la cantidad de cromosomas.
- Anomalía física** Anomalías de algunas partes del cuerpo asociadas con el desarrollo prenatal anormal y más tarde con la esquizofrenia y otros trastornos.
- Anorexia nerviosa** Sensación intensa de estar obeso, que provoca una restricción excesiva del consumo de alimentos y una reducción de peso que pone en peligro la vida. Por lo general se presenta en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y es mucho más común en las mujeres que en los hombres.
- Anorgasmia** En las mujeres, incapacidad para lograr un orgasmo después de un nivel normal de excitación sexual.
- Ansiedad** Sentimiento con aspectos tanto psicológicos como fisiológicos. Por lo general, estado emocional desagradable acompañado por activación fisiológica y elementos cognitivos de aprensión, culpa y una sensación de desastre inminente. Se distingue del temor, que es una reacción emocional hacia un objeto específico o que se puede identificar.
- Ansiedad por el desempeño (sexual)** Alto grado de preocupación en los hombres acerca de la capacidad de mantener una erección hasta el orgasmo. La ansiedad tiene un efecto negativo en el desempeño sexual.
- Ansiolíticos** Por lo regular se conocen como *tranquilizantes*. Se utilizan para tranquilizar a las personas ansiosas.
- Antagonista** Fármaco que desestabiliza la acción de un neurotransmisor en lugar de sólo interrumpirla o inhibirla. Véase también *agonista*.
- Antidepresivos** Término general que designa a varios fármacos que se utilizan para aliviar la depresión y elevar el estado de ánimo.
- Antidepresivos tricíclicos** Grupo de fármacos utilizados para tratar la depresión. Un ejemplo es la imipramina, marca comercial común de los fármacos tricíclicos son Trofranil y Elavil.
- Antígenos** Sustancias extrañas que, cuando se introducen en el organismo, inducen la formación de anticuerpos y después reaccionan con éstos en una forma específica.
- Antimaniacos** Familia de fármacos que se basan en un compuesto de carbonato de litio que se emplea para tratar la manía, el trastorno bipolar y algunas depresiones.
- Antipsicóticos** Grupo de compuestos químicos que se utilizan para tratar personas que muestran una alteración grave de la conducta y de los procesos de pensamiento, especialmente en casos de esquizofrenia.
- Anulación** Mecanismo de defensa dirigido a negar o a compensar los impulsos o acciones desaprobados.
- Apnea del sueño** Trastornos respiratorios durante el sueño que pueden durar de 10 a 30 segundos.
- Apoyo social** Aspectos positivos de los lazos interpersonales que ayudan al afrontamiento y promoción de la salud física y mental.
- Apreciación primaria** Primera etapa del asesoramiento de la evaluación de una situación. En esta etapa, la situación se interpreta como amenazadora o inofensiva. En la siguiente etapa, apreciación secundaria, la persona decide cómo manejar la situación.
- Apreciación secundaria** Segunda etapa de apreciación de una situación en la que la persona considera el tipo de acción necesaria y si tiene las capacidades para manejarla.
- Aprendizaje implícito** Aprendizaje que se deriva de las observaciones de la conducta que se analizan e interpretan poco tiempo después de que se realizan.
- Aprendizaje vicario** Aprendizaje que ocurre al observar la conducta de otros.
- Arteriosclerosis** Trastorno provocado por formación de placa (depósito en las paredes de los vasos sanguíneos) que reduce el grosor de los vasos, y da como resultado el abastecimiento insuficiente de sangre al corazón.
- Asesor psicológico** Persona capacitada especialmente para trabajar con pacientes que experimentan estrés durante su vida, más que un trastorno serio o duradero. Un psicólogo consultivo usualmente tiene un título Ph.D. o Ed.D.
- Asesoramiento genético** Práctica de proporcionar información acerca del riesgo de herencia de ciertos trastornos que se basa en la información general sobre la herencia, el conocimiento de la historia familiar y las características genéticas de la persona o la pareja.
- Asfixia** Inconciencia o muerte provocada por la falta de oxígeno. Puede dar como resultado el retraso mental o crisis a causa del daño cerebral.
- Asma** Trastorno de naturaleza crónica, frecuentemente de origen psicofisiológico que se caracteriza por tos, jadeo, dificultad para respirar y sensación de sofocación.
- Ataque al corazón** Véase *accidente cerebrovascular*.
- Atracones** Característica del trastorno alimentario llamado bulimia nerviosa. Se refiere al sentimiento de pérdida de control sobre la conducta alimentaria acompañada por un

consumo de cantidades de comida anormales en un corto periodo.

Atribución Término que emplean los psicólogos sociales para describir la manera en que una persona atribuye la responsabilidad de la causa y el efecto.

Aura Estado confuso de conciencia, acompañado por sentimientos de irrealidad, que precede a una crisis epiléptica. También, alteración sensorial, motriz o anímica, que precede a la migraña.

Autoactualización Sinónimo de autorrealización. Proceso mediante el cual se logra el desarrollo de los potenciales y capacidades propias.

Autoeficacia Concepto que elaboró Albert Bandura que implica que las creencias sobre la eficacia o capacidad personal para llevar a cabo con éxito una tarea son determinantes importantes para intentarlas y terminarlas de forma exitosa.

Automonitoreo Llevar observaciones detalladas de la propia conducta y de las circunstancias en que ocurren los problemas conductuales.

Autoobservaciones Registros que lleva el paciente y que detallan la frecuencia de ciertos tipos específicos de conducta y que, por lo general, incluyen cualesquiera factores ambientales o pensamientos personales específicos que ocurrieron justo antes, durante o después de la conducta.

Autopsicología Teoría desarrollada por Kohut que considera el autoconcepto de la persona como el factor central de organización del desarrollo psicológico.

Autoregulación Técnica para controlar la propia conducta mediante el reforzamiento interno, con frecuencia en forma de cogniciones.

Axón Parte de la célula nerviosa que transmite los impulsos lejos del cuerpo de ésta, a través de la sinapsis, a las dendritas de otra célula.

B

Bagaje cognitivo Forma habitual en que una persona aprecia el mundo y lo distorsiona en términos de sus características de personalidad y sus expectativas.

Baquet Tina llena de agua que utilizaba Mesmer como el lugar de tratamiento de los padecimientos de la histeria.

Barbitúricos Familia de fármacos que deprimen la acción del sistema

nervioso central y pueden crear adicción.

Batería de evaluación de niños de Kaufman (K-ABC) Prueba de inteligencia de niños que se basa en las ideas de la psicología cognitiva y la neuropsicología para medir las capacidades de procesamiento secuencial y simultáneo. Está diseñada para que haya menor influencia de la cultura que en las pruebas de inteligencia convencionales.

Benzodiazepinas Grupo de fármacos, como el Librium y el Valium, que se usan sobre todo para el tratamiento de la ansiedad.

Beta amiloidea Proteína localizada en grupos y placas de células del cerebro de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Aunque se ha comprobado que mata las células nerviosas, no es claro si su presencia pueda reflejar la causa del efecto de la enfermedad de Alzheimer.

Biorretroalimentación Método para inducir el cambio conductual en el cual el paciente aprende a alterar las respuestas del sistema nervioso autónomo monitoreándolas por medio de instrumentos de registro

Bisexual Persona que se caracteriza por sentir atracción sexual hacia miembros de ambos sexos.

Bulimia nerviosa Episodios frecuentes de atracones protagonizados por personas con peso promedio y sobrepeso. La purgación o la provocación del vómito es inducida por la persona al final de cada sesión de comida.

Bullicio (Bedlum) Confusión o alboroto. En inglés, el término se deriva de las condiciones imperantes en el Hospital Bethlehem en el siglo XVI, una institución inglesa para tratar enfermos mentales.

C

Cafeína Compuesto cristalino que se encuentra en el café, el té y la cocoa que actúa como estimulante del sistema nervioso central y también como diurético.

Camisa de fuerza Prenda de confinamiento que se utiliza para atar con fuerza los brazos al cuerpo. Con frecuencia se utiliza para los pacientes violentos.

Cannabis Planta cuya resina produce una sustancia psicoactiva. En su

forma sólida, la resina se conoce como hachís.

Capacidades “sabias” Áreas de talento inusual que presentan personas con baja función cognitiva o retrasados.

Capacidades de afrontamiento Manera característica en que una persona maneja las dificultades o el estrés. Las capacidades que se utilizan con mayor frecuencia incluyen la actividad dirigida hacia una tarea, trabajar un problema paso por paso, el control apropiado de las emociones, etcétera.

Capacidades de afrontamiento cognitivo Formas particulares de pensar que ayudan a comportarse con eficiencia en situaciones estresantes.

Características demandantes Aspectos de una situación de investigación que dan indicios de la forma en que uno debe comportarse.

Carbamazepina Estabilizador del estado de ánimo utilizado para tratar trastornos bipolares.

Cariotipo Microfotografía de los cromosomas de una persona en un arreglo estándar.

Casa de medio internamiento Instalaciones de transición donde se aloja por un corto periodo a pacientes psiquiátricos recién dados de alta o a aquellos que han funcionado de manera desadaptada.

Caso índice Término que se emplea en el estudio de la genética para señalar a la persona con un trastorno cuyo factor hereditario se encuentra bajo investigación.

Castigo Estímulo aversivo que se impone a causa de una conducta indeseable con el fin de evitarla en el futuro.

Catecolaminas Grupo de hormonas, que incluyen la epinefrina, norepinefrina y dopamina, que son importantes en la respuesta hacia el estrés. Algunas catecolaminas se producen en el cerebro, donde son importantes para la transmisión nerviosa.

Célula colinérgica Tipo de célula cerebral que produce acetilcolina y que está involucrada en la memoria y el aprendizaje.

Cerebelo Parte del cerebro que consta de dos hemisferios que se localizan detrás y arriba de la médula; coordina las actividades motrices y mantiene el equilibrio corporal.

CI de ejecución Una de las dos subcalificaciones de las series de pruebas de inteligencia de Wechsler. Refleja la capacidad de resolver rompecabezas, copiar diseños y ejecutar otras actividades similares.

CI total Una de tres calificaciones de las medidas de inteligencia que se obtienen mediante la aplicación de las pruebas de Wechsler. Esta calificación de CI considera tanto la capacidad verbal, como la capacidad de ejecución y espacial.

CI verbal Una de las dos subcalificaciones de la serie de pruebas de inteligencia de Wechsler. Las pruebas reflejan la información general o el conocimiento y la capacidad para hacer abstracciones

Ciclo compulsivo-purgativo La secuencia de comer en exceso seguida por la provocación de vómito o el uso de laxantes son la característica central de la bulimia nerviosa. Algunas veces es vista como anorexia nerviosa, cuando se realiza en asociación con una ingesta de comida generalmente limitada que permite mantener el peso significativamente debajo del rango normal preestablecido.

Ciclo rápido (en trastornos bipolares) Tipo de trastorno bipolar en el que se presentan cuatro o más episodios afectivos definidos con claridad en un año. Los episodios pueden incluir periodos de depresión, manía o hipomanía. El ciclo rápido es más común en las mujeres que en los hombres.

Circunvoluciones Relieves que se observan en la superficie exterior del cerebro, separados por surcos.

Cirugía de reasignación de sexo Cirugía en la cual se extirpan los órganos genitales masculinos o femeninos y se crean facsímiles de los órganos genitales del sexo opuesto. Por lo general, la cirugía se combina con tratamiento hormonal para modificar las características sexuales secundarias.

Citomegalovirus Una de varias enfermedades virales que, si se presentan en una mujer embarazada, pueden dar como resultado el retraso mental y otros problemas congénitos en el niño.

Clasificación Sistema jerárquico de categorías que se basa en la relación o supuesta relación entre los objetos que se van a clasificar; por ejemplo, los trastornos de la conducta y cognitivos.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) Versión más reciente de un sistema de clasificación ampliamente usado que fue desarrollado por la Organización

Mundial de la Salud. El sistema DSM, limitado a los trastornos psiquiátricos, ha adoptado muchas (pero no todas) las características del CIE.

Clínico Profesional que trata directamente con la evaluación y tratamiento de los pacientes o clientes.

Clozapina Fármaco antipsicótico, “de nueva generación”, que puede ser eficaz en el caso de algunos pacientes a quienes no les ayudaron los primeros fármacos antipsicóticos. Tiene efectos secundarios potencialmente riesgosos si no es monitoreado con cuidado.

Cocaína Estimulante que tiene una serie de características comunes con las anfetaminas.

Cociente intelectual (CI) Manera tradicional de expresar el nivel de inteligencia de una persona o desviación del término medio esperado del desempeño en la prueba por aquellos de la misma edad. En un principio se calculaba con la ecuación $CI = 100(EM/EC)$, o IC igual a 100 veces la fracción que se obtiene al dividir la edad mental entre la edad cronológica.

Codeína Derivado del opio menos potente que la morfina.

Coefficiente de correlación Grado de correspondencia entre dos variables; índice estadístico de covariación que va de -1.00 a $+1.00$.

Comorbilidad Superposición significativa o co-ocurrencia de síntomas y condiciones en diferentes trastornos. El descubrimiento de comorbilidad entre depresión y ansiedad, por ejemplo, es importante para comprender la relación entre estos dos trastornos.

Competencia Se puede referir a la adecuación de las capacidades de afrontamiento. En sentido legal, se refiere al hecho de que una persona que es objeto de un proceso legal tenga o no la capacidad para beneficiarse de la consulta a un abogado y para comprender el propósito de los procesos legales.

Complejo demencial por SIDA (CDS) Tipo de demencia secundaria al desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o al tener un resultado positivo para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Concepto de espectro Noción de que varios trastornos que se clasifican de manera diferente pueden ser causados

por el mismo patrón genético general. En este caso, se considera que estos trastornos están relacionados genéticamente.

Concordancia Término que describe el grado de relación entre los gemelos y otros miembros de la familia con respecto de una característica o rasgo determinados. Se dice que son *concordantes* si ambos muestran un rasgo en particular; si no es así, la pareja se describe como *discordante* con respecto de ese rasgo.

Concusión Herida craneoencefálica que no causa daño estructural permanente. El porcentaje de recuperación es proporcional a la severidad de la herida; conmoción cerebral.

Condicionamiento Véase *condicionamiento clásico*; *condicionamiento operante*.

Condicionamiento aversivo Grupo de terapias conductuales que intentan condicionar las respuestas de evitación en los pacientes al asociar la conducta que se va a extinguir con estímulos aversivos; por ejemplo, descargas eléctricas, crítica social y drogas que provocan vómito.

Condicionamiento clásico Método experimental de Pavlov mediante el cual se asocia un estímulo condicionado con un estímulo incondicionado. El procedimiento comprende la presentación de dos estímulos en cierta proximidad temporal. El primer estímulo, o incondicionado, produce un reflejo. Después de una serie de ensayos, el segundo estímulo, o condicionado, adquiere el potencial de evocar un reflejo similar.

Condicionamiento instrumental Véase *condicionamiento operante*.

Condicionamiento operante Forma de condicionamiento en la cual ocurre una respuesta deseada y se refuerza de manera subsecuente para aumentar la probabilidad de que se presente con mayor frecuencia; también se llama condicionamiento instrumental.

Conducta artificial Término de la perspectiva existencial que se refiere a la conducta dictada no por las elecciones propias de la persona sino por lo que los demás creen que debería hacer.

Conducta auténtica Término utilizado por algunos teóricos existenciales para describir la conducta dictada por los objetivos personales de una

persona más que por los de la sociedad.

- Conducta bisexual** Preferencia, en distintos momentos, por las parejas femeninas o masculinas.
- Conducta compulsiva** Comportamiento caracterizado por la necesidad de una persona de repetir una serie de actos aun cuando los perciba como absurdos o que interfieran con actividades deseadas.
- Conducta desadaptada** Conducta que maneja una situación de manera inadecuada, sobre cuando es estresante.
- Conducta desorganizada** Conducta impredecible, que ante el observador parece como no relacionada con lo que sucede en el ambiente. Es una de las señales del diagnóstico de la esquizofrenia si la desorganización es marcada.
- Conducta externalizada** Conductas que expresan las dificultades de la persona en una forma destructiva u hostil hacia los demás.
- Conducta homosexual** Actividad sexual entre personas del mismo sexo.
- Conducta no auténtica** Según la teoría existencial, la conducta está gobernada no sólo por el deseo de la persona sino por los deseos de otras personas.
- Conducta obsesiva** Preocupación con un tipo de pensamiento particular que ocurre en forma repetitiva.
- Conducta obsesivo-compulsiva** Comportamiento que combina la conducta ritualista y el pensamiento compulsivo.
- Conducta ritualista** Comportamiento consistente en una serie de acciones preescritas que se repiten a pesar de ser desadaptadas. Se cree que es una forma de reducir la ansiedad.
- Conductas de atención compartida** Conductas que coordinan la atención de dos personas, o de una persona y un evento u objeto. Pueden implicar la iniciación de una conducta hacia otra o seguir la conducta de otro. Los niños con autismo son propensos a tener deterioro de la conducta de atención compartida.
- Confabulación** Proceso de sustituir los recuerdos perdidos con información fabricada; reemplazar los hechos olvidados con la fantasía.
- Confiabilidad** Tendencia de una medida o procedimiento para producir los mismos resultados cuando se administran en dos ocasiones diferentes. También se refiere a la

congruencia interna de una prueba de reactivos múltiples.

- Confusión** Efecto de una o más variables incontrolables sobre una variable dependiente que resulta de la interpretación errónea de las relaciones entre las variables dependientes e independientes.
- Congénito** Características que son innatas o adquiridas, por lo general mediante una acción química, mientras el niño se encuentra en el útero.
- Consciente** Aspectos de la vida mental de una persona de los cuales tiene conocimiento en cualquier momento en particular.
- Consentimiento informado** Requerimiento de que a los pacientes se les debe proporcionar información adecuada acerca de los beneficios y riesgos de los tratamientos planeados antes de someterse a ellos.
- Construcción personal** Concepto desarrollado por George Kelly, que se refiere a la forma en que las personas organizan de manera cognitiva la información. Kelly sostenía que cada persona tiene su punto de vista del mundo basado en su clasificación de personas y eventos en categorías.
- Contratransferencia** Término psicoanalítico para denominar las reacciones emotivas del terapeuta hacia el paciente. Véase también *transferencia*.
- Contusión** Condición cerebral en la cual ocurrió un daño estructural difuso (por ejemplo, ruptura de los vasos sanguíneos). Por lo general, se eleva la presión del líquido cefalorraquídeo, lo cual provoca síntomas del tipo del coma y estupor.
- Coprolalia** Síntoma inusual presente en el trastorno de la Tourette en el que la persona tiene un deseo incontrolable de blasfemar y otras palabras tabúes concernientes al sexo y funciones corporales.
- Corteza** Capa exterior de un órgano como el cerebro, el cerebelo o la glándula adrenal.
- Corteza adrenal** Capa exterior de la glándula adrenal; fuente de secreción de hormonas en el organismo.
- Corteza cerebral** Capa cerebral de materia gris que tiene circunvoluciones; capa exterior del cerebro.
- Corticosteroides adrenales** Hormonas secretadas por la corteza adrenal que afectan la respuesta del cuerpo al estrés.

Cortisona Hormona producida por la glándula adrenal en situaciones estresantes.

- Crack** Término coloquial para denominar la forma concentrada de la cocaína que produce efectos rápidos y de gran intensidad. Su precio relativamente bajo ha generado un uso aumentado de esta forma de cocaína entre los adolescentes.
- Crisis de pánico** Oleada de ansiedad intensa que aumenta rápidamente, ocurre de repente con o sin indicios claros y de una manera impredecible.
- Crisis epiléptica** Disturbio corto o transitorio de la función cerebral resultado de la inestabilidad eléctrica de algunas células cerebrales, las cuales comienzan a responder en forma "fuera de control". Las crisis epilépticas pueden ser menores (pequeño mal) o mayores (gran mal) y con tendencia a recurrir.
- Cromosomas** Estructuras que producen los genes dentro de las células.
- Culpa por la supervivencia** Sentimiento de que es injusto estar vivo cuando otras personas en la misma situación ya murieron. Sentimientos sobrecogedores de culpa, indignidad y desamparo.
- Cultura** Valores, actitudes, logros y patrones de conducta generales que comparten los miembros de una sociedad.
- Chamán** En culturas tradicionales, sacerdote inspirado o médium que puede provocar o comunicarse con espíritus buenos y malignos.

D

- Defensa por locura** Argumento legal que comprueba la intención criminal que es necesaria para condenar a los enfermos mentales que no pueden ser juzgados culpables de un crimen aunque sí pueden ser institucionalizados.
- Deficiencia mental** Término antiguo para el retraso mental.
- Delincuencia juvenil** Conducta violatoria de la ley que presentan los niños y adolescentes (por lo general, se definen como personas de 18 años de edad o más jóvenes).
- Delincuente sexual** Término que se emplea para designar a las personas que establecen contacto con el sistema legal por la práctica de desviaciones sexuales que prohíbe la ley.

Delirio Creencia incorrecta que se mantiene a pesar de la clara evidencia de lo contrario.

Delirium Condición que se caracteriza por un estado mental confuso, por lo general provocado por un choque o fiebre, que va acompañado por alteraciones en la atención, delirios e incoherencia.

Delirium tremens Delirio agudo causado por una sobredosis de alcohol, que consiste en alteraciones severas de la conciencia y la atención. También se conoce como DT.

Demencia Atrofia progresiva del tejido cerebral que da como resultado alteraciones de memoria, juicio pobre y desorientación. Si ocurre antes de los 65 años, se conoce como demencia presenil, y como demencia senil, si se presenta después de esta edad.

Demencia parálitica Véase *paresis*.

Demencia por infarto múltiple Véase *demencia vascular*.

Demencia presenil Véase *demencia*.

Demencia senil Véase *demencia*.

Demencia vascular Déficit en la función intelectual que puede resultar de una serie de derrames cerebrales que ocurren en un periodo. También se llama demencia por infarto múltiple.

Dementia praecox (demencia precoz)

Antiguo término para designar la esquizofrenia; Kraepelin lo utilizó para destacar el inicio temprano y la irreversibilidad del trastorno como él lo definió.

Demográfico Descripción de la población humana en términos de crecimiento, densidad, distribución y estadística.

Dendrita Parte ramificada de una célula nerviosa que sirve como receptor de los impulsos nerviosos en los axones de otras células nerviosas y los transmiten hacia el cuerpo de la célula.

Dependencia de sustancias Patrón de uso de sustancias que provoca un deterioro clínico significativo o padecimiento que incluye síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos.

Dependencia fisiológica al alcohol

Condición marcada por una capacidad aumentada para consumir alcohol sin efectos de conducta notorios y la experiencia de síntomas físicos desagradables de la abstinencia si el consumo cesa.

Depresión Sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después

de alguna pérdida o un suceso estresante, pero que continúa mucho tiempo después. Son característicos los patrones de pensamiento inapropiados que generalizan todos los eventos como una calamidad.

Depresión desesperanzada Subtipo sugerido de depresión en la cual el estilo de atribución es importante en el surgimiento del estado depresivo.

Depuración sináptica Proceso de desarrollo en el que las neuronas reducen selectivamente el número de ramas en sus dendritas. La depuración anormal puede provocar problemas de la función cognitiva.

Desadaptación personal Percepción por parte de una persona de las insatisfacciones y preocupaciones personales que interfieren con la felicidad, pero no de manera significativa con el ajuste social ni con el logro en el trabajo.

Desensibilización sistemática Técnica terapéutica que se basa en la teoría del aprendizaje, en la cual el paciente recibe primero entrenamiento sobre la relajación muscular y después imagina una serie de situaciones que le provocan cada vez mayor ansiedad, hasta que ya no la experimenta al pensar en el estímulo. El principio de aprendizaje que comprende es la inhibición recíproca, de acuerdo con la cual una persona no puede dar dos respuestas incompatibles simultáneamente (por ejemplo, ansiedad y relajación).

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)

Tipo de terapia de imaginación que toma la forma de una actividad de atención dual. Combina el enfoque de uno mismo en un recuerdo traumático con el rastreo visual del dedo del terapeuta frente al campo visual del paciente.

Deseo sexual Resultado complejo de factores psicológicos, cognitivos y conductuales determinado por factores de desarrollo y culturales.

Desesperanza Expectativas negativas que pueden ser características de una persona en riesgo de suicidio. La escala de desesperanza de Beck se utiliza para pronosticar el riesgo del suicidio.

Desinstitucionalización Movimiento cuyo propósito es retirar de los hospitales a aquellos pacientes que no presenten un peligro inminente para los demás o para ellos mismos y proporcionarles tratamiento y

condiciones de vivienda en la comunidad.

Desintoxicación Liberación del cuerpo de la sustancia tóxica en particular que causa el problema. Con frecuencia, en la desintoxicación de drogas o alcohol se experimentan signos de abstinencia a medida que se reduce la cantidad de sustancia tóxica que se ingiere.

Despersonalización Sentimientos de irrealidad o pérdida de la identidad personal; con frecuencia se experimenta como si fuera otra persona o como si se estuviera viviendo en una película.

Desplazamiento Mecanismo de defensa en el cual una actitud emocional se transfiere de un objeto a otro (objeto sustituto).

Desvanecimiento Técnica para eliminar en forma gradual las señales que se utilizan para modificar la conducta después de que una persona empieza a lograr una respuesta deseada.

Desventaja psicosocial Crecer en un ambiente con carencias intelectuales, culturales y financieras.

Desviación estándar Medida estadística de la variabilidad que refleja el tamaño de la desviación de cada una de las calificaciones en la distribución del grupo medio. Cuando se considera la curva normal, cada desviación estándar contiene una proporción conocida del número total de casos incluidos en la distribución.

Detención del pensamiento Técnica cognitiva que utiliza una directriz específica como una distracción para terminar un periodo de pensamiento obsesivo.

Deterioro cerebral Véase *demencia*.

Deterioro cognitivo asociado con el VIH Dificultades en la solución de problemas, memoria y capacidad para concentrarse asociadas con la infección del VIH. Los síntomas cognitivos casi siempre van acompañados por problemas motores menores y conducta apática. A medida que progresa la infección del SIDA el paciente puede desarrollar demencia severa y síntomas psicóticos.

Deterioro cognitivo leve Cambios intelectuales sutiles que no interfieren con la vida diaria pero que pueden ser indicadores iniciales de un proceso de deterioro del proceso intelectual.

Determinismo La idea filosófica de que todos los actos son el resultado inevitable de lo que sucedió antes y

de que la elección o libre albedrío no influyen en lo que sucede.

Determinismo biológico Noción de que cada evento, acto y decisión así como el desarrollo de una psicopatología es la consecuencia inevitable de antecedentes biológicos específicos.

Determinismo psíquico Principio de causalidad, uno de los supuestos básicos del psicoanálisis y afirma que todos los eventos, abiertos o encubiertos, están determinados por eventos mentales anteriores y, con frecuencia, múltiples.

Dextroanfetamina Fármaco estimulante (por ejemplo, Dexedrina) que en ocasiones se emplea para tratar la hiperactividad.

Diagnóstico Clasificación de los trastornos de conducta en términos de grupos relativamente homogéneos con base en conductas similares o correlacionadas. Descripción resumida de los correlatos conductuales y la personalidad que se asocian con una clasificación en particular. En medicina, acto o proceso de decidir la naturaleza de la condición de una enfermedad.

Diazepam Una de las benzodiazepinas, grupo de tranquilizantes ansiolíticos. Se conoce por su nombre comercial, Valium.

Dimorfinas Uno de los opiáceos que se generan en el cuerpo de manera natural, que forma parte de un sistema de señales que se relaciona con el dolor, la regulación del estado de ánimo y el aprendizaje.

Discordante Término que se utiliza con frecuencia en los estudios con gemelos para describir las distintas características de los mellizos. Las características que son iguales en los dos se conocen como concordantes.

Diseño balanceado de placebo Diseño experimental en el cual algunos sujetos reciben una sustancia inactiva y otros una psicoactiva. A una parte de cada grupo se le hace creer que recibió la otra categoría de sustancia y, a otra parte se le informa con exactitud acerca de la sustancia que se le administró.

Disforia Sentimientos de ansiedad, depresión e inquietud.

Disfunción eréctil Tipo de disfunción sexual en la cual el hombre es incapaz, en forma ocasional o crónica, de lograr y mantener la erección del pene. La condición puede tener causas físicas o

psicológicas. Véase también *impotencia*.

Disfunción sexual Problemas en una o más fases de la relación sexual que reducen el placer de los participantes o hacen que sea imposible la culminación exitosa.

Dislexia Deterioro de la capacidad para leer que no es el resultado de un déficit intelectual.

Dismorfia muscular Preocupación de la imagen muscular como un ideal. Sobre todo, se encuentra en los hombres, por ejemplo, en los levantadores de peso.

Disociación Estado que incluye sentimientos de irrealidad y despersonalización, algunas veces acompañado de la pérdida de identidad propia. Grupo de procesos mentales donde la persona parece separarse del recuerdo.

Disomnia Grupo de problemas de sueño que involucran anomalías en la cantidad, calidad o duración del sueño que no son atribuibles a otras condiciones mentales o médicas o por abuso de sustancias.

Dispareunia (funcional) Tipo de disfunción sexual en el que hay un dolor genital persistente y recurrente que se asocia con el coito sin que haya una aparente causa física.

Disquinesia tardía Trastorno que comprende movimientos corporales incontrolables, con frecuencia de los labios y la lengua, que pueden ser resultado del tratamiento con drogas antipsicóticas.

Distimia Estado de ánimo depresivo que dura mucho tiempo y que va acompañado por una pérdida del interés y falta de placer en situaciones que la mayoría de las personas considerarían agradables.

Dolor de cabeza, migraña Dolor de cabeza severo, por lo general de un solo lado, provocado por una constricción seguida por una dilatación de la arteria craneal. Casi siempre está precedida por algunos indicios sensoriales o emocionales que se conocen como aura. Se cree que el trastorno tiene algunos componentes que se relacionan con el estrés.

Dolor de cabeza en racimo Dolores de cabeza que se presentan en grupos durante un periodo relativamente corto. Cada uno es muy agudo por varios minutos y desaparece por completo en una hora. Periodos largos sin dolor tienden a alternarse

con series de dolores de cabeza durante un día o semana.

Dolor de cabeza por contracción de los músculos Véase *dolor de cabeza por tensión*.

Dolor de cabeza por tensión Quizá la forma más común de dolor de cabeza; se caracteriza por dolores en forma de banda y por el cuero cabelludo sensible. Empieza de manera gradual y casi siempre es prolongado. Se cree que es resultado del estrés.

Dominancia ligada al cromosoma X Genes que se transmiten mediante el cromosoma sexual X cuya presencia determina una característica. Las mujeres tienen dos cromosomas X. Los hombres un cromosoma X y un cromosoma Y. Esto significa que las características que resultan de la dominancia ligada al cromosoma X pueden ocurrir en los hombres sólo a través de la herencia por parte de la madre. En las mujeres se puede heredar de cualquiera de los dos padres.

Dopamina Uno de los neurotransmisores que se incluyen en la categoría de las catecolaminas y también en la categoría más amplia de neurotransmisor de monoamina.

Drogas psicodélicas Sustancias que pueden alterar las percepciones sensoriales.

DSM Véase *Manual Diagnóstico y Estadístico*.

DTs Véase *Delirium Tremens*.

Duelo Pesar, usualmente por una pérdida.

E

EC Véase *enfermedad coronaria*.

Economía de fichas Aplicación de los principios del condicionamiento operante para modificar la conducta desadaptada. Las fichas pueden ser cambiados más tarde por artículos deseados o ciertos privilegios cada vez que un sujeto o paciente se comporta de la manera deseada.

Edad mental Equivalente de edad en el cual una persona se coloca por su inteligencia. En contraste con la edad cronológica, edad real de la persona según se determina por la fecha de nacimiento. La relación entre las dos $[(EM - EC) \times 100]$ constituyó la fórmula original del cociente intelectual.

EEG Véase *electroencefalograma*.

Efecto de expectativa Respuestas o conductas que son una función de lo que el sujeto o paciente cree que será el resultado de una intervención, más que las consecuencias actuales de la intervención que tome lugar. Estos efectos pueden ser observados tanto en intervenciones que cambian características del medio ambiente y en aquellas que involucran medicamentos u otro tratamiento.

Efecto de halo Tendencia a calificar a una persona demasiado alto o demasiado bajo en un factor en particular, debido a una información previa o a una impresión general que se tiene de ella.

Efecto de Stroop Dificultad para ignorar las palabras y prestar atención al color en la tarea de Stroop.

Efecto de trasgresión de la abstinencia Reacción de conflicto y culpa cuando una persona no resiste la tentación de caer en una conducta que trata de evitar; por ejemplo, consumir alcohol. Esta respuesta con frecuencia dispara un exceso o una recaída total.

Efecto placebo Cambios en la conducta como resultado de la creencia de que un placebo, o sustancia inactiva, es una droga activa o “real”; tipo de efecto de la sugestión.

Efecto Werther Término que describe los suicidios que parecen ser provocados por el suicidio de una persona conocida.

Eje I Principal sección de clasificación del DSM-IV-TR. Incluye todos los trastornos clínicos y otros trastornos que puedan ser objeto de atención clínica a excepción de los trastornos de la personalidad y el retraso mental.

Eje II Eje del DSM-IV-TR en el que se indican los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Se utiliza para que estos trastornos no se pasen por alto cuando se diagnostiquen las características más destacadas del trastorno del eje I.

Electroencefalograma (EEG) Registro gráfico por minuto de los impulsos eléctricos que surgen de las neuronas cerebrales. Se mide con un dispositivo electrónico que se llama *electroencefalógrafo*.

Ello En el psicoanálisis, división de la psique en la que se encuentran todos los impulsos instintivos y los contenidos reprimidos de la mente. Representa el verdadero inconsciente o la parte “más profunda” de la psique.

Emoción expresada (EE) Medida del compromiso emocional y las actitudes de los miembros de la familia cuando se habla acerca de uno de sus miembros con trastornos de conducta.

Encefalina Proteína que se genera de manera natural en el cuerpo y produce una actividad parecida a la morfina.

Encubierto Conducta interna que no se puede observar de manera directa. Incluye los pensamientos y sentimientos no expresados, así como otros fenómenos mentales conscientes e inconscientes.

Endorfina Sustancia analgésica que se produce de manera natural en el cerebro.

Enfermedad coronaria (EC) Trastorno en el cual los depósitos obstruyen total o parcialmente una o más arterias coronarias. Esto da como resultado una suspensión temporal o permanente del flujo de sangre a partes del músculo cardíaco.

Enfermedad de Alzheimer Trastorno cerebral crónico, que se puede presentar desde la cuarta década de vida y comprende la destrucción progresiva del tejido nervioso, lo que da como resultado la confusión del lenguaje, movimientos musculares involuntarios y deterioro gradual del intelecto con lapsos crecientes de amnesia.

Enfermedad de Alzheimer de tipo esporádico Tipo de enfermedad de Alzheimer que no tiene ningún componente hereditario evidente.

Enfermedad de Alzheimer de tipo familiar Tipo de enfermedad de Alzheimer que se presenta en una familia y que se cree es hereditario.

Enfermedad de Huntington Enfermedad degenerativa poco común que se presenta en las familias. Los síntomas incluyen movimiento convulsivo y de torsión, gestos faciales y síntomas psicóticos. También se conoce como corea de Huntington.

Enfermedad de Parkinson Trastorno neurológico crónico y progresivo que se caracteriza por temblor motriz, rigidez, pérdida de la fuerza vocal y síntomas psicóticos. Se cree que la causa es un defecto adquirido del metabolismo cerebral.

Enfermedad de Pick Tipo de demencia progresiva causada por la atrofia de la corteza cerebral.

Enfermedad de Tay-Sachs Trastorno metabólico que se hereda, es

inevitablemente fatal y provoca el deterioro progresivo del sistema nervioso.

Enfermedad venérea Enfermedad contagiosa (por ejemplo, sífilis y gonorrea) que se contrae mediante la relación sexual.

Enfermera psiquiátrica Enfermera titulada que recibió capacitación especializada para el cuidado de las personas con enfermedades mentales.

Enfoque de apoyo no residencial Uso de clínicas de salud mental e instalaciones de cuidado durante el día para tratar enfermedades mentales y prevenir recaídas. Con frecuencia, este enfoque se combina con la coordinación del tratamiento del paciente y alojamiento dado por el encargado del caso.

Enfoque de sistemas familiares Enfoque terapéutico según el cual los disturbios experimentados por un paciente son vistos como el resultado de la forma en la que la familia interactúa, más que en los problemas causados por el propio paciente.

Enfoque del control de bebida Enfoque terapéutico que disminuye el abuso del alcohol al enseñar a los pacientes capacidades de afrontamiento, automonitoreo de los antecedentes conductuales al beber en exceso y las expectativas alteradas concernientes a los efectos del alcohol.

Enfoque interaccionista Punto de vista que dirige la atención hacia la unión de efectos o interacciones de muchas variables destacadas por diferentes enfoques teóricos sobre el surgimiento de la conducta anormal.

Enfoque intercultural Método de estudio de las causas de diversos problemas psicológicos y físicos la observación de su acontecimiento en una variedad de culturas y después de intentar identificar los factores que están correlacionados con una frecuencia alta y baja de los problemas.

Enfoque prototípico Uso de una lista de comprobación para realizar una decisión diagnóstica. Se realiza el diagnóstico si se encuentra un número predeterminado mayor que las características. Como resultado de ello, las personas con el mismo diagnóstico tienen diferentes grupos de características.

Enfoque sensorial Enfoque de terapia sexual propuesto por Masters y Johnson en el que una persona aprende a enfocarse en la sensación erótica hasta excluir otros estímulos.

- Ensayo clínico** Uso de un diseño de investigación que incluye uno o más grupos experimentales y un grupo de control para probar la utilidad de un planteamiento particular en el tratamiento de pacientes.
- Ensayo cognitivo** Procedimiento en el cual un paciente aprende a ensayar las formas de manejar mentalmente situaciones problemáticas. Este ensayo le facilita al paciente comportarse de manera adecuada en las situaciones reales.
- Ensayo conductual** El uso de ejercicios prácticos para ayudar a los pacientes a probar y aprender conductas apropiadas en las situaciones que les causan ansiedad.
- Ensayo guiado** Aspecto del modelamiento en el cual el paciente practica la conducta que se modela con anterioridad y el terapeuta lo guía con el objeto de mejorar el desempeño.
- Entrenamiento asertivo** Combinación de los enfoques cognitivo y conductual diseñada para aumentar la frecuencia de conducta agresiva que es socialmente deseable.
- Entrenamiento en habilidades sociales** Enfoque terapéutico conductual o cognitivo-conductual que hace hincapié en aprender formas más eficaces de interacción con otras personas en diversas situaciones.
- Entrenamiento en relajación** Serie de ejercicios específicos que el paciente aprende a realizar para eliminar la respuesta de tensión que puede ser característica en ciertas situaciones.
- Entrevista clínica estructurada para DSM (ECE)** Entrevista de diagnóstico menos estructurada que el programa de entrevista de diagnóstico (PED). El ECE permite al entrevistador formular preguntas de seguimiento basado en su juicio clínico.
- Entrevista de diagnóstico** Entrevista diseñada para recopilar información y evaluar la conducta, casi siempre con el propósito de determinar la gravedad y el pronóstico o para decidir qué tratamiento es apropiado.
- Entrevista de evaluación** Véase *entrevista de diagnóstico*.
- Entrevista estandarizada** Véase *entrevista estructurada*.
- Entrevista estructurada** También se conoce como entrevista estandarizada. Procedimiento en el cual se da al entrevistador una serie de instrucciones que incluyen definiciones de los síntomas, registros numéricos para las distintas gravedades de los síntomas, una serie de preguntas que se relacionan con cada tipo de síntoma, un conjunto de temas que se deben cubrir e información acerca de qué tanto debe indagar el entrevistador en cada tipo de pregunta. Se concede flexibilidad al entrevistador para ordenar las preguntas.
- Entrevista terapéutica** Interacción entre un paciente y el terapeuta (aunque quizá se incluyan también otros miembros de la familia). Está diseñada para ayudar a promover el cambio en el comportamiento y las actitudes.
- Epidemiología** Estudio científico de las relaciones entre las enfermedades o las desviaciones de la conducta y las variables de la clase social, geográficas o del ambiente. Estas relaciones, que se derivan del estudio de grandes grupos de población, ayudan a sugerir posibles causas de los problemas de salud que se observan.
- Epilepsia** Alteración transitoria de la función cerebral que se caracteriza por un comienzo repentino y pérdida de la conciencia, que puede comprender espasmos musculares tónico-clónicos.
- Epilepsia de gran mal** Forma grave de epilepsia que comprende crisis convulsivas mayores y pérdida de la conciencia.
- Epilepsia de pequeño mal** Forma leve de epilepsia que comprende alteraciones parciales de la conciencia.
- Epilepsia psicomotora** Estado similar al trance con episodios recurrentes de confusión durante el cual ocurren movimientos musculares semiautomáticos y repetitivos. Con frecuencia están acompañados de confusión y alucinaciones visuales.
- Epinefrina** Una de las hormonas que secreta la médula adrenal, activa en la excitación emocional y como respuesta al estrés.
- Episodio hipomaniaco** Periodo distintivo de estado de ánimo elevado expansivo o irritable y otras conductas maníacas que no es lo suficientemente severo para impedir el funcionamiento social u laboral y no requiere de hospitalización.
- ERM** Véase *espectroscopia por resonancia magnética*.
- Escala de calificación de la conducta infantil** Tipo de escala de calificación diseñada para ser usada por los observadores inexpertos para calificar diferentes aspectos de la conducta infantil.
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)** Medida del eje V de DSM-IV-TR del funcionamiento general psicológico, social y laboral.
- Escala de inteligencia Wechsler para adultos. (WAIS-III)** Prueba de inteligencia administrada de manera individual que se aplica a personas mayores de 16 años. Serie de subpruebas de distintos tipos que indican el CI verbal, de ejecución y total.
- Escala de inteligencia Wechsler para niños (WISC-IV)** Se utiliza para niños de entre seis y 16 años. Emplea el mismo formato general que la Escala de inteligencia Wechsler para adultos e indica el CI verbal, de ejecución y total.
- Escala de registro** Tipo de prueba en el cual una persona puede indicar en una escala el grado de acuerdo o desacuerdo con cada reactivo.
- Escalas visuales análogas (EVA)** Tipo de escala de calificaciones que se utiliza para evaluar diversos fenómenos subjetivos al emplear porciones de una línea para representar una percepción personal de los fenómenos.
- Escisión** Término utilizado para describir la incapacidad de una persona con trastorno límite de la personalidad para integrar las experiencias positivas y negativas con otra persona en una relación coherente. Término utilizado por los teóricos de relación de objetos.
- Esclerosis tuberosa** Trastorno causado por un gen dominante que se caracteriza por retraso mental severo, ataques y la aparición de pequeños tumores fibrosos.
- Escopofilia** Véase *voyeurismo*.
- Especificidad genética** Patrón de genes que es único en un trastorno o grupo de trastornos en particular.
- Espectro del trastorno autista** Grupo de trastornos generalizados del desarrollo del DSM-IV, que de acuerdo con una teoría, representan diferentes manifestaciones del mismo trastorno. Se piensa que incluye autismo infantil, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastornos atípicos, entre ellos, el trastorno de Rett.
- Espectroscopia por resonancia magnética (ERM)** Medida de las funciones químicas y metabólicas de

- los tejidos de organismos vivos a través del análisis de radiación electromagnética emitida durante los cambios químicos.
- Esquema cognitivo** Véase *esquemas*.
- Esquemas** Plural de *esquema*.
Expectativas que tienen las personas sobre la forma en que los demás se comportan y las conductas apropiadas en distintos tipos de situaciones. Además de lo que en realidad le ocurre, los esquemas de una persona son importantes para determinar la forma en que va a responder a tipos particulares de situaciones.
- Esquizofrenia** Miembro del grupo de trastornos psicóticos. De estos trastornos, la esquizofrenia es la más severa y debilitante.
- Esquizofrenia de tipo catatónico** Tipo de trastorno esquizofrénico que se caracteriza por una alteración psicomotora. Con frecuencia toma la forma de rigidez o contorsión corporal. Otra conducta puede incluir flexibilidad cérica o mutismo.
- Esquizofrenia de tipo desorganizado (hebefrénica)** Tipo de esquizofrenia que se distingue por un lenguaje incoherente y un afecto aplanado, incongruente o falta de éste. Con frecuencia se relaciona con extravagancias extremas de la conducta, como gesticulaciones o muecas.
- Esquizofrenia de tipo indiferenciado** Subtipo de esquizofrenia en la que la persona no satisface los criterios de los subtipos paranoide, catatónico o desorganizado pero que muestra síntomas característicos del trastorno, entre ellos, delirio, alucinación, lenguaje o conducta desorganizada y síntomas negativos como afecto aplanado.
- Esquizofrenia en remisión** Reducción o desaparición de los síntomas que eran evidentes cuando se le diagnosticó un trastorno esquizofrénico a la persona. El término refleja el punto de vista de que la esquizofrenia es una enfermedad que dura toda la vida y para la cual no hay cura, sólo la posibilidad de una reducción, por lo menos temporal, de los síntomas.
- Esquizofrenia, tipo residual** Diagnóstico utilizado para designar a las personas que antes reunían las características del criterio de esquizofrenia, pero que en la actualidad ya no las reúnen.
- Estadística descriptiva** Procedimientos que se emplean para resumir grupos de observaciones individuales. Las estadísticas descriptivas más comunes son medidas de tendencia central (por ejemplo, media) y medidas de variabilidad (por ejemplo, desviación estándar).
- Estadística inferencial** Métodos que se basan en las leyes de la probabilidad y que se utilizan para sacar conclusiones acerca de las relaciones entre las variables que se estudian.
- Estadístico kappa** Tipo de índice de confiabilidad que corrige el acuerdo de la probabilidad para proporcionar un cálculo verdadero de la confiabilidad.
- Estado de ánimo disfórico** Trastorno que se caracteriza por síntomas de depresión, tristeza, melancolía y desesperanza.
- Esteretipia** Desarrollo de una conducta ritualista o muy repetitiva. En ocasiones, se considera un resultado del estrés o del consumo de ciertas drogas (como las anfetaminas).
- Estigma** En medicina, señal que indica la historia de una enfermedad o anomalía. En general, algunas características que conllevan a la deshonra, reproche o discriminación por los demás.
- Estímulo condicionado (EC)** Según el condicionamiento clásico, estímulo neutro que no da lugar a una respuesta antes del entrenamiento.
- Estímulo incondicionado (EI)** En el condicionamiento clásico, el estímulo que produce la respuesta deseada en forma automática antes de que tenga lugar el entrenamiento.
- Estrés** Sentimiento o reacción que tienen las personas cuando se enfrentan a una situación que demanda acción de su parte, en especial, aquella que está más allá de sus capacidades.
- Estresor** Causa del estrés, presión o tensión. Algo que perturba el equilibrio de un organismo.
- Estresor psicosocial** Sentimiento de que el estrés se origina en las relaciones con otras personas del ambiente.
- Estudio de adopciones** Método de evaluación de factores hereditarios en los trastornos de la conducta que se basa en comparar la frecuencia de un trastorno en grupos con vulnerabilidad genética educados por padres adoptivos saludables y grupos sin vulnerabilidad genética conocida que se educaron con padres adoptivos que padecen un trastorno de conducta en particular.
- Estudio de alto riesgo** Estrategia de investigación que comprende el estudio longitudinal de las personas que pueden ser vulnerables a un colapso.
- Estudio de caso** Observaciones detalladas de la conducta, los síntomas y los pensamientos informados de un paciente durante un cierto periodo, con inferencia acerca de la causa y el efecto proporcionados por el clínico. Véase también *método clínico*.
- Estudio de correlación** Tipo de investigación en el cual se mide la relación de dos o más características. A partir de la investigación de correlación no se puede hacer ninguna afirmación acerca de la causa y el efecto.
- Estudio de evaluación** Estudios dirigidos a recolectar información para describir un grupo en particular cuyas variables no son manipuladas. La información se puede utilizar para hacer predicciones y es usualmente expresada en forma de correlación entre variables.
- Estudio de gemelos** Estudio de las contribuciones relativas de la herencia y factores ambientales a varios trastornos al contrastar la probabilidad de que un trastorno ocurrirá en dos tipos de gemelos; gemelos (MC) monocigóticos (que tienen herencia genética idéntica) y gemelos (DC) dicigóticos (que comparten sólo 50% de su herencia genética).
- Estudio de seguimiento** Método en el cual las personas que se trataron en un momento dado se contactan más adelante para reevaluar su conducta, de modo que se pueda observar cualquier cambio.
- Estudio experimental** Investigación que usa el método experimental.
- Estudio longitudinal** Estrategia de investigación que se basa en la observación y el registro de la conducta de las personas durante ciertos periodos. Comprende la obtención de mediciones de las mismas personas ya sea en forma continua o en intervalos específicos o regulares.
- Estudio transversal** Investigación en la que diferentes grupos se muestrean al mismo tiempo y se comparan los resultados. Por lo general, esta técnica se utiliza para estudiar el desarrollo humano.

Estudios de adopción Intento de comprender la genética de un trastorno y separarla de los efectos del ambiente, al comparar a niños adoptados en la infancia cuyos padres biológicos estaban afectados por un trastorno con niños adoptados sin ese tipo de herencia.

Estudios de familia Estudio de las características de un grupo de personas relacionadas para descubrir los patrones genéticos.

Etapas meseta Segunda etapa de la respuesta sexual que incluye aumento del ritmo cardíaco y tensión muscular así como dilatación del tejido genital.

Etapas psicosexual Una de las diferentes etapas del desarrollo vital como las definió Sigmund Freud. Estas fases, que difieren en términos de la fuente de gratificación primaria, incluyen las etapas oral, anal, fálica y genital.

Etapas psicosexual anal Etapa del desarrollo psicosexual en la cual el niño encuentra un placer intenso en las actividades que se relacionan con la evacuación.

Etapas psicosexual fálica Etapa del desarrollo psicosexual durante la cual el niño empieza a percibir su cuerpo como una fuente de placer. Durante este periodo, aumentan los sentimientos de narcisismo.

Etapas psicosexual genital De acuerdo con Freud, etapa psicosexual en la que el placer se deriva principalmente de una relación heterosexual madura que incluye amor, afecto y satisfacción sexual.

Etapas psicosexual oral Primera etapa del desarrollo de la infancia, durante la cual el placer se deriva del contacto de los labios y la boca con objetos que satisfacen ciertas necesidades (por ejemplo, el pecho).

Etapas psicosociales Término de Erik Erikson para designar las etapas del desarrollo psicológico humano.

Etiología Asignación de una causa; estudio científico de las causas y orígenes de la conducta desadaptada.

Etiquetación Estrategia cognitiva mediante la cual una persona clasifica sus propias respuestas emocionales como una forma de controlar la conducta, sobre todo en situaciones que le producen estrés. También, forma en que las personas categorizan a los demás, esto es, una forma de estereotipar.

Evaluación Información recolectada dirigida a describir y predecir la conducta. Especialistas en la

evaluación diseñan pruebas para medir varios aspectos de la conducta.

Evaluación cognitiva Especificación y enumeración de los pensamientos típicos que proceden, acompañan y siguen la conducta desadaptada. Se utiliza en la investigación y por terapeutas cognitivo-conductuales, en especial los que trabajan con personas depresivas.

Evaluación conductual Registro objetivo de categorías en particular de conducta observable antes de empezar una terapia conductual. El asesoramiento podrá tomar lugar específicamente en situaciones planeadas o bajo situaciones reales.

Evaluación relacional Instrumentos de prueba utilizados para evaluar las relaciones sociales claves de la persona.

Examen del estado mental Entrevista, que en ocasiones se complementa con pruebas psicológicas y neurológicas, que se utiliza para evaluar la función intelectual de una persona, así como su capacidad para interactuar en forma apropiada con el ambiente.

Excitación sexual Estado caracterizado por dilatación de los órganos genitales externos y sentimientos subjetivos de excitación placentera.

Exhibicionismo Exposición de los genitales en público con el propósito de obtener placer y gratificación sexual.

Exhibicionista Persona que practica el exhibicionismo.

Exorcismo Rituales diseñados para expulsar espíritus malignos que se cree son la causa de enfermedades o conductas desviadas.

Experimento Estudio que emplea el método experimental.

Experimento de prueba de hipótesis Evaluación del grado de precisión de una idea mediante una prueba experimental.

Experimento del cambio conductual Prueba de una manipulación terapéutica para determinar si se reduce la conducta desadaptada de una persona.

Exposición (en la terapia) Requerir que el cliente participe en situaciones que provocan ansiedad bajo la supervisión de apoyo hasta que se extinga la respuesta de ansiedad. Esta perspectiva se basa en el planteamiento del condicionamiento clásico.

Exposición fantaseada (en terapia) Terapia de exposición en la cual los

estímulos molestos se imaginan en lugar de que se presenten en realidad.

Exposición in vivo (en terapia) Técnica que se utiliza en la terapia cognitiva o en la desensibilización en la cual la persona practica cogniciones adaptadas o la conducta de relajación en presencia del objeto o situación que le provoca ansiedad.

Extinción Debilitamiento de una respuesta después del retiro del reforzamiento.

Eyacuación precoz Incapacidad del hombre para inhibir la eyacuación el tiempo suficiente para que la mujer experimente el orgasmo.

Eyacuación tardía Inhibición de la respuesta sexual de los hombres que da como resultado incapacidad para eyacular el semen aun cuando se encuentren sexualmente excitados.

F

Facilitación social Adquisición de capacidades de competencia social mediante la observación de la conducta de los demás.

Factor de liberación de corticotropina (FLC) Sustancia que secreta el hipotálamo que libera la HACT cuando alcanza la glándula pituitaria.

Factor de riesgo Característica personal que se correlaciona con algún trastorno. Indica una probabilidad elevada de que la persona desarrolle un tipo particular de problema o enfermedad. Se dice que las personas con factores de alto riesgo son en especial vulnerables a un trastorno específico.

Factores del método Variaciones en los resultados que provienen de la forma en que se condujo el estudio, el tipo de cuestionario que se utilizó u otros factores que no están asociados con una diferencia real en lo que se midió.

Factores interpersonales (en la terapia) En la terapia, término que se refiere a la relación entre el terapeuta y el paciente como consecuencia de la personalidad de ambos, en vez de un resultado de las técnicas que emplea el terapeuta.

Factores técnicos (en la terapia) Procedimientos particulares que emplea un terapeuta para tratar a un paciente. Son distintos a los efectos de la personalidad del terapeuta en el tratamiento.

Fármaco psicoactivo Término que incluye varios tipos de fármacos que pueden reducir la conducta

desadaptada. Comprende los antipsicóticos, ansiolíticos y antidepresivos.

Fármacos neurolépticos Nombre de un grupo de fármacos psicoactivos utilizados en el tratamiento de trastornos esquizofrénicos. Estos medicamentos reducen los síntomas psicóticos pero pueden tener efectos secundarios parecidos a los trastornos neurológicos.

Fase de resolución Periodo después del orgasmo sexual en el cual se reduce la excitación y el estado fisiológico del cuerpo al regresar a la normalidad.

Fenciclidina (PCP) Droga ilegal, técnicamente un anestésico disociativo, que produce con frecuencia delirio y alucinaciones. Se le conoce como “polvo de ángel” o “cristal”.

Fenilalanina hidroxilasa Enzima que se produce de manera natural en la sangre. Su función puede ser dañada por un gen de mutación en el trastorno de fenilcetonuria (FCE).

Fenilcetonuria (FCE) Forma de retraso mental causada por una deficiencia metabólica.

Fenobarbital Barbitúrico que en ocasiones se utiliza como sedante y para controlar el desarrollo de crisis epilépticas.

Fenotiazinas Grupo de fármacos antipsicóticos utilizados tradicionalmente para tratar el trastorno esquizofrénico.

Fetichismo Desviación sexual en la cual el interés sexual se centra en alguna parte del cuerpo o en un objeto inanimado que es capaz de estimular la excitación sexual.

Fetichismo travestista Desviación sexual en la que una persona obtiene placer al utilizar ropa del sexo opuesto.

Fijación Apego exagerado e inapropiado por alguien o algo. También se refiere a una interrupción anormal del desarrollo durante la infancia que continúa durante la vida de adulto como un conjunto inadecuado de actitudes, hábitos e intereses.

Fingimiento Conducta diseñada para recibir recompensas financieras o de otro tipo mediante la simulación de algún trastorno. Contraste con los *trastornos facticios*.

Fisonomía Arte de juzgar el carácter o la personalidad humanos a partir de los rasgos faciales.

Flashback Reexperimentar alucinaciones u otros síntomas perceptuales que ocurrieron originalmente mientras la

persona se encontraba intoxicada por una sustancia psicoactiva.

Fluoxetina Véase *Prozac*.

Fobia Miedo excesivo o inapropiado a algún objeto o situación en particular que en realidad no es peligroso.

Fobia simple Tipo de fobia relativamente raro que comprende un temor irracional que no se relaciona con situaciones poco familiares ni interacciones sociales; por ejemplo, el temor a los lugares encerrados (claustrofobia) o a algunos animales en especial.

Fobia social Tipo de temor irracional a las situaciones en las que una persona se expone al escrutinio de los demás. Los tipos más comunes son el temor a sonrojarse, a hablar, comer y escribir en público, así como a utilizar instalaciones sanitarias públicas.

Fobias específicas Miedos irracionales persistentes asociados con un tipo particular de objetos (por ejemplo, arañas o perros), o situaciones (por ejemplo, claustrofobia o acrofobia)

Folie a deux Véase *trastorno psicótico compartido*.

Formación reactiva Mecanismo de defensa que permite que la persona exprese un impulso no aceptado por medio de su transformación en el opuesto.

Formato de entrevista de diagnóstico Procedimiento estandarizado de entrevista que contiene preguntas, pruebas y criterios para cierto número de diferentes grupos de síntomas. Es muy utilizado en la investigación y en los escenarios clínicos.

Fototerapia Exposición a la luz muy brillante durante varias horas al día como tratamiento de los trastornos afectivos estacionales.

Frenología Teoría obsoleta de que las diferentes conductas psicológicas se relacionaban con las distintas partes del cerebro y que se podían evaluar al tocar la superficie del cráneo.

Frotteurismo Práctica que implica obtener gratificación sexual a través de tocamientos o frotamiento sexuales contra alguien en un tumulto. La víctima no se percata de la conducta debido al entorno abarrotado.

Fuga disociativa Estado de amnesia que comprende una partida inesperada de su entorno acostumbrado, la suposición de una nueva identidad y la incapacidad de recordar la identidad anterior.

Función ejecutiva Operaciones cognitivas que se piensa que involucran la corteza prefrontal. Estas funciones incluyen planeación, capacidad para inhibir respuestas, flexibilidad de pensamiento y memoria de trabajo.

G

GABA Término para designar el neurotransmisor ácido gamma-amino-butírico. Se cree que en la enfermedad de Huntington se presenta una deficiencia de GABA que se asocia con causas hereditarias.

Gay Vocablo utilizado para describir un estilo de vida homosexual por quienes sienten que el término homosexual tiene demasiadas connotaciones negativas.

Gemelos dicigóticos Gemelos fraternos que se desarrollan a partir de dos huevos fertilizados. Las dos personas tienen la misma relación genética que cualquier par de hermanos.

Gemelos monocigóticos Gemelos idénticos que se desarrollan a partir de un huevo fertilizado.

Gen Estructura microscópica ubicada en el cromosoma; unidad física de la transmisión de la herencia.

Gen ApoE Gen cuya presencia indica vulnerabilidad a la enfermedad de Alzheimer. Se cree que está relacionado con la incapacidad de recuperarse normalmente de heridas craneoencefálicas.

Gen dominante Miembro del par de genes que determina si la persona tendrá los rasgos que controla ese gen. El otro miembro del par puede ser igual (también dominante) o diferente (recesivo).

Gen penetrante Porcentaje de los casos en el que un rasgo o característica derivada de un gen específico se manifiesta en organismos subsecuentes de las especies.

Gen recesivo Miembro de un par de genes que determina los rasgos característicos o la apariencia de la persona sólo si concuerda con el otro miembro del par. Se lo compara con gen dominante.

Genética conductual Estudio de los efectos de la herencia genética en la conducta.

Genética de la población Estudio de las formas en que están distribuidos los genes en una población mediante la unión de las personas.

Genoma Grupo completo de genes y su localización en cromosomas específicos.

Glándula gonadal Glándulas de secreción interna que son parte del sistema endocrino.

Glándula pituitaria Glándulas de secreción interna que constituyen parte del sistema endocrino.

Glándula tiroides Glándula de secreción interna que forma parte del sistema endocrino.

Glándulas adrenales Glándulas de secreción interna que son parte del sistema endocrino.

Grupo de apoyo Grupo de personas con problemas iguales o similares que se reúnen para analizarlos y encontrar la forma de manejarlos.

Grupo de autoayuda Grupo de personas con el mismo problema que se reúnen para compartir experiencias y formas de manejar las situaciones en un intento por ayudarse a sí mismas a mejorar sus propias capacidades para afrontar estos problemas.

H

Hachís Sustancia alucinógena compuesta por la resina solidificada del cannabis sativa (marihuana).

Heredabilidad Grado en que las influencias genéticas afectan una característica en particular, aunque las influencias ambientales también puedan tener un efecto en la forma en que éstas se expresan.

Hereditario Cualidades que se transmiten de padres a hijos por medio de la transmisión genética.

Heroína Derivado opiáceo de la morfina extremadamente adictivo.

Herpes virus homínus (herpes simple) Enfermedad viral crónica que, si se presenta en una mujer embarazada puede provocar retraso mental y otras malformaciones congénitas en el niño.

Heterogeneidad genética En genética, noción de que es necesario más de un gen para transmitir una característica. Sin embargo, cada uno de los genes tiene un efecto por separado y no aditivo.

Hiperactividad Véase *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*.

Hipersomnia Tipo de disomnia en la que hay somnolencia excesiva, periodos prolongados de sueño en la noche y/o largos periodos de sueño durante el día.

Hipertensión Alta presión arterial, por lo general considerada un trastorno psicofisiológico.

Hipnosis Estado alterado de la conciencia inducido por la sugestión. Varía de la hipersugestibilidad leve a los estados de trance profundos.

Hipocampo Una de las dos cordilleras a lo largo de los ventrículos laterales del cerebro. Está involucrado con la experiencia de la emoción.

Hipocondriasis (hipocondría) Trastorno en el cual una persona se ve afectada por el miedo a las enfermedades, es decir, se preocupa desmesuradamente por su salud sin tener una causa real.

Hipomanía Trastorno que se caracteriza por una elevación poco común del estado de ánimo, que no es tan extrema como la que se encuentra en la manía.

Hipotálamo Parte del cerebro que se encuentra debajo del tálamo. Controla diferentes actividades del sistema nervioso autónomo, que incluyen la regulación de la temperatura corporal.

Hipótesis Postulación de una relación causa efecto en términos que permiten probarla científicamente.

Hipótesis de la dopamina Noción de que la esquizofrenia comprende un exceso del neurotransmisor dopamina en ciertos lugares del cerebro.

Hipótesis nula Relación evaluada por varias pruebas estadísticas donde los grupos no difieren. Si se rechaza la hipótesis nula, se da por hecho que es poco probable que cualquier diferencia observada se deba a la casualidad.

Hipótesis psicosomática Idea popular durante las décadas de los años treinta y cuarenta de que los síntomas físicos podían ser causa de la incapacidad para expresar las emociones fuertes.

Histeria Presencia de un problema físico sin ninguna causa física. A la persona que sufre de histeria se le llama histérica.

Histeria masiva Aunque no es parte del DSM-IV-TR, el término se utiliza para referirse a los brotes de enfermedades en un ambiente grupal que no tienen causas que se puedan descubrir, más que el estrés y la ansiedad. Con frecuencia, los síntomas incluyen náusea, vértigo, dolor de cabeza o problemas para respirar.

Histórico Término que utiliza Charcot para describir a una persona que se queja de síntomas orgánicos como dolor, ceguera o parálisis para los

cuales no se puede encontrar ninguna causa orgánica.

Homeostasis Mantenimiento del equilibrio y la coherencia entre los procesos corporales.

Homosexual Persona que prefiere participar en actividades sexuales con personas de su propio sexo y continúa con esta conducta durante un periodo prolongado.

Hormona adrenocorticotrópica (ACTH) Hormona secretada por la glándula pituitaria, que se dirige a la corteza adrenal para liberar corticosteroides adrenales, químicos que estimulan la respuesta del organismo al estrés.

Hormonas Secreciones glandulares que funcionan como coordinadores de las reacciones corporales ante eventos externos así como durante el crecimiento y desarrollo del cuerpo.

Hospitalización de día Tratamiento que se emplea ya sea para pacientes crónicos o agudos o para pacientes que necesitan rehabilitación. Los pacientes asisten a un programa de hospital durante el día y regresan a su casa por la noche. Las actividades diurnas se enfocan en el desarrollo de habilidades sociales y la solución práctica de problemas.

Hospitalización parcial Cuidado hospitalario, ya sea de día, de noche o durante los fines de semana, para pacientes que no necesitan cuidados permanentes. En especial, está diseñada para ayudar a la transición de regreso a la comunidad. También se utiliza para evitar la hospitalización completa si la familia puede proporcionar un cuidado parcial (por ejemplo después de sus horas de trabajo).

Humores Los cuatro fluidos corporales esenciales —sangre bilis amarilla, bilis negra y flema— que, según creencias entonces aceptadas, causaban diversos trastornos desde las épocas antiguas hasta el periodo medieval.

Huso del sueño Despliegue violento y rápido de las ondas cerebrales que ocurren durante la etapa dos del sueño.

I

Identidad étnica Grupo étnico del cual la persona considera ser parte. Muchas veces es un factor importante para los inmigrantes y para los hijos de padres que son de dos diferentes

etnias. Parte del autoconcepto de una persona.

Identidad sexual Característica básica de la personalidad que comprende la convicción que tiene una persona de ser hombre o mujer.

Identificación Sentimiento de asociación con otra persona o grupo, de modo que una persona adopta el punto de vista y la conducta de otro(s).

Identificación con el agresor
Mecanismo de defensa en el que el miedo a alguien es manejado al asumir psicológicamente alguno de los aspectos atemorizantes de la conducta del agresor.

Imagen por resonancia magnética (IRM) Método que utiliza la radiación electromagnética para visualizar y medir la anatomía de una persona viva.

Impotencia Fracaso de un hombre en lograr o mantener la erección del pene aun cuando se encuentra sexualmente excitado.

Impulso irresistible Idea utilizada en el sistema de justicia criminal, según la cual una persona no puede controlar su conducta como consecuencia de una enfermedad mental. Como resultado, la persona no puede considerarse responsable de un crimen aun si admite que lo cometió o se comprueba su autoría.

Incesto Relaciones sexuales entre miembros cercanos de la familia, como hermano y hermana o padre e hija.

Incidencia Conteo del número de casos nuevos durante cierto periodo; se utiliza en epidemiología. Contrasta con *prevalencia*.

Inconsciente Fuera de la conciencia; contenido mental que se puede llevar a la conciencia sólo con gran dificultad (o no se puede).

Inconsciente colectivo Idea de Jung de que el inconsciente de la vida de una persona atañe tanto al inconsciente personal de las experiencias pasadas que se han ido olvidando o reprimiendo y el inconsciente colectivo. Estructura heredada que es común en la humanidad y que simboliza las situaciones humanas universales (tales como el tener padre, encontrar pareja, enfrentar la muerte, etcétera)

Indefensión aprendida Creencia adquirida de impotencia para manejar una situación o controlar el medio ambiente. Concepto utilizado para

explicar la depresión que suele aquejar a los humanos.

Indicadores Características biológicas o conductuales que pueden permitir la identificación de las personas vulnerables a ciertos trastornos.

Índice de la masa corporal (IMC)
Fórmula utilizada para medir la obesidad, que se expresa como 703 multiplicado por el peso de la persona (en libras) dividido por la altura (en pulgadas) sobre dos.

Indolamina Tipo de neurotransmisor del grupo de las monoaminas (por ejemplo, la serotonina) que parece estrechamente relacionada con el estado de ánimo.

Infarto al miocardio Daño al tejido del músculo cardíaco debido a una reducción drástica de la cantidad de sangre que llega al corazón; por lo general, se conoce como ataque cardíaco.

Inhalantes Sustancias volátiles, por lo general algún compuesto de hidrocarburo, que producen efectos psicológicos cuando entran en contacto con los capilares de los pulmones. Algunos ejemplos son las pinturas en aerosol y los limpiadores líquidos.

Inhibidor de la MAO Véase *inhibidor de monoaminooxidasa*.

Inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO) Una de un grupo de drogas que se utilizan para tratar la depresión. Funciona al prevenir la degradación de las monoaminas y permitir, de esta manera, que se junte más norepinefrina y serotonina en los receptores.

Inhibidores reversibles de la monoamina oxidasa Véase *IRMAO*

Inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina (SSRI) Categoría de antidepresivos que tiene menos efectos secundarios que el grupo tricíclico.

Innata Características que se adquieren por medio de la herencia general o la mutación de un gen o genes que transmiten los padres.

Insight Conocimiento de sí mismo; comprensión de la importancia y el propósito de los motivos o conductas propias, incluyendo la capacidad para reconocer lo inapropiado e irracional.

Insomnio Dificultad para conciliar el sueño, mantenerse dormido, o no sentir descanso después de despertar. Para el DSM-IV-TR, el problema debe durar por lo menos un mes.

Instalaciones residenciales Refugio donde a los pacientes o antiguos pacientes que en la actualidad no pueden vivir de manera independiente se les proporcione asistencia psicológica y práctica y apoyo. Entre los ejemplos se pueden incluir los hogares para grupos y casas de medio internamiento.

Integración Política educativa que permite que los niños con discapacidades físicas y mentales participen por lo menos hasta cierto grado en clases escolares regulares. Algunas clases especiales enfocadas en sus dificultades de aprendizaje especiales pueden ser provistas durante el día escolar.

Intelectualización Mecanismo de defensa en el cual una persona separa la descripción o significado de un suceso de su efecto emocional.

Intención paradójica Técnica terapéutica en la cual se instruye al paciente a presentar conductas que parecen contrarias al objetivo terapéutico. Por ejemplo, a alguien que teme a las multitudes se le puede pedir que asista se sume a una muchedumbre y se concentre en sentirse con tanto temor como sea posible.

Intervención social Esquema de tratamiento que comprende no sólo la interacción con el paciente, sino además el intento de modificar su ambiente en el hogar o el trabajo.

Intoxicación por alcohol Estado en el que la cantidad de alcohol consumida produce cambios significativos en la conducta y la respuesta psicológica.

Intoxicación por sustancias Efectos distintivos pero reversibles de la ingestión o exposición a ciertas sustancias como resultado de su efecto en el sistema nervioso central. Los efectos más comunes incluyen alteraciones en la percepción, vigilia, atención, pensamiento, juicio, conducta motriz y conducta interpersonal.

Inundación Técnica terapéutica conductual utilizada particularmente para tratar fobias. El tratamiento consiste en la exposición del paciente a los estímulos que producen miedo hasta que la respuesta a éste se extinga.

Inventario clínico multiaxial de Millon Medida específicamente diseñada para evaluar los trastornos de la personalidad clasificados en el DSM-IV-TR.

Inventario de la personalidad Pruebas de papel y lápiz en las cuales la persona se describe a sí misma mediante respuestas a una serie de preguntas de falso y verdadero o calificando una serie de frases que la describen. La mayoría de los inventarios de la personalidad producen varias calificaciones, cada una de las cuales lleva la intención de describir un aspecto de la personalidad.

Inventario de la personalidad NEO revisada (NEO-PI-R) Inventario que evalúa la personalidad en términos de los cinco factores más importantes. Se utiliza con frecuencia en estudios de investigación.

Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) Cuestionario de autorreporte de la personalidad diseñado para facilitar el diagnóstico psiquiátrico.

Investigación del proceso En la investigación psicoterapéutica, intento por comprender lo que sucede en el transcurso de la psicoterapia en contraste con el interés sólo por la deseabilidad del resultado.

Investigación epidemiológica Estudios diseñados para relacionar la ocurrencia de un trastorno con una población específica. Un punto central de este tipo de investigación es el estudio de la relación entre los trastornos mentales y las distintas variables de la población. Con frecuencia, los resultados se expresan en términos de incidencia, o la cantidad de casos nuevos que se presentan durante un periodo específico, y prevalencia, la cantidad de casos que existen entre la población.

Investigación observacional Método en el cual no se manipula ninguna variable y las relaciones se estudian como ocurren de manera natural. Contraste con el *método experimental*.

IRM Véase *imagen por resonancia magnética*.

IRMAO Tipo nuevo mejorado de los inhibidores de la MAO, más selectivo en sus efectos sobre las funciones químicas del cerebro y por lo tanto más seguro que las primeras y potencialmente peligrosas formas de inhibidor de la MAO.

J

Juego patológico Juego compulsivo que se considera una adicción conductual. Los afectados continúan jugando a

pesar de que provocan dificultades familiares severas y problemas económicos. Sienten una gran excitación cuando juegan, y tienden a negar las consecuencias de su comportamiento.

L

La belle indifférence Ausencia muy marcada de preocupación por incapacidad propia, que en ocasiones se observa en los pacientes con trastorno de conversión.

Laceración Desgarradura o rotura gruesa en un tejido. Las laceraciones cerebrales pueden ocurrir debido a heridas en la cabeza.

Los cuatro A Eugen Bleuler resume los aspectos primarios de la esquizofrenia. Incluyen alteraciones en *los anhelos*, *la asociación* y la presencia de *ambivalencia* y *autismo*.

Lenguaje desordenado Medida utilizada para identificar la esquizofrenia. Se caracteriza por la pérdida de asociaciones que si son severas pueden producir un lenguaje incomprensible.

Lenguaje perseverante Tendencia a repetir palabras o frases característico de algunos lenguajes de personas que padecen esquizofrenia. Las repeticiones son usualmente insertadas en las oraciones subsecuentes, con lo cual éstas parecen ilógicas y difíciles de entender.

Lesbianismo Práctica de la conducta homosexual por parte de las mujeres.

Libido Término de Freud para designar la energía emocional y psíquica que creía se originaba en el ímpetu innato del placer sexual.

Libre asociación Técnica básica del método psicoanalítico por medio del cual un paciente expresa sus pensamientos en forma tan libre y tan desinhibida como sea posible. Las libres asociaciones proporcionan procesos de flujo de pensamiento natural libre de interrupciones o explicaciones.

Librium (clordiazepóxido) Tranquilizante que se prescribe para los problemas de ansiedad.

Licantropía Término para designar el cambio mágico que se creía que sufrían las personas y las hacía comportarse como lobos.

Lineamientos del American Law Institute (ALI) Lineamientos para establecer la responsabilidad de una

conducta criminal como resultado de una enfermedad mental o defecto adoptados por varios estados estadounidenses.

Linfocitos Término general que incluye varios tipos de células del sistema inmune que combaten las enfermedades.

Litio (carbonato de litio) Sal química que se emplea para tratar el trastorno bipolar.

Lóbulo frontal Parte de cada hemisferio cerebral que participa en los procesos del pensamiento abstracto.

Lóbulo parietal División central de cada hemisferio cerebral, detrás del surco central, arriba de la fisura de Silvio y en frente de la fisura parieto-occipital.

Lóbulo temporal Parte del hemisferio cerebral que se encuentra detrás de las sienes y debajo de la fisura lateral frente al lóbulo occipital.

Locura Término legal que señala incompetencia mental, incapacidad para distinguir "el bien del mal" e incapacidad para cuidar de sí mismo.

Locus, gen Posición característica dentro de un cromosoma en el cual se localiza un par de genes en particular.

Locus de control Característica de la personalidad que describe Julian Rotter, en la cual una persona cree que tiene el poder de afectar el resultado de las situaciones (locus de control interno) o que tiene muy poco control sobre lo que sucede (locus de control externo).

Logoterapia Término utilizado por Viktor Frankl para su terapia existencial-humanista.

LSD (dietilamina del ácido lisérgico) Alucinógeno sintético que se produce químicamente y que tiene propiedades psicotomiméticas.

Lunático Término que se empleaba en el pasado para describir a las personas con sus facultades mentales alteradas. La palabra proviene de *luna*, que se refiere a la antigua creencia de que quienes los dementes estaban abstraídos por la luna.

Luto Estado que se guarda después de haber perdido a alguien por medio de la muerte.

M

MAEC Véase *mapeo de la actividad eléctrica cerebral*.

Magnitud del efecto Método estadístico para determinar qué tan prácticas y significativas son las diferencias entre dos o más grupos. Incluso si son

estadísticamente diferentes, el tamaño de la diferencia puede tener poca importancia.

Manía Estado eufórico e hiperactivo en el cual se ve afectado el juicio de una persona.

Mantenimiento con metadona Empleo de la metadona como sustituto de la heroína. La metadona evita los síntomas de abstinencia y elimina el deseo por la heroína, aunque también tiene efectos secundarios indeseables.

Mantra Véase *meditación*.

Manual diagnóstico y estadístico (DSM) Sistema de clasificación de la conducta anormal publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría. Por lo general, el sistema, cuya versión actual es llamada DSM-IV-TR, es utilizado en Estados Unidos para el diagnóstico oficial y para propósitos de documentación administrativa.

Mapeo de la actividad eléctrica cerebral (MAEC) Técnica para el estudio de la actividad eléctrica cerebral en la cual los impulsos eléctricos se resumen en esquemas de color.

Marihuana Sustancia derivada de las hojas o los tallos en flor de la planta cannabis. Cuando se fuma se alcanza un estado de ensueño y conciencia alterada, en el cual las ideas son incoherentes, incontrolables y abundantes. Bajo la influencia de la marihuana, la conducta es impulsiva y se eleva el estado de ánimo.

Masochismo Desviación en la que el placer sexual se logra a través del dolor que una persona se causa a sí misma, de ser dominada o maltratada.

Masochista Persona que practica el masochismo.

Masturbación Autoestimulación de los genitales con el propósito de producir placer sexual.

Mecanismo de defensa Término psicoanalítico para designar distintas operaciones psíquicas que utiliza el yo para evitar la conciencia de estímulos desagradables que provocan ansiedad. El yo emplea los mecanismos de defensa de manera selectiva para detener la ansiedad que se origina en el ello, el superyo o los peligros presentes en la realidad externa.

Media Promedio matemático.

Mediador Vínculo (por ejemplo entre un estímulo y la conducta resultante). Los mediadores no hacen una contribución independiente a un

resultado; más bien, su influencia se debe a otra variable relacionada tanto a ellos como al resultado.

Mediana Valor que se encuentra a la mitad entre las calificaciones más altas y las más bajas cuando éstas están ordenadas desde de menor a mayor.

Medicina conductual Área que se enfoca en las maneras de mejorar la salud, el tratamiento y la rehabilitación mediante el uso de técnicas conductuales para ayudar a las personas a adoptar formas de vida en general más saludables y seguir los planes de tratamiento para manejar problemas específicos. También se dedica a ayudar a mejorar el servicio de las personas que proporcionan cuidados de la salud.

Medio Ambiente, escenario.

Meditación Técnica para relajarse mediante la concentración en un pensamiento, sensación o palabra especial o mantra.

Médula adrenal Una de las dos partes principales de las glándulas adrenales, la parte del sistema endocrino que se localiza exactamente arriba de los riñones. Su función principal es la secreción de hormonas en situaciones de emergencia.

Melatonina Hormona producida por la glándula pineal importante en el ciclo del sueño.

Mente Conciencia humana que se muestra en el pensamiento, la percepción y la memoria. Refleja la dicotomía artificial que se realiza con frecuencia entre la mente y el cuerpo.

Metaanálisis Técnica que se emplea para combinar los datos de varios estudios de manera que tengan un significado. Se utiliza para investigar los efectos de la psicoterapia en los pacientes.

Metacognición Conocimiento de una persona sobre sus propios procesos cognitivos y los productos de éstos.

Metadona Químico sintético cuya acción es similar a la de la morfina. Debido a que se sostiene que su uso no lleva a la escalación de la dosis, algunas autoridades lo prescriben para tratar la adicción a la heroína.

Metanfetamina Compuesto químico relacionado con la anfetamina pero con efectos mayores en el sistema nervioso central. A menudo se le llama "cocaína de los pobres".

Metilfenidato Droga estimulante (Ritalin) que en ocasiones se utiliza para tratar la hiperactividad.

Método clínico Estudio de caso de la persona por medio de la observación. En gran medida, puede depender de los juicios intuitivos del clínico, más que de la experimentación y la medición sistemáticas.

Método doble ciego Diseño experimental que se emplea en la investigación sobre drogas. Ni los sujetos ni las personas que realizan el experimento saben si el medicamento que se administra a los distintos grupos de comparación son activos o inertes (placebos).

Método experimental Estudio de los factores que ejercen influencia en el resultado mediante la manipulación de una o más variables experimentales, en lugar de sólo observar lo que ocurre en forma natural.

Microcefalia Condición asociada con el retraso y el deterioro mental, donde el tamaño de la cabeza de la persona es menor que la media.

Miedo Emoción desagradable y con frecuencia fuerte provocada por la anticipación o conciencia del peligro.

Migraña Véase *dolor de cabeza, migraña*.

Moda Calificación obtenida por un gran número de sujetos.

Modelamiento Conducta que se aprende o modifica como resultado de la observación de la conducta de otras personas. Para aprender la nueva conducta, quien estudia no tiene que imitar la respuesta observada ni recibir ningún reforzamiento por realizarla. El término se emplea en combinación con aprendizaje por observación. Véase también *modelamiento encubierto, en vivo o simbólico*.

Modelamiento en vivo Aprendizaje a través de la observación directa de otra persona que realiza el acto o actos que se deben aprender.

Modelamiento encubierto Aprendizaje por medio de la imaginación de la forma en que otros realizan una tarea o por la anticipación de la respuesta que daría si presenta cierto tipo de conducta.

Modelamiento participante Procedimiento terapéutico en el cual primero el terapeuta demuestra la respuesta al paciente y después éste produce la misma respuesta con sugerencias por parte del terapeuta.

Modelamiento simbólico Aprendizaje a través de la observación de secuencias en película o cinta de video de alguien que realiza el acto o actos que

se deben aprender o aprendizaje de las respuestas apropiadas al escuchar cintas de audio o la lectura de un texto.

Modelo biopsicosocial Punto de vista que hace hincapié en la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes de la conducta y el funcionamiento del organismo.

Modelo categórico Planteamiento de clasificación que se utiliza en el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). En este método, el diagnóstico se puede realizar si se cumple con cierta cantidad de criterios, en lugar de requerir la satisfacción de todos ellos.

Modelo de distorsión cognitiva Modelo de depresión desarrollado por Aaron Beck, quien sostiene que ciertos tipos de errores cognitivos son específicos de la depresión. Entre ellos se incluyen la triada cognitiva: pensamientos negativos sobre uno mismo, la situación y el futuro. En contraste con las personas ansiosas que se preocupan sobre lo que el futuro les pueda deparar y si podrán manejar estos eventos, las personas depresivas piensan que no podrán manejar las situaciones negativas que les ocurran en el futuro y proyectan lo que sucedió en el pasado.

Modelo de los cinco factores Enfoque a la personalidad que la describe en términos de cinco categorías básicas: estabilidad emocional, extroversión, disposición a la experiencia, afabilidad y escrupulosidad.

Modelo de rehabilitación Tipo de hospital de día o de tiempo completo en el cual se ofrece atención para mejorar el funcionamiento social y vocacional. Por lo general, el tratamiento tiene una extensión limitada pero puede durar más que el cuidado intensivo.

Modelo del neurodesarrollo En el estudio de la esquizofrenia, este modelo da por sentado que la anomalía relacionada con el desarrollo neuronal ocurre al principio de la vida pero que no se manifiesta hasta que la región afectada del cerebro madura durante el curso normal del desarrollo.

Modelo dimensional Planteamiento para clasificar que se centra en patrones de características para determinar los perfiles de los rasgos que distinguen las distintas categorías. El Inventario

Multifásico de la Personalidad de Minnesota se emplea en esta forma.

Modelo monogenético (gen único)

Teoría de herencia que sostiene que un gen de un locus en particular (una parte de un cromosoma) es suficiente para producir una característica hereditaria.

Modelo poligenético multifactorial

Teoría que sostiene que varios genes de distintas ubicaciones se pueden combinar para producir una característica o trastorno particulares.

Modelo poligénico Teoría genética que sostiene que varios genes en diferentes ubicaciones deben interactuar para producir una característica heredada en particular.

Modificación cognitiva Técnica mediante la cual las personas aprenden a modificar los patrones de pensamiento desadaptado o sustituir los antiguos diálogos internos negativos.

Modificación conductual Tipo de terapia que se basa en los principios del condicionamiento operante.

Moldeamiento Proceso básico del condicionamiento operante que involucra el reforzamiento de aproximaciones cercanas y exitosas a una conducta deseada.

Monoaminooxidasa (MAO) Enzima existente en los receptores de las neuronas que desactiva las distintas aminas, incluyendo las catecolaminas.

Morfina Principal derivado del opio, que se emplea extensivamente para aliviar el dolor.

Mosaiquismo Condición en la cual no todas las células de una persona tienen la misma cantidad de cromosomas, como resultado de un error en la división celular en el óvulo fertilizado.

Movimiento coreiforme Muecas faciales involuntarias, fuertes sacudidas y movimientos contorsionistas característicos de la enfermedad de Huntington.

Movimiento de eugenesia Movimiento social desacreditado en estos días que apoya el desarrollo de programas de esterilización de personas que tienen retraso mental con la idea de que este acto mejorará el inventario genético de la población.

Movimiento de rastreo ocular Estudio de los movimientos oculares de seguimiento suave y de saltos mientras una persona trata de seguir un estímulo que se mueve

rítmicamente. Uno de sus objetivos es descubrir indicios genéticos de vulnerabilidad.

Movimiento ocular sacádico Sacudida rápida del ojo intercalada con fijación estática con control voluntario.

Movimientos oculares de búsqueda suave Tipo de movimientos que en esencia son involuntarios y que ocurren cuando una persona sigue visualmente los movimientos rítmicos de un objeto, como un péndulo.

Muestreo Proceso en el que los casos o sujetos se extraen de una población más grande. Ya sea por casualidad o debido a la forma en que se seleccionaron, estos casos no tienen características similares a la población más grande, por lo que los resultados de la investigación pueden no reflejar la verdadera relación de variables en el grupo.

Muestreo representativo Selección de personas de un grupo grande que, como grupo, tienen la misma distribución de la característica o características bajo estudio que se encuentran en poblaciones grandes. La selección de este tipo de muestreo permite al investigador generalizar sobre los resultados del estudio que puedan aplicarse a un grupo más amplio que sólo a personas que han participado en el estudio actual.

Mutación Cambio repentino en la composición de un gen, que por lo general provoca características anormales en la progenie.

Mutante Célula en la cual se alteró el material hereditario. Esta mutación puede ser espontánea (que ocurre en forma natural) o inducida por factores internos como la radiación y ciertos químicos.

N

Naloxona Fármaco que bloquea los efectos analgésicos de las endorfinas.

Naltrexona Fármaco que evita la reincidencia en la adicción a la heroína y otros opiáceos al bloquear los receptores específicos.

Narcisismo Término para designar el amor por sí mismo o el ensimismamiento que se deriva del mito griego sobre Narciso, (quien se enamoró de lo que pensó era una ninfa acuática pero que, en realidad, era su propio reflejo en un estanque).

Narcolepsia Tipo de alteración del sueño en el que la persona ingresa directamente a la fase de sueño REM.

A menudo produce somnolencia incontrolable durante las horas del día así como experiencias inusuales durante el sueño. Se cree que tiene algunos fundamentos genéticos.

Narcóticos Término legal para denominar las drogas adictivas, las más comunes de las cuales son los opiáceos, que se derivan de la amapola oriental.

Negación Mecanismo de defensa que permite el rechazo de los elementos de la realidad que serían conscientemente intolerables; negación de las experiencias de la realidad a través de la falta de aceptación.

Negligencia infantil Característica de la conducta de la persona que se encarga de cuidar a un niño, al cual no le proporciona un ambiente saludable, el alimento, la ropa ni la supervisión adecuadas.

Neoanalista Teórico que está de acuerdo con una versión revisada de los conceptos de Freud.

Neofreudiano Perteneciente a los antiguos seguidores de Freud que se apartaron del psicoanálisis ortodoxo para crear varias doctrinas importantes. En tanto que los psicólogos del yo se consideran a sí mismos psicoanalistas, los neofreudianos no. Entre los neofreudianos prominentes se encuentran Adler, Jung y Sullivan. Sus escritos hacen hincapié en los determinantes sociales y culturales del comportamiento.

Neurociencia Área interdisciplinaria de la ciencia que trata de explicar la relación entre la estructura y función cerebrales y la conducta, el afecto y las cogniciones.

Neurofarmacología Campo especializado enfocado en el desarrollo de fármacos para compensar los defectos o deficiencias en los químicos del cerebro y la transmisión neuronal.

Neurogénesis Producción de nuevas células cerebrales.

Neurólogo Especialista en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sistema nervioso.

Neurona Célula nerviosa.

Neuropsicología Rama de la psicología que trata de las relaciones conducta-cerebro.

Neurorreceptores Proteínas localizadas en las dendritas neuronales que recogen y transmiten señales a través del cerebro y sistema nervioso.

Neurosis Término antiguo para los que en la actualidad se conocen como trastornos de ansiedad.

Neurosis traumática Síntomas psicológicos que ocurren después de un suceso traumático, pero que no son el resultado directo del daño físico.

Neurotransmisor monoamina Tipo de neurotransmisor con un aminoácido sencillo distintivo (NH_2) en su estructura molecular. Hay dos tipos de monoaminas: catecolaminas e indolaminas.

Neurotransmisores Producto químico del sistema nervioso que hace posible el movimiento de los impulsos nerviosos a través de la sinapsis.

Nicotina Sustancia psicoactiva volátil, principal químico activo del tabaco.

No disyuntivo Presencia de un cromosoma extra en lo que debería ser un cromosoma par.

Non compos mentis Término latino que significa “no sano de mente” (y, por lo tanto, no responsable legalmente).

Norepinefrina Hormona también llamada noradrenalina, producida por la médula adrenal. Integra el grupo de las catecolaminas.

O

Obligación de avisar Precedente legal que plantea que si un terapeuta cree que un paciente quiere dañar a otra persona, tiene la obligación de informar a la posible víctima del peligro a pesar del conflicto de mantener confidencial lo que se analizó durante las sesiones de terapia.

Observación de línea base Procedimiento de condicionamiento operante en el cual se establece una puntuación inicial para alguna respuesta. Se puede utilizar para propósitos descriptivos o como una condición de control antes de introducir procedimientos de modificación conductual y comparaciones subsecuentes de puntajes de respuesta.

Observaciones operantes Tipo de observación conductual en la que las observaciones concernientes a las frecuencias de ciertas conductas específicas se realizan antes de que comience el tratamiento.

Onda alfa Tipo particular de actividad eléctrica cerebral que, por lo general, se observa cuando una persona está

tenso y cuya frecuencia disminuye con la somnolencia o relajación.

Ondas delta Ondas extremadamente lentas que aparecen en la tercera fase del sueño y dominan en la cuarta fase.

Opiáceos Sustancias naturales o sintéticas derivadas del jugo de la amapola del opio.

Opioide Droga con una acción parecida a la morfina. Puede ser una sustancia natural o sintética.

Orgasmo Tercera etapa de la respuesta sexual, que comprende contracciones musculares rítmicas y excitación física elevada. En los hombres, la eyaculación del semen tiene lugar durante esta etapa.

Orientación de exposición Noción de que la adicción a las drogas es causada por un ambiente que ofrece disponibilidad de las sustancias.

Orientación interaccionista (en las adicciones) Noción de que tanto aspectos de la persona como de la situación son importantes para determinar si ocurrirá la adicción. Las personas que pueden consumir drogas mientras se encuentran en una situación estresante a largo plazo pueden no mostrar signos de adicción, como la abstinencia, cuando se les transfiere a un ambiente menos estresante en el que están ausentes las señales que acompañaban su consumo.

Orientación sexual Término que se refiere sólo a la elección de una persona de un compañero sexual del mismo sexo o del sexo opuesto. No se refiere al autoconcepto sexual de una persona. Diferente de *identidad sexual*.

P

Paradigma Modelo o ejemplo.

Parafilía Desviación sexual que se caracteriza por la elección de parejas sexuales inapropiadas u objetos inadecuados para el acto sexual. Algunos ejemplos son la pedofilia, el sadismo y el voyeurismo.

Parálisis del sueño Síntoma de narcolepsia en el que la persona afectada no puede moverse o hablar por cierto periodo después de despertar.

Paranoia Véase *trastorno delirante*.

Paraprofesionales Término que se emplea para describir a los trabajadores que recibieron cierta capacitación básica que les permite desempeñar actividades que antes realizaban los profesionales. Con

frecuencia, los paraprofesionales provienen de las mismas comunidades y tienen los mismos antecedentes educativos que las personas que tratan o ayudan.

Parasomnias Grupo de trastornos del sueño caracterizados por conducta anormal y eventos psicológicos que ocurren durante el sueño, en etapas específicas o en la transición sueño-vigilia. Su ocurrencia no puede atribuirse a otras condiciones mentales o médicas o a abuso de sustancias. Ejemplos: pesadillas y terrores nocturnos.

Parasuicidio Término que se utiliza para describir cualquier acto que no termina con la muerte, en el cual la persona se hace daño en forma deliberada o toma una sobredosis de drogas con la intención aparente de suicidarse.

Parche transdérmico Almohadilla de múltiples capas aplicada a la piel con un adhesivo que permite la absorción gradual del medicamento o químico por el organismo durante un periodo prolongado. A menudo se utiliza para administrar pequeñas cantidades de nicotina a personas que intentan dejar de fumar.

Parens patriae Doctrina legal que otorga al Estado el poder para actuar en lo que considera ser los intereses de un adulto incapacitado o un menor de edad.

Paresis Condición cerebral crónica y con deterioro progresivo causada por una infección sifilítica que se caracteriza por la pérdida de las funciones cognitivas y motrices, trastorno del lenguaje y finalmente la muerte.

Paresis general Véase *paresis*.

Patrón mendeliano de herencia

Llamado así por Gregor Mendel, quien descubrió la existencia de los genes. Mendel desarrolló tres teorías: primero, que durante la formación de las células sexuales, se crean parejas de factores genéticos con el fin de que el espermatozoide y el óvulo contengan cada uno la mitad del conjunto final de genes del nuevo ser; segundo, que los rasgos se heredan separado, no enlazados; y tercero, que cada característica es determinada por la interacción de dos factores hereditarios o genes. En los rasgos que estudió, Mendel descubrió que unos factores predominan sobre otros. Por ejemplo, el gen de la alta estatura es dominante; el individuo es bajo sólo

cuando hereda dos genes relacionados con la corta estatura.

PCP Véase *fenilciclidina*.

PDC Véase *Prueba del desempeño continuo*.

Pedofilia Desviación sexual en la cual un adulto desea o sostiene relaciones sexuales con un niño. Puede ser de naturaleza homosexual o heterosexual.

Pedófilo Persona de 16 años de edad o mayor que sostiene actividad sexual con uno o más niños preadolescentes.

Pelagra Enfermedad crónica causada por la deficiencia de niacina. Los síntomas incluyen erupciones de la piel, molestias digestivas y del sistema nervioso que pueden provocar una conducta similar a la de los psicóticos.

Pensamiento autista Término utilizado para describir ciertos tipos de patrones del pensamiento esquizofrénico caracterizados por un pensamiento enfocado en sí mismo que sólo entiende la persona.

Pensamiento irracional Ideas y creencias que se derivan de una respuesta emocional en lugar del razonamiento.

Pensamiento racional Pensamiento que se basa en el razonamiento y la lógica, no en la observación ni la evidencia experimental.

Pensamientos automáticos

Pensamientos recurrentes que surgen en la mente aparentemente sin referencia a una situación externa. Parecen ser más habituales que las respuestas al medio ambiente. Los pensamientos automáticos son considerados por los teóricos cognitivo-conductuales como factores importantes en la persistencia de la depresión.

Periodo de latencia De acuerdo con Freud, periodo desde los cinco años hasta la adolescencia durante el cual los impulsos sexuales del niño no se enfocan primordialmente en actividades que le proporcionen placer.

Periodos sensitivos Periodos del desarrollo en el que puede cambiar un circuito cerebral en particular o en el que son posibles tipos específicos de aprendizaje.

Persona incompetente Término legal que se utiliza para describir a las personas que no son capaces de entender el significado de los procedimientos legales en los que toman parte ni de consultar a un

abogado de manera que pueda ayudarles en su defensa.

Personalidad Conjunto particular de atributos que definen la individualidad de la persona.

Personalidad dependiente oral Término psicodinámico que describe a las personas que afirman parte importante de su gratificación psicológica en actividades tales como comer, tomar, fumar, y que pueden mostrar características de personalidad dependiente.

Personalidad tipo A Patrón de conducta caracterizado por competitividad extrema, lucha por el éxito, inquietud, hipervigilancia, lenguaje explosivo, tensión de los músculos faciales, sensación de estar bajo presión de tiempo y de tolerar responsabilidad excesiva, asociado con un alto riesgo de padecer enfermedades coronarias.

Personalidad tipo B Patrón de conducta caracterizado por los extremos opuestos a la personalidad tipo A; se cree que tiene bajo riesgo de sufrir una enfermedad coronaria.

Personas non compos mentis Véase *non compos mentis*.

Perspectiva biológica Enfoque teórico que sostiene que todos los trastornos, físicos o de conducta, tienen causas biológicas. Éstas se pueden encontrar en la herencia, en un accidente genético o en una infección o trauma corporal.

Perspectiva cognitiva Punto de vista que considera que la conducta puede ser el resultado del procesamiento de información y la solución de problemas. Hace hincapié en los procesos mentales por los cuales la persona se da cuenta o puede darse cuenta.

Perspectiva comunitaria-cultural Punto de vista de que gran parte de la conducta desadaptada es el resultado de malas condiciones de vida, pobreza, discriminación, etc. Se hace hincapié en las actividades preventivas.

Perspectiva conductista Teoría de la conducta basada en la idea de que la conducta de una persona es aprendida más que basada en la genética. Según este punto de vista, la conducta se basa en experiencias pasadas en el medio ambiente.

Perspectiva existencial-humanista Noción de que todas las personas son únicas y deben ser libres de realizar sus propias elecciones sobre la

- dirección de su vida. Hace hincapié en la libertad creativa y en el potencial de la persona.
- Perspectiva psicodinámica** Punto de vista que hace hincapié en los pensamientos y emociones como los determinantes más importantes de la conducta. Las ideas básicas provienen del trabajo de Sigmund Freud.
- Perspectiva teórica** Conjunto particular de creencias o ideas que determina lo que la gente observa en la conducta, cómo lo interpreta y cómo cree que se deben manejar los problemas.
- Pesadillas** Sueños aterradores que tienden a ocurrir durante el sueño REM. Véase también *parasomnias*.
- Placa** Depósito anormal encontrado en el cuerpo, en las arterias de personas con arteriosclerosis o en células nerviosas de personas con la enfermedad de Alzheimer.
- Placebo** Sustancia inactiva o inerte que se presenta como remedio eficaz para algún problema con el objeto de determinar qué papel juega la sugestión en el cambio de los síntomas.
- Plasticidad neuronal** Capacidad del sistema nervioso para cambiar en respuesta a un estímulo. Véase también *periodos sensitivos*.
- Polígrafo** Instrumento que mide las respuestas emocionales por medio de las reacciones fisiológicas, como la presión sanguínea y la respuesta galvánica de la piel. Por lo general, se conoce como detector de mentiras.
- Polisomnografía** Monitoreo de varios procesos biológicos durante el sueño.
- Posadas-dormitorio** Instalaciones comunitarias que proporcionan refugio a las personas que se están recuperando de una enfermedad mental.
- Postvención** Intervención terapéutica en la que los sobrevivientes reciben tratamiento de apoyo.
- Preconsciente** Pensamientos que no se conservan en la mente de una persona en un momento en particular, pero que se pueden hacer conscientes con facilidad.
- Prevalencia** Información relacionada con el número de casos de un trastorno en particular que es continuo en un periodo determinado. Contrasta con *incidencia*.
- Prevención centrada en la competencia** Acciones para prevenir la conducta desadaptada mediante la ayuda de personas en riesgo de desarrollar capacidades de afrontamiento.

- Prevención enfocada en la situación** Acciones para prevenir la conducta desadaptada mediante el cambio de aspectos del ambiente. Por ejemplo, ofrecer actividades que se realizan después de la escuela para evitar que los niños salgan a las calles, o utilizar pintura sin plomo para evitar que los niños ingieran este metal, que le puede provocar retraso mental.
- Prevención primaria** Esfuerzos por prevenir el desarrollo de la desadaptación mediante la eliminación de los factores que la favorecen.
- Prevención secundaria** Esfuerzos dirigidos a detectar en forma temprana signos o síntomas para prevenir una condición más grave.
- Prevención terciaria** Esfuerzos que se dirigen a reducir la afección que puede resultar de un trastorno determinado.
- Principio de placer** Término psicoanalítico que se da al mecanismo regulador de la vida mental que funciona para reducir la tensión y obtener placer. Principio que regula el funcionamiento del ello para obtener placer sin tomar en cuenta las consideraciones de la realidad.
- Problemas con la bebida** Término para designar el patrón de abuso del alcohol que no incluye la dependencia de la bebida ni la adicción fisiológica.
- Problemas externalizados** Trastornos caracterizados por conductas destructivas u hostiles hacia otros. Esta categoría incluye el trastorno del déficit de atención con hiperactividad, trastorno de la oposición desafiante y trastornos de la conducta.
- Proceso primario del pensamiento** Modo cognitivo primario, característico de los bebés y niños que no se basa en las reglas de organización o lógica. La presencia del proceso primario del pensamiento, libre asociación en su forma pura, es característica del ello. El proceso primario del pensamiento es ilógico, está orientado completamente al placer, no tiene sentido del tiempo u orden, y no discrimina la realidad de la fantasía. Se lo compara con el *proceso secundario del pensamiento*.
- Proceso secundario del pensamiento** Concepto psicoanalítico que se refiere al pensamiento adulto organizado, lógico y orientado hacia la realidad.

- Mientras que el proceso primario del pensamiento es característico del ello y se basa en el principio del placer, el secundario es una función del yo basada en el principio de la realidad.
- Prognosis** Pronóstico; curso y resultado probables de un trastorno.
- Programa de prevención de recaídas** Programas enfocados en identificar situaciones problemáticas y ayudar al paciente a identificar dispositivos de afrontamiento que pueden ayudarlo a sentir control sobre las situaciones. Se utiliza en el tratamiento cognitivo-conductual manejar para problemas de alcoholismo y otras disfunciones adictivas.
- Programa de reforzamiento** Plan de entrega de algunos reforzadores a pesar de que la persona presenta una respuesta deseada en particular. Por ejemplo, puede darse cada vez que ocurre una conducta; en un programa regular; a la quinta vez que sucede de manera continua o intermitente; una vez durante un grupo de cinco respuestas.
- Proyección** Mecanismo de defensa que comprende la atribución a otras personas de características o impulsos indeseables que presenta la persona pero que no son aceptables por ella.
- Prozac** Nombre comercial del fármaco fluoxetina. (Una del grupo de antidepresivos llamados SSRI.) Se utiliza para tratar depresión y ansiedad. Se considera útil en algunos otros trastornos. Existe una considerable controversia sobre su uso.
- Prueba de ansiedad** Respuesta aprensiva inusual ante situaciones de evaluación. Por lo general, factor de un pobre desarrollo debido a preocupaciones y pensamientos interferidos.
- Prueba de apercepción temática (TAT)** Prueba proyectiva que consiste en ilustraciones ambiguas. Se pide al sujeto que relate una historia acerca de cada ilustración. La dinámica de la personalidad se deduce de estas historias.
- Prueba de asociación de palabras** Técnica proyectiva en la cual se presenta una lista de palabras de una en una. Se pide al paciente que responda a cada reactivo con la primera que le venga a la mente.
- Prueba de frases incompletas** Prueba proyectiva en la cual se presenta al paciente una serie de frases

incompletas y se le pide que complete cada una.

Prueba de inteligencia Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-III)

Se utiliza para niños de entre tres y siete años. Emplea el mismo formato general que la Escala de inteligencia Wechsler para adultos e indica el CI verbal, de ejecución y total.

Prueba de manchas de tinta de Rorschach

Prueba proyectiva que desarrolló Hermann Rorschach, en la cual se muestra a la persona una serie de manchas de tinta ambiguas y se le pide que describa lo que ve en ellas.

Prueba de supresión de la dexametasona

Prueba química que se utiliza en un intento por diferenciar a las personas deprimidas que pueden recibir ayuda por medio de distintos tratamientos.

Prueba del desempeño continuo Prueba de atención visual sostenida en la cual se requiere que el sujeto indique cada vez que se presente cierto estímulo e ignore todos los demás.

Prueba gestáltica-visomotora de Bender

Prueba neuropsicológica clásica utilizada para ayudar a diagnosticar la función cerebral anormal. Se le pide a la persona copiar una serie de figuras bidimensionales. La precisión de las copias es fácil de medir.

Pruebas de Binet Prueba de inteligencia basada en el concepto original de Binet, en el cual se pide a la persona que se somete a ella que realice una variedad de tareas que evalúan el razonamiento, la capacidad para seguir instrucciones y el juicio. Originalmente, los resultados se basaban en el concepto del coeficiente intelectual o CI como la relación de la calificación de la prueba o el nivel mental con la edad cronológica, pero en la actualidad se calculan en términos de cuánto se desvía la calificación que obtiene la persona de la media de calificaciones de esa edad cronológica en particular.

Pruebas de inteligencia Pruebas estandarizadas que miden la variedad de funciones cognitivas como la información y capacidades para resolver problemas, que a menudo pretende predecir el potencial del futuro éxito escolar.

Pruebas neuropsicológicas Pruebas que pretenden medir varias consecuencias de las anomalías cerebrales sobre las capacidades cognitivas, sensoriomotoras y perceptuales.

Psicoanálisis Término que tiene tres significados 1) teoría de la psicología y la psicopatología que desarrolló Freud a partir de sus experiencias clínicas con sus pacientes; 2) procedimiento para investigar la vida mental, los conflictos y los procesos de afrontamiento, que emplea las técnicas de asociación libre, análisis de los sueños e interpretación de los fenómenos de transferencia y resistencia; y 3) forma de terapia que utiliza el procedimiento psicoanalítico y las teorías de la personalidad y la psicopatología recién descritas.

Psicodrama Método de terapia de grupo según el cual las personas representan sus respuestas emocionales en situaciones que consideran difíciles y, además practican roles nuevos y constructivos.

Psicología cognitiva Estudio de los seres humanos como procesadores de información y personas que resuelven problemas. El centro de atención se amplió hace poco tiempo por medio de los estudios tradicionales de la memoria, la atención y la solución de problemas para incluir los efectos de los factores de la personalidad y las emociones sobre el aprendizaje y el desempeño.

Psicología comunitaria Rama de la psicología aplicada que se dedica a modificar tanto la conducta de la persona como la estructura del sistema social para producir beneficios óptimos para ambos. Con frecuencia, los psicólogos comunitarios se interesan sobre todo en prevenir la conducta desadaptada.

Psicología de la salud Área de la psicología que se encarga tanto de llamar la atención sobre las formas en que se pueden prevenir las enfermedades al cambiar los hábitos de vida, como de ayudar a las personas a modificar una conducta que aumenta los riesgos contra la salud.

Psicología del yo Desarrollo de la teoría psicoanalítica que enfoca su atención en los procesos racionales o funciones del yo. El trabajo teórico de Erik Erikson es un ejemplo de la psicología del yo.

Psicólogo clínico Psicólogo del área clínica que tiene una capacitación especial y capacidades para evaluar y tratar la conducta desadaptada.

Psicométrico Término que se refiere a las medidas del funcionamiento psicológico.

Psicomotor Vocablo que se utiliza para describir la acción muscular que resulta de una actividad mental previa, en especial una actividad mental consciente.

Psiconeuroinmunología Área de especialización científica que se dedica a la comprensión de las relaciones entre la conducta, la actividad neuronal y el sistema inmune.

Psicópata Término que empleó Harvey Cleckley para describir a las personas antisociales que presentan un grupo determinado de características que incluyen el encanto, ausencia de ansiedad o culpa, pobreza de juicio y fracaso en el aprendizaje de la experiencia.

Psicosis Trastorno que incluye cualquiera de los síntomas siguientes: delirios, alucinaciones, incoherencia, desvarío del pensamiento, pobreza marcada del contenido del pensamiento, falta de lógica y conducta desorganizada o catatónica.

Psicosis postraumática Síntomas psicóticos que aparecen repentinamente después de un daño al cerebro o de un suceso estresante.

Psicoterapia Término general que se refiere a las técnicas psicológicas, verbales y expresivas que se utilizan para tratar la conducta desadaptada. El paciente intenta resolver los conflictos internos y modificar su conducta por medio de intercambios verbales con el terapeuta. El "insight" sobre los sentimientos y las conductas es el objetivo de la mayoría de las psicoterapias.

Psicoterapia cognitiva Terapia que se enfoca en clarificar el sistema de creencias del paciente y la forma en que se relaciona con la desadaptación y la infelicidad. La atención se centra en confrontar creencias inexactas o desadaptadas que representan una amenaza.

Psicoterapia interpersonal (PIT) Forma de psicoterapia que se enfoca en aumentar la eficacia social de los pacientes y el grado en que se sienten que le importan a los demás.

Psicótico Adjetivo que indica la presencia de psicosis.

Psilocibina Una de las dos sustancias psicoactivas que se aislaron del hongo psilocibino.

Psiquiatra Médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales.

Punto de vista organísmico

Perteneciente al organismo como un todo, más que a partes en específico. Conducta que se considera como una función interrelacionada e interactiva del organismo integrado.

R

Racionalización Justificación mental de la conducta que sirve como excusa por hacer algo que no es socialmente aceptado.

Racismo Creencias y actitudes que humillan a los miembros de grupos raciales particulares. Por lo general, los resultados son menos oportunidades educativas, condiciones de vida inferiores y estatus económico bajo para los miembros de ese grupo.

Rango Medida simple de variabilidad; diferencia entre las calificaciones más altas y más bajas que los sujetos reciben en una prueba en particular u otro instrumento de medición.

Rasgo expresado Rasgo dominante en la persona que se determina ya sea por un gen dominante o por un par de genes recesivos. Si sólo un gen recesivo está presente, la persona tiene el potencial de transmitir una característica genética, pero ésta no se puede observar en ella.

Reactividad Cambios que ocurren en la conducta cuando un sujeto sabe que es estudiado. Este factor hace más difícil la exactitud de que el comportamiento estudiado en el laboratorio o en los estudios clínicos pueda inferirse como predictivo de conductas en otras situaciones no relacionadas con el estudio.

Reactor frío Término utilizado por quienes muestran respuestas cardiovasculares normales ante el estrés. Contraste con *reactores calientes*.

Reactores calientes Término para aquellos que muestran intensas respuestas cardiovasculares al estrés (por ejemplo, aumento en la presión arterial).

Recaída Reaparición de síntomas después de un periodo de mejora (pero no completo, a la normalidad) o después de una breve remisión o regreso a la normalidad que no es lo suficientemente larga como para calificar como recuperación.

Reclusión Internamiento en una institución, por lo regular sin el consentimiento del internado, por medio de un procedimiento legal. Véase también *reclusión civil*, *reclusión criminal*.

Reclusión civil Internamiento de una persona en una institución basada en el juicio de que es un peligro potencial para sí misma y para los demás.

Reclusión civil involuntaria Internación en un hospital psiquiátrico permitido por las leyes de Estado si una persona es declarada enferma mental y potencialmente peligrosa para sí mismo o para otros. Esta medida se basa en la doctrina *parens patriae*, en la que el Estado actúa en el interés del menor o adulto imposibilitado.

Reclusión civil voluntaria Internación en un hospital psiquiátrico con el consentimiento de la persona por considerarse un enfermo mental.

Reclusión criminal Reclusión de una persona en una institución con base en el juicio de que es culpable de un acto criminal y que además está legalmente demente.

Reclusión de pacientes no hospitalizados Procedimiento basado en la ley de algunos estados que requieren que los enfermos mentales que no son peligrosos pero que probablemente lo sean si suspenden su tratamiento, tomen sus medicinas y mantengan sus citas de salud mental.

Reestructuración cognitiva Técnica utilizada por Albert Ellis y otros terapeutas cognitivos que permite que el paciente esté conciente de la conexión entre pensamientos irracionales y la conducta desadaptada que él evoca. Los pacientes son ayudados a desarrollar maneras más racionales de apreciar su conducta.

Reforzador Consecuencia de una conducta que hace que sea más probable que ésta se presente nuevamente. Un reforzador positivo logra este resultado al provocar una recompensa o placer. Un reforzador negativo es un estímulo que cesa cuando se logra la conducta deseada. Véase *castigo*.

Reforzador negativo Tipo de estímulo opuesto que se elimina en cuanto la respuesta deseada ocurre, con lo cual aumenta la probabilidad de esa respuesta.

Reforzador positivo Véase *reforzador*.

Reforzamiento Cualquier evento (estímulo) que, si depende de la respuesta de un organismo, cambia la probabilidad de que la respuesta se presente nuevamente. Los reforzamientos pueden ser positivos (recompensas) o negativos (aversivos) y se pueden presentar de acuerdo con un programa prescrito (continuo, intermitente). También pueden ser primarios (que reducen los impulsos; por ejemplo, la comida) o secundarios (que se derivan de la asociación previa con un reforzador primario; por ejemplo, dinero, premio).

Regla de M'Naghten Precedente legal basado en la decisión de un tribunal del siglo XIX. Hizo la defensa por locura más específica al demostrar que quienes cometían un delito en estado de locura no entendían lo que hacían y, si lo sabían, no entendían que los actos eran delictuosos.

Regla Durham Precedente legal en el que una persona no puede ser responsabilizada criminalmente si una enfermedad mental o defecto fue responsable de su acción.

Regresión Mecanismo de defensa que se caracteriza por un retroceso a modos de respuesta anteriores o primitivos. Por medio de la regresión, el yo vuelve a una fase anterior del desarrollo del funcionamiento que cumplió con cierto éxito.

Relaciones objetales Enfoque psicoanalítico que centra la atención en los lazos emocionales entre las personas en lugar del punto de vista de una persona acerca de sí misma.

Remisión Cese de los síntomas que permite que la persona recupere su estado normal por lo menos por un tiempo. El término implica que el problema no se ha curado y que todavía existe.

Remisión espontánea Desaparición de los síntomas o de la conducta desadaptada en ausencia de intervención terapéutica.

Reporte Kinsey Primer reporte estadístico detallado cuya intención era representar las variaciones de la conducta sexual humana desde el punto de vista descriptivo-científico.

Representación de roles En la psicoterapia, técnica que requiere que una persona represente un rol social diferente al suyo o que pruebe roles nuevos. En sociología, cuando una persona asume el rol que se espera en un tipo de situación en particular.

Represión Mecanismo de defensa psicoanalítico que incluye una “interrupción del pensamiento” o “incapacidad para recordar”. La represión obliga en forma activa que los eventos traumáticos, los impulsos intolerables y peligrosos y otras afecciones mentales indeseables abandonen el consciente y se recluyan en la región menos accesible del inconsciente.

Resiliencia Capacidad de recuperarse después del estrés, esto es, de funcionar de manera eficaz en situaciones en las que otros podrían desarrollar conductas desadaptadas.

Respuesta condicionada (RC) En el condicionamiento clásico, la respuesta que ocurre después de que se llevó a cabo el entrenamiento y de que se presenta el estímulo condicionado.

Respuesta de escape Intento de salir de una situación desagradable o aversiva.

Respuesta de evitación Intento de abandonar una situación en la cual se espera que ocurra un estímulo aversivo.

Respuesta de orientación Cambios psicofisiológicos que se pueden medir, que se presentan cuando una persona se percata de la existencia de un estímulo en el ambiente y se prepara para recibir alguna información de éste.

Respuesta galvánica de la piel (RGP) Cambio en la resistencia eléctrica de la piel. La respuesta sirve como una variable dependiente en el condicionamiento y se emplea en las pruebas de detección de mentiras.

Respuesta incondicionada (RI) En el condicionamiento clásico, la respuesta que ocurre de manera automática, antes del entrenamiento, cuando se presenta el estímulo incondicionado.

Retraso mental Nivel de funcionamiento intelectual notablemente inferior al promedio. Por lo general, se define como obtener una calificación en la prueba de inteligencia de 70 o menos, acompañado por la incapacidad para comportarse en forma adaptada dentro de la sociedad debido a esta falta de capacidad cognitiva.

Ritalin Véase *metilfenidato*.

Ritmo circadiano Ciclo de vigilia y sueño que se repite durante periodos de 24 horas.

Rol social La función que una persona en particular representa en la

sociedad, se determina por el rol que cumple. La mayoría de las personas tienen una variedad de roles sociales que se superponen, como un rol ocupacional, varios roles en la familia y quizá algunos roles recreativos.

S

SAD Véase *Trastorno afectivo estacional*.

Sádico Persona que practica el sadismo.

Sadismo Desviación sexual en la cual se obtiene placer sexual al causar dolor físico a otras personas.

Sadomasoquismo Tipo de desviación sexual en el que quienes gozan al producir dolor y los que gozan al experimentarlo se buscan para gratificación sexual mutua.

Salud mental Una persona que puede pensar de manera lógica y racional y que afronta eficazmente las situaciones estresantes, se considera ser mentalmente saludable. La estabilidad emocional y la capacidad para adaptarse a nuevas situaciones que surgen de la duración de vida también forman parte de la salud mental.

Sensibilización encubierta Terapia conductual en la cual se crea ansiedad hacia una situación de estímulo en particular que es probable produzca una conducta indeseable. Por lo general, el estímulo se asocia con las cogniciones relacionadas con las posibles consecuencias negativas si la persona sigue presentando cierta conducta. Tratamiento que se utiliza con frecuencia para cambiar la atención que se centra en la excitación sexual.

Sensoriomotor Perteneciente a las funciones de las actividades sensoriales y motoras de la persona; por ejemplo, los nervios sensoriomotores.

Serotonina (5 hidroxitiptamina o 5HT) Uno de un grupo de neurotransmisores químicos que implementan la transmisión neuronal a través de la sinapsis. Se cree que participa en algunos tipos de depresión.

Sesiones de apoyo Tratamiento adicional que se lleva a cabo después de que pasó un periodo desde la serie de tratamientos originales. Intenta contrarrestar cualquier punto débil del efecto del tratamiento.

Sexualidad infantil Punto de vista de Freud, que sostiene que los niños, así como los adultos, tienen sentimientos

sexuales y experimentan estimulación erótica.

Sífilis Enfermedad venérea crónica infecciosa, transmitida por contacto directo, causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*.

Sinapsis Punto en el cual un impulso nervioso pasa desde un axón de una neurona hasta la dendrita de otra.

Síndrome Grupo de síntomas que con frecuencia aparecen juntos.

Síndrome cultural Trastornos que aparecen sólo en uno o varios grupos culturales. Por ejemplo, en Malasia existe el síndrome llamado *amok*, en el que la persona afectada desarrolla una histeria homicida que termina en amnesia o somnolencia.

Síndrome de alcoholismo fetal Condición que puede ocurrir en los hijos de madres alcohólicas o madres que ingirieron alcohol en exceso durante el embarazo. Se caracteriza por el retraso mental y características físicas poco usuales.

Síndrome de Briquet Véase *trastornos de somatización*.

Síndrome de Down Condición que se relaciona con alguna desigualdad en el par de cromosomas que se conoce como número 21. Por lo general, se asocia con una trisomía, o presencia de un cromosoma extra además del par normal. También se llama trisomía 21.

Síndrome de fatiga crónica Condición que no es reconocida en la actualidad como un trastorno oficial DSM-IV-TR, que incluye un funcionamiento anormal del sistema inmune, acción del sistema nervioso autónomo anormal y sentimientos depresivos y de ansiedad.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Resultado de la evolución del virus de inmunodeficiencia humana debido al fracaso de la capacidad de protección del sistema inmune.

Síndrome de Korsakoff Trastorno cerebral crónico provocado por una deficiencia de vitaminas que se deriva del alcoholismo. Se caracteriza por desorientación marcada, amnesia y falsificación de la memoria.

Síndrome de Munchausen Trastorno facticio en el cual la persona pretende tener un trastorno en particular con el objeto de obtener tratamiento médico. Comprende la simulación de los síntomas y, con frecuencia, el daño a sí mismo.

Síndrome de X frágil Anomalía del cromosoma X que es la causa más frecuente de retraso mental.

Síndrome del intestino irritable (SII) Grupo de síntomas gastrointestinales (incluyen dolor abdominal, gas, inflamación o distensión abdominal o movimientos intestinales alterados) en cuyas causas no son factores fisiológicos o psicológicos claros. Por lo general, esta condición se asocia con el estrés, reacciones emocionales fuertes y pensamientos desadaptados.

Síndrome general de adaptación Concepto propuesto por Selye. Reacción en tres etapas de un organismo al estrés excesivo y prolongado, que incluye 1) alarma o reacción de movilización; 2) una etapa de resistencia, y 3) una etapa final de agotamiento.

Síntoma prodromal (en la esquizofrenia) Cambio de conducta que ocurre antes del claro inicio de la esquizofrenia pero que también se presenta en personas que no la desarrollan. De ese modo, los síntomas sugieren el desarrollo de esquizofrenia pero no predicen un riesgo específico de este trastorno.

Síntomas de primer orden Grupo de síntomas que describió Kurt Schneider en un intento por establecer criterios culturales claros para la esquizofrenia. Una de las bases para la definición del DSM-III-R de los trastornos esquizofrénicos que se refleja en versiones posteriores DSM, entre ellos el DSM-IV-TR.

Síntomas negativos de la esquizofrenia Síntomas que se caracterizan por déficits de la conducta, tales como aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje y apatía. En ocasiones se le llama esquizofrenia tipo II.

Síntomas positivos de esquizofrenia En forma general, los síntomas que muestran los excesos conductuales: alucinaciones, delirios, conducta extravagante, etc. En ocasiones se conoce como esquizofrenia tipo I.

Síntomas residuales Síntomas que permanecen después de que la persona mejora y que no satisfacen el criterio de un trastorno. Estos síntomas pueden disminuirse de lo que antes eran, ya sea en o de sí mismos, o porque no están en combinación con otros como lo estaban antes.

Sistema autónomo División funcional del sistema nervioso relacionada con la actividad de las vísceras, los

músculos lisos y las glándulas endocrinas. Su nombre se origina en el hecho de que, antiguamente, se creía que funcionaban de manera independiente del sistema nervioso central.

Sistema de clasificación multiaxial Sistema que clasifica a una persona en forma separada sobre varios criterios o ejes diferentes. El sistema DSM es un ejemplo.

Sistema de diagnóstico multiaxial Sistema de clasificación multiaxial que se desarrolló para diagnosticar la conducta trastornada.

Sistema endocrino Grupo de glándulas endocrinas (incluye las glándulas pituitaria, tiroide, adrenal y gonadal y parte del páncreas) que secretan hormonas directamente al flujo sanguíneo.

Sistema inmune Sistema corporal que combate las enfermedades mediante la inactivación de las sustancias extrañas por medio de las células linfáticas.

Sistema límbico Parte del cerebro que controla los cambios viscerales y corporales que se relacionan con la emoción; también regula la conducta motivada por los impulsos.

Sistema nervioso central (SNC) El cerebro y la médula espinal; no incluye los troncos nerviosos ni sus conexiones periféricas.

Sistema nervioso periférico Sistema que incluye todas las estructuras nerviosas externas no incluidas en el sistema nervioso central.

Sistema somático Parte del sistema nervioso periférico que envía impulsos nerviosos desde los órganos de los sentidos hasta los músculos que determinan el movimiento voluntario.

Sobregeneralización Según Aaron Beck, forma característica de pensamiento que presentan algunas personas deprimidas. Tendencia a exagerar el significado de un evento convirtiéndolo en un principio general.

Sonambulismo Rutina de conductas motoras que implica levantarse de la cama y caminar, que usualmente ocurre durante la primera parte del ciclo del sueño. Véase también *parasomnias*.

SSRI Véase *inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina*.

Stanford-Binet Modificación de la prueba de Binet que Louis Terman desarrolló en la Universidad de Stanford.

STP (dietiltriptamina)

Sublimación Mecanismo de defensa y concepto del desarrollo que comprende el mejoramiento o el cambio de dirección de los impulsos indeseables hacia canales nuevos y mejor aceptados por la sociedad. En tanto que el desplazamiento comprende una alteración en la elección del objeto, la sublimación cambia tanto la meta (impulso no aceptado) como el objeto por uno que sea socialmente aceptado.

Subtipo paranoide de esquizofrenia Tipo de esquizofrenia caracterizada por falsas ilusiones persistentes, por lo general espectaculares o acusatorias.

Subtipo residual de esquizofrenia Véase *esquizofrenia tipo residual*.

Sueño REM (movimiento ocular rápido) Etapa del sueño que se caracteriza por movimientos oculares rápidos y un patrón distintivo de las ondas cerebrales. La reducción del sueño REM puede ayudar a disminuir algunos tipos de síntomas depresivos.

Suicidio por contagio Aumento a corto plazo de la incidencia de suicidio seguida por un suicidio ampliamente publicado, por lo general de una persona conocida.

Supervisor del caso Persona asignada por la agencia de servicio social para ayudar al paciente a enlazarse con los servicios esenciales y proveer cierta supervisión general.

Superyo En teoría psicoanalítica, estructura de la psique que se desarrolla debido a la internalización de los estándares de los padres y a la identificación con ellos. Contiene dos partes: el ideal del yo y la conciencia. El ideal del yo representa el total de identificaciones positivas con padres que ofrecen aceptación y amor y los estándares deseados de excelencia y buena conducta. La conciencia incluye aquellos valores y actitudes que son morales (bueno-malo) por naturaleza.

Surcos Depresiones poco profundas en la superficie del cerebro que separan las circunvoluciones.

T

TAC Véase *tomografía axial computarizada*.

Talleres protegidos Organizaciones que, con frecuencia, son dirigidos por grupos de caridad, que ofrecen capacitación laboral y experiencia y, en ocasiones, trabajos a largo plazo

para aquellas personas que no pueden competir en el mercado debido a una incapacidad física o mental.

Tarantismo Necesidad incontrolable de bailar que se creía que era resultado de la picadura de una tarántula. Era frecuente en la parte sur de Italia en los siglos XV al XVII.

Tarea de Stroop Medida de atención selectiva en la que los nombres del color están representados y escritos en negro, en el color nombrado o en otro color al nombrado. El efecto de Stroop mide la relativa dificultad o tiempo de reacción en el que se le pide al sujeto ignorar la palabra contra ignorar el color. Quienes padecen trastornos esquizofrénicos muestran mayor efecto de Stroop que los pacientes del grupo de control.

TAT Véase *prueba de apercepción temática*.

TCEF Véase *tomografía computarizada por emisión de fotones*.

TEC Véase *terapia electroconvulsiva*.

Técnica de la compresión Técnica utilizada en la terapia sexual para ayudar al hombre a retrasar la eyaculación mediante la compresión suave de la punta del pene cuando la eyaculación es inminente.

Técnicas de imagenología cerebral

Variedad de técnicas computarizadas, no intrusivas, que proporcionan datos de la actividad estructural o metabólica del cerebro.

Técnicas proyectivas Estímulos ambiguos que provocan respuestas subjetivas de naturaleza asociativa o fantasiosa. Se llama así porque se cree que una persona “proyecta” aspectos de su personalidad en la tarea. Las actividades pueden incluir interpretación de grupos de manchas de tinta (prueba de Rorschach), historias contadas con fotografías ambiguas (prueba de apercepción temática), así como distintas técnicas asociativas (asociación de palabras y frases incompletas).

Temperamento Naturaleza general de una persona, permanente en el tiempo y las situaciones; se cree que surge de los factores constitucionales presentes durante el nacimiento.

Teoría de diátesis-estrés Noción de que sólo las personas que presentan una vulnerabilidad subyacente a un trastorno lo desarrollarán cuando se exponen a un estrés excesivo. En particular, este planteamiento se emplea para comprender por qué algunas personas desarrollan los

síntomas de uno de los trastornos del espectro de la esquizofrenia cuando se exponen al estrés.

Teoría de escape del suicidio Teoría propuesta por Baumeister en 1990 en la que el suicidio es visto como precipitado por uno o más eventos de la vida que generan atribuciones negativas de sí mismo. Las atribuciones, que resultan ser emociones negativas, se separan de sí mismas por el proceso de conocimiento y resultado del incremento de la aceptación del suicidio.

Teoría de la causalidad social Teoría de que la conducta desadaptada es resultado de circunstancias económicas de carencia, vivienda pobre y servicios sociales inadecuados.

Teoría de la mente Capacidad para pensar de forma abstracta o simbólica, por ejemplo, capacidad para inferir lo que piensan los demás. Esta capacidad está ausente o en gran parte disminuida en el trastorno autista.

Teoría de la selección social Perspectiva teórica que sostiene que en la clase socioeconómica más baja hay personas que provienen de clases más altas que llegaron ahí por su pobre desempeño. La incidencia más alta de conducta desadaptada en la clase más baja se explica según este punto de vista.

Teoría del aprendizaje social cognitivo Teoría que refleja el aumento de la incorporación de pensamientos así como la conducta abierta en la teoría de aprendizaje contemporánea.

Teoría del aumento del estrés Noción de que el efecto negativo de la condición de pobreza y crimen incrementa la probabilidad de padecer enfermedades mentales, en especial la esquizofrenia, debido al aumento de las presiones de la vida. Contrasta con la *teoría de la selección social*.

Teoría socio-cognitiva Teorías que aceptan el papel del condicionamiento y el reforzamiento en el aprendizaje pero restan importancia a los procesos sociales y cognitivos como las creencias y las metas.

Teorías de aprendizaje social Puntos de vista teóricos similares que sostienen que la conducta social y los pensamientos y sentimientos internos

se aprenden por medio de las interacciones sociales.

TEP Véase *tomografía por emisión de positrones*.

Terapia centrada en el cliente

Planteamiento terapéutico de Carl Rogers, que considera que el contenido de la psicoterapia es el mundo de experiencias inmediatas del cliente que se debe abordar desde el marco de referencia de éste. En el sistema de Rogers, la labor principal del terapeuta es crear la oportunidad para que la persona logre reorganizar su mundo subjetivo y alcance la autorrealización.

Terapia cognitiva Forma de psicoterapia que se enfoca en cambiar los procesos de conocimiento que llevan a una conducta desadaptada al reestructurar el pensamiento para que los pensamientos desadaptados sean reemplazados por otros que permitan un afrontamiento más eficaz.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Enfoque terapéutico que integra métodos de terapias cognitivas y conductuales. Incluye sesiones de capacitación estructurada y ejercicios prescritos para ayudar a los pacientes a cambiar la conducta desadaptada mediante la modificación de tipos de pensamientos específicos (de ellos mismos y de los demás) que ocurren por lo general en ciertas situaciones.

Terapia con fármacos Uso de una variedad de fármacos psicoactivos para tratar distintos tipos de conducta desadaptada. Los fármacos se emplean con mayor frecuencia para tratar la esquizofrenia, el trastorno bipolar, algunas depresiones y la ansiedad. Casi siempre el tratamiento con fármacos se combina con otros tipos de terapias.

Terapia conductual Incluye varias técnicas de modificación conductual que se basan en principios de aprendizaje y condicionamiento que se derivan del laboratorio. Las terapias conductuales se centran en modificar las conductas manifestadas, con una referencia mínima de los eventos internos o encubiertos.

Terapia conductual dialéctica (TCD)

Tipo de terapia conductual desarrollada por Marsha Linehan para aplicarse a pacientes con trastorno límite de la personalidad. Incluye conceptos cognitivos, psicodinámicos y conductuales.

Terapia de apoyo Forma breve de psicoterapia en la cual el terapeuta

- ofrece aceptación al paciente y le da alguna oportunidad de ser dependiente.
- Terapia de exposición** Terapia conductual que tiene como elemento básico mantener o imaginar el contacto con el estímulo al que se teme.
- Terapia de exposición de realidad virtual** Uso de un casco óptico con un visor donde aparece el campo visual generado por computadora. El estímulo al que se teme se proyecta con exactitud y puede incluir sonidos asociados y la sensación de manipular objetos.
- Terapia de grupo** Psicoterapia para varias personas al mismo tiempo en pequeños grupos.
- Terapia de grupo cognitivo-conductual** Terapia que utiliza la perspectiva cognitivo-conductual con varios pacientes al mismo tiempo. Está enfocada en aumentar las capacidades y el confort en situaciones sociales de los pacientes.
- Terapia de juego** Estrategia de tratamiento que se utiliza con los niños; se basa en el supuesto de que los niños pequeños pueden expresar de manera más directa sus pensamientos y fantasías en el juego que a través de medios verbales.
- Terapia de mantenimiento** Continuación del tratamiento (por lo general sin medicamentos) durante cierto tiempo después de que la persona muestra remisión de síntomas en un esfuerzo por ayudar a prevenir que éstos reaparezcan.
- Terapia de pareja** Subtipo de terapia de grupo en el cual una pareja se reúne con el terapeuta en un intento por mejorar su interacción.
- Terapia del medio** Esfuerzo por proporcionar un ambiente terapéutico completo dentro de una institución al señalar los esfuerzos de todos los miembros del personal como proveedores de alguna forma de contacto terapéutico.
- Terapia electroconvulsiva (TEC)** Tratamiento para la depresión en el cual la corriente eléctrica pasa por el cráneo del paciente. Se emplea en caso de que sea necesario un tratamiento rápido debido a un alto riesgo de suicidio o si los fármacos antidepresivos no han sido eficaces.
- Terapia existencial** Tipo de psicoterapia que utiliza tanto el planteamiento humanista como el psicodinámico. Hace hincapié en la capacidad de cada persona para afectar el curso de su vida con base en las elecciones que hace.
- Terapia familiar** Tipo especializado de terapia de grupo en el cual todos los miembros de la familia del paciente participan en las sesiones de tratamiento en grupo. La idea básica es que la familia, y no sólo el paciente, tiene que cambiar su conducta para resolver el problema.
- Terapia gestalt** Tipo de psicoterapia originada por Fritz Perls que hace hincapié en la forma en que un paciente integra su percepción dentro de un todo significativo o gestalt.
- Terapia implosiva** Técnica de terapia conductual que se basa en el principio de la extinción. Al paciente se le presentan varias veces estímulos que le provocan ansiedad hasta que ya no reacciona en forma ansiosa.
- Terapia interpersonal** Véase *psicoterapia interpersonal*.
- Terapia marital** Véase *terapia de pareja*.
- Terapia multimodal** Combinación de diversos tipos de tratamiento que parecen ser especialmente útiles en varias condiciones incluyendo trastorno por uso de sustancias, trastorno límite, trastorno de la ansiedad y esquizofrenia. El tratamiento puede incluir terapias biológicas y psicológicas o distintos tipos de intervenciones psicológicas que pueden utilizarse no sólo con el paciente sino también con los miembros de la familia.
- Terapia psicodinámica** Planteamiento terapéutico que se basa en la perspectiva psicodinámica que se origina en las teorías de Freud, pero que no se limita al psicoanálisis.
- Terapia racional emotiva** Terapia que desarrolló Albert Ellis para modificar el pensamiento irreal e ilógico.
- Terapia somática** Tratamiento que afecta de manera directa el estado físico de la persona (como la terapia con fármacos, electroconvulsiva o cirugía).
- Terapias humanistas** Psicoterapias que hacen especial hincapié en el deseo fundamental del ser humano de obtener respeto propio y la necesidad de éste. Un ejemplo es el planteamiento de Carl Rogers.
- Terror nocturno** Terror nocturno que tiende a ocurrir durante las primeras etapas del sueño. No se recuerda como parte del sueño pero tiende a producir despertar parcial y bajo nivel de activación del sistema nervioso autónomo. Véase también *parasomnia*.
- THC (tetrahidrocannabinol)** Principal ingrediente activo en la marihuana.
- Tics** Contracciones musculares involuntarias, repetitivas y rápidas que casi siempre se presentan en el rostro. Se cree que están relacionadas con la tensión y la ansiedad.
- Tolerancia (a las drogas)** Condición en la cual una persona debe emplear dosis cada vez mayores de una sustancia para producir el mismo efecto fisiológico.
- Tomar en exceso** Término utilizado por quienes estudian el uso del alcohol para describir el consumo de un número específico de bebidas alcohólicas en una sesión. Para los hombres el número es de cinco o más bebidas consecutivas y en las mujeres es de cuatro o más.
- Tomografía axial computarizada (TAC)** Técnica que emplea un fino haz de rayos X para fotografiar una zona del cuerpo desde distintos ángulos. Después, una computadora analiza esta información para proporcionar una imagen clara de los tejidos suaves, así como de los tejidos que se ven en los rayos X convencionales.
- Tomografía computarizada por emisión de fotones (TCEF)** Técnica de imagenología que mide el flujo sanguíneo cerebral y los cambios neuroquímicos que ocurren ante diferentes tipos de actividad cerebral.
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)** Técnica para estudiar la actividad química dinámica del cerebro mediante un dispositivo de rastreo que produce una serie de imágenes de corte transversal del cerebro.
- Tonto natural** Antiguo término para una persona con retraso mental que significa persona que nació con deficiencias de juicio.
- Torazina** Nombre comercial de la chlorpromazina, una de un grupo de fármacos tranquilizantes que se emplean para tratar la esquizofrenia.
- Trabajadora social psiquiátrica** Persona graduada en trabajo social que recibe capacitación especializada para tratar y ayudar en forma práctica tanto a los pacientes con problemas conductuales como a sus familias.
- Tranquilizantes** Fármacos (por ejemplo, de las familias de la clorpromazina y la fenotiazina) que se utilizan para reducir la agitación y la ansiedad. La

acción de las drogas inhibe las actividades del hipotálamo.

Transexualismo Véase *trastorno de identidad sexual*.

Transferencia Término psicoanalítico para referirse al desplazamiento del afecto de una persona a otra. Los patrones de sentimientos y conducta que originalmente se experimentaron con las figuras importantes en la niñez se desplazan o vinculan a las personas en sus relaciones actuales (por ejemplo, un psicoterapeuta). La persona reacciona como si fuera un ser importante del pasado de quien responde. Las reacciones de transferencia pueden ser positivas o negativas.

Transferencia negativa Sentimientos de hostilidad que un paciente transfiere de relaciones anteriores a su relación con el terapeuta.

Transferencia positiva Transferencia de los sentimientos positivos sobre otras relaciones a la relación entre el paciente y el terapeuta.

Translocación Desplazamiento de material de un cromosoma y su unión a otro cromosoma. Puede dar como resultado la transmisión de demasiado material genético al hijo o a la persona con esta translocación.

Trastorno adaptativo Reacción desadaptada ante una situación estresante en particular, que da como resultado el deterioro del funcionamiento y un exceso de síntomas de lo que podría ser una respuesta normal al evento estresante. La reacción se debe presentar poco después de haber iniciado el estrés y se espera que reduzca cuando cese dicho evento.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo Subtipo de trastorno de ajuste en el que los síntomas predominantes incluyen llanto, desesperanza o sentimientos generales de depresión.

Trastorno afectivo estacional (SAD) Forma de trastorno afectivo en el cual la depresión es más probable que ocurra durante el invierno (cuando las horas de luz natural están limitadas) y la manía es más probable que se presente durante la primavera y el verano (cuando el número de horas de luz de día están en su máximo). Con frecuencia, la depresión de este tipo se trata con fototerapia (uso de iluminación brillante).

Trastorno amnésico Alteración de la memoria debido a una condición médica o del efecto persistente de alguna sustancia química. La amnesia localizada implica la incapacidad de recordar eventos que ocurrieron en un periodo específico. La amnesia selectiva se refiere a la incapacidad de recordar sólo ciertos subconjuntos de eventos relacionados con un periodo en particular. La amnesia generalizada se refiere a la incapacidad de recordar cualquier evento de la vida pasada de una persona. La amnesia continua implica imposibilidad de recordar eventos que ocurrieron después de un punto específico en el tiempo y se extiende hasta el presente. La amnesia sistematizada es la pérdida de los recuerdos de ciertas categorías de información tales como los que pertenecen a un lugar o persona en particular.

Trastorno antisocial de la personalidad Disfunción que se caracteriza por una conducta antisocial continua y crónica, que comienza antes de los 15 años y continúa en la edad adulta. No se diagnostica hasta los 18. La conducta tiende a transgredir los derechos de los demás y se caracteriza por el deterioro de la capacidad para relacionarse de manera cercana.

Trastorno autista Trastorno del desarrollo que por lo general ocurre en los primeros años de la infancia, que se caracteriza por el deterioro severo en las relaciones sociales, la comunicación y la actividad. Con frecuencia incluye el retraso mental.

Trastorno bipolar Trastorno del estado de ánimo en el cual la persona experimenta tanto periodos de manía como de depresión. Antes se conocía como trastorno maniaco depresivo.

Trastorno bipolar I Incluye por lo menos un episodio de manía y en la mayoría de los pacientes uno o más episodios depresivos mayores.

Trastorno bipolar II Tipo de trastorno bipolar en el que la persona ha experimentado por lo menos un episodio depresivo mayor y un episodio hipomaniaco pero jamás ha tenido un episodio maniaco o ciclotimia.

Trastorno cardiovascular Trastorno que afecta al sistema sanguíneo y al corazón.

Trastorno ciclotímico Trastorno de larga duración que incluye la manía y los episodios depresivos que no concuerdan con el criterio de

episodios mayores. Su duración es de por lo menos dos años.

Trastorno crónico por dolor Reacción exagerada al dolor que se padece, que se convierte en el centro de atención de la vida de una persona.

Trastorno de angustia Tipo de trastorno de ansiedad que se caracteriza por crisis recurrentes de pánico o ansiedad y nerviosismo extremo que no necesariamente se relacionan con la exposición a situaciones amenazantes.

Trastorno de ansiedad Antes se llamaba neurosis o trastorno neurótico. Se caracteriza por alguna forma de ansiedad como síntoma principal. Incluye trastorno de angustia, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y reacciones ante los causantes de estrés.

Trastorno de ansiedad generalizada Ansiedad persistente que dura por lo menos un mes e incluye varios de los siguientes síntomas: tensión motora, hiperactividad autónoma, expectativa aprensiva, vigilia y exploración. Los síntomas no incluyen fobias, crisis de pánico, obsesiones o compulsiones.

Trastorno de ansiedad por separación Temor irracional que sienten algunos niños de apartarse de sus padres (o uno de ellos), debido a la preocupación de lo que sucederá a éstos o a ellos mismos durante la ausencia.

Trastorno de Asperger Trastorno generalizado del desarrollo, semejante al trastorno autista, que se caracteriza por el deterioro de la interacción social, intereses restringidos y conducta repetitiva. No obstante, en el trastorno de Asperger no hay retrasos significativos en el lenguaje o en el desarrollo cognitivo.

Trastorno de conversión Tipo de trastorno somatomorfo en el cual hay una pérdida o cambio en el funcionamiento físico que sugiere un trastorno físico, pero parece ser una expresión directa de un conflicto psicológico.

Trastorno de la conducta Clasificación de diagnóstico de personas menores de 18 años que cometen actos antisociales. Los adultos se pueden clasificar de esta forma si no cumplen con los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

Trastorno de la identidad disociativo Trastorno en el cual una persona

- asume personalidades alternas. También se llama trastorno de la personalidad múltiple.
- Trastorno de la identidad sexual (transexualismo)** Trastorno en el cual una persona experimenta un fuerte deseo de convertirse en un miembro del sexo opuesto a través del cambio de su estructura anatómica.
- Trastorno de la identidad sexual en la niñez** Trastorno que se presenta antes de la pubertad, en el cual el niño muestra una fuerte aflicción por su género. Es probable que estos niños nieguen su sexo o afirmen que van a desarrollar las características genitales del sexo opuesto.
- Trastorno de la identidad sexual no transexual** Inconformidad persistente con el sexo de la persona; con frecuencia comprende travestismo o fantasías acerca de él. Se diferencia del transexualismo porque no existe una preocupación persistente por adquirir las características sexuales primarias y secundarias del sexo opuesto.
- Trastorno de la personalidad por dependencia** Trastorno que se caracteriza por una incapacidad para tomar decisiones importantes y el menosprecio de las capacidades y las cualidades de la persona. Si ésta permanece sola por más de un breve periodo, experimenta una incomodidad intensa.
- Trastorno de la personalidad por evitación** Disfunción que se caracteriza por el aislamiento social basado en el miedo en el rechazo.
- Trastorno de la Tourette** Trastorno por lo general diagnosticado en la infancia en el que los síntomas son tics motores múltiples y uno o más tics vocales. Estos tics ocurren muchas veces durante el día y por un periodo de por lo menos un año.
- Trastorno de las capacidades motoras.** El diagnóstico del trastorno de las capacidades motoras se realiza cuando se presenta un deterioro notable en el desarrollo de la coordinación motriz de un niño que no se debe a una condición médica general como parálisis cerebral o distrofia muscular.
- Trastorno de personalidad múltiple** Véase *trastorno de la identidad disociativo*.
- Trastorno de Rett** Trastorno progresivo que se inicia sólo después de un desarrollo normal aparente en los primeros cinco meses de vida. El cráneo deja de crecer y el niño pierde

- capacidades y funciones que había obtenido antes. Se presenta un deterioro progresivo del cerebro y del sistema nervioso.
- Trastorno de rumiación durante la infancia** Trastorno en el cual el alimento digerido en forma parcial regresa a la boca del infante sin náusea ni vómito. El infante pierde peso o no lo aumenta después de un periodo de funcionamiento normal.
- Trastorno del desarrollo** Uno de un grupo de trastornos que comprenden la distorsión del desarrollo de las funciones psicológicas básicas involucradas en las habilidades sociales, el lenguaje, la percepción y la conducta motriz. El trastorno puede ser generalizado y comprender varias funciones (por ejemplo, el autismo), o específico y comprender un aspecto del desarrollo (por ejemplo, el trastorno del cálculo).
- Trastorno del deseo sexual hipoaactivo** Trastorno usualmente definido de manera subjetiva donde la persona puede en gran parte suprimir deseos sexuales, en ocasiones debido al dolor asociado con actividad sexual.
- Trastorno del espectro esquizofrénico** Uno de un grupo de trastornos que incluye los trastornos esquizotípico y paranoide de la personalidad y, en ocasiones, el trastorno esquizoafectivo, la psicosis atípica y el trastorno paranoide. Algunos investigadores creen que se produce por los mismos factores genéticos que la esquizofrenia. Se utiliza como una explicación por el hecho de que la incidencia de la esquizofrenia por sí sola, que todavía no está bien definida, es menor a lo que esperaría la teoría monogenética.
- Trastorno del estado de ánimo** Término para designar un trastorno afectivo en el cual se presenta sólo la depresión o no hay antecedentes de episodios de manía.
- Trastorno del sueño relacionado con la respiración** Interrupción de la respiración durante el sueño que puede ocurrir varias veces durante la noche.
- Trastorno delirante** Presencia de un persistente pero no extravagante delirio que no se debe a ningún otro trastorno mental como la esquizofrenia. Además del delirio, la conducta de la persona no es obviamente inusual.
- Trastorno depresivo** Síntomas depresivos que cumplen con los

- criterios de diagnóstico ya sea de un solo episodio de depresión mayor o de episodios recurrentes. Si en el pasado se ha observado una conducta maniaca o hipomaniaca, los síntomas de depresión no se deben clasificar como una depresión grave aun cuando cumplan con los otros criterios.
- Trastorno desintegrativo infantil** Trastorno que por lo general se inicia entre los tres y cuatro años de edad después de un periodo de desarrollo normal. Poco se sabe sobre este trastorno, aunque se piensa que está asociado con el deterioro del sistema nervioso central.
- Trastorno dismórfico corporal (TDC)** Preocupación extrema por una falla física menor o imaginaria que sólo la persona aprecia como un defecto o deformidad.
- Trastorno disociativo** Alteración repentina y temporal en las funciones de la conciencia, la identidad y la conducta motriz, en la cual se pierde alguna parte de una o más de estas funciones. Si la conciencia se ve afectada, la persona no puede recordar sucesos personales importantes. Si se afecta la identidad, se asume de manera temporal una identidad nueva que domina la conducta. Si se afecta la conducta motriz, también se ven afectadas la conciencia o la identidad. La conducta aberrante es la más común entre los comportamientos motrices.
- Trastorno distímico** Estado de ánimo depresivo crónico o pérdida del placer en la mayor parte de las actividades normales. No cumple con los criterios para ser un episodio depresivo mayor.
- Trastorno dominante autosomal** Trastorno que no está ligado al sexo, que puede ser heredado aun si sólo uno de los padres transmite un gen defectuoso; es un ejemplo del trastorno de Huntington.
- Trastorno esquizoafectivo** Categoría separada de la esquizofrenia y los trastornos afectivos que agrupa a las personas que muestran síntomas depresivos o maniacos, así como aquellos con trastorno del pensamiento.
- Trastorno esquizoide de la personalidad** Clasificación que se utiliza para englobar a las personas aisladas que no se sienten trastornadas por la falta de relaciones sociales. Estas personas tienen ausencia de respuestas

emocionales y con frecuencia parecen frías y ausentes.

Trastorno esquizotípico de la

personalidad Disfunción en la cual se presentan algunos de los síntomas de la esquizofrenia, pero no en forma tan extrema. Las personas con este trastorno incluyen a quienes anteriormente se les diagnosticó esquizofrenia simple. Se diferencia del trastorno esquizoide de la personalidad pues incluye excentricidades de la comunicación y de la conducta que no se observan en ese grupo.

Trastorno facticio por proximidad

Variante del síndrome de Munchhausen en la que una madre produce síntomas de una enfermedad en su hijo y después lo lleva a tratamiento.

Trastorno físico Término que se emplea para referirse a un problema médico en contraposición a uno psicológico. Se incluye en el sistema DSM en el eje IV.

Trastorno fóbico Tipo de trastorno de ansiedad que se caracteriza sobre todo por temores irracionales y específicos (por ejemplo, a la suciedad, al agua o a lugares elevados).

Trastorno histriónico de la personalidad

Se caracteriza por una conducta exagerada de tipo exhibicionista histriónico. Las personas con este trastorno son egocéntricos e introvertidos y por lo general tienen poca adaptación sexual.

Trastorno límite de la personalidad Se caracteriza por una conducta impulsiva que no se puede predecir y cambios de estado de ánimo muy marcados. La inestabilidad puede afectar las relaciones personales, la conducta, el estado de ánimo y la imagen de sí mismo.

Trastorno mental orgánico Disfunción cerebral que se basa ya sea en el envejecimiento o en la ingestión de sustancias que afectan la actividad cerebral. Puede ser temporal o permanente.

Trastorno narcisista de la personalidad

Disfunción que se caracteriza por un sentido de autoimportancia y preocupación con fantasías de éxito ilimitado. Las personas se preocupan por lo bien que hacen las cosas y por si los demás piensan bien de ellos. Con frecuencia, este trastorno se presenta acompañado de un estado de ánimo deprimido.

Trastorno negativista desafiante (TND)

Aunque menos serio que el trastorno de conducta, éste se caracteriza por conductas negativas y renuencia a aceptar la autoridad de los demás. Por lo general, se desarrolla en el trastorno de conducta o de estado de ánimo.

Trastorno o episodio depresivo mayor

Depresión severa que se caracteriza por un estado de ánimo disfórico, así como poco apetito, problemas para dormir, sentimientos de inquietud o lentitud, pérdida del placer, pérdida de energía, sensaciones de incapacidad para concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte o intentos de suicidio. Estos síntomas se presentan sin alucinaciones o delirios incongruentes con el estado de ánimo y no se deben a la esquizofrenia, trastorno paranoide, trastorno mental orgánico ni a la muerte reciente de un ser querido. El trastorno tiende a ser episódico con periodos sin depresión u otros con síntomas reducidos.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Serie de obsesiones recurrentes y/o compulsiones, que con frecuencia van acompañadas de depresión o ansiedad.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la

personalidad Disfunción que se distingue por la falta de capacidad para expresar calidez, una manera rígida y formal de relacionarse con los demás y un perfeccionismo extremo que lleva a que una persona centre su atención en los detalles más que en la imagen completa.

Trastorno orgásmico femenino

Incapacidad de una mujer de experimentar un orgasmo, o un persistente atraso recurrente en su experiencia orgásmica después de la excitación sexual. El diagnóstico no se utiliza si los síntomas son consecuencia de un trastorno de depresión mayor, una enfermedad general o la respuesta a un medicamento.

Trastorno paranoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad de alguna forma similar al trastorno esquizoide de la personalidad, pero notoria por la sensibilidad extrema que se otorga a las relaciones interpersonales; conducta desconfiada, celosa y aferrada; y tendencia a utilizar mecanismos de defensa de proyección.

Trastorno perceptual postalucinógeno

Experiencia de escenas retrospectivas espontáneas relacionadas con experiencias alucinógenas previas asociadas con el uso de LSD.

Trastorno por aversión al sexo

Sensaciones de miedo, ansiedad o asco por la posibilidad de conducta sexual con un compañero. Esta sensación puede estar restringida al contacto genital o puede incluir cualquier tipo de actividad relacionada con el sexo (como besar).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Problemas severos y frecuentes tanto de la atención hacia las actividades o de la hiperactividad e impulsividad. Algunos síntomas se pueden observar antes de los siete años. Puede ser del tipo con predominio del déficit de atención, con predominio

hiperactivo-impulsivo o combinado.

Trastorno por dolor Experiencia de dolor severo y prolongado, en gran medida causada por exceso de lo que uno espera de un problema médico que lo genera o que ocurre sin síntomas orgánicos que puedan ser descubiertos.

Trastorno por dolor agudo Reacción excesiva al dolor asociada con algún evento específico o lesión de origen reciente.

Trastorno por estrés agudo Reacción al estrés en el que los síntomas aparecen en el siguiente mes posterior al evento estresante. Si los síntomas continúan después de un mes, el diagnóstico se cambia a trastorno del estrés postraumático (TEPT).

Trastorno por estrés postraumático

(TEPT) Desarrollo de síntomas como respuesta a eventos tan graves que la mayor parte de las personas se sentirían estresadas por ellos. Con frecuencia, los síntomas incluyen sensación de aturdimiento o la reexperimentación psicológica del suceso en los pensamientos, sueños o pesadillas.

Trastorno por uso de sustancias

Categoría que consta de dos subgrupos: dependencia de sustancias y abuso de sustancias. Ambas incluyen problemas asociados con el uso y abuso de alcohol y drogas ilegales.

Trastorno psicofisiológico Patología física y daño real del tejido que resulta de la movilización emocional continua del cuerpo durante periodos sostenidos de estrés.

Trastorno psicósomático Véase *trastorno psicofisiológico*.

Trastorno psicótico compartido

Trastorno en el que los delirios parecen haber sido transferidos al paciente por otra persona (por lo regular, un pariente cercano). En ocasiones, se le denomina *folie a deux*.

Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez

Condición en niños que es resultado de la privación severa y negligencia que continúa por largos periodos. El trastorno es el resultado de una dificultad marcada en la relación con los demás. En el tipo inhibido, el niño no responde de manera apropiada a los intentos de interacción social de otros y no los inicia. En el tipo desinhibido, el niño muestra un tipo de conducta indiscriminada para formar apego social.

Trastorno relacionado con sustancias

Presencia de una variedad de síntomas, que incluyen delirio y conducta psicótica que son similares a aquellos de otros trastornos mentales relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas.

Trastornos clínicos Trastornos que se diagnostican en el eje I del Manual diagnóstico estadístico. Estos trastornos tienen síntomas que pueden aparecer o desaparecer, a diferencia de los que se diagnostican en el eje II, que, por lo general, continúan toda la vida.

Trastornos de la comunicación Los incluidos en el DSM-IV-TR son trastornos del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado. Todos ellos trastornos tienen su inicio en la infancia.

Trastornos de la personalidad Patrones de pensamiento y conducta muy arraigados, inflexibles e inadaptados, que persisten durante toda la vida de una persona.

Trastornos de somatización (síndrome de Briquet) Trastornos caracterizados por diversos padecimientos severos pero indefinidos, que con frecuencia son crónicos pero no tienen una causa física predecible.

Trastornos del aprendizaje El DMS-IV-TR incluye varios trastornos de aprendizaje específicos. Entre ellos se pueden mencionar el trastorno de la lectura, del cálculo, de la expresión escrita y del aprendizaje no

especificado. Los trastornos del aprendizaje pueden explicar el rendimiento académico muy inferior lo esperado por el conocimiento de la inteligencia medida de la persona, su edad cronológica y exposición a la educación.

Trastornos del estado de ánimo Uno de un grupo de trastornos que afectan sobre todo el tono emocional. Puede tratarse de una depresión, una manía o ambas. Puede ser crónico o por episodios.

Trastornos del sueño Trastornos que se caracterizan ya sea por problemas con la cantidad, calidad o tiempo de sueño, o por sucesos anormales que ocurren durante éste (como los terrores nocturnos o sonambulismo).

Trastornos facticios Síntomas, ya sean fingidos o autoinducidos, que tienen como objetivo llamar la atención y recibir cuidados del personal médico.

Trastornos generalizados del desarrollo

Trastorno permanente que afecta la calidad de las interacciones sociales de la persona, su capacidad para comunicarse y para ocuparse en actividades imaginativas y otras tareas cognitivas. Un ejemplo es el trastorno autista.

Trastornos histéricos Véase *histeria*.

Trastornos interiorizados Grupo de trastornos de la infancia caracterizados por una actividad menos abierta que las actividades cognitivas que se componen de preocupaciones y pensamientos alterados.

Trastornos psicóticos Trastornos en el que hay un importante deterioro en la prueba de realidad y la creación de una nueva. Los trastornos psicóticos incluyen esquizofrenia, trastornos delirantes, algunos trastornos mentales orgánicos y ciertos trastornos del estado de ánimo.

Trastornos sexuales Incluye dos tipos: parafilias y disfunción sexual. El primero se relaciona con la obtención de satisfacción sexual a través de parejas o actividades inapropiadas. El segundo es la incapacidad de realizar actividades sexuales normales debido a dificultades fisiológicas que se cree que tienen causas psicológicas.

Trastornos somatomorfos Se caracterizan por síntomas físicos que sugieren un trastorno físico, pero para los cuales 1) no hay descubrimientos orgánicos para explicar el síntoma y 2) existe una fuerte evidencia de que los síntomas se relacionan con

factores o conflictos psicológicos; antes se conocían como neurosis histérica o reacción de conversión.

Tratamiento moral Técnica para tratar a los pacientes de un hospital mental que prevalecía en el siglo XIX. Hacía hincapié en la eliminación de las restricciones, que se permitiera la convicción religiosa y que se asegurara un tratamiento humanitario.

Trepanación Proceso de hacer un orificio circular en el cráneo. En épocas antiguas se realizaba para dejar escapar los espíritus malignos.

Triada cognitiva Descripción de la depresión en términos del pensamiento negativo sobre sí mismo, la situación actual y el futuro. Parte del modelo de distorsión cognitiva de Aaron Beck.

Trisomía Ocurrencia en una persona de tres cromosomas de un tipo en lugar del par normal. Por lo general, se relaciona con una anomalía de la misma clase.

Trisomía 21 Véase *síndrome de Down*.

Tronco cerebral Porción del sistema nervioso central que incluye cerebelo, mesencéfalo y cerebro hasta el tálamo.

Tumescencia nocturna del pene (TNP) Agrandamiento y erección del pene que ocurre durante el sueño REM.

U

Ultrasonido Uso de ondas sonoras para producir una imagen visual del feto o de la forma y acción de los órganos del cuerpo. También se conoce como sonograma.

Unión selectiva Tendencia de personas a casarse con otras que tienen características similares a las suyas. Por ejemplo, personas con esquizofrenia crónica tienden a casarse con quienes padecen trastornos del espectro esquizofrénico u otro trastorno psicótico. Esta carga genética debe considerarse cuando se estima el riesgo genético de una variedad de trastornos.

Uso compulsivo de drogas Conducta enfocada en la búsqueda de drogas en detrimento de otros aspectos de la vida de la persona.

V

Vaginismo (funcional) Tipo de disfunción sexual de las mujeres, en el cual un espasmo involuntario de los músculos del tercio externo de la

vagina interfiere con la actividad sexual.

Validez En estadística, grado en el cual una prueba mide lo que debe o intenta medir.

Validez externa Situación experimental que se percibe como relacionada íntimamente con una situación del mundo real.

Validez interna Situación en la que los resultados de un experimento se pueden atribuir de manera correcta a la manipulación experimental y no a factores externos debido a que el estudio fue controlado correctamente.

Valium Fármaco tranquilizante, que con frecuencia se prescribe para reducir la ansiedad. Véase también *diazepam*.

Variable dependiente Aspecto de la conducta que cambia de acuerdo con la manipulación de la variable independiente de un experimento.

Variable independiente Factor experimental (por ejemplo, tiempo de privación de alimento) que se manipula o altera de alguna manera en tanto que los otros se conservan constantes.

Variables del proceso cognitivo

Mecanismos mediante los cuales las personas formulan las expectativas y evaluaciones que están presentes dentro de su propia conciencia. Los procesos en sí están a la mano para la persona.

Variables del producto cognitivo

Pensamientos y atribuciones críticas automáticas y expectativas pesimistas sobre el futuro que por lo general son procesos de conocimiento de personas deprimidas. Por lo general, están dentro de la conciencia de la persona y ellas mismas las pueden describir.

Ventrículos Sistema de cavidades que se comunican en el cerebro, ligadas con el canal central de la médula espinal.

Ventrículos cerebrales Cavidades del cerebro que se encuentran conectadas al canal central de la médula espinal y contienen líquido cefalorraquídeo.

Vesícula Área de almacenamiento ubicada en las terminales nerviosas que guarda los neurotransmisores químicos.

Vesícula sináptica Recipiente ubicado en el botón terminal del axón que sirve como punto de almacenamiento para un neurotransmisor químico.

Victimización sexual Actos basados en una preferencia sexual desviada que afecta en forma negativa a otras personas y a la comunidad y que puede incluir actos ilegales.

Violación Relación sexual que se logra por la fuerza y sin el consentimiento de la víctima.

Violación de menores (estupro) Delito que se configura cuando se sostienen relaciones sexuales con alguien que tiene menos edad de la que establece la ley. No necesariamente se emplea la fuerza.

Violación en una cita Violación que comete una persona que conoce socialmente a la persona violada.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) Virus que afecta el sistema inmune y finalmente puede hacerlo fallar.

Virus de rubéola Virus que, si se presenta en una mujer embarazada (particularmente en el primer trimestre de gestación), puede provocar retraso mental y otros trastornos congénitos en el niño;

comúnmente se llama rubéola alemana.

Vivienda alternativa Alojamiento para los enfermos mentales (como centros de medio internamiento y hogares para grupos) enfocado en proveer rehabilitación y albergue.

Vivienda tutelar Grandes instalaciones tales como pensiones, asilos y hogares para cuidados especiales que proveen vivienda para los enfermos mentales pero que ofrecen pocos o ningún programa de rehabilitación.

Voyeurismo (escopofilia) Gratificación sexual que se obtiene al observar la conducta sexual de otros. Sinónimo de espiar.

Vulnerabilidad Condiciones internas o externas de estrés que afectan a una persona adversamente. Factores que incluyen herencia, personalidad, falta de capacidades de afrontamiento, previos eventos de vida negativos y algunos factores del ambiente negativos.

W

WAIS Véase *Escala de inteligencia Wechsler para adultos*.

WISC Véase *Escala de inteligencia Wechsler para niños*.

WPPSI Véase *Escala de inteligencia Wechsler para preescolar y primaria*.

Y

Yo En la teoría psicoanalítica, parte de la psique que constituye el "sí mismo". Parte de la psique que está consciente y tiene un contacto más cercano con la realidad y funciona como el "alto ejecutivo" de la personalidad.

Referencias

A

- Abbey, A. (1991). Acquaintance rape and alcohol consumption on college campuses: How are they linked? *Journal of American College Health*, 39, 165-169.
- Abel, E.L. (1995). An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicology and Teratology*, 17, 437-443.
- Abel, G.G., Osborn, C.A. y Twigg, D.A. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. En H.H. Barbaree, W.L. Marshal y S.M. Hudson, editores, *The juvenile sex offender* (pp.104-117). Nueva York: Guilford.
- Abel, G., Becher, J. y Cunningham-Rathner, J. (1988). Multiple paraphiliac diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16, 153-168.
- Abrams, S. (1973). The polygraph in a psychiatric setting. *American Journal of Psychiatry*, 130, 94-98.
- Abramson, L. y Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abuse, E.E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Acierno, R.E., Hersen, M. y Van Hasselt, V.B. (1993). Interventions for panic disorder: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 13, 561-578.
- Adler, G. y Buie, D. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B. y Koran, L.M. (1994). One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 179-183.
- Agras, W.S., Taylor, O.B., Kraemer, H.C., Allen, R.A. y Schneider, M.S. (1980). Relaxation training: Twenty-four hour blood pressure reductions. *Archives of General Psychiatry*, 37, 859-863.
- Akbadian, S., Kim, J.J., Potkin, S.G., Hetrick, W.P., Bunney, W.E. y Jones, E.G. (1996). Maldistribution of interstitial neurons in prefrontal white matter of the brains of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 53, 425-436.
- Alcohol and Health* (1990). Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Alden, L.E., Laposa, J.M., Taylor, C.T. y Ryder, A.G. (2002). Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16, 1-29.
- Alford, B.A., Beck, A.T., Freeman, A. y Wright, F.D. (1990). Brief focused cognitive therapy of panic disorder. *Psychotherapy*, 27, 230-234.
- Alloy, L.B. y Abramson, L.Y. Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Tashman, N.A., Steinberg, D.I., Rose, D.T. y Donovan, P. (1999). Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behavior Research and Therapy*, 37, 503-531.
- Alnaes, R. y Torgersen, S. (1993). Mood disorders: Developmental and precipitating events. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 217-224.
- Ambelas, A. (1987). Life events and mania: A special relationship. *British Journal of Psychiatry* 150, 235-240.
- American Law Institute. (1962). *Model penal code: Proposed official draft*. Filadelfia: American Law Institute.
- American Psychiatric Association. (1993). Practice guideline for treatment of major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1-26.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición). DSM-IV Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición), revisión textual. DSM-IV-TR Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2001). *The practice of electroconvulsive therapy* (segunda edición). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (1996). Practitioner Survey results offer comprehensive view of psychology practice. *Practitioner Update*, 4, 24.
- Amminger, G.P., Pape, S., Rock, D., Roberts, S.A., Ott, S.L., Squires-Wheeler, E., Kestenbaum, C. y Erlenmeyer-Kimlong, L. (1999). Relationship between childhood behavioral disturbance and later schizophrenia in the New York High-Risk Project. *American Journal of Psychiatry*, 156, 525-530.
- Anderson, B.L. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological intervention for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 590-610.
- Anderson, C.M., Polcari, A., Lowen, S.B., Renshaw, P.F. y Teicher, M.H. (2002). Effects of methylphenidate on functional magnetic resonance relaxometry of cerebellar vermis in boys with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1322-1328.
- Anderson, D. J., Noyes, R., Jr. y Crowe, R.R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 572-575.
- Andolfi, M. (1983). *Behind the family mask: Therapeutic change in rigid family systems*. Traducido por C.L. Chodorkoff. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Andreasen, N.C. (1997). Linking mind and body in the study of mental illness: A project for a scientific psychopathology. *Science*, 275, 1586-1593.
- Andreasen, N.C. y Black, D.W. (2001). *Introductory textbook of psychiatry* (tercera edición). Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001.
- Andrews, J. y Scull, A. (2002). *Undertakers of the mind*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Anfang, S.A. y Appelbaum, P.S. (1996). Twenty years after Tarasoff: Reviewing the duty to protect. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 7-76.
- Angst, J., Angst, F. y Stassen, H.H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Segundo suplemento), 57-62.
- Anónimo. (1977). Psychosocial implications of schizophrenic diagnoses (experiencia personal). *Schizophrenia Bulletin*, 3, 4(b).

- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Bouyers, A.E., Culver, J.L., Aferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A. y Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit: Findings among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 120, 20-32.
- Antony M.M. y Swinson, R.P. (2003). *Phobic disorders and panic in adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Antshel, K.M. y Remer, R. (2003). Social skills training children with attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 153-165.
- APPELBAUM, P. S. (1991). What are the current standards for involuntary commitment to a mental hospital? *Harvard Mental Health Letter*, 7 (11), 8.
- Arena, J.G. y Blanchard, E.B. (2002) Biofeedback training for chronic pain disorders: A primer. En D.C. Turk y R.J. Gatchel, editores, *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*, segunda edición, pp. 59-186. Nueva York: Guilford.
- Aronow, E. y Resnikoff, M. (1976). *Rorschach content interpretation*. Orlando, FL: Grune y Stratton.
- Aronson, T.A. y Shukla, S. (1987). Life events and relapse in bipolar disorder. The impact of a catastrophic event. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57, 571-576.
- Asaad, G. y Shapiro, B. (1986). Hallucinations: Theoretical and clinical overview. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1088-1097.
- August, G., Realmuto, G.M., Joyce, T. y Hektner, J.M. (1999). Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1262-1270.
- Avlund, K., Damsgaard, M.T. y Holstein, B.E. (1998). Social relations and mortality: An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Social Science and Medicine*, 47, 635-643.
- Ayres, W.H. (1994). Foreword. En I.A. Canino y J. Surlock, *Culturally diverse children and adolescents: Assessment, diagnosis, and treatment* pp. vi-vii. Nueva York: Guilford.
- B**
- Bachman, J.G., Wadsworth, K.N., O'Malley, P.M., Johnston, L.D. y Schulenberg, J.E (1997). *Smoking, drinking and drug use in young adulthood: The impacts of new freedoms and new responsibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Baer, J.S., Sampson, P.D., Barr, H.M., Connor, P.D. y Streissguth, A.P. (2003). A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *Archives of General Psychiatry*, 60, 377-385.
- Bagley, C. y D'Augelli, A.R. (2000). Suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *British Medical Journal*, 320, 1617-1618.
- Bailey, J.M. y Pillard, R.C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1089-1096.
- Baird, P.C. y Baird, M.S. (1996). "Echoes from a dungeon cell": A doctor's view of his incarceration. *Psychiatric Services*, 47, 581-582.
- Baker, L. y Cantwell, D.P. (1987). A prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 546-553.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Hennen, J. y Viguera, A.C. (2002). Is lithium still worth using? An update of selected recent research. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 59-75.
- Ball, K., Berch, D.B., Helmers, K.F., Jobe, J.B., Leveck, M.D., Marsiske, M., Morris, J.N., Rebok, G.W., Smith, D.M., Tennstedt, S.L., Unverzagt, F.W. y Willis, S.L. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2271-2281.
- Bancroft, J., Loftus, J. y Long, J.S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 193-208.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Bandura, A. y Menlove, F.L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 99-108.
- Bandura, A. y Schunk, D. H. (1981). Cultivating competent, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality y Social Psychology*, 41, 586-598.
- Barbaree, H.E. y Seto, M.C. (1997). Pedophilia: Assessment and treatment. En D.R. Laws y W. O'Donohue (editors), *Sexual deviance: Theory assessment, and treatment* pp. 175-193. Nueva York: Guilford.
- Barefoot, J.C., Brummett, B.H., Hooker, K. y Siegler, I.C. (1998). Trust, health, and longevity. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 517-526.
- Barefoot, J.C., Siegler, I.C., Nowling, J.B., Peterson, B.L., Haney, T.L. y Williams, R.B., Jr. (1987). Suspiciousness, health, and mortality: A follow-up study of 500 older adults. *Psychosomatic Medicine*, 49, 450-457.
- Barkley, R.A. (2002a). Issues in the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder. *Brain and Development*, 25, 77-83.
- Barkley, R.A. (2002b). Psychosocial treatments for attention deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43 (suplemento 12).
- Barlow, D.H., Brow, T.A. y Craske, M.G. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 553-564.
- Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A. y Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Baron, M. y Risch, N. (1987). The spectrum concept of schizophrenia: Evidence of a genetic-environmental continuum. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 257-267.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Baron-Cohen, S. y Hammer, J. (1997). Parents of children with Asperger syndrome: What is the cognitive phenotype? *Journal of Cognitive Neuroscience*, 9, 548-554.

- Barrett, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long term (six-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 135-141.
- Bartholomew, R.E. (2000). Epidemic hysteria: A review of the published literature. *American Journal of Epidemiology*, 151, 206-207.
- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Bulletin*, 97, 90-113.
- Bear, M.F., Connors, B.W. y Paradiso, M.A. (2001). *Neuroscience: Exploring the brain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Beardslee, W.R., Salt, P., Versage, E.M., Gladstone, T.R., Wright, E.J. y Rothberg, P.C. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.
- Bebbington, P.E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 2-6.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1970). Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 3-17.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T. (1997). Interview. *Cognitive Therapy Today*, 2, 1-3.
- Beck, A.T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. Nueva York: Harper Collins.
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A., Eidelson, J.L. y Riskind, J.H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A. y Asociados. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry* 142, 559-563.
- Becker, R.E. (1990). Social skills training. En A.S. Bellack y M. Hersen, editores, *Comparative treatments for adult disorders*. Nueva York: Wiley.
- Beekman, A.T., Copeland, J.R. y Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Beer, M.D. (1996). The endogenous psychoses: A conceptual history. *History of Psychiatry*, 7, 1-29.
- Beers, C. (1908-1981). *A mind that found itself*. Garden City, Nueva York: Doubleday.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beitman, B.D. (1993). Pharmacotherapy and the stages of psychotherapeutic change. En J.M. Oldham, M.B. Riba y A. Tasman, editores, *Review of Psychiatry* 12, 521-539. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Belichenko, P.V., Hagberg, B. y Dahlstrom, A. (1997). Morphological study of neocortical areas in Rett syndrome. *Acta Neuropathologica*, 93, 50-61.
- Bell, Q. (1972). *Virginia Woolf: A biography*. Nueva York: Harcourt Brace.
- Bemporad, J.R. y Vasile, R.G. (1990). Psychotherapy. En A.S. Bellack y M. Hersen, editores, *Comparative treatments for adult disorders*. Nueva York: Wiley.
- Bender, L. (1938). A visual motor Gestalt test and its clinical use. *American Orthopsychiatric Association, Research Monographs*, No. 3.
- Bender, W.N. (1995). *Learning disabilities: Characteristics, identification, and teaching strategies*, segunda edición,. Boston: Allyn & Bacon.
- Bennett, M.J. (1996). Is psychotherapy ever medically necessary? *Psychiatric Services*, 47, 966-970.
- Benson, H. (1977). Systemic hypertension and the relaxation response. *New England Journal of Medicine*, 296, 1152-1156.
- Bentler, P.M. y Prince, C. (1969). Personality characteristics of male transvestites. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 140-143.
- Bentler, P.M. y Prince, C. (1970). Psychiatric symptomatology in transvestites. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 434-435.
- Benton, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.C., Newton, F.B. y Benton, S.L. (2003). Changes in counselling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 66-72.
- Bergin, A.E. y Garfield, S.L., editores, (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (cuarta edición). Nueva York: John Wiley.
- Bergin, A.E. y Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S.L. Garfield y A.E. Bergin, editores, *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (segunda edición). Nueva York: John Wiley.
- Berke, J. y Hernton, C. (1974). *The cannabis experience*. Londres: Peter Owen.
- Berkman, K.F., Vaccarino, V. y Seeman, T. (1993). Gender differences in cardiovascular morbidity and mortality: The contribution of social networks and support. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 112-118.
- Berkman, L.F., editores, (2002). *Through the kaleidoscope*. Washington, DC: National Academy Press.
- Bernard, M.L. y Bernard, J.L. (1983). Violent intimacy: The family as a model for love relationships. *Family Relations*, 32, 283-286.
- Bernier, J.C. y Siegel, D.H. (1994). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A family and ecological perspective. *Families in Society*, 75, 142-151.
- Berninger, V.W. y Richards, T.L. (2002). *Brain literacy for educators and psychologists*. San Diego: Academic Press.
- Bertelsen, A. y Gottesman, I.I. (1986). Offspring of twin pairs discordant for psychiatric illness. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 35, 310.
- Beumont, P.J. (1993). Anorexia nervosa in males: A report of 12 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 512-517.
- Biederman, J. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A life span perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 1-13.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Milberber, S., Jetton, J.G., Chen, L., Mick, E., Greene, R.W. y Russell, R.L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder: Findings from a four year follow

- up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1193-1204.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A., Mick, E., Lehman, B.K. y Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.
- Bilsker, R. (2002). *On Jung*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Bjorkland, R. (1996). Psychiatric labels: Still hard to shake. *Psychiatric Services*, 47, 1329-1330.
- Black, D.W. y Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- Blanchard, E.B. y Malamood, H.S. (1996). Psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Professional Psychology*, 27, 241-244.
- Blazer, D., Hughes, D. y George, L.D. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.
- Bleuler, E. (1915/1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Traducido por J. Zinkin. Nueva York: International Universities Press.
- Bloom, B.L. y Hodges, W.F. (1988). The Colorado Separation and Divorce Program: A preventive intervention program for newly separated persons. En R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorian y J. Ramos-McKay, editores, *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blumenthal, J.A., Sherwood, A., Guille, E.C.D., Georgiades, A. y Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 569-589.
- Blumenthal, R. (1993). Omission of author's residence proves embarrassing. *New York Times*, 5 de diciembre, p. Y20.
- Blumenthal, S. (1990). Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 511-556.
- Blumer, D. (2002). The illness of Vincent van Gogh. *American Journal of Psychiatry*, 159, 519-526.
- Bodlund, O. y Kullgren, G. (1996). Transsexualism-General outcome and prognostic factors: A five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 303-316.
- Bohman, M., Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. y Von Knorring, A.L. (1982). Predisposition to petty criminality of Swedish adoptees I. Genetic and Rh environmental heterogeneity. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1233-1241.
- Bohmalk, G.C. (1991). No laughing matter. *Journal of the American Medical Association*, 265, 1245.
- Bohne, A., Keuthen, N.J., Wilhelm, S., Deckersback, T. y Jenike, M.A. (2002). Prevalence of symptoms of bodily dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43, 486-490.
- Bolton, D., Luckie, M. y Steinberg, D. (1995). Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1441-1450.
- Bond, L.A. y Compas, B.E. (1991). *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bookheimer, S.Y., Strojwas, M.H., Cohen, M.S., Saunders, A.M., Pericak-Vance, M.A., Mazziotta, J.C. y Small, G.W. (2000). Patterns of brain activation in people at risk for Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 343, 450-456.
- Boor, M. (1982). The multiple personality epidemic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 302-304.
- Boothby, J.C., Thorn, B.E., Stroud, M.W. y Jensen, M.P. (1999). En R.J. Gatchel & D.C. Turk, editores, *Psychological factors in pain*. Nueva York: Guilford.
- Borkman, T. (1999). *Understanding self-help/mutual aid*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Bornstein, R.F. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112, 3-23.
- Borthwick-Duffy, S.A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- Bouman, T.K. y Visser, S. (1998). Cognitive and behavioral treatment of hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 214-221.
- Bowden, C.L. (1993). The clinical approach to the differential diagnosis of bipolar disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 57-63.
- Bowden, C.L. (1993). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-55.
- Bowlby, J. (1980). *Loss, sadness, and depression*. Nueva York: Basic Books.
- Boyd, J.H., Rae, D.S., Thompson, J.W., Burns, B.J., Bourdon, K., Locke, B. Z. y Regier, D. A. (1990). Phobia: Prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314-323.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine y., Szatmari, P., Fleming, J.E. y Sanford, M. (1996). Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: Issues and prospects. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1440-1448.
- Bradford, D., Stroup, S. y Liberman, J. (2002). Pharmacological treatments for schizophrenia. En P.E. Nathan & J.M. Gorman, editores, *A guide to treatments that work* (segunda edición), pp. 169-200. Nueva York: Oxford University Press.
- Bradley, S.J. (1995). Psychosexual disorders in adolescence. En J.M. Oldham & M.B. Riba, editores, *Review of psychiatry*, 14, 735-754. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bradley, S.J. y Zucker, K.J. (1997). Gender identity disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 872-880.
- Braff, D.L. (1993). Information processing and attention dysfunctions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 233-259.
- Brame, B., Nagin, D.S. y Tremblay, R.E. (2001). Developmental trajectories of physical aggression from school entry to late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 503-512.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., Fornari, V.M. y Halmi, K.A. (1999). Bright light therapy decreases winter binge frequency in women with bulimia nervosa: A double blind, placebo-controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 442-448.
- Bremner, J.D. (1998). Neuroimaging of posttraumatic disorder. *Psychiatric Annals*, 28, 445-450.
- Brenner, H.D. (1989). The treatment of basic psychological dysfunctions from a systemic point of view. *British Journal of Psychiatry*, 155 (Suplemento 5), 74-83.
- Brewerton, T.D., Krahn, D.D., Hardin, T.A., Wehr, T.A. y Rosenthal, N.E. (1994). Findings from the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire in patients with eating disorders

- and control subjects: Effects of diagnosis and location. *Psychiatry Research*, 52, 71-84.
- Brewin, C.R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. En J.T. Spack, J.M. Barley y D.J. Foes, editores, *Annual Review of Psychology*, volumen 47. Palo Alto, CA: Annual Reviews, pp. 3357
- Brodaty, H., Luscombe, G., Peisah, C., Anstey, K. y Andrews, G. (2001). A 25-year longitudinal comparison study of the outcome of depression. *Psychological Medicine*, 31, 1347-1359.
- Brodoff, A.S. (1988) First person account: Schizophrenia through a sister's eyes-The burden of invisible baggage. *Schizophrenia Bulletin* 14, 113-116.
- Brown, G.W., Bifulco, A. y Harris, T.O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: Some refinements. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- Brown, P., Macmillan, M.B., Meares, R. y Van der Hart, O. (1996). Janet and Freud: Revealing the roots of dynamic psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 480-491.
- Brown, T.A., Barlow, D.H. y Liebowitz, M.R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of child abuse: A review of research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Brownell, K. D., Hayes, S. C. y Barlow, D. H. (1977). Patterns of appropriate and deviant sexual arousal: The behavioral treatment of multiple sexual deviations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1144-1155.
- Bruer, J.T. (1998). *The myth of the first three years*. Nueva York: Free Press.
- Bruni, F. (1997). Belatedly, the riddle of an attack on Rastin is solved. *New York Times*, 30 de enero, p. A16.
- Brunswick, K.A. y O'Donohue, W. (2002). *Relapse prevention for sexual harassers*. Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Bryant, R.A. y Harvey, A.G. (2000). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Burnand Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A. y Rosset, N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clonidine in the treatment of major depression, *Psychiatric Services*, 53, 585-590.
- Burnside, J.W. (1987). The diary. *Journal of the American Medical Association*, 257, 1802.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J. y Keith, S.J. (1999). Schizophrenia: Improving outcome. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 229-240.
- Butler, A.C. y Beck, A.T. (1996). Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist*, 49, 6-7.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Butler, L. y Noelen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30, 331-345.
- Butterfield, F. (1996). This way madness lies: A fall from grace to prison. *New York Times*, 21 de abril, 10y.
- Butterworth, J. y Strauch, J.D. (1994). The relationship between social competence and success in the competitive workplace for persons with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 29, 118-133.
- Bystriksky, A. y Strausser, B.P. (1996) Treatment obsessive-compulsive cutting behavior with naltrexone. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 423-424.

C

- Cadore, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G. y Stewart, M.A. (1995). Gene-environment interaction in genesis of aggressivity and conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 42-52.
- Cahill, C., Liewelyn, S. P y Pearson, C. (1991). Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 1-12.
- Cahill, S.P., Carrigan, M.H. y Frueh, B.C. (1999). Does EMDR work? And if so, why? A critical review of controlled outcome and dismantling research. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 5-33.
- Cain, D.J. y Seeman, J., editores, (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Caldwell, C.B. y Gottesman, I.I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-589.
- Cale, E.M. y Lilienfeld, S.O. (2002). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: Sex differentiated manifestations of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 16, 52-2.
- Cameron, N. (1963). *Personality development and psychopathology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Campbell, S.S. y Gillin, J.C. (1987). Depressing normal sleep: Two tests of the Process S deficiency hypothesis. *Neuropsychobiology*, 18, 169-174.
- Canino, I.A. y Insel, J.E. (2001) Culture and family therapy. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 10, 601-612.
- Canino, I.A. y Spurlack, J. (2000). *Culturally Diverse Children and Adolescents* (segunda edición). Nueva York: Guilford.
- Cannon, T.D. y Mednick, S.A. (1993). The schizophrenia high-risk project in Copenhagen: Three decades of progress. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 370, 33-47.
- Cannon, T.D., Mednick, S.A. y Parnas, J. (1990). Antecedents of predominantly negative and predominantly positive schizophrenia in a high risk population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 662-632.
- Cannon, T.D., Paprio, J., Lonnqvist, J., Huttunen, M. y Koshenvuo, M. (1998). The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort. *Archives of General Psychiatry*, 55, 67-74.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.
- Capaldi, D.M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2 year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- Capaldi, D.M. y Patterson, G.R. (1994). Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males. En D.C. Fowles, P. Sutker y S.H. Goodman, editores, *Progress in experimental personality and psychopathology research* pp. 165-198. Nueva York: Springer.
- Carlson, C.L., Lahey, B.B. y Neepner, R. (1984). Peer assessment of the social behavior of accepted, ejected, and neglected children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 187-198.

- Carlson, C.L., Pelham, W.E., Milich, R. y Dixon, M.J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on classroom behavior, academia performance and self-evaluations of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 43-54.
- Carlson, C.L., Pelham, W.E., Milich, R. y Hoza, B. (1993). ADHD boy's performance and attributions following success and failure: Drug effects and individual differences. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 269-287.
- Carpenter, W.T. (1996). Maintenance therapy of persons with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (supplemento 19), 10-18.
- Carranza-Lira, S. y Valentino-Figueroa, M.L. (1999) Estrogen therapy in postmenopausal women. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*, 65, 35-38.
- Cartwright, A., Hyams, G. y Spratley, T. (1996). Is the interviewer's therapeutic commitment an important factor in determining whether alcoholic clients engage in treatment? *Addiction Research*, 4, 215-230.
- Casas, J.M. (1995). Counseling and psychotherapy with racial/ethnic minority groups in theory and practice. En B. Bongar & L.E. Beutler, editores, *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*, pp. 311-335. Nueva York: Oxford University Press.
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Faultline in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481.
- Casey, R.J. y Berman, J.S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98(2), 388-400.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Nueva York: Guilford.
- Caspi, A. y Elder, A.H., Jr. (1988). Early personality and life disorganization. En E.M. Hetherington, R.M. Lerner y M. Perlmutter, editores, *Child development in life-span perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., Taylor, y Poulton, R. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Castellanos, F.X., Lee, P.P., Sharp, W., Jeffries, N.O., Greenstein, D.K., Classen, L.S., Blumenthal, J.D., James, R.S., Ebens, C.L., Walter, J.M., Zijdenbos, A., Evans, A.C., Giedd, J.N. y Rapoport, J.L. (2002). Developmental trajectories of brain volume in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1740-1748.
- Cauce, A.M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B.N., Shea, J.M., Srebnik, D. y Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help-seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 44-55.
- Cavanaugh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. y Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cavanaugh, C.J. y Lemberg R. (1999). What we know about eating disorders: Facts and statistics. En R. Lemberg, editores, *Eating disorders: A reference sourcebook*. Phoenix, AZ: Oryx Press.
- Caviola, A.A. y Schiff, M. (1988). Behavioral sequelae of physical and/or sexual abuse in adolescents. *Child abuse and Neglect*, 12, 181-188.
- Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 822-830.
- Cerone, R., Schiaffino, M.C., Di Stefano, S. y Veneselli, E. (1999). Phenilketonuria: Diet for life or not? *Acta Paediatrica* 88, 664-666.
- Chalkley, A.J. y Powell, G.E. (1983). The clinical description of forty-eight cases of sexual fetichisms. *British Journal of Psychiatry* 142, 292-295.
- Chambers, R.A., Taylor, J.R. y Potenza, M.N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescent: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1042-1052.
- Chandler, C.L., Weissberg, R.P., Cowen, E.L. y Guare, J. (1984). Long term effects of a school-based secondary prevention program for young maladapted children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 165-170.
- Charman, T. (1994). The stability of depressed mood in young adolescents: A school based survey. *Journal of Affective Disorders*, 30, 109-116.
- Charman, T. (1997). The relationship between joint attention and pretend play in autism. *Development and Psychopathology*, 9, 1-16.
- Chemerinski, E. y Robinson, R.G. (2000). The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*, 41, 5-14.
- Cherlin, A.J., Furstenberg, F.F., Chase-Lansdale, P.L., Kiernan, K.E., Robins, P.K., Morrison, D.R. y Tietler, J.O. (1991). Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science*, 252, 1386-1389.
- Chess, S. (1978). The plasticity of human development. *American Academy of Child Psychiatry*, 17, 80-91.
- Chess, S., Thomas, A. y Hassibi, M. (1983). Depression in childhood and adolescence: A prospective study of six cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 411-420.
- Christopher, I.C. (1993). Psychosocial factors and immunity in nonhuman primates: A review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 298-308.
- Ciccone, J.R. (1999). Competence to stand trial: Efforts to clarify the concept and improve clinical evaluations of criminal defendants. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 647-651.
- Clark, D.B., Smith, M.G., Neighbors, B.D., Skerlec, L.M. y Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14, 113-137.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. y Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 749-469.
- Clark, K. A. (1965). A role for librarians in the relevant war against poverty. *Wilson Library Bulletin*, septiembre de 1965. Citado en A. MacLeod, (1973). *Growing up in America*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Clark, W.R. y Grunstein, M. (2002). *Are we hard-wired?* Nueva York: Oxford University Press.
- Clarkin, J.F. (1998). Research findings on the personality disorders. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 91-102.
- Clarkin, J.F., Pilkonis, P.A. y Magruder, K.M. (1996). Psychotherapy of depression: Implications for reform of the

- health care system. *Archives of General Psychiatry*, 53, 717-723.
- Clement, D.L., De Buyzere, M.L., De Bacquer, D.A., de Leeuw, P.W., Duprez, D.A., Fagard, R.H., Gheeraert, P.J., Missault, L.H., Braun J.J., Six, R.O., Van Der Niepen, P. y O'Brien, E. (2003) Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. *New England Journal of Medicine*, 348, 2407-2415.
- Clementz, B.A., Sweeney, J.A., Hirt, M. y Haas, G. (1991). Phenotypic correlations between oculomotor functioning and schizophrenia-related characteristics in relatives of schizophrenic probands. *Psychophysiology*, 28, 570-578.
- Cochran, D.L., Brown, D.R. y McGregor, K.C. (1999). Racial in multiple social roles of older women: Implications for depressive symptoms. *Gerontologist*, 39, 465-472.
- Cohen, D.J., Caparulo, B.K. y Shaywitz, B.A. (1978). Neurochemical and developmental models of childhood autism. En G. Serban, editor, *Cognitive defects in the development of mental illness*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Cohen, J.D. y Servan-Schreiber, D. (1992). Context, cortex, and dopamine: A connectionist approach to behavior and biology in schizophrenia. *Psychological Review*, 99, 45-77.
- Cohen, L.J., Kingston, P., Bell, A., Aronowitz, B., y Hollander, E. (2000). Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 4-12.
- Cohen, M.E., Robins, E., Purcell, J.J., Altmann, M.W. y Reed, D.E. (1953). Excessive surgery in hysteria. *Journal of the American Medical Association*, 151, 977-986.
- Cohen, P., Cohen, J. y Brook, J. (1993a). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 34, 869-877.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N. Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. y Streuning, E.L. (1993b). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-I. Age-and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 34, 851-867.
- Cohen, R.A. (1975). Manic-depressive illness. En A.M. Freedman, J.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry* (segunda edición). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Cohen, S., Doyle, W.J. y Skoner, D.P. (1999). Psychological stress, cytokine production, and severity of upper respiratory illness. *Psychosomatic Medicine*, 61, 175-180.
- Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S. y Gwaltney, J.M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1940-1944.
- Cohen, S., Kessler, R.C. y Gordon, L.U., editores, (1995). *Measuring stress*. Nueva York: Oxford University Press.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A.J. y Smith, A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325, 606-612.
- Cohen, S. y Williamson, G.M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- Cohen, W.I., Nadel, L. y Madnick, M.E., editores, (2002) *Down syndrome: Visions for the 21st century*. Nueva York: Wiley-Liss.
- Colapinto, J. (2000). As nature made him: *The boy who was raised as a girl*. Nueva York: Harper Collins.
- Colom, F., Corbella, B., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A. y Gasto, C. (2001). Clinical correlatos of psychiatric comorbidity in Bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 3, 253-258.
- Comings, D.E. (2000). The role of genetics in ADHD and conduct disorder-Relevance to the treatment of recidivistic antisocial behavior. En D.H. Fishbein, editores, (2000). *The science, treatment, and prevention of antisocial behaviors: Application to the criminal justice system*. pp. 16-1-16-25. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. y Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Compton, S.N., Burns, B.J., Egger, N.L. y Robertson, E. (2002). Review of the evidence for treatment of childhood psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1240-1266.
- Compton, S.N., Nelson, A.H. y March, J.S. (2000). Social Phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1998). Initial impact of the Fast Track Prevention Trial for conduct problems: The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 631-547.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Evaluation of the first three years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 19-35.
- Conger, R.D., Ge, X., Elder, G.H.Jr., Lorenz, F.O. y Simons, R.L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65, 541-561.
- Connors, D.K. (1997). *CRS-R, Conners' rating scales-revisado: Instruments for use with children and adolescents*. North Tanawanda, Nueva York: Multi-Health Systems, Inc
- Constantino, J.N. y Todd, R.D. (2003). Autistic traits in the general population: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 524-530.
- Conte, J.R., Sorenson, E., Fogarty, L. y Rosa, J.D. (1991). Evaluating children's reports of sexual abuse: Results from a survey of professionals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 428-437.
- Cook, J.A., Pickett, S.A. y Cohler, B.J. (1997). Families of adults with severe mental illness-The next generation of research: Introduction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 172-176.
- Cookson, J., Taylor, D. y Katona, C. (2002). *Use of drugs in psychiatry*. Londres: Gaskell.
- Coolidge, F.I., Thede, L.L. y Young, S.E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32, 251-257
- Cornblatt, B.A., Dworkin, R.H., Woolf, L.E. y Erlenmeyer-Kimbling, L. (1996). Markers, developmental processes, and schizophrenia. En M.F. Lensenweger y J.J. Haugaard, editores, *Frontiers of developmental psychopathology*. pp. 125-147. Nueva York: Oxford University Press.
- Cornblatt, B.A. y Keilp, J.G. (1994). Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 31-46.
- Cornblatt, B.A., Lenzenweger, M.F. y Erlenmeyer-Kimling, L.L. (1989). The Continuous Performance Task, identical pairs

- version: II. Contrasting attention profiles in schizophrenic and depressed patients. *Psychiatry Research*, 29, 65-85.
- Costa, L. (1996). Lifespan neuropsychology. *Clinical Neuropsychologist*, 10, 365-374.
- Costa, P.T. y Widiger, T.A., editores, (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P.T., Jr. y McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cottrell, D. y Boston, P. (2002). Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 573-586.
- Courchesne, E., Carper, R. y Akshoomoff, N. (2003). Evidence of brain overgrowth in the first year of life. *Journal of the American Medical Association*, 290, 337-344.
- Cowen, E.L. (1982). Help is where you find it. Four informal helping groups. *American Psychologist*, 37, 385-395.
- Cowen, E.L. y Hightower, A.D. (1990). The Primary Mental Health Project: Alternative approaches in school-based preventive intervention. En T.B. Gutkin & C.R. Reynolds, editores, *Handbook of school psychology*. Nueva York: John Wiley.
- Cox, G.R., Bendiksen, R.A. y Stevenson, R.G., editores, (2002). *Complicated grieving and bereavement*. Amityville, Nueva York: Baywood Publishing Company.
- Crabbe, J.C. (2002). Genetic contributions to addiction. En S.T. Fiske, editores, *Annual Review of Psychology*, 53, 435-462.
- Craighead, W.E., Miklowitz, D.J., Frank, E. y Vajik, F.C. En P.E. Nathan & J.M. Gorman, editores, (2002). *A guide to health treatments that work*, segunda edición. pp. 263-275. Nueva York: Oxford University Press.
- Crider, A. (1997). Perseveration in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 63-74.
- Cromwell, R.L. (1993). Searching for the origins of schizophrenia. *Psychological Science*, 4, 276-279.
- Crow, T.J. (1994). Prenatal exposure to influenza as a cause of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, 588-592.
- Cummings, E.M. y Davies, P. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. Nueva York: Guilford.
- Cummings, L.L. (1993). The neuroanatomy of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54:11, suplemento, 14-20.
- Cummings, J.L. (2003). *The neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related dementias*. Londres, England: Martin Dunitz.
- Cummings, N.A., O'Donohue, W.T. y Ferguson, K.E., editores, (2002). *The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you*. Reno, Nevada: Context Press.
- Cunningham, C.E. y Siefel, L.S. (1987). Peer interactions of normal and attention-deficit-disordered boys during free play, cooperative task, and simulated classroom situations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 247-268.
- Cunningham, M.D. y Reidy, T.J. (1999). Don't confuse me with the facts. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 20-43.
- Curry, S.J. (1993). Self-help interventions for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 790-803.
- Cuskelly, M., Jobling, A., y Buckley S., editores, (2002). *Down syndrome across the life span*. Londres: Whurr Publishers.
- Cutting, J.C. (1985). *The psychology of schizophrenia*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

D

- Daley, D.C. y Marlatt, G.A. (1992). Relapse prevention: Cognitive and behavioral interventions. In J.H. Lowinson, P. Ruiz y R.B. Millman, editores, *Substance abuse: A comprehensive textbook* (segunda edición), pp. 533-542. Baltimore, MD: Williams y Wilkins.
- Dam, H., Molin, J., Bolwing, T.G., Wildschiodtz, G. y Møllerup, E.T. (1994). Development of winter depression and the effect of light therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, 75-79.
- Danforth, J.S. (1998). The outcome of parent training using the behavior management flow chart with mothers and their children with oppositional defiant disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification*, 22, 443-473.
- Davidson, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Weiser, M., Kaplan, Z. y Mark, M. (1999). Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156, 1328-1335.
- Davis, G.E. y Leitenberg, H. (1987). Adolescent sex offenders. *Psychological Bulletin*, 101, 417-427.
- De Hert, M., Thys, E., Vercruyssen, V. y Perusken, J. (1996). Partial hospitalization at night: The Brussels Nighthospital. *Psychiatric Services*, 47, 527-528.
- De Nike, L.D. y Tiber, N. (1968). Neurotic behavior. En P. London y D. Rosenham, editores, *Foundations of abnormal psychology*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- de Ruyter, C., Rijken, H., Garssen, B., van Schaik, A. y Kraaijmaat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- Dean, P.J. y Range, L.M. (1999). Testing the escape theory of suicide in an outpatient population. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 561-572.
- DeLisi, L.E. (1996). Is there a viral or immune dysfunction etiology to schizophrenia? Reevaluation a decade later. *Schizophrenia Research*, 22, 1-4.
- DeMarchi, N. y Mennella, R. (2000). Huntington's disease and its association with psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 278-289.
- Demos, J.P. (1982). *Entertaining Satan: Witchcraft and the culture of early New England*. Nueva York: Oxford University Press.
- Depression Guideline Panel. (1993). (Línea directiva de la práctica clínica número 5) *Depresión in primary care: Volume 2. Treatment of major depression*. (Publicación ACCPR número 93-0551). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research.
- Derish, J., Polatin, P.B. y Gratchel, R.J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z. y Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Meta-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- deSilva, P. y Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 942-952.

- Deutsch, A. (1948). *The shame of the states*. Nueva York: Arno.
- Diamond, G. y Siqueland, L. (2001). Current status of family intervention science. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10, 641-661.
- DiCeglie, D., Freedman, D., McPherson, S. y Richardson, P. (2002). Children and adolescents referred to a specialist gender-identity development service: Clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism*, 6, 14-20.
- Dick, D.M. y Rose, R.J. (2002). Behavior genetics: *What's new? What's next?* *Current Directions in Psychological Science*, 11, 70-74.
- Dick, D.M., Rose, R.J., Kaprio, J. y Koskenvuo, M. (2001). Exploring gene-environment interactions: Socioregional moderation of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 625-632.
- Didion, J. (1979). *The White Album*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Dissanayake, C. y Crossley, S.A. (1996). Proximity and sociable behaviors in autism: Evidence for attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 149-156.
- DiTomasso, R.A. y Gosch, E.A., editores, (2002). *Comparative treatments for anxiety disorders*. Nueva York: Springer.
- Dixon, L.B., Lehman, A.F. y Levine, J. (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 567-577.
- Dobson, K.S. (editor) (2001). *Handbook of cognitive-behavioraltherapias* (2da. edición). Nueva York: Guilford Press.
- Docter, R.F. (1988). *Transvestites and transsexuals*. Nueva York: Plenum.
- Dodge, K.A. (1985). Attributional bias in aggressive children. *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy*, 4, 73-110.
- Dodge, K.A. (1993). The future of research on the treatment of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 311-319.
- Dorian, B. y Garfinkel, P.E. (1987). Stress, immunity and illness: a review. *Psychological Medicine*, 17, 393-407.
- Dorris, M. (1989). *The broken cord*. Nueva York: Harper & Row.
- Dosen, A. y Duy, K. (editores) (2001). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Dougherty, D.M., Bjork, J.M., Marsh, D.M. y Moeller, F.G. (2000). A comparison between adults with conduct disorder and normal controls on a continuous Performance Test: Differences in impulsive response characteristics. *Psychological Record*, 50, 203-219.
- Dowd, E.T. (2002). Behavioral therapy for depression. En M.A. Reinecke y M.R. Davison (editores), *Comparative treatments for depression* (pp. 195-219). Nueva York: Springer.
- Dowd, S.M., Strong, M.J., Martis, B.J. y Janicak, P.G. (2002). Is repetitive transcranial magnetic stimulation an alternative for ECT for the treatment of depression? *Contemporary Psychiatry*, 1, 1-10.
- Draijer, N. y Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 378-385.
- Drevets, W.C. (1999). Prefrontal cortical-amygdalar metabolism in major depression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877, 614-637.
- Drossman, D.A., Toner, B.B., Whitehead, W.E., Diamant, N.E., Dalton, C.B., Duncan, S., Emmott, S., Proffitt, V., Akamn, D., Frusciante, K., Le, T. Meyer, K., Brashaw, B., Mikula, K., Morris, C.B., Blackman, C.J., Hu, Y., Joia, H., Li, J.Z., Koch, G.G. y Bangdiwala, S.I. (2003). Cognitive-behavioral therapy versus education an desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 125, 249-53.
- Durlak, J.A. y Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Dykman, B.M., Horowitz, L.M., Abramson, L.Y. y Usher, M. (1991). Schematic and situational determinants of depressed and nondepressed students' interpretation of feedback. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 45-55.

E

- Earleywine, M. (2002). *Understanding marijuana*. Nueva York: Oxford University Press.
- Easton, K. (1959). An unusual case of fugue and orality. *Psychoanalytic Quarterly*, 28, 505-513.
- Edmonds, L.K., Mosley, B.J., Admiraal, A.J., Olds, R.J., Romans, S.E., Silverstone, T. y Walsh, A.E. (1998). Familial bipolar disorder: Preliminary results from the Otago Familial Bipolar Genetic Study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 823-829.
- Egeland, B., Carlson, E. y Stroufe, L.A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.
- Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S. y Potvin, L. (1992). The Roseto effect: A 50-year comparison of mortality rates. *American Journal of Public Health*, 82, 1089-1092.
- Ehlers, S., Nyden, A., Gillberg, C., Sandberg, A.D., Dahlgren, S.O., Hjelmsquist, E. y Oden, A. (1997). Asperger syndrome, autism, and attention disorders: A comparative study of the cognitive profiles. *Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 207-217.
- Einfeld, S.L. y Tonge, J. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 99-109.
- Eiraldi, R.B., Power, T.J. y Nezu, C.M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder among 6- to 12-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 503-514.
- Eisenberg, L. (1998). Nature, niche, and nurture. *Academic Psychiatry*, 22, 213-222.
- Eisler, R.M. (1972). Crisis intervention in the family of a firesetter. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 9, 76-79.
- Eliot, R.S. y Buell, J.C. (1983). The role of the CNS in cardiovascular disorders. *Hospital Practice*, mayo, 189-199.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (editores), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114-139). Nueva York: Wiley.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T. y Shaw, B.F. (1996). Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 92-103.

- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. y Parloff, M.B. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, I: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 71-982.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious*. Nueva York: Basic Books.
- Elliott, J.G. (1999). School refusal: Issues of conceptualisation, assessment, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 1001-1012.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. En D.J. Cain y J. Seeman, editores, *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ellis, A. (1970). Rational-emotive therapy. En L. Hersher, editor, *Four psychotherapies*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy* (segunda edición). Nueva York: Springer.
- Ellis, B. y Heiman, J.R.M. (1992). Marital and psychological adjustment in the contexto f a sexual dysfunction. *University of Washington Medical Center Update*, octubre de 1992, 1-2.
- Endler, N.S. (1990). *Holiday of darkness*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Endler, N.S. y Persad, E. (1988). *Electroconvulsive therapy: the myths and the realities*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Englebienne, P. y De Meirleir, K. (2002). *Chronic fatigue syndrome: CA biological approach*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Enoch, M. y Goldman, D. (2000). Genetics of alcoholism. En P. Pfaff, W.W. Berrettini, T.H. Joh y S.C. Maxon editores. Genetic influences on neural and behavioral functions, pp.163-184. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Epstein, A.W. (1965). Fetishism. En R. Slovenko, editor, *Sexual behavior and the law*. Springfield, IL: Thomas.
- Epstein, D.H., Hawkins, W.E., Covi, L., Umbricht, A. y Preston, K.L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: Findings during treatment and across 12 month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 73-82.
- Ergul, S., Parish, D.C., Puett, D. y Ergul A. (1996). Racial differences in plasma endothelin-1 concentrations in individuals with essential hipertensión. *Hypertension*, 28, 652-655.
- Erickson, H.M. y Goodwin, D.W. (1994). Pharmacologic interventions. En B. Van Hasselt y M. Hersen, editores, *Advanced Abnormal Psychology*. Nueva York: Plenum.
- Erikson, E.H. (1975). *Life history and the historical moment*. Nueva York: Norton.
- Erlenmeyer-Kimling, L. (1987). Biological markers for the liability to schizophrenia. En H. Helmchen y E. A. Henn, editores, *Biological perspectives of schizophrenia*. Nueva York: Wiley.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Squires-Wheeler, E., Adamo, U.H., Bassett, A.S., Cornblatt, B.A., Kestenbaum, C.J., Rock, D., Roberts, S.A. y Gottesman, I.I. (1995). The New York High-Risk Project: psychoses and cluster A personality disorders in offspring of schizophrenic parents at 23 years of follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 52, 857-865.
- Ernsberger, P. y Kolestsky, R.J. (1999). Biomedical rationale for a wellness approach to obesity: An alternative to a focus on weight loss. *Journal of Social Issues*, 55, 221-259.
- Eron, L.D. y Peterson, R.A. (1982). Abnormal behavior: Social approaches. En M.R. Rosenweig y L.W. Porter, editores, *Annual Review of Psychology*. 33. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Espie, C.A., Inglis, S.J. y Harvey, L. (2001). Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia in general medical practice: Analyses of outcome data at 12 months posttreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 58-66.
- Essau, C.A., Hakim-Larson, J., Crocker, A. y Petermann, F. (1999). Assessment of depressive disorders in children and adolescents. En C.A. Essau and F. Petermann, editores, *Depressive disorders in children and adolescents*, pp. 27-67. Northvale, NJ: Aronson.
- Evans, J.d., Heaton, R.K., Paulsen, J.S., McAdams, L.A., Heaton, S.C. y Jeste, D.V. (1999). Schizoaffective disorder: A form of schizophrenia or affective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 874-882.
- Ezzell, C. (1995). Of multiple minds over the genetics of schizophrenia. *The Journal of NIH Research*, 7, 25-27.

F

- Faedda, G.L., Tondo, L., Teicher, M.H., Baldessarini, R.J., Gelbard, H.A. y Floris, G.F. (1993). Seasonal mood disorders. Patterns of seasonal recurrence in mania and depression. *Archives of General Psychiatry*, 50, 17-23.
- Fagan, P.J., Wise, T.N., Schmidt, C.W. y Berlin, E.S. (2002). Pedophilia. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2458-2465.
- Fairburn, C.G. y Brownell, K.D., editors, (2002). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, segunda edición, Nueva York: Guilford.
- Fakhoury, W.K., Murray, A., Shepherd, G. y Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 301-315.
- Fang, C.Y. y Myers, H.F. (2001). The effects of racial stressors and hostility on cardiovascular reactivity in African American and Caucasian men. *Health Psychology*, 20, 64-70.
- Farone, S.V. y Biederman, J. (1994). Is attention deficit hyperactivity disorder familial? *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 271-287.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C. y Grande, S. (2002). Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2094-2095.
- Fava, M. (1994). Do antidepressants and antianxiety drugs increase chronicity in affective disorders? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 125-131.
- Favazza, A.R. y Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-140.
- Fearon, P. y Murray, R. (2002). Intellectual function and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 181, 276-277.
- Federman, D.D., Hanna, K.E. y Rodriguez, L.L., editores, (2003). *Responsible research: A systems approach to protecting research participants*. Washington, DC: National Academies Press.
- Feinstein, A., Owen, M.A. y Blair, M.A. (2002). A hazardous profession: War, journalists, and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1570-1575.

- Ferraro, FR., editores, (2002). *Minority and cross-cultural aspects of neuropsychological assessment*. Lisse, Los Países Bajos: Swets and Zeitlinger.
- Figiel, G.S., Krishnan, R.R. y Doraiswamy, M. (1990). Subcortical structural changes in ECT-induced delirium. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 3, 172-176.
- Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook, E.H.Jr., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J.S., Johnson, C.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minshew, N.J., Prizant, B.M., Raplin, I., Rogers, S.J., Stone, W.L., Teplin, S., Tuchman, R.F. y Volkmar, F.R. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 439-484.
- Fineberg, N., Marassiti, D. y Stein, D.J. (2001). *Obsessive compulsive disorder: A practical guide*. Londres: Martin Dunitz.
- Fink, C.M., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1996). Cultural relevant factors in the behavioral treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 201-209.
- Fink, M. (1999). *Electroshock: restoring the mind*. Nueva York: Oxford University Press.
- Fink, M. (2000). Electroshock revisited. *American Scientist*, 88, 162-167.
- Finkelhor, D. (1988). The trauma of sexual abuse: Two models. En G.E. Wyatt y G.J. Powell, editores, *Lasting effects of child sexual abuse*, pp. 61-82. Newbury Park, CA: Sage.
- Finkelstein, J.R.J., Cannon, T.D., Gur, R.E., Gur, R.C. y Moberg, P. (1997). Attentional dysfunction in neuroleptic-naive and neuroleptic-withdrawn schizophrenic patients and their siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 203-212.
- Firlik, A. D. (1991). Margo's logo. *Journal of the American Medical Association*, 265, 201.
- Fischer, G.J. (1986). College student attitudes toward forcible date rape: I. Cognitive predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 457-466.
- Fitzgerald, B., Morgan, J., Keene, N., Rollinson, R., Hodgson, A. y Dalrymple-Smith, J. (2000). An investigation into diet treatment for adults with previously untreated phenylketonuria and severe intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 53-59.
- Flament, M.F., Koby, E., Rapoport, J.L., Berg, C.J., Zahn, T., Cox, C., Denckla, M. y Lenane, M. (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 363-380.
- Flanagan, D.P., McGrew, K.S. y Ortiz, S.O. (2000). The Wechsler Intelligence Scales and Gf-Gc theory: A contemporary approach to interpretation. Boston: Allyn & Bacon.
- Fleischacker, W.W. (1999). Clozapine: A comparison with other novel antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, suplemento 12, 30-34.
- Fletcher-Janzen, E., Strickland, T.L. y Reynolds, C.R., editores, (2000). *Handbook of cross-cultural neurophysiology*. Nueva York: Kluwer Academic.
- Flett, G.L. y Hewitt, P.L. (2002). *Perfectionism*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flores, M.T. y Carey, G., editores, (2000). *Family therapy with Hispanics*. Needham Heights, MA: Allyn y Bacon.
- Folks, D.G., Feldman, M.D. y Ford, C.V. (2000). Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering. En a. Stoudemire, B.S. Fogel y D.B. Greenberg, editores, *Psychiatric care of the medical patient*, segunda edición. Nueva York: Oxford University Press.
- Folstein, S. y Rutter, M. (1977). Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 297-321.
- Folstein, S. y Rutter, M. (1978). A twin study of individuals with infantile autism. En M. Rutter y E. Schopler, editores, *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Fones, C.S.L., Manfro, G.G.M. y Pollack, M.H. (1998). Social phobia: An update. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 247-259.
- Frances, A.J. y Klein, D.F. (1982). Anxious, precise, demanding man seeks help soon after marriage. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 89-90.
- Frank, E., Cyranowski, J.M., Rucci, P., Shear, M.K., Fagiolini, A., Thase, M.E., Cassano, G.B., Grochocinski, V.J., Kostelnik, B. y Kupfer, D.F. (2002). Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with Bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 905-911.
- Frankl, V.E. (1959). *Man's search for meaning*. Nueva York: Simon & Shuster.
- Freed, C.R., Greene, P.E., Breeze, R.E., Tsai, W.-Y., DuMouchel, W., Kaso, R., Dillon, S., Winfield, H., Culver, S., Trojanowski, J.Q., Eidelberg, D. y Fahn, S. (2001). Transplantation of embryonic dopamine neurons for severe Parkinson's disease. *New England Journal of Medicine*, 344, 215-236.
- Freedman, L.R., Rock, D., Roberts, S.A., Cornblatt, B.A. y Erlenmeyer-Kimling, L. (1998). The New York High-Risk Project: Attention, anhedonia, and social outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1-9.
- Freeman, R.D., Fast, D.K., Burd, L., Kerbeshian, J., Rbertson, M.M. y Sandor, P. (2000). The international perspective on Tourette syndrome: Selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 436-437.
- Freud, S. (1930). Civilization and its discontents. En J. Strachey, editor, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, volumen 21. Londres: Hogarth.
- Freud, S. (1951). A letter from Freud (abril 9, 1935). *American Journal of Psychiatry*, 107, 786-787.
- Freud, S. (1969). *Collected works*, volumen 5. Nueva York: Basic Books.
- Frick, P.J. (1993) Childhood conduct problems in a family context. *School Psychology Review*, 22, 376-385.
- Frick, P.J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. Nueva York: Plenum.
- Friedman, L.J. (1999). *Identity's architect: A biography of Erik H. Erikson*. Nueva York: Scribner.
- Friedman M. y Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Frith, V. (2003). *Autism: Explaining the enigma*. Malden, MA: Blackwell.
- Fromuth, M.E. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse and Neglect*, 10, 5-15.
- Fuglsang, A.K., Moergeli, H., Hepp-Beg, S. y Schnyder, V. (2002). Who develops acute stress disorder after accidental injuries? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 214-222.

- Fuller, A.K. (1989). Child molestation and pedophilia: An overview for the physician. *Journal of American Medical Association*, 261, 602-606.
- Fuller, M.A. y Sajatovic, M. (1999). *Drug information handbook for psychiatry*. Cleveland, OH: American Pharmaceutical Association.
- G**
- Gabbard, G.O. (1985). The role of compulsiveness in the normal physician. *Journal of American Medical Association*, 254, 2926-2929.
- Gamwell, L. y Tomes, N. (1995). *Madness in America: Cultural and medical perceptions of mental illness before 1914*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press.
- Gaynor, J. (2002). Firesetting. En M. Lewis, editor, *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*, pp. 711-724. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ge, X., Best, K.M., Conger, R.D. y Simons, R.L. (1996a). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. *Developmental Psychology*, 32, 717-731.
- Ge, X., Conger, R.D., Cadoret, R.J., Neiderhiser, J.M. y Yates, W., Troughton, E. y Stewart, M.A. (1996b). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32, 574-589.
- Gelder, M.G., López-Ibor, J.J. y Andreasen N.C., editores, (2000). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S. y Coffey, B. (1997). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 420-427.
- George, M.S., Ketter, T.A. y Post, R.M. (1993). SPECT and PET imaging in mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54: 11, suplemento, 6-13.
- George, M.S., Ring, H.A. y Costa, D.C. (1991). *Neuroactivation and neuroimaging with SPECT*. Londres: Springer.
- Gerlach, A.L., Wilhelm, F.H., Gruber, K. y Roth, W.T. (2001). Blushing and physiological arousability in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 247-258.
- Gershon, E.S., Berretini, W.H. y Goldin, L.R. (1989). Mood disorders: Genetic aspects. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry*, quinta edición. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gillberg, C. y Wing, L. (1999). Autism: Not an extremely rare disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 399-406.
- Gill, J.J., Price, V.A., Friedman, M., Ihoresen, C.E., Powell, L.H., Ulmer, D., Brown, B. y Drews, E.R. (1985). Reduction in Type-A behavior in healthy middle-aged American military officers. *American Heart Journal*, 110, 503-514.
- Gill, M., McGuffin, P., Parfitt, E., Mant, R., Asherson, P., Collier, D., Vallada, H., Powell, J., Shaika, S., Taylor, C., Sargeant, M., Clements, A., Nanko, S., Takazawa, N., Llewellyn, D., Williams, J., Whatley, S., Murray, R. y Owen, M. (1993). A linkage study of schizophrenia with DNA markers from the long arm of chromosome 11. *Psychological Medicine*, 23, 27-44.
- Gillberg, C., Nordin, V. y Ehlers, S. (1996). Early detection of autism: Diagnostic instruments for clinicians. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 67-74.
- Gilmore, J.H., Perkins, D.O., Klierer, M.A. y Hage, M.L. (1996). Fetal brain development of twins assessed in utero by ultrasound: Implications for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 19, 141-149.
- Gilmore, M. (1994). *Shot in the heart*. Nueva York: Doubleday.
- Gimpel, G.A. y Kuhn, B.R. (2000). Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. *Child Care, Health and Development*, 26, 163-176.
- Gittelman, R. y Klein, D.F. (1984). Relationships between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*, 17, suplemento, 56-65.
- Glass, C.R. Arnkoff, D.B. y Rodriguez, B.F. (1998). An overview of directions in psychotherapy integration research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 8, 187-209.
- Gleaves, D.H., May, M.C. y Cardeña, E. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21, 577-608.
- Glicksman, L., Adalaf, E.M., Demers, A. y Newton-Taylor, B. (2003). Heavy drinking on Canadian campuses. *Canadian Journal of Health*, 94, 17-21.
- Glueck, S., & Glueck, E. (1968). *Delinquents and nondelinquents in perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Glynn, L.M., Christenfeld, N. y Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Nueva York: Doubleday.
- Golden, K.M. (1977). Voodoo in Africa and the United States. *American Journal of Psychiatry* 134, 1425-1427.
- Goldstein, D.J., editor, (1999). *The management of eating disorders and obesity*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Golombok, S. y Tasker, F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 32, 3-11.
- Gonzalez-Salvador, M.T., Arango, C., Lyketsos, C.G. y Barba, A.C. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Journal of Geriatric Psychiatry* 14, 701-710.
- Goodman, S.H. y Gotlib, I.H., editores, (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goodwin, F.K., Fireman, B., Simon, G.E., Hunkeler, E.M., Lee, J. y Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1467-1473.
- Goodwin, R.D. (2002). Anxiety disorders and the onset of depression among adults in the community. *Psychological Medicine*, 32, 1121-1124.
- Goodwin, R. y Hamilton, S.P. (2002). Cigarette smoking and panic: The role of neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1208-1213.
- Goodyer, I., Kolvin, I. y Gatzans, S. (1985). Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 147, 517-523.
- Gosselin, C. y Wilson, G. (1980). *Sexual variations*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.

- Gostin, L.O., Lazzarini, Z., Alexander, D., Brandt, A.M., Mayer, K.H. y Silverman, D.C. (1994). HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1436-1444.
- Gotlib, I.H. y Colby, C.A. (1987). *Treatment of depression*. Nueva York: Pergamon Press.
- Gottesman, I.I. (2001). Psychopathology through a life span-genetic prism. *American Psychologist*, 56, 687-878.
- Gottesman, I.I. y Goldsmith, H.H. (1994). Developmental psychopathology of antisocial behavior: Inserting genes into its ontogenesis and epigenesis. En C.A. Nelson, editores. *Threats to optimal development: Integrating biological, psychological, and social risk factors*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gottesman, I.I. y Moldin, S.O. (1998). Genotypes, genes, genesis, and pathogenesis in schizophrenia. En M. Lenzenweger y R. Dworkin, editores, *Origins and development of schizophrenia: Advances in experimental psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gottlieb, J., Semmel, M.I. y Veldman, D.J. (1978). Correlates of social status among mainstreamed mentally retarded children. *Journal of Educational Psychology*, 70, 396-405.
- Gould, E., Reeves, A.J., Graziano, M.S.A. y Gross, C.G. (1999). Neurogenesis in the neocortex of adult primates. *Science*, 286, 548-552.
- Grandin, T. (1984). My experiences as an autistic child and review of selected literature. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 13, 144-174.
- Grandin, T. (1987). Motivating autistic children. *Academic Therapy*, 22, 297-302.
- Grandin, T. (1991). Overcoming autism: A first person account. *Harvard Mental Health Letter*, 4-7 de marzo.
- Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures*. Nueva York: Doubleday.
- Green, A.I. y Schildkraut, J.J. (1995). Should clozapine be a first-line treatment for schizophrenia? The Rationale for a double-blind clinical trial in first-episode patients. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 1-9.
- Green, E. (1972). *Biofeedback for mind/body self-regulation: Feeling and creativity*. Chicago: Aldine.
- Green, M. (1999). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder *Technical Review Number 3*, publicación número 99-0050.
- Green, M.F. (1993). Cognitive remediation in schizophrenia: Is it time yet? *American Journal of Psychiatry*, 150, 178-187.
- Green, M.F. (1998). *Schizophrenia from a neurocognitive perspective*. Boston: Allyn and Bacon.
- Green, M.F., Bracha, S.H., Satz, P. y Christenson, C. (1994). Preliminary evidence for an association between minor physical anomalies and second trimester neurodevelopment in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53, 119-127.
- Green, R. (1974). *Sexual identity conflicts in children and adults*. Nueva York: Basic Books.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven: Yale University Press.
- Greenberg, M.T., Weissberg, R.P., O'Brien, M.V., Zins, J.E., Fredericks, L., Resnik, H. y Elias, M.J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.
- Greeno, C.G., Wing, R.R. y Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 95-102.
- Greicius, M.D. (2003). Neuroimaging in developmental disorders. *Current Opinion in Neurology*, 16, 143-146.
- Grinker, R. (1979). *Historical perspectives on depression*. Departamento de Servicios Profesionales de Laboratorios Roche.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R. y Wissman, M.M., (2002). Borderline personality disorder and primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 50-60.
- Grossman, L.S., Martis, B. y Fichtner, C.G. (1999). Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatric Services*, 50, 349-361.
- Grove, W.M., Clementz, B.A., Iacono, W.G. y Katsanis, J. (1992). Smooth pursuit ocular motor dysfunction in schizophrenia: Evidence for a major gene. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1362-1368.
- Gualtieri, C.T. (2002). *Brain injury and mental retardation: Psychopharmacology and neuropsychiatry*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guidry, L.L. (1999). Clinical intervention with bisexuals: A contextualized understanding. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 22-26.
- Guillen, T. (1982). Competency ruling fees Safety Building squatter. *Seattle Times*, 27 de enero, B1.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. y Gabbard, G.O., editores, (2000). *Psychotherapy for personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. y Lyoo, K. (1997). Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 272-278.
- Gurney, J.G., Fritz, M.S., Ness, K.K., Sievers, P., Newschaffer, C.J. y Shapiro, E.G. (2003). Analysis of prevalence trends of autism spectrum disorder in Minnesota. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 622-627.
- Gusella, J.F. y MacDonald, M.E. (1994). Huntington's disease and repeating trinucleotides. *New England Journal of Medicine*, 330, 1450-1451.
- Guthrie, T.G. y Appelbaum, P.S. (2000). *Clinical handbook of psychiatry and the law* (tercera edición). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guyll, M., Mathews, K.A. y Bromberger, J.T. (2001). Discrimination and unfair treatment: Relationship to cardiovascular reactivity among African Americans and European American women. *Health Psychology*, 20, 315-325.

H

- Haaga, D.F., Dyck, M.J. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1975). The psychologic reactions of patients in the pre and post-hospital phases of myocardial infarction. *Postgraduate Medicine*, 57, 43-46.
- Haertsch, P. y Heal, C. (1997). Ten years experience in gender reassignment surgery: A preliminary report. *Venereology*, 10, 166-173.

- Hafner H. y an der Heiden, W. (2003). Course and outcome of schizophrenia. En S.R. Hirsh y D.R. Weinberger, editores, *Schizophrenia*, segunda edición, pp. 124-147. Malden, MA: Blackwell.
- Hales, R.F. y Yudofsky, S.C., editores, (2003). *Textbook of clinical psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hall, G.C. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 10, 229-245.
- Hall, G.C.N. y Okazaki, S., editores, (2003). *Asian American psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Halligan, P.W., Bass, C. y Wade, D.T. (2000). New approaches to conversion hysteria. *British Medical Journal*, 320, 1488-1489.
- Hamilton, E. y Abramson, L. (1983). Cognitive patterns and major depressive disorders: A longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 173-184.
- Hamilton, M. (1982). Symptoms and assessment of depression. En E.S. Paykel, editores, *Handbook of effective disorders*. Edinburgh: Churchill-Livingston.
- Hann, D.M., Huffman, L.C., Lederhendler, D. y Meinecke, D., editores, (1998). *Advancing research on developmental plasticity*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Hanna, G.L. (1995). Tic disorders. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores. *Comprehensive textbook of psychiatry*, sexta edición, pp. 2325-2336. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Hansen, D.J., Conaway, L.P. y Christopher, J.S. (1990). Victims of child physical abuse. En R.T. Ammerman y M. Hersen, editores, *Treatment of family violence: A sourcebook*. pp. 17-49. Nueva York: Wiley.
- Happé, F., Ehlers, S., Fletcher, P., Frith, U., Johansson, M., Gillberg, C., Dolan, R., Frackowiak, R. y Frith, C. (1976). "Theory of mind" in the brain: Evidence from a PET scan study of Asperger syndrome. *Neuroreport* 8, 197-201.
- Harari, A.R., Mattay, V.S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, R., Goldman, D., Egan, M.F. y Weinberger, D.R. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*, 297, 400-403.
- Hardy, J. y Selkoe, D.J. (2002). The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: Progress and problems on the road to therapeutics. *Science*, 297, 353-356.
- Hare, R.D. y Forth, A.E. (1985). Psychopathy and lateral preferences. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 541-546.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. y Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harris, T.O. (1992). Social support and unsupportive behaviors. En H.O.F. Viel y U. Baumann, editores. *The meaning and measurement of social support* pp. 171-192. Nueva York: Hemisphere.
- Hart, A.B., Craighead, W.E. y Craighead, L.W. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 633-643.
- Hart, C. (1989). *Without reason*. Nueva York: Harper and Row.
- Harvard Mental Health Letter. (1990). Panic disorder: Parte I. Boston 7(3), 1.
- Harvey, A.G. y Bryant, R.A. (1999). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 519-525.
- Harvey, P.D. (2001). Vulnerability to schizophrenia in adulthood. En R.E. Ingram y J.M. Price, editores, *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. pp. 355-381. Nueva York: Guilford.
- Hattie, J.A., Sharpley, C.E. y Rogers, H.J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Hawton, K., Simkin, S., Fagg, J. y Hawkins, M. (1995). Suicide in Oxford University students, 1976-1990. *British Journal of Psychiatry*, 166, 44-50.
- Hayden, M.R. (1991). Predictive testing for Huntington disease: Are we ready for widespread community implementation? *American Journal of Medical Genetics*, 40, 515-517.
- Hayden, M.R., Block, M. y Wiggins, S. Psychological effects of predictive testing for Huntington's disease. *Advances in Neurology*, 65, 201-210.
- Hazellrigg, M.D., Cooper, H.M. y Borduin, C.M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 101, 428-442.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebel, M.R. y Hull, J.G. (2000). *The social psychology of stigma*. Nueva York: Guilford.
- Hebben, N. y Milborg, W. (2002). *Essentials of neuropsychological assessment*. Nueva York: Wiley.
- Hecht, H., Von Zerssen, D., Krieg, C., Possi, J. y Wittchen, H. (1989). Anxiety and depression: Comorbidity, psychopathology, and social functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 420-433.
- Heikinen, M., Aro, H. y Lonnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 343-358.
- Heilman, K.M. y Valenstein, E., editores (2003). *Clinical neuropsychology* (cuarta edición). Nueva York: Oxford University Press.
- Heimberg, R.G. y Becker, R.E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. Nueva York: Guilford.
- Heinricks, R.W. (2001). *In search of madness: Schizophrenia and neuroscience*. Nueva York: Oxford University Press.
- Heisal, M.J. y Fuse, T. (1999). College student suicide ideation in Canada and Japan. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 42, 129-138.
- Heller, T., Roccoforte, J.A., Hsieh, K., Cook, J.A. y Pickett, S.A. (1997). Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 187-198.
- Helzer, J.E., Robins, L.N. y McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Helzer, J.E., Spitznagel, E.L. y McEvoy, L. (1987). The predictive validity of lay diagnostic interview schedule diagnoses in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1069-1077.
- Hemphill, S.A. (1996). Characteristics of conduct-disordered children and their families: A review. *Australian Psychologist*, 31, 109-118.
- Hennessey, K. (1989). Research on the consequences of child maltreatment and its application to educational settings. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9, 33-55.
- Hermann B.P., Whitman, S., Wyler, A.R., Anton, M.T. y Vanderzagg, R. (1990). Psychosocial predictors of

- psychopathology in epilepsy. *British Journal of Psychiatry*, 156, 98-105.
- Herold, E.S. y Way, L. (1983). Oral-genital sexual behavior in a sample of university females. *Journal of Sex Research*, 19, 327-338.
- Herz, M.I. y Marder, S.R. (2002). *Schizophrenia: comprehensive treatment and management*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Heston, L.L. y White, J. (1991). *The vanishing mind: A practical guide to Alzheimer's disease and other dementias*. Nueva York: Freeman.
- Hetherington, E.M. (1991). The role of individual differences and family relationships in children's coping with divorce and remarriage. En P.A. Cowan y E.M. Hetherington, editores, *Family transitions*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hettema, J.M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Higgins, S.T., Wong, C.J., Badger, G.J., Ogden, D.E.H. y Dantona, R.C. (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 64-72.
- Hill, J. (2003). Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, s11-s140.
- Hinshaw, S.P., Lahey, B.B. y Hart, E.L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Hinz, L.D. y Williamson, D.A. (1987). Bulimia and depression: A review of the affective variant hypothesis. *Psychological Bulletin*, 102, 150-158.
- Hippisley-Cox, J., Coupland, C., Pringle, M., Crown, N. y Hammersley V. (2002). Married couples' risk of same disease: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 325, 636-638.
- Hirsch, S.R. y Weinberger, D.R., editores, (2003). *Schizophrenia* (segunda edición). Malden, MA: Blackwell.
- Hirschfeld, R.M., Shea, M.T. y Weise, R. (1991). Dependent personality disorder: Perspectives for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 5, 135-149.
- Ho, B.-C., Black, D.W. y Andreasen, N.C. (2003). Schizophrenia and other psychotic disorders. En R.E. Hales y S.C. Yudofsky, editores. *Textbook of clinical psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hobson, R.P. (1989). Beyond cognition: A theory of autism. En G. Dawson, editor, *Autism: Nature, diagnosis, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Hoening, J. (1984). Schneider's first rank symptoms and the tabulators. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 77-87.
- Hoff, A.L. y Kremen, W.S. (2003). Neuropsychology in schizophrenia: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 149-155.
- Hoffman, A. (1971). LSD discoverer disputes "chance factor" in finding. *Psychiatric News*, 16, 23-26.
- Hoffman, R.E., Hawkins, K.A., Gueorguleva, R., Boutros, N.N., Rachid, F., Carroll, K. y Kristal, J.H. (2003). Transcranial magnetic stimulation of left temporoparietal cortex and medication-resistant auditory hallucinations. *Archives of General Psychiatry*, 60, 49-56.
- Höfner, H. y ander Heiden, W. (2003). Course and outcome of schizophrenia. En S.R. Hirsch y D.R. Weinberger, editores, *Schizophrenia*, segunda edición. Malden, MA: Blackwell.
- Hofstra, M.B., van der Ende, J. y Verhulst, F.C. (2002). Chile and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14 year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182-189.
- Hogarty, G.E., Greenwald, D., Ulrich, R.F., Kornblith, S.J., DiBarry, A.L., Cooley, S., Carter, M. y Flesher, S. (1997a). Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1514-1524.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley, S., Ulrich, R.F., Carter, M. y Flesher, S. (1997b). Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504-1512.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., Cronkite, R.C. y Randall, P.K. (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: A 10-year model. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 159-165.
- Holland, A.J. (2000). Ageing and learning disability. *British Journal of Psychiatry*, 176, 26-31.
- Holroyd, K.A. (2002). Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.
- Holsinger, T., Steffens, D.C., Phillips, C., Helms, M.J., Havlik, R.J., Breitner, J.C., Guralnik, J.M. y Plassman, B.L. (2002). Head injury in early adulthood and the lifetime risk of depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 17-22.
- Holzman, P.S., Kringlen, E., Matthysse, S., Flanagan, S.D., Lipton, R.B., Cramer, S., Levin, S., Lange, K. y Levy, D.L. (1988). A single dominant gene can account for eye tracking dysfunctions and schizophrenia in offspring of discordant twins. *Archives of General Psychiatry*, 45, 641-647.
- Hommer, D.W. (1999). Functional imaging of craving. *Alcohol Research and Health*, 23, 187-196.
- Hooley, J.M. (1985). Expressed emotion: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 5, 119-139.
- Hooley, J.M. y Hiller, J.B. (1997). Family relationships and major mental disorder: Risk factors and preventive strategies. En S. Duck, editores. *Handbook of personal relationships*, (segunda edición). pp. 621-648. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Hooley, J.M. y Hiller, J.B. (2001). Family relationships and major mental disorder: Risk factors and preventive strategies. En B.R. Sarason y S. Duck, editores. *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology*, pp. 61-88. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Hooley, J.M. y Richters, J.E. (1995). Expressed emotion: A developmental perspective. En D. Cicchetti y S.L. Toth, editores. *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, volume 6: Emotion, cognition, and representation*, pp. 134-165. Rochester, Nueva York: University of Rochester Press.
- Horne, J. (1979). Defendant found guilty of murdering jogger. *Seattle Times*, 31 de mayo, p. C11.
- Horowitz, M.J. (1986). Stress-response syndrome: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 241-249.
- Horowitz, M., Sundin, E., Zanko, A. y Lauer, R. (2001). Coping with grim news from genetic tests. *Psychosomatics*, 42, 100-105.

- Horwitz, A.V. (1984). The economy and social pathology. *Annual Review of Sociology*, 10, 95-119.
- Houghton, J.F. (1980). One personal experience: Before and after mental illness. En J.G. Rabkin, L. Gelb y J.B. Lazar, editores. *Attitudes toward the mentally ill: Research perspectives*. Rockville, MD: Nacional Institute of Mental Health.
- Houghton, J.F. (1982). First person account: Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 548-552.
- Howland, R.H. (1993). Chronic depression. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 633-639.
- Howlin, P. (1997). Prognosis in autism: Do specialist treatments affect long-term outcome? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 55-72.
- Howlin, P. (1998). Practitioner review: Psychological and educational treatments for autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 307-322.
- Howlin, P. (2002). Autistic disorders. En P. Howlin y O. Edwin, editores. *Outcomes in neurodevelopmental and genetic disorders*, pp. 136-168. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Howlin, P. y Moore, A. (1997). Diagnostico de Autismo. Una encuesta de más de 1200 pacientes en el Reino Unido. *Autism*, 1, 135-162.
- Hoyert, D.L., Kochanek, K.D. y Murphy, S.L. (1999). Deaths: Final Data For 1997. *National Vital Statistics Report* 47(19). Hyattsville, MD: National Center For Health Statistics
- Hoza, B., Pelham, W.E., Milich, R., Pillow, D. y McBride, K. (1993) The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disordered and nonreferred boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 271-286.
- Hser, Y.I., Anglin, M.D. y Powers, K. (1993). A 24 year follow-up of California narcotics addicts. *Archives 77-584. of General Psychiatry*, 50, 577-584.
- Hunsley, J. y Bailey, J.M. (1999). The clinical utility of the Rorschach: Unfulfilled promises and an uncertain future. *Psychological Assessment*, 11, 266-277.
- Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M. K. y Woods, S.W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 745-755.
- Hurley, D.J. (1991). The crisis of paternal suicide: Case of Cathy, age 4-1/2. En N.B. Webb, editor. *Play therapy with children in crisis* pp. 237-253. Nueva York: Guilford.
- Hurt, S.W. y Clarkin, J.F. (1990). Borderline personality disorder: Prototypic typology and the development of treatment manuals. *Psychiatric Annals*, 20, 13-18.
- Huttunen, M.O. y Niskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 35, 429-431.
- Hyman, S.E. (2002). A new beginning for research on borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 933-935.
- Iacono, W.G. y Koenig, W.G.R. (1983). Features that distinguish the smooth-pursuit eye-tracking performance of schizophrenic, affective disorder, and normal individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 29-41.
- Institute of Medicine (1990). *Research on children and adolescents with mental, behavioral, and developmental disorders*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Intervention in Air Force Cuts suicide rate in half (1999). *New York Times*, 26 de noviembre, p. A29.
- Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Aro, H.M. y Lonnqvist, J.K. (1994), Suicide in bipolar disorder in Finland. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1020-1024.
- ## J
- Jablensky, A.V. y Kalaydjieva, L.V. (2003). Genetic epidemiology of schizophrenia: Phenotypes, risk factors, and reproductive behavior *American Journal of Psychiatry*, 160, 425-429.
- Jacobson, M.W., Delis, D.C., Bondi, M.W. y Salmon, D.P. (2002). Do neuropsychological tests detect preclinical Alzheimer's disease: Individual-test versus cognitive-discrepancy score analyses. *Neuropsychology*, 16, 132-139.
- Jacobson, N.S. y Hollon, S.D. (1996). Prospects for future comparisons between drugs and psychotherapy: Lessons from the CBT-versus-pharmacotherapy exchange. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 104-108.
- Jaffee, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A. y Taylor, A. (2003). Life with or without father: The benefits of living with two biological parents depends on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74, 109-126.
- Jamison, K.R. (1989). Mood disorders and seasonal patterns in British writers and artists. *Psychiatry*, 52, 125-134.
- Jamison, K.R. (1995). *An unquiet mind*. Nueva York: Vintage Books.
- Javonen, J. y Graham, S., editores, (2001). *Peer harassment in school*. Nueva York: Guilford.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jemmott, J.B., III y Locke, S.E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, 95, 78-108.
- Jenkins, G.R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M.J. y Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: Cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1155.
- Jenkins, J.H., Karno, M.N., de la Selva, A., Santana, E, Tellis, C., Lopez, S. y Mintz, J. (1986). Expressed emotion, maintenance psychotherapy and schizophrenic relapse among Mexican-Americans. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 621-627.
- Jensen, M.D., Sorensen, T.I., Andersen, A.T., Thorsen, T., Tolstrup, S.S., Godtfredsen, N.S. y Gronbaek, M. (2003). A prospective study of the association between smoking and later alcohol drinking in the general population. *Addiction*, 98, 355-363.
- Jepson, T.L., Ernst, M.E. y Kelly, M.W. (1999). Current perspectives on the management of seasonal effective disorder. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 39, 822-829.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S. y Brook, J.S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1119-1128.
- Johnson, J., Weissman, M.M. y Klerman, G.L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47, 805-808.
- Johnson, S.L., Winett, C. A., Meyer, B., Greenhouse, W.J. y Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 558-566.

- Johnson, S. y Lebow, J. (2000). The "Coming of age" of couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 23-38.
- Johnson, T.D. y Edwards, L. (2002). Genes, interactions, and the development of behavior. *Psychological Review*, 109, 26-34.
- Johnson, W.G., Tsoh, J.Y. y Varnado, P.J. (1996). Eating disorders: Efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 16, 457-478.
- Jonas, K. (1992). Modeling and suicide: A test of the Werther effect. *British Journal of Social Psychology*, 31, 295-306.
- Jones, M.C. (1981). Midlife drinking patterns. Correlates and antecedents. En D.H. Eichorn, editor, *Present and past in middle life* Nueva York: Academic Press, 223-242.
- Jones, M. R., Yates, W.R. y Zhou, M.M. (2002). Readmisión rates for adjustment disorders: Comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 71, 199-203.
- Jones, T.F., Craig, A.S., Hoy, D., Gunter, E.W., Ashley, D.L., Barr, D.B., Brock, J.W. y Schaffer, W. (2000a). Mass psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school. *New England Journal of Medicine*, 342, 96-1000.
- Jones, T.F., Craig, A.S. y Schaffer, W. (2000b). Mass Psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school: Reply. *New England Journal of Medicine*, 342, 1675.
- Jordan, B.D., Relkin, N.R., Ravdin, L.D., Jacobs, A.R., Bennett, A. y y Gandy, S. (1997). Apolipoprotein E epsilon4 associated with chronic traumatic brain injury in boxing. *Journal of the American Medical Association*, 278, 136-140.
- Joseph, J.G., Caumartin, S.M., Margalittal, M.P.H., Kirscht, J.P., Kessler, R.C., Ostrow, D.G. y Wortman, C.B. (1990). Psychological functioning in a cohort of gay men at risk for AIDS: A three-year descriptive study. *7 be Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 607-615.
- Jung, J. (2001). *Psychology of alcohol and other drugs: A research perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Juvonen, J. y Graham, S., editores, (2001). *Peer harassment in school*. Nueva York: Guilford.
- K**
- Kabot, S., Masi, M. y Segal, M. (2003). Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 26-33.
- Kalafat, J. y Elias, M. (1995). Suicide prevention in an educational context: Broad and narrow foci. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 123-133.
- Kane, J.M. (1994). Efficacy, mechanisms, and side effects of typical and atypical neuroleptics. En N.C. Andreasen, editores, *Schizophrenia: From mind to molecule*, pp. 173-188. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-240.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. Nueva York: Quadrangle.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Kapur, S., Mieczkowski, T. y Mann, J.J. (1992). Antidepressant medications and the relative risk of suicide attempt and suicide. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3441-3445.
- Karel, R. (1995). Behind the badge: Culture of toughness, guns make suicide chief cause of death among police. *Psychiatric News*, 3 de febrero, pp.4, 23.
- Kashani, J.H. y McNaul, J.P. (1997). Mood disorders in adolescents. En J.M. Wiener, editor. *Textbook of child and adolescent psychiatry* (segunda edición), pp. 343-385. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kashiwase, H. y Kato, M. (1997). Folie a deux in Japan-analysis of 97 cases in the Japanese literatura. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 231-234.
- Kaslow, N.J., Doepke, K.J. y y Racusin, G.R. (1994). Depression. En V.B. VanHasselt y M. Hersen, editores. *Advanced abnormal psychology*. Nueva York: Plenum.
- Kasper, S., Wehr, T.A., Bartko, J., Geist, P.A. y Rosenthal, N.E. (1989). Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior: A telephone survey of Montgomery County, Maryland. *Archives of General Psychiatry*, 46, 630-636.
- Katz, S. (1994). Twenty years later: A follow-up study of graduates of two sheltered workshop programmes in Israel. *British Journal of Developmental Disabilities*, 40, 4-14.
- Kauffman, J. (1993). Dissociative functions in the normal mourning process, *Omega*, 28, 31-38.
- Kaufman, M.J. Agard, J.A. y Semmel, M.I. (1982). *Mainstreaming: Learners and their environments*. Baltimore: University Park Press.
- Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L.K. y Bulik, C.M. (1991). An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 464-471.
- Kazdin, A.E. (1995). Methods of psychotherapy research. En B. Bongar y L.E. Beutler, editores. *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*, pp. 405-433. Nueva York: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology*, cuarta edición. Boston: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A.E. y Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 414-420.
- Kazdin, A.E. y Whitley, M.K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 504-515.
- Keel, P.K. y Mitchell, J.E. (1997). Outcomes in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Kegan, R. (1994). *In over our heads: The mental demands of modern life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Keller, M.B., Klein, D.N., Hirschfeld, R.M.A., Kocsis, J.H., McCullough, J.P., Miller, I., First, M.B., Holzer, C.P., 3rd, Keitner, G.I., Marin, D.B. y otros (1995). Results of the DSM-IV Mood Disorders Field Trial, *American Journal of Psychiatry*, 152, 843-849.
- Kelly, C. y Conigrave, K.M. (2002). The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: A controversial public health measure. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 26, 552-554.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*, volúmenes 1 y 2. Nueva York: W.W. Norton.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C. y Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Kendall, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. & Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-

- disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279-289.
- Kendler, K. (2001). Twin studies of psychiatric illness-An update. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1005-1014.
- Kendler, K.S., Heath, A., Martin, N.G. y Eaves, L.J. (1986). Symptoms of anxiety and depression in a volunteer twin population: The etiologic role of genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 43, 213-221.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. y Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.
- Kendler, K.S., MacLean, C.J., O'Neill, A., Burke, J., Murphy, B., Duke, F., Shinkwin, R., Easter, S.M., Webb, B.T., Zhang, J., Walsh, D.D. y Straub, R.E., (1996). Evidence for a schizophrenia vulnerability locus on chromosome 8p in the Irish study of high-density schizophrenia families. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1534-1540.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. y Eaves, L.J. (1992). Familial influences on the clinical characteristics of major depression: A twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 371-378.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M. y Gardner, C.O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 582-586.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M., Gilman, S.E. y Kessler, R.C. (2003). Sexual orientation in a U.S. national sample of twin and nontwin sibling pairs. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1843-1846.
- Kenyon, K. (1979). A survivor's notes. *Newsweek*, 30 de abril, 17-B10.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nueva York: Aronson.
- Kerr, A. (2002). Rett's disorder. En P.Howlin y O.Udwin, editors, *Outcomes in neurodevelopmental and genetic disorders*, pp. 241-247. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Kessler, R.C., Andrade, L.H., Bijl, R.V., Offord, D.R., Demler, O. V. y Stein, D.J. (2002). The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *Consorcio Internacional en Psicología Epidemiológica. Psychological Medicine*, 32, 1213-1225.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E. y Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., Schulsinger, E. y Jacobson, B. (1978). The biological and adopted families of adopted individuals who become schizophrenic: Prevalence of mental illness and other characteristics. En L.C. Wynne, R.L. Cromwell y S. Matthyse, editores, *The nature of schizophrenia: New approaches to research and treatment*. Nueva York: Wiley.
- Kety, S.S., Wender, P.H., Jacobsen, B., Ingraham, L.J., Rosenthal, D., Jannson, L., Faber, B. y Kinney, D. (1994). Mental illness in the biological and adoptive relatives of the schizophrenic adoptees. Copia del estudio de Copenhagen en el resto de Dinamarca. *Archives of General Psychiatry*, 51, 442-455.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1992). Stress and the immune system: Human studies. En A. Tasman y M.B. Riba, editores, *Review of Psychiatry*, volumen 11, pp. 169-179. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences. Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 57, 269-274.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Newton, T.L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 537-547.
- King, N.J., Ollendick, T.H. y Tonge, B.J. (1995). *School refusal: Assessment and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- King, N.J., Ollier, K., Iacuone, R., Schuster, S., Bays, K., Gullone, E. y Ollendick, T.H. (1989). Fears of children and adolescents: A cross-sectional Australian study using the Revised Fear Survey Schedule for children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 775-784.
- King, N.J., Ollendick, T.H., Tonge, B.J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D. y Myerson, N. (1998). School refusal: An overview. *Behavior Change*, 15, 5-15.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. y Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia: W.B. Saunders.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkainen, R., Riihimäki, H., Batear, J. y Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325, 857-861.
- Klasen, H. (2000). A name, What's in a Name? The medicalization of hyperactivity, revisited. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 334-344.
- Klein, D.F. (1996). Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 81-87.
- Klein, D.N., Kocsis, J.H., McCullough, J.P., Holzer, C.E., Hirschfeld, R.M. y Keller M.B. (1995). Symptomatology in dysthymic and major depressive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 41-53.
- Klein, M.H., Benjamin, L.S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J. y Greist, J.H. (1993). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Personality Disorders*, 7, 285-303.
- Klinterberg, B.A., Andersson, T., Magnusson, D. y Stattin, H. (1993). Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: A longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 15, 381-388.
- Klorman, R., Burmaghin, J.T., Fitzpatrick, M.A., Borgstedt, A.D. (1990). Clinical effects of a controlled trial of methylphenidate on adolescents with attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 702-709.
- Kluft, R. P. (1988). The dissociative disorders. En J.A. Talbort, R. E. Hales y S.C. Yudofsky, editores, *The American Psychiatric Association textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P. (1991). Multiple personality disorder. En A. Tasman y S.M. Goldfinger, editores, *Review of psychiatry*, volumen 10. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kneeland, T.W. y Warren, C.A.B. (2002). *Pushbutton psychiatry: A history of electroshock in America*. Westport, CT: Praeger.

- Kneip, R.C., Delamater, A.M., Ismond, T., Milford, C., Salvia, L. y Schwartz, D. (1993). Self- and spouse ratings of anger and hostility as predictors of coronary heart disease. *Health Psychology*, 12, 301-307.
- Knowles, P.A.L. y Prutsman, T.D. (1968). *The case of Benjie*. Manuscrito sin publicar, Florida Atlantic University.
- Koenig, H.G. y Cohen, H.J., editores, (2002). *The link between religión and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor*. Nueva York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G., Hays, J.C., Larson, D.B., George, L.K., Cohen, H.J., McCullough, M.E., Meador, K.G. y Blazer, D.G. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54, 370-376.
- Koerner, K. y Linehan, M.M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 151-167.
- Kolb, L.D. y Brodie, H.K.H. (1982). *Modern clinical psychiatry*, décima edición. Filadelfia: Saunders.
- Koldo, D.J., editor, (2002). *Handbook of firesetting in children and youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Konner, M. (1989). Homosexuality: Who and why? *New York Times Magazine*, abril 2, 60-61.
- Koopman, C., Classen, C. y Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, California, firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888-894.
- Kooy, R.F. Willemsen, R. y Oostra, B.A. (2000). Fragile X syndrome at the turn of the century. *Molecular Medicine Today*, 6, 193-198.
- Koponen, S., Taiminen, T., Portin, R., Himanen, L., Isoniemi, H., Heinonen, H., Hinkka, S. y Tenovu, O. (2002). Axis I and Axis II psychiatric disorders after traumatic brain injury: A 30 year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1315-1321.
- Koss, M.P. (1998). Hidden rape: Sexual aggression and victimization in a national sample of students in higher education. En M. E. Odem, y J. Clay-Warner, editores, *Confronting rape and sexual assault: Worlds of women*. Wilmington, DE: SR Books/Scholarly Resources.
- Koss, M.P. y Oros, C.J. (1982). Sexual experiences survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 455-457.
- Kosten, T.R. y O'Connor, P.G. (1993). Management of drug and alcohol withdrawal. *New England Journal of Medicine*, 348, 1786-1795.
- Kosten, T.R. y Rounsaville, B.J. y Kleber, H.D. (1987). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2.5-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 3-13.
- Kovacs, M. (1985). The natural history and course of depressive Disorders in childhood. *Psychiatric Annals*, 15, 387-389.
- Kovacs, M. y Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
- Kozol, J. (2000). Loosing my father one day at a time. *New York Times*, 22 de agosto, p. 27.
- Kposowa, A.J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 254-261.
- Kraemer, H.C., Wilson, G.T., Fairburn, D.M. y Agras, W.S. (2002). Mediators and moderators of treatment effect in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877-883.
- Kraepelin, E. (1921). *Clinical psychiatry: A textbook for students and physicians*. Trans. A.R. Desfendorf. Nueva York: Macmillan.
- Krahn, L.E., Hongzhe, L. y O'Connor, J.K. (2003). Patients who strive to be ill. Factitious disorder with physical symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1163-1168.
- Krakauer, S.Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder*. Filadelfia: Brunner-Routledge.
- Kramer, J.J. (1990). Training parents as behavior change agents: Successes, failures, and suggestions for school psychologists. En T.B. Gutkin y C.R. Reynolds, editores, *Handbook of school psychology*. Nueva York: John Wiley.
- Kratzer, L. y Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 65-81.
- Krausz, M. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *Addiction and Mental Health*, 5, 55-62.
- Kraya, N.A. y Patrick, C. (1997). Folie a deux in a forensic setting. *Australia New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 883-888.
- Krehbiel, K. (2000). Diagnosis and treatment of bipolar disorder. *Monitor on Psychology*, 31(9), 22.
- Kringlen, E. (1981). *Stress and coronary heart disease. Twin Research 3: Epidemiological and clinical studies*. Nueva York: Liss.
- Kronenberger, W.G. y Meyer, R.G. (1996). *The child clinician's handbook*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kuhne, M. y Wiener, J. (2000) Stability of social status of children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23, 64-75.
- Kulynych, J.J., Luevano, L.F., Jones, D.W. y Weinberger, D.R. (1997). Cortical abnormality in schizophrenia: An in vivo application of the Gyrfication Index. *Biological Psychiatry*, 41, 995-999.
- Kumpfer, K.L. y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58, 457-465.
- Kupfer, D.J., Ulrich, R.F., Coble, P.A., Jarrett, D.B., Grochocinski, V.J., Doman, J., Matthews, G. y Borbely, A.A. (1985). Electroencephalographic sleep of younger depressives. *Archives of General Psychiatry*, 42, 806-810.
- Kurita, H. (1997). A comparative study of Asperger syndrome with high-functioning atypical autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, 67-70.
- Kurtz, L.F. (1997). *Self-help and support groups: A handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage.

L

- La Trobe, U. y Bandoora, V. (1991). Multidimensionality of the content of female sexual fantasy. *Behavior Research and Therapy*, 29, 179-189.
- Labossiere, R. (2003). When aging parents can no longer care for their disabled children. *Seattle Times*, 14 de octubre, pp. G 1, 2.
- Lacks, P. (1984). *Bender-Gestalt screening for brain dysfunction*. Nueva York: Wiley.
- Laffal, J. (1965). *Pathological and normal language*. Nueva York: Ahterton.
- LaGreca, A.M., Silverman, W.K., Vernberg, E.M. y Roberts, M.C., editores, (2002). *Helping children cope with disasters and*

- terrorism. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- LaGreca, A.M., Stone, W.L. y Bell, C.R., III (1983). Facilitating the vocational-interpersonal skills of mentally retarded individuals. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 270-278.
- Lahey, B.B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G.W., Barkley, R.A., Newcorn, J., Jensen, P., Richters, J. y otros. (1994a). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.
- Lahey, B.B., Carlson, C.L. y Frick, P.J. (1994b). Attention deficit disorder without hyperactivity: A review of research relevant to DSM-IV. En T.A. Widiger, A.J. Frances, W. Davis y M. First, editores, *DSM-IV Sourcebook* (vol.1). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lahey, B.B., Schaughency, E.A., Strauss, C.C. y Frame, C.L. (1984). Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 302-309.
- Lalonde, J.K., Hudson, J.I., Gigante, R.A. y Pope, H.G., Jr. (2001). Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorders diagnosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 407-412.
- Lamb, F. y Dunne-Maxim, K. (1987). Postvention in schools: Policy and progress. En E.J. Dunne, J.L. McIntosh y K. Dunne-Maxim, editores, *Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors* pp. 245-262. Nueva York: Norton.
- Lamb, H.R., Weinberger, L.E. y DeCuir, Jr., W.J. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services*, 53, 1266-1271.
- Lambert, G.W., Reid, L., Kaye, D.M., Jennings, G.L. y Esler, M.D. (2002). Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *Lancet*, 360, 1840-1842.
- Lambert, M.J. y Davis, M.J., (2002). Treatment for depression: What the research says. En M.A. Reinecke y M.R. Davison, editores, *Comparative treatments for depression* (pp 21-46). Nueva York: Springer.
- Landen, L.M., Walinder, J. y Lundstrom, B. (1996). Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Pshychiatrica Scandinavica*, 93, 221-223.
- Lanquetot, R. (1984). First person account: Confessions of the daughter of a schizophrenic. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 467-471.
- Lanquetot, R. (1994). Dangerous delusion. *Wall Street Journal*, miércoles 31 de agosto, p. A12.
- Lansky, M.R. (1988). Common clinical predicaments. En J. F. Clarkin, G.L. Haas y I.D. Glick, editores, *Affective disorders and the family: Assessment and treatment* (pp. 213-238). Nueva York: Guilford.
- Larson, J. y Lochman, J.E. (2002). *Helping school children cope with anger: A cognitive-behavioral intervention*. Nueva York: Guilford.
- Latib, A., Conroy, J. y Hess, C.M. (1984). Family attitudes toward deinstitutionalization. *International Review of Research on Mental Retardation*, 12, 67-93.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. y Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E.O., Palk, A. y Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Christoffel, K.K. y Arend, R. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lear, M.W. (1988). Mad malady. *The New York Times Magazine*, 3 de julio, p. 21.
- Leckman, J.F., Zhang, H., Vitale, A., Lahnin, F., Lynch, K., Biondi, C., Kim, Y.S. y Peterson, B.S. (1998). Course of tic severity in Tourette syndrome: The first two decades. *Pediatrics*, 102, 14-19.
- Lecomte, T. y Lecomte, C. (2002). Toward uncovering robust principles of change inherent to cognitive-behavioral therapy for psychosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 50-57.
- Lee, C. y Owens, R.G. (2002). *The psychology of men's health*. Buckingham England: Open University Press.
- Lee, T.M. y Chan, C.C. (1999). Dose-response relationship of phototherapy for seasonal affective disorder: A meta-analysis. *Acta Pshychiatrica Scandinavica*, 99, 315-323.
- Leenaars, A.A. (1996). Suicide: A multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 221-236.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. Nueva York: Guilford.
- Lehrer, P.M. y Murphy, A. I. (1991). Stress reactivity and perception of pain among tension headache sufferers. *Behavioral Research and Therapy*, 29, 61-69.
- Lehrer, P., Feldman, J., Giardena, H.S., Song, H. y Schmaleng, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 691-711.
- Leiblum, S.R. (2003). Arousal disorders in women: Complaints and complexities. *Medical Journal of Australia*, 178, 638-640.
- Leitenberg, H., Rosen, J.C., Gross, J., Nudelman, S. y otros (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Leon, G.R. y Dinklage, D. (1989). Obesity and anorexia nervosa. En T.H. Ollendick y M. Hersen, editores, *Handbook of child psychopathology* (pp. 247-264). Nueva York: Plenum.
- Leonard, H.L., Swedo, S.E., Lenane, M.C. y Rettew, D.C. (1993). A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- Lesch, K.P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S.Z., Greenberg, B.D., Petri, S., Benjamin, J., Mueller, C.R., Hamer, D.H. y Murphy, D.L. (1996). Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, 274, 1527-1531.
- Leslie, A.M., (1987). Pretense and representation. The origins of "theory of mind." *Psychological Review*, 94, 412-426.
- Lester, D. (editor) (2001). *Suicide prevention: Resources for the millennium*. Filadelfia: Brunner-Routledge.
- Leung, N., Waller, G. y Thomas, T. (2000). Outcome of group cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 38, 145-156.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.
- Levy, D.L., Holzmann, P.S., Matthyse, S. y Mendell, N.R. (1993). Eye tracking dysfunction and schizophrenia: A critical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 461-536.

- Levy, R.H., Mattson, R.H., Meldrum, B.S. y Perucra, E. (2002). *Antiepileptic drugs* (quinta edición). Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplain, W. y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 203-212.
- LEWIS, M. (editor) (1992). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (tercera edición). Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Liberman, R.P. y Corrigan, P.W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 56, 238-249.
- Lief, H.I. (1992). Psychiatry's challenge: Defining an appropriate therapeutic role when child abuse is suspected. *Psychiatric News*, 21 de agosto, p. 102.
- Liljefors, I. y Rahe, R.H. (1970). An identical twin study of Psychosocial factors in coronary heart disease in Sweden. *Psychosomatic Medicine*, 32, 523-542.
- Lin, K.M. y Cheung, F. (1999). Mental health issues for Asian Americans. *Psychiatric Services*, 50, 774-780.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M.M., Heard, H.L. y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Lingam, R. y Scott, J. (2002). Treatment of non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 161-163.
- Lingford-Hughes, A.R., Davies, S.J.C., McIver, S., Williams, T.M., Dalglish, M.R.C. y Nutt, D.J. (2003). Addiction. *British Medical Bulletin*, 65, 209-222.
- Lingjaerde, Q. (1983). The biochemistry of depression. A survey of monoaminergic, neuroendocrinal, and bio-rhythmic disturbances in endogenous depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 302, 36-51.
- Lipowski, Z. (1987). Delirium (acute confusional states). *Journal of the American Medical Association*, 258, 1789-1792.
- Lipshitz, A. (1990). *College suicide: A review monograph*. Nueva York: American Suicide Foundation.
- Lipsius, S.H. (1987). Prescribing sensate focus without proscribing intercourse. *Journal of Sex and Marital Therapy* 13, 106-116.
- Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L. y Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128.
- Lobato, D. (1983). Siblings of handicapped children: A review. *Journal of Autism*, 13, 347-364.
- Lochman, J.E. y Dodge, K.A. (1998). Distorted perceptions in dyadic interactions of aggressive and nonaggressive boys: Effects of prior expectations, context, and boy's age. *Development and Psychopathology*, 10, 495-512.
- Lockridge, L. (1995). Least likely suicide: The search for my father, Ross Lockridge, Jr., author of Raintree County. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 429-436.
- Looper, K.J. y Kirmayer, L.J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 810-827.
- Lopera, F., Ardilla, A., Martínez, A., Madrigal, L., Arango-Viana, J.C., Lemere, C.A., Arango-Lasprilla, J.C., Hincapié, L., Arcos-Burgos, M., Ossa, J.E., Behrens, I.M., Norton, J., Lendon, C., Goate, A.M., Ruiz-Linares, A., Rosselli, M., Kosik, K.S. (1997). Clinical features of early-onset Alzheimer disease in a large kindred with an E280A Presenilin-1 mutation. *Journal of the American Medical Association*, 277, 793-799.
- Loranger, A.W. (1996). Dependent personality disorder: Age, sex, and Axis I comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 17-21.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Lovaas, O.I. (1989). Concerns about misinterpretation and placement of blame. *American Psychologist*, 44, 1243-1244.
- Lovaas, O.I. (1993). The development of a treatment-research project for developmentally disabled and autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 617-630.
- Lucas, C.P., Zhang, J., Fisher, P.W., Shaffer, D., Regier, D.A., Narrow, W.E., Bourdon, K., Dulcan, M.K., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Lahey, B.B. y Friman, P. y otros (2001). The DISC predictive scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 443-449.
- Lundberg, C., Johansson, K., Ball, K., Bjerre, B., Blomqvist, C., Braekhus, A., Brouwer, W.J., Bylsma, F.W., Carr, D.B., Englund, L., Friedland, R.P., Hakamies-Blomqvist, L., Klemetz, G., O'Neill, D., Odenheimer, G.L., Rizzo, N.J., Schelin, M., Seideman, M., Tallman, K., Viitanen, M., Waller, P.F. y Winblad, B. (1997). Dementia and driving: An attempt at consensus. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, 28-37.
- Luntz, B.K. y Widom, C.S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 151, 670-674.
- Lyken, M.L. (2003). What many think is just a fun game can become a life shattering addiction. *Seattle Post-Intelligencer*, 1 de julio, pp. E1, E8.
- Lykken, D.T. (1995). *The antisocial personalities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

M

- Ma, G.X. y Henderson, G. (editors) (2002). *Ethnicity and substance abuse: Prevention and intervention*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Maccoby, E. y Maccoby, N. (1954). The interview: A tool of social science. En G. Lindzey, editor, *Handbook of social psychology* (pp. 449-487). Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- MacDougall, J.M., Dembroski, T.M. y Krantz, D.S. (1981). Effects of types of challenge on pressor and heart rate responses in Type A and B women. *Psychophysiology*, 18, 1-9.
- MacGregor, J.M. (1989). *The discovery of the art of the insane*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- MacMillan, H.L., MacMillan, J.H., Offord, D.R., Griffith, L. y MacMillan, A. (1994a). Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review. Part I. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 835-856.
- MacMillan, H.L., MacMillan, J.H., Offord, D.R., Griffith, L. y MacMillan, A. (1994b). Primary prevention of child sexual abuse: A critical review. Part II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 857-876.
- MAHL, G.L. (1968). Gestures and body movements in interviews. En J.M. Shlien, editor, *Research in psychotherapy:*

- Proceedings of the third conference*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Makela, E.H. y Griffith, R.K. (2003). Enhancing treatment of bipolar disorder using the patient's belief system. *Annals of Pharmacotherapy*, 37, 543-545.
- Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K., Pearl, D. y Glaser, R. (1994). Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones. *Psychosomatic Medicine*, 56, 41-51.
- Maletzky, B.M., (2002) The paraphilias: Research and treatment. En P.E. Nathan y J.M. Gorman, editores, *A guide to treatments that work* (segunda edición) (pp. 525-557). Nueva York: Oxford University Press.
- Malgady, R.G., Rogler, L.H. y Tryon, W.W. (1992). Issues of validity in the Diagnostic Interview Schedule. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 59-67.
- Malinosky-Rummell, R. y Hansen, D.J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.
- Malkoff-Schwartz, S.E., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J.T., Siegel, L., Patterson, D. y Kupfer, D.J. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55, 702-707.
- Manhard, P. (1996-97). Life outside academe. *The Key Reporter*, 62, 5-6.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P. y LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Klein, D.F., Bessler, A. y ShROUT, P. (2002). Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1882-1888.
- Manuck, S.B., Marsland, A.L., Kaplan, J.R. y Williams, J.K. (1995). The pathogenicity of behavior and its neuroendocrine medication: An example from coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 57, 275-283.
- Manuck, S.B., Morrison, R.L., Bellack, A.S. y Polefrone, J.M. (1985). Behavioral factors in hypertension, cardiovascular responsivity, anger, and social competence. En M.A. Chesney y R. H. Rosenman, editores, *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Washington, DC: Hemisphere.
- Maramba, G.G. y Hall, G.C.N. (2002). Meta-analysis of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 290-297.
- March, J.S., Mulle, K. y Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. An open trial of a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 333-341.
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T.A., Lebell, M., Zimmerman, K., Liberman, R.P. y otros (1996). Two year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.
- Marengo, J.T., Harrow, M., Lanin-Kettering, I. y Wilson, A. (1986). Evaluating bizarre-idiosyncratic thinking: A comprehensive index of positive thought disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 497-510.
- Markowitz, J.C. (1993). Comorbidity of dysthymia. *Psychiatric Annals*, 23, 617-624.
- Markowitz, J., Brown, R., Sweeney, J., y Mann, J.J. (1987). Reduced length and cost of hospital stay for major depression in patients treated with ECT. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1025-1029.
- Marks, I.M. (1978). *Living with fear*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Marks, I.M. (1987a). Behavioral aspects of panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 144, 1160-1165.
- Marks, I. M. (1987b). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety and their disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G.A., Demming, B. y Reid, J.B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 233-241.
- Marsh, L. (2000). Neuropsychiatric aspects of Parkinson's disease. *Psychosomatics*, 41, 15-23.
- Marshall, G.N. y Orlando, M. (2002). Acculturation and peritraumatic dissociation in young adult Latino survivors of community violence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 166-174.
- Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospitals. *British Medical Journal*, 327, 116-117.
- Marshall, R.D. y Pierce, D. (2000). Implications of recent findings in posttraumatic stress disorder and the role of pharmacotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 247-256.
- Marshall, R.D., Spitzer, R. y Liebowitz, M.R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.
- Marx, B.P., Van Wie, V. y Gross, A.M. (1996). Date rape risk factors: A review and methodological critique of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 27-45.
- Maser, J.D. y Cloninger, C.R., editores, (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mash, E.J. y Barkley, R.A., editores, (2003). *Child psychopathology* (segunda edición). Nueva York: Guilford.
- Masters, W.H. y JOHNSON, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1979). *Homosexuality in perspective*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. (1985). *Human sexuality*, segunda edición. Boston: Little, Brown.
- Matson, J.L. y Sevin, J.A. (1994). Theories of dual diagnosis in mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 6-16.
- Mattick, R.P., Ali, R., White, J.M., O'Brien, S., Wolk, S. y Danz, C. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: A randomized double-blind trial with 405 opioid dependent patients. *Addiction*, 98, 441-452.
- Mattison, R.E. (1995). Separation anxiety disorder and anxiety in children. In H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry* (sexta edición) (pp. 2345-2351). Baltimore, MD: Williams y Wilins.
- Mazzucco, M.M. (2000). Advances in research on the fragile X syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 6, 96-106.
- McCracken, J.T., Walkup, J.T. y Koplewicz, H.S. (2002). Childhood and early-onset anxiety: Treatment and

- biomarker studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, (Supl. 6), 8-11.
- McDermott, P.A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 53-66.
- McDonald, H.P., Garg, A.X. y Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patients adherence to medication prescriptions: Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3242.
- McEachin, J.J., Smith, T. y Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359-372.
- McElroy, S.L., Soutullo, C.A., Taylor, P., Nelson, E.B., Beckman, D.A., Brusman, L.A., Ombaba, J.M., Strakowski, S.M. y Keck, P.E. (1999). Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 414-422.
- McGarvey, E.L., Clavet, G.K., Mason, W. y Waite, D. (1999). Adolescent inhalant abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 731-741.
- McGhie, A. y Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103-116.
- McGlashan, T.H. (1986). Schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 329-334.
- McGlashan, T.H. (1994). Psychosocial treatments of schizophrenia. En N.C. Andreasen, editor, *Schizophrenia: From Mind to molecule* (pp. 189-218). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McGlashan, T.H. y Hoffman, R.E. (2000). Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 637-648.
- McGoldrick, M. (1988). *Revisioning family therapy*. Nueva York: Guilford.
- McGue, M. y Gottesman, I.I. (1989). Genetic linkage in schizophrenia: Perspectives from genetic epidemiology. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 453-464.
- McGuffin, P., Reverley, A. y Holland, A. (1982). Identical triplets: Nonidentical psychosis? *British Journal of Psychiatry*, 140, 1-6.
- McGuire, H., Hawton, K. (2003) Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Systems Review*, 1: CD001760.
- McGuire, P.K., Shah, G.M. y Murray, R.M. (1993). Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet*, 342, 703-706.
- McKellar, J., Stewart, E. y Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: Cause, consequences, or just correlates? A prospective 2-year study of 2319 alcohol-dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 302-308.
- McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W.J., Paterson, R. y Anderson, K.W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.
- McMahon, R.J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting Psychology*, 62, 901-917.
- McMahon, R.J. y Estes, A.M. (1997). Conduct problems. En E.J. Mash y L.G. Terdal, editores, *Assessment of childhood disorders* (pp. 39-134). Nueva York: Guilford.
- McNally, R.J. (1987). Preparedness and phobias: A review. *Psychological Bulletin*, 101, 283-303.
- McNally, R.J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review. *Psychological Bulletin*, 108, 403-419.
- McNally, R.J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McQuistion, H.L., Finnerty, M., Hirschowitz, J. y Strusser, E.S. (2003). Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 54, 669-676.
- Mednick, S.A., Machon, R.A., Huttunen, M.O. y Bonett, D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 45, 189-192.
- Mednick, S.A., Parnas, J. y Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen high-risk project, 1962-1986. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 485-495.
- Melamed, B.G. y Bush, J.P. (1986). Parent-child influences during medical procedures. En S.M. Auerbach y A.L. Stolberg, editores, *Crisis intervention within children and families*. Washington, DC: Hemisphere.
- Mellor, C.S. (1970). First rank symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 15-23.
- Meloy, J.R. (1992). Revisiting the Rorschach of Sirhan Sirhan. *Journal of Personality Assessment*, 58 548-570.
- Melzer, H.Y. (1993). New drugs for the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 365-385.
- Melzack, R. (1999). Pain and stress: A new perspective. En R.J. Garchel y D.C. Turk, editores, *Psychological factors in pain*. Nueva York: Guilford.
- Mental Health: A report of the Surgeon General* (1999). Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Mental Health: Culture, race, and ethnicity – A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Surgeon General.
- Merikangas, K.R. (1990). Comorbidity for anxiety and depression: Review of family and genetic studies. En J.D. Maser y C.R. Cloninger, editores, *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Merikangas, K.R., Dierker, L.C. y Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 711-720.
- Mesibov, G.B. (1993). Treatment outcome in encouraging. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 373-391.
- Messer, I. (1994). *Tactical police officers stress study*. College Station, TX: Unpublished doctoral dissertation.
- Meston, C.M. y Heiman, J.R. (2000). Sexual abuse and sexual function: An examination of sexually relevant cognitive processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 399-406.
- Meyer, J. (1990). Guess who's coming to dinner this time? A study of gay intimate relationships and the support for those relationships. *Journal of Homosexuality* 18, 59-82.
- Meyer, R. (1989). *Typologies in treatments of psychiatric disorders*, volumen 2. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2002). Gender identity disorder in young boys: A parent-and-peer-based protocol. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7, 360-376.

- Meyerowitz, B.E., Richardson, J., Hudson, S. y Leedham, B. (1988). Ethnicity and cancer outcomes: Behavioral and psychosocial considerations. *Psychological Bulletin*, 123, 47-70.
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mezzich, J.E., Ahm, C.W., Fabrega, H., Jr. y Pilkonis, P.A. (1990). Patterns of psychiatric comorbidity in a large population presenting for care. En J.D. Maser y C.R. Cloninger, editores, *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mezzich, J.E., Kleinman, A., Fabrega, H. y Parron, D.L. (1996). *Cultura and psychiatric diagnosis: A DSM IV perspectiva*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Miklowitz, D.J. y Alloy, L.B. (1999). Psychosocial factors in the course and treatment of bipolar disorder: Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 555-557.
- Miklowitz, D.J. y Stackman, D. (1992). Communication deviance in families of schizophrenic and other psychiatric patients: Current state of the construct. *Progress in Experimental Personality and Psychopathology Research*, 15, 1-46.
- Miller, G.E. y Prinz, R.J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorders. *Psychological Bulletin*, 108, 229-307.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L. y Hallet, A.J. (1996). A meta analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Millon, T. (1986). The avoidant personality. En R. Michels y J.O. Cavenar, Jr., editores, *Psychiatry*, volumen 1. Nueva York: Basic Books.
- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R.D. (1994). *Million Clinical Multiaxial Inventory: III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mimelein, M.J. y McElrath, J.A.V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child Abuse and Neglect*, 20, 747-758.
- Minsky, S., Vega, W., Miskimen, T., Gara, M. y Escobar, J. (2003). Diagnostic patterns in Latino, African American, and European American psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 637-644.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Miranda, J. y Green, B.L. (1999). The need for mental health services research focusing on poor women. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2, 73-89.
- Mirsky, A.F. y Bakay, Pragnay, E. (1984). Brainstem mechanisms in the processing of sensory information: Clinical symptoms, animal models and unit analysis. En D.E. Sheer, editor, *Attention: Theory, brain functions and clinical applications*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mirsky, A.F., Bieliauskas, L.A., French, L.M., Van Kammen, D.P., Jonsson, E. y Sedvall, G. (1999). A 39 year follow-up of the Genain quadruplets. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 699-708.
- Mitchell, P., Mackinnon, A. y Waters, B. (1993). The genetics of bipolar disorder. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 560-580.
- Mizes, J.S. (1990). Criterion-related validity of the Anorectic Cognitions Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 15, 153-163.
- Moats, R.A., Koch, R., Moseley, K., Guldberg, P., Guttler, F., Boles, R.G. y Nelson, M.D., Jr. (2000). Brain phenylalanine concentration in the management of adults with phenylketonuria. *Journal of Inherited Metabolic Disease*, 23, 7-14.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H. y Milne, B.J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescent-limited antisocial pathways: Follow up at age 26 years. *Developmental Psychopathology*, 14, 179-207.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M. y Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Moldin, S.O., Scheftner, W.A., Rice, J.P., Nelson, E., Knesevich, M.A. y Akiskal, H. (1993). Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychological Medicine*, 23, 755-761.
- Mollenkamp, C. (2002). A CEO's secret: His long battle with depression. *Wall Street Journal*, 20 de junio, pp. A1, A12.
- Monahan, J., Bonnie, R.J., Appelbaum, P.S., Hyde, P.S., Steadman, H.J. y Swartz, M.S. (2001). Mandated community treatment: Beyond outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 52, 1198-1205.
- Money, J. (1987). Sin, sickness, or status? Homosexual gender identity and psychoneuroendocrinology. *American Psychologist*, 42, 384-399.
- Moos, R.H. (2002). The mystery of human context and coping: An Unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*, 30, 67-88.
- Moran, A.E., Freedman, R.I. y Sharfstein, S.S. (1984). The journey of Sylvia Frumkin: A case study for policymakers. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 887-893.
- Moran, Lord C.M.W. (1966). *Winston Churchill: The struggle for survival, 1940-1965*. Boston: Houghton Mifflin.
- Morin, C.M. y Wooten, V. (1996). Psychological and pharmacological approaches to treating insomnia: Critical issues in assessing their separate and combined effects. *Clinical Psychology Review*, 16, 521-542.
- Morissette, J., Villeneuve, A., Bordeleau, L., Rochette, D., Laerge, C., Gagne, B., Laprise, C., Bouchard, G., Plante, M., Gobell, L., Shink, E., Weissenbach, J. y Barden, N. (1999). Genome-wide search for linkage of bipolar affective disorders in a very large pedigree derived from a homogeneous population in Quebec points to a locus of major effect on chromosome 12q23-q24. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 567-587.
- Morris, J. (1974). *Conundrum*. Nueva York: Harcourt, Brace y Jovanovich.
- Morrissey, J.P. y Goldman, H.H. (1986). Care and treatment of the mentally ill in the United States: Historical developments and reforms. *American Association of Political and Social Sciences*, 484, 12-28.
- Mosher, L.R. (1989). Community residential treatment: Alternatives to hospitalization. En A.S. Bellack, editor, *Clinical guide for the treatment of schizophrenia*. Nueva York: Plenum.
- MTA Cooperative Group (1999a). A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with attention

- deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S. y Morrison, R.L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Mufson, L. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Martin, J. y Samoilov, A. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 695-705.
- Mulcahy, J.J. (1997). *Diagnosis and management of male sexual Dysfunction*. Nueva York: Igaky-Shoin.
- Muller-Oelinghausen, B., Muser-Causemann, B. y Volk, J. (1992). Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. *Journal of Affective Disorders*, 25, 947-960.
- Mundy, P. (1993). Normal vs. high functioning status in children with autism. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 373-391.
- Murphy, D.A., Pelham, W.E. y Lang, A.R. (1992). Aggression in boys with attention deficit disorder: Methylphenidate effects on naturalistic observations of aggression, response to provocation in the laboratory, and social information processing. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 451-466.
- Murphy, J.A., Rawlings, E.I. y Howe, S.R. (2002). A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 183-189.
- Murphy, K.C. (1996). Recent developments in the genetics of schizophrenia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 13, 151-154.
- Murphy, K. y Barkley, R.A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Murphy, M.J. (1985). Marital breakdown and socioeconomic status. *British Journal of Sociology*, 36, 81-93.
- Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic apperception test. Pictures and Manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Fulkerson, J.A., Hoberman, H.M. y Romano, J.L. (2000). Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68, 432-437.
- Musselman, D.L., Evans, D.L. y Nemeroff, C.G. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease. *Archives of General Psychiatry*, 55, 580-592.
- Myles, B.S. y Simpson, R.C. (2003). *Asperger síndrome: A guide for education and parents*, segunda edición. Austin, TX: Pro-ed.
- N**
- Nagata, D. (1989). Long-term effects of the Japanese American internment camps: Impact upon the children of the internees. *Journal of the Asian American Psychological Association*, 13, 48-55.
- Najavits, L.M. y Weiss, R.D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89, 679-688.
- Name withheld. (1993). Walking with my specter. *Journal of the American Medical Association*, 268, 149, 151.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (2002). *A guide in treatments that work*, (segunda edición). Nueva York: Oxford University Press.
- National Center for Education Statistics (2002). *Dropout rates in the United States: 2000*. Washington, DC: U.S. Department of Education.
- National Center on Child Abuse and Neglect (1988). *Study of national incidence and prevalence of child abuse and neglect: 1988*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute of Mental Health. (1991). *Caring for people with severe mental disorders: A national plan of research to improve services*. (Publicación DHHS Publicación No. ADM 91-1762.) Washington, DC: US Government Printing Office.
- National Institute of Mental Health. (1996). *Attention deficit hyperactivity disorder*. NIH Publicación No. 96-3572. U.S. Government Printing Office. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- National Institute of Mental Health (2002). *Suicide facts*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute of Mental Health (2003). *Mental disorders in America fact sheet*. NIH Publicación No. 01-4584. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). (2002). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 182-193.
- Neff, L.J., Sargent, R.G., McKeown, R.C., Jackson, K.L. y Valois, R.F. (1997). Black-white differences in body size perceptions and weight management practices among adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 20, 459-465.
- Nemiah, J.C. (1988). Psychoneurotic disorders. En A.M. Nicholi, editor, *The new Harvard guide to modern psychiatry* (segunda edición). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nemiah, J.C. y Uhde, T.W. (1989). Phobic disorders. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry*, (quinta edición). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Newberger, D.S. (2000). Down syndrome: Prenatal risk assessment and diagnosis. *American Family Physician*, 62, 825-832.
- Newman, C., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N.A. y Gijuldi, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Newman, D.L., Moffit, T.E., Caspi, A. Magdol, L., Silva, P.A. y Stanton, W.R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11-21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-562.
- Newman, L.K. (2002). Sex, gender, and culture: Issues in the definition, assessment, and treatment of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7, 352-359.
- Newschaffer, C.J., Fallin, D. y Lee, N.L. (2002). Heritable and nonheritable risk factors for autism spectrum disorders. *Epidemiological Reviews*, 24, 137-153.
- Nichols, G.A. (1994). Fetal alcohol syndrome: Implications for psychologists. *Clinical Psychology Review*, 14, 91-111.

- Nietzel, M.T. y Himelien, M.J. (1986). Prevention of crime and delinquency. En B.A. Edelstein y L. Michelson, editores, *Handbook of prevention*. Nueva York: Plenum.
- Nigg, J.T. (2001). Is ADHD a disinhibiting disorder? *Psychological Bulletin*, 127, 571-598.
- Norman, R.M.G. y Townsend, L.A. (1999). Cognitive-behavioral therapy for psychosis: A status report. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 245-252.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D.R., Happel, R.L., Longley, S.R., y Yagla, S.J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-289.
- Nuechterlein, K.H. (1983). Signal detection in vigilance tasks and behavioral attributes among offspring of schizophrenic mothers and among hyperactive children. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 4-28.
- Nuechterlein, K.H., Asarnow, R.F., Subotnik, K.L., Fogelson, D.L., Payne, D.L., Kendler, K.S., Neale, M.C., Jacobson, K. C. y Mintz, J. (2002). The structure of schizotypy: Relationships between neurocognitive and personality disorder features in relatives of schizophrenic patients in the UCLA Family Study. *Schizophrenia Research*, 54, 121-130.
- Nuland, S.B. (2003). *Lost in America*. Nueva York: Knopf.
- O**
- O'Callaghan, E., Gibson, T., Colohan, H.A., Buckley, P., Walshe, D.G., Larkin, C. y Waddington, J.L. (1992). Risk of schizophrenia in adults born after obstetric complications and their association with early onset of illness: A controlled study. *British Medical Journal*, 305, 1265-1269.
- O'Donoghue, E.G. (1914). *The story of Bethlehem Hospital from its foundation in 1247*. Londres: T. Fisher.
- O'Leary, A., Savard, J. y Miller, S.M. (1996). Psychoneuroimmunology: Elucidating the process. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 427-432.
- O'Neal, J.M. (1984). First person account: Finding myself and loving it. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 109-110.
- O'Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: research and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Ogden, J.A.H. (1947). *The kingdom of the lost*. Londres: Bodley Head.
- Ohayon, M.M., Guilleminault, C. y Priest, R.G. (1999). Night terrors, sleepwalking, and confusional arousal in the general population: Their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 268-276.
- Olds, D.C. y Henderson, C. (1989). The prevention of maltreatment. En D. Cicchetti y V. Carlson, editores, *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Druss, B. y Pincus, H.A. (2002). National trends in the use of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 59, 1914-1920.
- Olin, S.S. y Mednick, S.A. (1996). Risk factors of psychosis: Identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 223-240.
- Olivardia, R., Pope, H.G. y Hudson, J.I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296.
- Olmsted, M.P., Kaplan, A.S. y Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 738-743.
- Orford, J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addictions* (segunda edición). Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Osterling, J. y Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 247-257.
- Othmer, E. y Othmer, S.C. (1994). *The clinical interview using DSM-IV*, volumen 1. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ottaviani, R. y Beck, A.T. (1987). Cognitive aspects of panic disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 15-28.
- Otten, A.L. (1994). People patterns. *Wall Street Journal*, 9 de noviembre, 1994, p. B1.
- Owen, M.J. y O'Donovan, M.C. (2003). Schizophrenia and genetics. En R. Plomin, J.C. DeFries, I.W. Craig y P.M. McGuffin, editores, *Behavioral genetics in the post genomic era* (pp. 463-480). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ozonoff, S., Strayer, D.L., McMahon, W.M. y Filloux, F. (1998). Inhibitory deficits in Tourette syndrome: A function of comorbidity and symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1109-1118.
- P**
- Pallas, J., Levine, S.B., Althof, S.E. y Risen, C.B. (2002). A study using Viagra in a mental health practice. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 41-50.
- Pally, R. (1997). I. How brain and development is shaped by genetic and environmental factors. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 587-593.
- Papp, P. (2000). *Couples on the fault line*. Nueva York: Guilford.
- Paris, J. (1995). Memories of abuse in borderline patients: True or false? *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 10-17.
- Paris, J. y Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Parker, G. y Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine*, 20, 961-964.
- Parnas, J., Cannon, T.D., Jacobsen, B., Schulsinger, H., Schulsinger, F. y Mednick, S.A. (1993). Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers: Results from the Copenhagen High-Risk Study. *Archives of General Psychiatry*, 50, 707-714.
- Partinen, T. y Magnusson, A., editores (2001). *Seasonal affective disorder: Practice and research*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Patano, M., Grave, R.D., Olivos, M., Bartocci, C., Todisco, P. y Marchi, S. (1997). Family backgrounds in eating disorders. *Psychopathology*, 30, 163-169.
- Patterson, C.J. (1992). Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 63, 1025-1042.
- Patterson, G.R. (1975). *Families with aggressive children*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Patterson, G.R., (1982). *Coercive family processes*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patton, G.C., Carlin, J.G., Shao, Q., Hibbert, M.E., Rosier, M., Selzer, R. y Bowes, G. (1997). Adolescent dieting: Healthy weight control or borderline eating disorder? *Journal of Child*

- Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 38 (3), 299-306.
- Paul, G.L. (1969). Chronic mental patient: Current status-future directions. *Psychological Bulletin*, 71, 81-93.
- Paulsen, J.S., Ready, R.E., Hamilton, J.M., Mega, M.S. y Cummings, J.L. (2001). Neuropsychiatric aspects of Huntington's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 71, 310-314.
- Paykel, E.S. (1991). Depression in women. *British Journal of Psychiatry*, 158, 22-29.
- Pedley, T.A. y Hauser, W.A. (2002). Sudden death in epilepsy: A wake-up call for management. *Lancet*, 359, 1790-1791.
- Pelham, W.E. (1999). The NIMH Multimodal Treatment Study for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Just say yes to drugs alone? *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 981-990.
- Pelham, W.E., Jr. (1993). Pharmacotherapy for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 22, 199-227.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perry, D.G., Perry, L.C. y Boldizar, J.P. (1990). Learning of aggression. En M. Lewis y S.M. Miller, editores, *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Persons, J.B. (1992). A case formulation approach to cognitive-behavior therapy: Application to panic disorder. *Psychiatric Annals*, 22, 470-473.
- Petrak, J. y Hedge, B., editores (2002). *The trauma of sexual assault: Treatment, prevention and practice*. West Sussex, Inglaterra: Wiley.
- Petrie, T.A. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnasts: Prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 424-436.
- Pfaff, W.H., Berretini, T.H. y Maxson, S.C., editores (2000). *Genetic influences on neural and behavioral functions*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Pfiffner, L.J. y O'Leary, S.G. (1993). Psychological treatments: School-based. En J.L. Matson, editor, *Handbook of hyperactivity in children*. Boston: Allyn & Bacon.
- Phiel, C., Wilson, C.A., Lee, V.M. y Klein, P.S. (2003). GSK-3 α regulates production of Alzheimer's disease amyloid-beta peptides. *Nature*, 423, 435-439.
- Piedmont, R.L. (1998). *The revised NEO personality inventory: Clinical and research applications*. Nueva York: Plenum.
- Pierce, G.R., Lakey, B., Sarason, I.G. y Sarason, B.R., editores (1997). *Sourcebook of social support and personality*. Nueva York: Plenum.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.
- Piercey, B.P. (1985). First person account: Making the best of it. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 155-157.
- Pine, D.S. y Cohen, J.A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Pinel, P. (1809/1969). *Traite medico-philosophique sur l'alienation mentale* (segunda edición). París: Brossen, 1809. Como se cita en W. Riese, *The legacy of Philippe Pinel*. Nueva York: Springer.
- Pinker, S. (2002). *The blank slate: The modern denial of human nature*. Nueva York: Viking.
- Piven, J. (1999). Genetic liability for autism: The behavioral expression in relatives. *International Review of Psychiatry*, 11, 299-308.
- Piven, J., Palmer, P., Landa, R., Santangelo, S., Jacobi, D. y Childress, D. (1997). Personality and language characteristics in parents from multiple-incidence autism families. *American Journal of Medical Genetics*, 74, 398-411.
- Plomin, R., DeFries, J.C., Craig, I.W. y McGuffin, P., editores (2003). *Behavioral genetics in the post-genomic era*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Plomin, R., Owen, M.J. y McGuffin, P. (1994). The genetic bases of complex human behaviors. *Science*, 264, 1733-1739.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R. y Hudson, J.I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- Pope, H.G., Mangweth, B., Negrao, A.B., Hudson, J.I. y Cord, T.A. (1994). Childhood sexual abuse and bulimia nervosa: A comparison of American, Austrian, and Brazilian women. *American Journal of Psychiatry*, 151, 732-737.
- Pope, M. y Scott, J. (2003). Do clinicians understand why individuals stop taking lithium? *Journal of Affective Disorders*, 74, 287-91.
- Portner, J. (2001). *One in thirteen: The silent epidemic of teen suicide*. Beltsville, MD: Robin's Lane Press.
- Posner, M.I., Rothbart, M.K., Vizueta, N., Levy, K.N., Evans, D.E., Thomas, K.M. y Clarking, J.F. (2002). Attentional mechanism of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99, 16366-16370.
- Poulton, R., Menzies, R.G., Craske, M.G., Langley, J.D. y Silva, P.A. (1999). Water trauma and swimming experiences up to age 9 and fear of water at age 18: A longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 37, 39-48.
- Powell, C. (1991). Robert Lowell: The search for the father in madness and poetry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 375-382.
- Power, P. (1999). Suicide and early psychosis. En P.D. McGorry and H.J. Jackson, editores, *The recognition and management of early psychosis* (pp. 338-361). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Practice guidelines of the treatment of patients with eating disorders* (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Pratt, L.A., Ford, D.E., Crum, R.M., Armenian, H.K., Gallo, J.J., y Eaton, W.W. (1996). Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation*, 94, 3123-3129.
- Prentky, R.A. y Knight, R.A. (1991). Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 643-661.
- Prien, R.F. y Kocsis, J.H. (1995). Long term treatment of mood disorders. En F.E. Bloom y D.J. Kupfer, editores, *Psychopharmacology: The fourth generation of progress* (pp. 1067-1079). Nueva York: Raven Press.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K. y Rosenheck, R.A. (1999). The effects of marital dissolution and marital quality on health and health service use among women. *Medical Care*, 37, 858-873.
- Prince, V.C. (1967). *The transvestite and his wife*. Los Angeles: Argyle Books.
- Prior, M.R. (1992). Childhood autism: What do we know and where should we go? *Behavior Change*, 9, 96-103.

Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCG posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.

Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Nueva York: Guilford.

Q

Quinsey, V.L. (2003). The etiology of anomalous sexual preferences in men. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 105-117.

Quinton, D., Pickles, A., Maughn, B. y Rutter, M. (1993). Partners, peers, and pathways: Assortative pairing and continuities in conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 763-783.

R

Rabasca, L. (1999). Military suicide-prevention program reduces the stigma of seeking help. *APA Monitor*, 1 de noviembre, 1999, p.8.

Radomsky, E.D., Haas, G.L., Mann, J.J. y Sweeney, J.A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1590-1595.

Ragland, D.R. y Brand, R.J. (1988). Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 318, 65-69.

Raine, N.V. (1994). Returns of the day. *New York Times Magazine*, 2 de octubre, p. 34.

Raine, N.V. (1998). *After silence*. Nueva York: Crown.

Ramey, C.T. y Haskins, R. (1981). The modification of intelligence through early experience. *Intelligence*, 5, 43-57.

Rapaport, K. y Burkart, B.R. (1984). Personality and attitudinal characteristics of sexually coercive college males. *Journal of Abnormal Psychology*, 13, 216-221.

Rapin, I. (1995). Autistic regression and disintegrative disorder: How important is the role of epilepsy? *Seminars in Pediatric Neurology*, 2, 278-285.

Rapin, I. y Dunn, M. (2003). Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain Development*, 25, 166-172.

Rapoport, J.L. (1989). *The boy who couldn't stop washing*. Nueva York: Dutton.

Rapoport, J.L., Elkins, R., Langer, D.H., Sceery, W., Buchsbaum, M.S., Gillin, J.C., Murphy, D.L., Zahn, T.P., Lake, R., Ludlow, C., y Mendelson, W. (1981). Childhood obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1545-1554.

Rapoport, J. y Seidman, E., editores (2000). *Handbook of community psychology*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.

Rastam, M., Gillberg, C. y Gillberg, I.C. (1996). A six year follow-up study of anorexia nervosa subjects with a teenage onset. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 439-453.

Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szmukler, G.I. y Russell, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 158, 495-502.

Raz, S. y Raz, N. (1990). Structural brain abnormalities in the major psychoses: A quantitative review of the evidence from computer imaging. *Psychological Bulletin*, 108, 93-108.

Read, J.P., Wood, M.D., Kahler, C.W., Maddock, J.E. y Palfai, T.P. (2003). Examining the role of drinking motives in

college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 13-23.

Regier, D.A., Narrow, W.E., First, M.B. y Marshall, T. (2002). The APA classification of mental disorders: Future perspectives. *Psychopathology*, 36, 166-170.

Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z. y Goodwin, F.K. (1993). The de facto U.S. mental and addictive Disorders service system.

Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.

Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. y Uchtenbagen, A. (2001). Feasibility, safety and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: A follow-up study. *Lancet*, 358, 1417-1420.

Reisberg, B. (1985). Alzheimer's disease updated. *Psychiatric Annals*, 15, 319-322.

Reiss, A.J. y Roth, S.A., editores (1994). *Understanding and preventing violence*. Washington, DC: National Academy Press.

Reiss, S. y Valenti-Hein, D. (1994). Development of a psychopathology rating scale for children with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 28-33.

Rekers, G.A. (1977). Assessment and treatment of childhood gender problems. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin, editores, *Advances in clinical child psychology*, volumen 1. Nueva York: Plenum.

Repetti, R., Taylor, S.E. y Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.

Reppucci, N.D. y Haugaard, J.J. (1989). Prevention of child sexual abuse. *American Psychologist*, 44, 1266-1275.

Reppucci, N.D., Wollard, J.L. y Fried, C. (1999). Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology*, 50, 387-418.

Research on mental illness and addictive disorders. (1985). *American Journal of Psychiatry*, 142 (Supl.), 9-41.

Revenson, T.A., D'Angelli, A.R., French, S.E., Hughes, D., Seidman, E., Shinn, M., Yoshikawa, H. y Livert, D.E. (2002). *A quarter century of community psychology*. Norwell, MA: Kluwer.

Rexer, L. (2002). *Jonathan Lerman: Drawings by an artist with autism*. Nueva York: George Braziller.

Rey, J.M. y Tennant, C.C. (2002). Cannabis and mental health. *British Medical Journal*, 325, 1183-1184.

Rhoades, E.R. (2003). The health status of American Indian and Alaska Native males. *American Journal of Public Health*, 93, 774-778.

Ricaurte, G.A., Yuan, J., Hatzidimitriou, G., Cord, B.J. y McCann, V.D. (2002). Severe dopaminergic neurotoxicity in primates after a common recreational regimen of MDMA ("Ecstasy"). *Science*, 297, 2260-2263.

Riccio, C.A., Hynd, G.W., Cohen, M.J. y Gonzalez, J.J. (1993). Neurological basis of attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 60, 118-124.

Rief, W., Hiller, W. y Margraf, J. (1998) Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587-595.

Riggs, D.S., O'Leary, K.D. y Breslin, F.C. (1990). Multiple correlates of physical aggression in dating couples. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 61-73.

- Rihmer, Z. y Pestalitiy, P. (1999). Bipolar II disorder and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 667-673.
- Rimer, S. (1997). For old South Boston, despair replaces hope. *New York Times*, 15 de agosto, National Edition, pp. 1, 14.
- Ripple, C.H. y Zigler, E. (2003). Research, policy, and the federal role in prevention initiatives for children. *American Psychologist*, 58, 482-490.
- Ritchie, K. y Richards, M. (1999). Recent developments in neuropsychological assessment. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 345-349.
- Ritvo, E. R., Jorde, L.B., Mason-Brothers, A., Freeman, B.J., Pingree, C., Jones, M.B., McMahon, W.M., Petersen, P.B., Jenson, W.R. y Mo, A. (1989). The UCLA- University of Utah epidemiologic survey of autism: Recurrence risk estimates and genetic counseling. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1032-1036.
- Roach, M. (1983). Another name for madness. *New York Times Magazine*, 16 de enero, pp. 22-31.
- Roberts, L.J., Neal, D.J., Kivlahan, D.R., Baer, J.S. y Marlatt, G.A. (2000). Individual drinking changes following a brief intervention among college students: Clinical significance in an indicated preventive context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 500-505.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Koepke, T., Moye, A.W. y Rice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 111-116.
- Robin, A.L., Siegel, P.T. y Moye, A. (1995). Family versus individual therapy for anorexia: Impact on family conflict. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 313-332.
- Robins, L.N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke of normal expectation? *Addiction*, 88, 1041-1054.
- Robins, L.N. (1999). A 70 year history of conduct disorder: Variations in definition, prevalence, and correlates. In P. Cohen, C. Slomkowski y Robins, L.N., editores, *Historical and geographical influences on psychopathology* (pp. 37-56). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Robins, L.N. y Kulbok, P.A. (1998). Epidemiologic studies in suicide. *Review of Psychiatry* (volumen 7) (pp. 289-306). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Robins, L.N. y Price, R.K. (1991). Adult disorders predicted by childhood conduct problems: Results from the NIMH Epidemiological Catchment Area Project. *Psychiatry*, 54, 116-132.
- Robins, L.N. y Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiological catchment area*. Nueva York: The Free Press.
- Robinson, H. (1991). Visitation with divorced fathers provokes reemergence of unresolved family conflicts: Case of Charlie, age 10. En N.B. Webb, editor, *Play therapy with children in crisis* (pp. 219-236). Nueva York: Guilford.
- Rosin, T.E. y Berridge, K.C. (2003). Addiction. En S.T. Fiske, editor, *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Rockwood, K., Kirkland, S., Hogan, D.B., MacKnight, C., Merry, H., Verreault, R., Wolfson, C. y MacDowell, I. (2002). Use of lipid-lowering agents, indication bias, and the risk of dementia in community-dwelling elderly people. *Archives of Neurology*, 59, 223-227.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch, editor, *Psychology: A study of a science*, volumen 3. Nueva York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, J.G., Voullaire, L. y Gold, H. (1982). Monozygotic twins discordant for trisomy 21. *American Journal of Medical Genetics*, 11, 143-146.
- Rogers, R. y Shuman, D.N. (2000). *Conducting insanity evaluations*. Nueva York: Guilford.
- Rogler, L.H. (1999). Methodological sources of cultural insensitivity in mental health research. *American Psychologist*, 54, 424-433.
- Romano, S.J. (1999). Bulimia nervosa. En D.H. Goldstein, editor, *The management of eating disorders and obesity*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Romer, D. y Heller, T. (1983). Social adaptation of mentally retarded adults in community settings: A social-ecological approach. *Applied Research in Mental Retardation*, 4, 303-314.
- Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostik: Methodik und Ergebnisse eines Wahrnehmungs-diagnostischen Experiments* (segunda edición), (P. Lemkau y B. Kronenberg, trans.). Berne y Berlin: Huber, 1932; republished, Nueva York: Grune y Stratton.
- Rorsman, B., Grasbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Ohman, R., Ojesjo, L. y Otterbeck, L. (1990). A prospective study of first-incidence depression: The Lundby study, 1957-1972. *British Journal of Psychiatry*, 156, 336-342.
- Rosch, P.J. (1996). Stress and sleep; Some startling and sobering statistics. *Stress Medicine*, 12, 207-210.
- Rose, G. (1993). Mental disorders and the strategies of prevention. *Psychological Medicine*, 23, 553-555.
- Rose, S., Bisson, J. y Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, 176-184.
- Rosen, J.C. (1996). Body dysmorphic disorder: Assessment and treatment. En J.K. Thompson, editor, *Body image, eating disorders, and obesity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosen, J.W. y Burchard, S.N. (1990). Community activities and social support networks: A social comparison of adults with and adults without mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 193-204.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, K. D. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 63-71.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129-139.
- Rosenthal, D., editor. (1963). *The Genain quadruplets: A case study and theoretical analysis of heredity and environment in schizophrenia*. Nueva York: Basic Books.
- Rosenthal, D., Wender, P.H., Kety, S. S., Schulsinger, F., Welner, J. y Ostergaard, L. (1968). Schizophrenics' offspring reared in adoptive homes. En D. Rosenthal y S.S. Kety, editores, *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon.
- Rosenthal, D., Wender, P.H., Kety, S.S., Schulsinger, E, Welner, J. y Reider, R. (1975). Parent-child relationships and psychopathological disorder in the child. *Archives of General Psychiatry*, 32, 466-476.
- Rosenthal, N.E. y Wehr, T.A. (1992). Towards understanding the mechanism of action of light in seasonal affective disorder. *Pharmacopsychiatry*, 25, 56-60.

- Rosenthal, N.E., Sack, D.A., Gillin, J.C., Lewy, A.J., Goodwin, F.K., Davenport, Y., Mueller, P.S., Newsome, D.A. y Wehr, T.A. (1984). Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41, 72-80.
- Rosie, J.S. (1987). Partial hospitalization: A review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1291-1299.
- Rossi, E.L. (2002). *The psychobiology of gene expression*. Nueva York: Norton.
- Rosvold, H.E., Mirsky, A.E., Sarason, I.G., Bransome, E.D. y Beck, L.H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Rothblum, E.D. (1994). "I only read about myself on bathroom walls": The need for research on the mental health of lesbians and gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 213-220.
- Rothlisberg, B.A., Hill R., Damato, R.C. (1994). Social acceptance by their peers of children with mental retardation. *Psychological Reports*, 74, 239-242.
- Rouse, B., Azen, C., Koch, R., Matalon, R., Hanley, W., de la Cruz, F., Trefz, F., Friedman, E. y Shifrin, H. (1997). Maternal Phenylketonuria Collaborative Study (MPKUCS) offspring: Facial anomalies, malformations, and early neurological sequelae. *American Journal of Medical Genetics*, 69, 89-95.
- Roy, A. (1992). Suicide in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 4, 205-209.
- Roy-Byrne, P., Post, R.M., Uhde, T.W., Porcu, T. y Davis, D. (1985). The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suplemento*, 71, 5-34.
- Ruberman, J.W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D. y Chaudhary, B.S. (1984). Psychological influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552-559.
- Ruch, L.O., Gartrell, J.W., Amedeo, S.R. y Coyne, B.J. (1991). The Sexual Assault Symptom Scale: Measuring self-reported sexual assault trauma in the emergency room. *Psychological Assessment*, 3, 3-8.
- Ruitenber, A., Wittemen, J.C.M., van Duijn, C.M., Hofman, A., Breteler, M.B., van Swieten, J.C. y Mehta, K.M. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: The Rotterdam study. *Lancet*, 359, 281-286.
- Ruiz, P. (1998). The role of culture in psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1763-1765.
- Rupp, A. y Keith, S.J. (1993). The costs of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 413-324.
- Ruscio, A.M., Ruscio, J. y Keane, T.M. (2002). The latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric investigation of reactions to extreme stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 290-301.
- Rush, A.J. (2000). The use of placebos in unipolar major depression: The current status. *Biological Psychiatry*, 47, 745-747.
- Rush, A.J. y Weissenburger, J.E. (1994). Melancholic symptom features and DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 151, 489-498.
- Rush, A.J., Trivedi, M. y Fava, M. (2003). Depression, IV: STAR*D treatment trial for depression. *American Journal of Psychiatry*, 160, 237.
- Russell, D.E.H. (1984). The prevalence and seriousness of incestuous abuse: Stepfathers vs. biological fathers. *Child Abuse and Neglect*, 8, 15-22.
- Rutter, D.R. (1985). Language in schizophrenia: The structure of monologues and conversations. *British Journal of Psychiatry*, 146, 399-404.
- Rutter, J. (1991). Nature, nurture, and psychopathology: A new look at an old topic. *Development and Psychopathology*, 3, 25-136.
- Rutter, M. (1999). Autism: Two way interplay between research and clinical work. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 169-188.
- Rutter, M. (2000). Genetic studies of autism: From the 1970s into the millennium. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 3-14.
- Rutter, M. y Garmezy, N. (1983). Developmental psychopathology. En P. Mussen, editor, *Handbook of child psychology*, volumen 4. Nueva York: Wiley.
- Rutter, M. y Hersov, L. (1985). *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford, Inglaterra: Blackwell Scientific.
- Rutter, M. y Shaffer, D. (1980). DSM-III: A step forward or back in terms of the classification of child psychiatric disorders? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 371-394.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., y Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.
- Rutter, M., Graham, P. y Yule, W. (1970). A neuropsychiatric study in childhood. *Clinics in Developmental Medicine*, 35/36. Londres: Heinemann.
- Rutter, M., Macdonald, H., Le Couteur, A., Harrington, R., Bolton, P. y Bailey A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders: II: Empirical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 39-83.

S

- Sabate, O., Campion, D., d'Amato, T., Martres, M.P., Sokoloff, P., Giros, B., Leboyer, M., Jay, M., Guedj, F. y Thibaut, F. (1994). Failure to find evidence for linkage or association between the dopamine D3 receptor gene and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 107-111.
- Sackheim, H.A. y Wegner, A.Z. (1986). Attributional patterns in depression and euthymia. *Archives of General Psychiatry*, 43, 553-560.
- Sackheim, H.A., Prudic, J. y Devanand, D.P. (1990). Treatment of medication-resistant depression with electroconvulsive therapy. En A. Tasman, S.M. Goldfinger y C.A. Kaufmann, editores, *Review of Psychiatry*, volumen 9. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sadock, V.A. (1989). Rape, spouse abuse, and incest. En H.I. Kaplan y B. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry* (quinta edición). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J. y Sadock, V.A. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (novena edición). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saks, E.R. (2002). *Refusing care: Forced treatment and the rights of the mentally ill*. Chicago: University of Chicago Press.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salter, A.C., Richardson, C.M. y Kairys, S.W. (1985). Caring for abused preschoolers. *Child Welfare*, 64, 343-356.
- Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (1990). Transactional regulations and early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff, editores, *Handbook of early childhood intervention*

- (pp. 119-149). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Sammons, M.T. y Schmidt, N.B., editores, (2001). *Combined treatment for mental disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. y Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime. *Science*, 277, 918-924.
- Sands, R., Tricker, J., Sharman, C., Armatas, C. y Maschette, W. (1997). Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 159-166.
- Santayana, G. (1905-06). *The life of reason*. Nueva York: Scribner.
- Santilla, P., Sandnabba, N.K., Alison, L. y Nordling, N. (2002). Investigating the underlying structure in sadomasochistically oriented behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 185-196.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1981). Teaching cognitive and social skills to high school students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49, 908-919.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R., editores. (1985). *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht, Holanda: Martinus Nijhof.
- Sarason, I.G., Johnson, J.M. y Siegel, J.M. (1978). Assessing the Impact of life stress: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sartorius, N., Shapiro, R., Kimura, M. y Barreto, K. (1972). WHO internacional pilot study of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 2, 422-425.
- Sartorius, N., Ustun, T.B., Costa-e-Silva, J.A., Goldberg, L., Lecrubier, Y., Ormel, J., Von Korff, M. y Wittchen, H.U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative project on "Psychological Problems in General Health Care." *Archives of General Psychiatry*, 50, 819-824.
- Sarwer, D.B. y Durlak, J.A. (1997). A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 87-97.
- Schafer, R. (1948). *Clinical application of psychological tests*. Nueva York: International Universities Press.
- Schaie, K.W. (1989). The hazards of cognitive aging. *The Gerontological Society of America*, 29, 484-493.
- Schatzberg, A.F. (1991). Psychotic (delusional) major depression: Should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *American Journal of Psychiatry*, 149, 733-745.
- Schatzberg, A.F. y Nemeroff, C.B., editores, (2002). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schatzberg, A.F., Cole, J.O. y DeBattista, C. (2003). *Manual of clinical pharmacology* (cuarta edición). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schlenker, R. y Cohen, R. (1995). Smooth-pursuit eye-movement dysfunction and motor control in schizophrenia: A follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 125-126.
- Schnall, P.L., Pieper, C., Schwartz, J.E., Karasek, R.A., Schlusless, y., Devereux, R.B., Ganau, A., Alderman, M., Warren, K. y Pickering, T.G. (1990). The relationship between job strain, workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1929-1972.
- Schneider, K.J., Bugental, J.F.T. y Pierson, J.F., editores, (2001). *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schoenman, T.J. (1984). The mentally ill witch in text books of abnormal psychology: Current status and implications of a fallacy. *Professional Psychiatry*, 15, 299-314.
- Schotte, D.E. y Stunkard, A.J. (1987). Bulimia vs. bulimic behaviors on a college campus. *Journal of the American Medical Association*, 258, 1213-1215.
- Schroeder, C.S. y Gordon, B.N. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems* (segunda edición). Nueva York: Guilford.
- Schulberg, H.C., Raue, P.J. y Rollman, B.L. (2002). The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: Clinical and cost perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 24, 203-212.
- Schultz, S.C. (1995). Schizophrenia: Somatic treatment, en H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry* (sexta edición), (pp. 987-998). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schultz, S.C. (2000). New antipsychotic medications: More than old wine in new bottles. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 60-75.
- Schumaker, J.F. y Ward, T. (2001). *Cultural cognition and psychopathology*. Westport, CT: Praeger.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Collins, R.L., Marshall, G.N., Elliot, M.N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.C. y Berry, S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Schwartz, A.J. y Whitaker, L.C. (1980). Suicide among college students: Assessment, treatment, and intervention. En S.J. Blumenthal y D.J. Kupfer, editors, *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. (pp. 303-341). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schwartz, J.M. y Marsh, L. (2000). The psychiatric perspectives of epilepsy. *Psychosomatics*, 41, 31-38.
- Schwartz, M.S. (1995). *Biofeedback: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford.
- Schwartz, P.J., Brown, C., Wehr, T.A. y Rosenthal, N.E. (1996). Winter seasonal affective disorder: A follow-up study of the first 59 patients of the National Institute of Mental Health Seasonal Studies Program. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1028-1036.
- Schweinhart, L.J. y Weikart, D.P. (1980). *Young children grow up*. Ypsilanti, MI: High/Scope.
- Schweinsburg, B.C., Alhassoon, O.M., Taylor, M.J., González, R., Videen, J.S., Grown, G.G., Patterson, T.L. y Grant, I. (2003). Effects of alcoholism and gender on brain metabolism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1180-1183.
- Sclar, D.A., Robinson, L.M., Legg, R.F., Nemec, N.L., Galin, R.S., Hughes, T.E. y Busching, D.P. (1994). Antidepressant pharmacotherapy: Economic outcomes in a health maintenance organization. *Clinical Therapeutics*, 16, 715-730.
- Scruggs, T.E. y Mastropieri, M.A. (1993). Special education for the twenty-first century: Integrating learning strategies and thinking skills. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 392-398.

- Scully, A. (1993). *The most solitary of afflictions: Madness and society in Britain 1700-1900*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Searl, S., Jr. (1978). Stages of parent reaction to birth of a handicapped child. *Exceptional Parent* (abril), 23-27.
- Segal, Z.V. y Stermac, L.E. (1990). The role of cognition in sexual assault. En W.L. Marshall, D.R. Laws y H.E. Barbaree, editores, *Handbook of sexual assault* (pp. 161-175). Nueva York: Plenum.
- Segraves, R.T. y Althof, S. (1998) Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunctions. En P.E. Nathan y J.J. Gorman, editores, *A guide to treatments that work* (pp. 447-471). Nueva York: Oxford University Press.
- Seidman, S. y Rieder, R.O. (1994). A review of sexual behavior in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 330-341.
- Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. En R.J. Friedman y M. M. Katz, editores, *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: V.H. Winston.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Selkoe, D.J. (1997). Alzheimer's disease: Genotypes, phenotype, and treatments. *Science*, 275, 630-631.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*, edición revisada. Nueva York: McGraw-Hill.
- Seppala, M.D. (2001). *Clinician's guide to the Twelve Step principles*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Seuchter, S.A., Hebebrand, J., Klug, B., Knapp, M., Lehmkuhl, G., Pouska, F., Schmidt, M. y Remschmidt, H., Baur, M.P. (2000). Complex segregation analysis of families ascertained through Gilles de la Tourette syndrome. *Genetic Epidemiology*, 18, 33-47.
- Shaffer, J.W., Graves, P.L., Swank, R.T. y Pearson, T.A. (1987). Clustering of personality traits in youth and the subsequent development of cancer among physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 441-447.
- Shalev, A.Y., Bonne, O. y Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. Nueva York: Basic Books.
- Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S. y Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.
- Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing. Nueva York: Guilford.
- Sharpe, M. (1996). Chronic fatigue syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 549-573.
- Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A., Pugh, K.R., Fulbright, R.K., Constable, R.T., Mencl, W.E., Shankweiler, D.P., Liberman, A.M., Skudlarski, P., Fletcher, J.M., Katz, L., Marchione, K.E., Lacadie, C., Gatenby, C., y Gore, J.C. (1998). Functional disruption in the organization of the brain for reading in dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95, 2636-2641.
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.E., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Glass, D.R., Dolan, R.T., y Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Shea, M.T., Stout, R., Gunderson, J.G., Morey, L.C., Grilo, C.M., McGlashean, T., Skodal, A.E., Dolan-Sewell, R., Dyck, I., Zanarini, M.C. y Keller, M.B. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2036-2041.
- Shea, S.C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (segunda edición). Philadelphia: Saunders.
- Sheehan, A. (2001). *Chasing the hawk*. Nueva York: Delacorte.
- Sheehan, S. (1982). *Is there no place on earth for me?* Boston: Houghton Mifflin.
- Sheehan, S. (1995). The last days of Sylvia Frumkin. *The New Yorker*, 20 y 27 de febrero, 199-211.
- Shengxian, L. y Phillips, M.R. (1990). Witch doctors and mental illness in Mainland China: A preliminary study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 221-224.
- Sher, L., Goldman, D., Osaki, N. y Rosenthal, N.E. (1999). The role of genetic factors in the etiology of seasonal affective disorder and seasonality. *Journal of Affective Disorders*, 53, 203-210.
- Sherman, B. (1985). The new realities of date rape. *New York Times*, 23 de octubre, p. 17.
- Sherman, D.K., McGue, M.K. y Iacono, W.G. (1997). Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder: A comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal of Psychiatry*, 154, 532-535.
- Shidlo, A. y Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers' report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249-259.
- Shirk, S.R. y Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Shively, C.A., Adams, M.R., Kaplan, J.R. y Williams, J.K. (2000). Social stress, gender, and coronary heart disease risk in monkeys. En P.M. McCabe, N. Schneiderman y T. Field, editores, *Stress, coping, and cardiovascular disease*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Shoham-Salomon, V., Amer, R. y Neeman, R. (1989). You're changed if you do and changed if you don't: Mechanisms underlying paradoxical interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 590-598.
- Shore, E.R. (1989). What I learned about community psychology from my bout with cancer. *The Community Psychologist*, 23, 25.
- Shorter, E. (2000). *The Kennedy family and the story of mental retardation*. Philadelphia: Temple University Press.
- Shumtaker, S.A., Legault, C., Thal, L., Wallace, R.B., Ockene, J. K., Hendrix, S.L., Joncs, B.N., Assaf, A.R., Jackson, R.D., Kotchen, J.M., Wassertheil-Smoller, S. y Wactawski-Wende, J. (2003). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2651-2662.

- Shure, M.B. (1993). I can problem solve (ICPS): Interpersonal cognitive problem solving for young children. *Early Child Development and Care*, 96, 49-64.
- Shure, M.B. y Spivack, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology*, 10, 341-356.
- Shure, M.B. y Spivack, G. (1987). Competence-building as an approach to prevention of dysfunction: The ICPS model. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman, editores, *Preventing mental disorders: A research perspective*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Siddiqui, A., Kerb, R., Weale, M.E., Brinkmann, V., Smith, A., Goldstein, D.B., Wood, N.W. y Sisodiya, S. (2003). Association of multidrug resistance in epilepsy with a polymorphism in the drug transporter gene ABCB1. *New England Journal of Medicine*, 348, 1442-1448.
- Siegel, B. (2003). *Helping children with autism learn*. Nueva York: Oxford University Press.
- Siegel, D.J. (1998). Evaluation of high-functioning autism. In G. Goldstein, P.D. Nussbaum y S.R. Beers, editores, *Neuropsychology* (pp. 109-133). Nueva York: Plenum.
- Siever, L.J. y Coursey, R.D. (1985). Biological markers for schizophrenia and the biological high risk approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 4-16.
- Siever, L.J. y Kendler, K.S. (1986). Schizoid/schizotypal/paranoid personality disorders. En R. Michels y J.O. Cavenar, Jr. (editores), *Psychiatry*, volumen 1. Nueva York: Basic Books.
- Siever, L.J., Koenigsberg, H.W., Harvey, P., Mitropoulou, V., Varuelle, M., Abi-Dargham, A., Goodman, M. y Buchsbaum, M. (2002). Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 54, 157-167.
- Sigafoos, J., Laurie, S. y Pennell, D. (1996). Teaching children with Rett syndrome to request preferred objects using aided communication: Two preliminary studies. *Augmentative and Alternative Communication*, 12, 88-96.
- Silver, J.M., Hales, R.E. y Yudofsky, S.C. (1990). Psychiatric consultation to neurology. En A. Tasman, S.M. Goldfinger y C.A. Kauffman, editores, *Review of Psychiatry* (volumen 9). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Silver, L.B. (1999). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Silver, R.C., Holman, A., McIntosh, D.N., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Silverstein, M.L. y Harrow, M. (1981). Schneiderian first-rank symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 38, 288-293.
- Simon, G.E. (2002). Evidence review: Efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *General Hospital. Psychiatry*, 24, 213-224.
- Simoneau, T.L., Miklowitz, D.J., Richards, J.A., Rakhshanda, S. y George, E.L. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 588-597.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Fletcher, B.W., Hubbard, R.L. y Anglin, M.D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.
- Sklar, L.S. y Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, 89, 369-406.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. y Siever, L.J. (2002a). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Skodol, A.E., Siever, L.J., Livesley, W.J., Gunderson, J.G., Pfohl, B. y Widiger, T.A. (2002b). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51, 951-963.
- Skodol, A.E. (1989). *Problems in differential diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Skultans, V. (1979). *English madness*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Slijper, F.M.E., Drop, S.L.S., Molenaar, J.C. y de Munick Keizer-Schrama, S.M.P.F. (1998). Long term psychological evaluation of intersex children. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 125-144.
- Smalley, S.L., McGough, J.J., Del'Homme, M., NewDelman, J.G., Gordon, E., Kim, T., Liu, A. y McCracken, J.T. (2000). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1135-1143.
- Smith, E.M., North, C.S., McCool, R.E. y Shea, J.M. (1990). Acute postdisaster psychiatric disorders: Identification of persons at risk. *American Journal of Psychiatry*, 147, 202-206.
- Smith, M.L., Glass, G.V y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, M., Wasmuth, J., McPherson, J.D., Wagner, C., Grandy, D., Civelli, O. y otros. (1989). Cosegregation of an 11q11-9p22 translocation with affective disorder: Proximity of the dopamine D2 receptor gene relative to the translocation breakpoint. *American Journal of Human Genetics*, 45, A220.
- Smith, T.W. y Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568.
- Smith, Y.L.S., van Goozen, S.H.M. y Cohen-Kettenis, P.T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 472-481.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.
- Sobell, M.B., Wagner, E.F. y Sobell, L.C. (2003). Substance-related use disorders: Alcohol. En M. Hersen y S.M. Turner, editores, *Adult psychopathology and diagnosis* (cuarta edición) (pp. 192-225). Nueva York: Wiley.
- Sohlberg, S. y Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: An update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suplemento 378), 1-16.
- Sokol, L., Beck, A.I., Greenberg, R.L., Wright, F.D. y Berchick, R.J. (1989). Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 711-716.
- Sokoloff, P., Giros, B., Martres, M.P., Bouthenet, M.L. y Schwartz, J.C. (1990). Molecular cloning and characterization of a novel dopamine receptor as a target for neuroleptics. *Nature*, 347, 146-151.

- Solovay, M.R., Shenton, M.E. y Holzman, P.S. (1987). Comparative studies of thought disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, 13-20.
- Solowij, N., Stephens, R.S., Roffman, R.A., Babor, T., Kadden, R., Miller, M., Christiansen, K., McRee, B. y Vendetti, J. (2002). Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1123-1131.
- Sommers-Flanagan, J. y Sommers-Flanagan, R. (1996). Efficacy of antidepressant medication with depressed youth: What psychologists should know. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 145-153.
- Sorbi, M.J., Maassen, G.A. y Spierings, E.C.H. (1996). A time series analysis of daily hassles and mood changes in the 3 days before the migraine attack. *Behavioral Medicine*, 22, 103-113.
- Spanos, N.P. (1978). Witchcraft in histories of psychiatry: A critical analysis and an alternative conceptualization. *Psychological Bulletin*, 85, 417-439.
- Spanos, N.P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 143-165.
- Speltz, M.L., McClellan, J., DeKlyen, M. y Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 838-845.
- Sperling, M.K. (1999). *Schizophrenia*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Spiegel, D. y Wissler, T. (1986). Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 143, 56-60.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H. C. y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 14 de octubre, 888-891.
- Spiegel, D.A., Bruce, T.J., Gregg, S.F. y Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 151, 876-881.
- Spiegel, D.A., Roth, M., Weissman, M., Lavori, P., Gorman, J., Rush, J. y Ballenger, J. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 788-789.
- Spirito, A. y Overholser, J.C., editores, (2003). *Evaluating and treating suicide attempters*. San Diego, CA: Academic.
- Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B.W. y First, M.G. (1989). *DSM-III-R casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R.L., Skodol, A.E., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1981). *DSM-III casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Spitzer, R.L., Skodol, A.E., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1983). *Psychopathology: A casebook*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. y First, M.B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Spivack, G., Platt, J.J. y Shure, M.B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spoerri, E. y Bauman, D. (2003). *The art of Adolf Wölfli: St. Adolf Giant Creation*. Nueva York: American Folk Art Museum.
- Spring, B., Lemon, M., Weinstein, L. y Haskell, A. (1989). Distractibility in schizophrenia: State and trait aspects. *British Journal of Psychiatry*, 155, 63-68.
- Squire, L.R. y Schacter, D.L., editores, (2002). *Neuropsychology of Memory* (tercera edición). Nueva York: Guilford.
- St. Clair, D., Blackwood, D., Muir, W., Carothers, A., Walker, M., Spowart, G., Cosden, C. y Evans, H.J. (1990). Association within a family of balanced autosomal translocation with major mental illness. *Lancet*, 336, 13-16.
- Staley, D., Wand, R. y Shady, G. (1997). Tourette disorder: Across cultural review. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 6-16.
- Stanton, A.L., Lobel, M., Sears, S. y DeLuca, R.S. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 751-770.
- Starcevic, V y Lipsitt, D.R. (2001). *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York: Oxford University Press.
- Stack, K.D., Humphrey, L.L., Crook, K. y Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.
- Stein, D.J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360, 397-405.
- Stein, M.B., Jang, K.L., Taylor, S., Vernon, P.A. y Livesley, W.J. (2002). Genetic environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1675-1681.
- Stein, M.B., Walker, J.R. y Forde, D.R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Steiner, H. y Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 352-359.
- Steinhauer, S.R., Zubin, J., Condray, R., Shaw, D.B., Peters, J.L. y van Kammen, D.P. (1991). Electrophysiological and behavior signs of attentional disturbance in schizophrenics and their siblings. En C.A. Tammings y S.C. Schulz, *Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology (volumen 1): Schizophrenia Research* (pp. 169-178). Nueva York: Raven Press.
- Stephens, J.H., Richard, P. y McHugh, P.R. (1997). Long-term follow-up of patients hospitalized for schizophrenia, 1913 to 1940. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 715-711.
- Stephens, R.J. y Sandor, P. (1999). Aggressive behavior in children with Tourette syndrome and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and obsessive compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1036-1042.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. y Simpson, E.E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 92-99.
- Stern, H.P., Garg, A. y Stern, T.P. (2002). When children with attention deficit/hyperactivity become adults. *Southern Medical Journal*, 95, 985-991.
- Stevens, J.A., Hasbrouck, L.M. y Durant, T.M. (1999). Surveillance for injuries and violence among older adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report: CDC Surveillance Summaries*, 48, 27-50.

- Stewart, J.W., Merceir, M.A., Agosti, V., Guardino, M. y Quitkin, F.M. (1993). Imipramine is effective after unsuccessful cognitive therapy: Sequential use of cognitive therapy and imipramine in depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 114-119.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stickney, M.I., Miltenberger, R.G. y Wolff, G. (1999). A descriptive analysis of factors contributing to binge eating. *Journal of Behavior Therapy*, 30, 177-189.
- Stone, M.H. (1980). *The borderline syndromes*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Stone, M.H. (1986). Borderline personality disorder. En R. Michels y J.O. Cavenar, Jr., editores. *Psychiatry*, (volumen 1). Nueva York: Basic Books.
- Stone, M.H., Stone, D.K. y Hurt, S.W. (1987). The natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 185-206.
- Storr, A. (1969). *Churchill: Four faces and the man*. Londres: Allen Lane.
- Storr, A. (1980). *The art of psychotherapy*. Nueva York: Methuen.
- Storr, A. (1988). Churchill: The man. En A. Storr, editor, *Churchill's black dog, Kafka's mice, and other phenomena of the human mind*. Nueva York: Grove.
- Strand, J.G. y Benjamin, L.S. (1997). Resistance to change in individuals with personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 132-135.
- Strand, V.C. (1991). Victim of sexual abuse: Case of Rosa, age 6. En N.B. Webb, editor. *Play therapy with children in crisis* pp. 69-91. Nueva York: Guilford.
- Streissguth, A.P., Aase, J.M., Clarren, S.K., Randels, S.P., LaDue, R.A. y Smith, D.F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association*, 265, 1961-1967.
- Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Sampson, P.D. y Barr, H.M. (1995). Attention: Prenatal alcohol and continuities of vigilance and attentional problems from 4 through 14 years. *Development and Psychopathology*, 7, 419-446.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J. y Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Hansson, R.O. y Schut, H. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M.S., Stroebe, W. y Hansson, R.O., editores (1993). *Handbook of bereavement*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Stuart, S. y O'Hara, M.W. (2002). Interpersonal psychotherapy. En M.A. Reinecke y M.R. Davison, editores. *Comparative treatments for depression* (pp. 317-357). Nueva York: Springer.
- Stubbs, E.G., Ritvo, E.R. y Mason-Brothers, A. (1985). Autism and shared parental HLA antigens. *Journal of Child Psychiatry*, 24, 182-185.
- Sturm, R. y Wells, K.B. (1995). How can care for depression become more cost-effective? *Journal of the American Medical Association*, 273, 51-58.
- Substance abuse: The nation's number one health problem* (2001). Princeton, NJ: Robert Wood Foundation.
- Suddath, R.L., Christison, G.W., Torrey, E.F., Casanova, M.F. y Weinberger, D.R. (1990). Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 322, 789-794.
- Suelze, M. y Keenan, V. (1981). Changes in family support networks over the life cycle of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 267-274.
- Sunahara, R.K., Seeman, P., Van Tol, H.H. y Niznik, H.B. (1993). Dopamine receptors and antipsychotic drug response. *British Journal of Psychiatry* (suplemento) 22, 31-38.
- Sundgot, B.J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419.
- Suomi, S.J. (2000). A biobehavioral perspective on developmental psychopathology. En A.J. Sameroff, J. Lewis y S.M. Miller, editores. *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H.W., Brown, A.S., Lin, S., Labovitz, D. y Gorman, J.M. (1996). Schizophrenia after prenatal famine. *Archives of General Psychiatry*, 53, 25-31.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Essock, S.M., Osher, F.C., Wagner, H.R., Goodman, L.A., Rosenberg, S.D. y Meador, K.G. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92, 1523-1531.
- Swartz, H.A., Markowitz, J.C. y Frank, E. (2002). Interpersonal psychotherapy for unipolar and bipolar disorders. En S.G. Hofmann y M.C. Tompson, editores. *Treating chronic and severe mental disorders* (pp. 131-158). Nueva York: Guilford.
- Swedo, S.E., Leonard, H.L., Rapoport, J.L. (1992). Childhood-onset obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 767-775.
- Swenson, C.R., Torrey, N.C. y Koerner, K. (2002). Implementing dialectical behavior therapy. *Psychiatric Services*, 53, 171-178.
- Swett, C., Jr., Surrey, J. y Cohen, C. (1990). Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 632-636.

T

- Takei, N.T., Sham, P., O'Callaghan, E., Murray, G.K., Glover, G. y Murray, R.M. (1994). Prenatal exposure to influenza and the development of schizophrenia: Is the effect confined to females? *American Journal of Psychiatry*, 151, 117-119.
- Tang, T.Z., Luborsky, L. y Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 444-447.
- Tang, Y.P., Shimizu, E., Dube, G.R., Rampon, C., Kerchner, G.A., Zhuo, M., Liu, G.S. y Tsien, J.Z. (1999). Genetic enhancement of learning and memory in mice. *Nature*, 401, 63-69.
- Tasman, A., Riba, M.B. y Silk, K.R. (2000) *The Doctor-patient relationship in pharmacotherapy: Improving treatment effectiveness*. Nueva York: Guilford.
- Taylor, S., Fedoroff, I.C., Koch, W.J., Thordarson, D.S., Fecteau, G., Nicki, R.M. (2001). Posttraumatic stress disorder arising

- after road traffic collisions: Patterns of responses to cognitive behavior therapy: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 541-551.
- Teicher, M.H., Glod, C. y Cole, J.O. (1990). Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147, 207-210.
- Teicher, M.H., Glod, C.A. y Cole, J.O. (1993). Antidepressant drugs and the emergence of suicidal tendencies. *Drug Safety*, 8, 186-212.
- Templeman, T.L. y Stinnett, R.D. (1991). Patterns of sexual arousal and history in a "normal" sample of young men. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 137-150.
- Teplin, L.A., Abram, K.M. y McClelland, G.M. (1994). Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychologist*, 49, 335-342.
- Terkelsen, M.D. y Grosser, R.C. (1990). Estimating clozapine's cost to the nation. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 863-869.
- Thakker, J. y Ward, T. (1998). Culture and classification: The cross-cultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychology Review*, 18, 501-529.
- Thase, M.E. y Howland, R.H. (1995). Biological processes in depression: An updated review and integration. En E.E. Beckham y W.R. Leber, editores, *Handbook of depression* (segunda edición), pp. 213-279. Nueva York: Guilford.
- Thase, M.E. y Kupfer, D.J. (1996). Recent developments in the pharmacotherapy of mood disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 646-659.
- Thase, M.E. y Sullivan, L.R. (1995). Relapse and recurrence of depression: A practical approach for prevention. *CNS Drugs*, 4, 261-277.
- Thase, M.E., Buysse, D.F., Frank, E., Cherry, C.R., Cornes, C.L., Mallinger, A.G. y Kupfer, D.J. (1997). Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy? The role of abnormal EEG sleep profiles. *American Journal of Psychiatry*, 154, 502-509.
- Thompson, P.M., Hayashi, K.M., Zubizaray, G., Janke, A.L., Rose, S.E., Semple, J., Herman, D., Hong, M.S., Dittmer, S.S., Doddrell, D.M. y Toga, A.W. (2003). Dynamics of gray matter loss in Alzheimer's disease. *Journal of Neuroscience*, 23, 994-1005.
- Thomsen, P.H. (1996). Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 55-66.
- Thomsen, P.H. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical guidelines. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 1-11.
- Thorell, L.H., Kjellman, B., Arned, M., Lindwall-Sundel, K., Walinder, J. y Wetterberg, L. (1999). Light treatment of seasonal affective disorder in combination with citalopram or placebo with 1-year follow up. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, suplemento 2, S7-S11.
- Thoresen, C.E., Friedman, M., Gill, J.J. y Ulmer, D.K. (1982). The recurrent coronary prevention project: Some preliminary findings. *Acta Medica Scandinavica*, 68, 172-192.
- Thorndike, R.L., Hagen, E.P. y Sattler, J.M. (1986). *The Stanford-Binet intelligence scale: Guide for administration scoring*. Chicago: Riverside.
- Tien, A.Y. y Anthony, J.C. (1990). Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 473-480.
- Tienari, P., Lahti, I., Sorri, A., Naarala, M., Moring, J., Kaleva, M., Wahlberg, K.E. y Wynne, L.C. (1990). Adopted-away off-spring of schizophrenics and controls: The Finnish adoptive family study of schizophrenia. En L. Robins y M. Rutter, editores, *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Tienari, P., Wynne, L.C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., Sorri, A., Wahlberg, K.E., Saarento, O., Seitamaa, M. y Kaleva, M. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia: Implications for family research. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 23, 20-26.
- Tiffany, S.T., Cox, L.S. y Flash, C.A. (2000). Effects of transdermal nicotine patches on abstinence-induced and cue-elicited craving in cigarette smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 233-240.
- Tollefson, G.D., Rampey, A.H., Potvin, J.H., Jenike, M.A., Rush, A.J., Kominguez, R.A., Koran, L.M., Shear, M.K., Goodman, N. y Gerduso, L.A. (1994). A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 559-567.
- Tomb, D.A. y Christensen, D.D. (1987). *Case studies in psychiatry for the house officer*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Toner, B.B., Segal, Z.V., Emmott, S.D. y Myran, D. (2000). *Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome: The brain-gut connection*. Nueva York: Guilford.
- Toomey, R., Lyons, M.J., Eisen, S.A., Xian, H., Chantarujikapong, S., Seidman, L.J., Faraone, S.V. y Tsuang, M.T. (2003). A twin study of the neuropsychological consequences of stimulant abuse. *Archives of General Psychiatry*, 60, 303-310.
- Torgersen, S. (1994). Personality deviations within the schizophrenic spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 90. (suplemento 384), 40-44.
- Torrey, E.F. (1997). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis*. Nueva York: Wiley.
- Torrey, E.E., Bowler, A.E., Taylor, E.H. y Gottesman, I.I. (1994). *Schizophrenia and manic-depressive disorder*. Nueva York: Basic Books.
- Toupin, J., Dery, M., Pauze, R., Mercier, H. y Fortin, L. (2000). Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 333-344.
- Touyz, S.W., Kopec-Schrader, F.M., Vitousek, K. y Manke, R. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Towbin, K.E. y Riddle, M.A. (2002). Obsessive-compulsive disorder. En M. Lewis, editor. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 834-847). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- True, W.R., Heath, A.C., Scherrer, J.E., Xian, H., Lin, N., Eisen, S. A., Lyons, M.J., Goldberg, J. y Tsuang, M.T. (1999). Interrelationship of genetic and environmental influences on conduct disorder and alcohol and marijuana dependence symptoms. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 391-397.
- Tsuang, M.T. y Tohen, M. (2002). *Textbook in psychiatric epidemiology* (segunda edición). Nueva York: Wiley-Liss.
- Turk, D.C. y Gatchel, R.J., editores, (2002). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (segunda edición). Nueva York: Guilford.

- Turk, D.C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., y Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 229-235.
- Tyndale, R.F. (2003). Genetics of alcohol and tobacco use in humans. *Annals of Medicine*, 35, 94-121.

U

- U.S. Census Bureau, Current Population Survey. (2002) *Dropout rates in the United States, 2000*. Bethesda, MD: National Center for Education Statistics.
- Uba, L. (1994). *Asian Americans: Personality patterns, identity, and mental health*. Nueva York: Guilford.
- Ullman, S.E., Karabatos, G. y Koss, M.P. (1999). Alcohol and sexual aggression in a national sample of college men. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 673-689.
- United States Preventive Services Task Force (2002). Screening for depression: Recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136, 760-764.

V

- Vaillant, G.E. (1984). The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry*, 141, 542-545.
- Vaillant, G.E. y Milofsky, E.S. (1982). Natural history of male alcoholism: IV. Paths to recovery. *Archives of General Psychiatry*, 39, 127-133.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weiseth, L., editores, (1996). *Traumatic stress*. Nueva York: Guilford.
- Van Tighem, P. (2001). *The bear's embrace: A story of survival*. Nueva York: Pantheon.
- Vargas, J.S. (1990). B.F. Skinner. The last few days. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 409-410.
- Varma, S.L. y Sharma, I. (1993). Psychiatric morbidity in the first-degree relatives of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 162, 672-678.
- Varney, N.R. y Roberts, R.J., editores, 1999. *The evaluation and treatment of mild traumatic brain injury*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B. y Falloon, I.R.H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- Vaughn, C.E., Verdoux, H., Takei, N., de Saint Mathurin, R.C., Murray, R.M., y Bourgeois, M.L. (1997). Seasonality of birth in schizophrenia: The effect of regional population density. *Schizophrenia Research*, 23, 175-180.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R. y Wallburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Verdoux, H., Takei, N., Cassou de Saint Mathurin, R., Murray, R.M. y Bourgeois, M.L., (1997). Seasonality of birth in schizophrenia: The effect of regional population density. *Schizophrenia Research*, 23, 175-180.
- Vieta, E., Colom, E., Corbella, B., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A., y Gasto, C. (2001). Clinical correlates of psychiatric comorbidity in Bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 3, 253-258.
- Vinh, T. (2000). Students drop into this program. *Seattle Times*, 10 de julio, p. B1.

- Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1990). Self-disclosure in group psychotherapy. En G. Stricker y M. Fisher, editores, *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum.
- Vinogradov, S., Dishotsky, N.I., Doty, A.K. y Tinklenberg, J.R. (1988). Patterns of behavior in adolescent rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 179-187.
- Violanti, J.M., Vena, J.E. y Marshall, J.R. (1996). Suicides, homicides, and accidental death: A comparative risk assessment of police officers and municipal workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 30, 99-104.
- Virag, R. (1999). Indications and early results of sildenafil (Viagra) in erectile dysfunction. *Urology*, 54, 1073-1077.
- Virkkunen, M. (1983). Insulin secretion during the glucose tolerance test in antisocial personality. *British Journal of Psychiatry*, 142, 598-604.
- Vital and Health Statistics (2002). *Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 1997*. (Serie 10, Número 205). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Volavka, J., Crowner, M., Brizer, D., Convit, A., Van Praag, H. y Suckow, R.F. (1990). Tryptophan treatment of aggressive psychiatric inpatients. *Biological Psychiatry*, 28, 728-732.
- Volkmar, F.R. y Cohen, D.J. (1985). The experience of infantile autism: A first-person account by Tony W. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 47-54.
- Volkmar, F.R. y Nelson, D.S. (1990). Seizure disorders in autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 127-129.
- Volkmar, F.R. y Rutter, M. (1995). Childhood disintegrative disorder: Results of the DSM-IV Autism Field Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1902-1905.
- Volkmar, F.R., Szatmari, P. y Sparrow, S.S. (1993). Sex differences in pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 489-507.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Logan, J., Gatley, S.J., Hitzemann, R., Chen, A.D., Dewey, S.L. y Pappas, N. (1997). Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. *Nature*, 386, 830-833.
- Volvaka, J. (1990). Aggression, electroencephalography, and evoked-potentials: A critical review. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 3, 249-259.

W

- Wada, T., Kawakatsu, S., Komatani, A., Nadaoka, T., Okuyama, N. y Otani, K. (1999a). Clomipramine treatment of delusional disorder, somatic type. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 181-183.
- Wada, T., Kawakatsu, S., Komatani, A., Okuyama, N. y Otani, K. (1999b). Possible association between delusional disorder, somatic type, and reduced cerebral blood flow. *Progress in Neuropsychopharmacological and Biological Psychiatry*, 23, 353-357.
- Wadden, T.A., Brownell, K.D. y Foster, G.D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 510-525.
- Wagner, P.S. (1996). Experiencia personal: A voice from another closet. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 399-401.
- Wahlbeck, K., Cheine, M., Essali, A. y Adams, C. (1999). Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 156, 990-999.

- Walker, E.F. y Lewine, R.J. (1990). Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1052-1056.
- Walker, E.F., Savoie, T. y Davis, D. (1994). Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 441-454.
- Wallace, B.C. (1991). *Crack cocaine*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Waller, G. (1994). Childhood sexual abuse and borderline personality disorder in the eating disorders. *Child Abuse and Neglect*, 18, 97-101.
- Vallerstein, J.S. y Kelly, J.B. (1990). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. Nueva York: Basic Books.
- Walsh, E., Buchanan, A. y Farhy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wapner, R., Thom, E., Simpson, J.L., Pergament, E., Silver R., Filkins, K., Platt, L., Mahoney, M., Johnson, A., Hogge, W.A., Wilson, R.D., Mohide, P., Hershey, D., Krantz, D., Zachary, J., Snijders, R., Greene, N., Sabbagha, R., MacGregor, S., Hill, L., Gagnon, A., Hallahan, T. y Jackson, L.; First Trimester Maternal Serum Biochemistry and Fetal Nuchal Translucency Screening (BUN) Study Group. (2003). First-trimester screening for trisomies 21 and 18. *New England of Medicine*, 349, 1405-1413.
- Ward, A., Ramsay, R. y Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Ward, S.R., Chapman, R., Cohn, E., White, S. y Williams, K. (1991). Acquaintance rape and the college social scene. *Family Relations*, 40, 65-71.
- Warren, S.T. y Nelson, D.L. (1991). Advances in molecular analysis of fragile X syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 271, 536-554.
- Wasik, B.H., Ramey, C.T., Bryant, D.M. y Sparling, J.J. (1990). A longitudinal study of two early intervention strategies: Project CARE. *Child Development*, 61, 1682-1696.
- Wasti, S.A. y Cortina, L.M. (2002). Coping in context: sociocultural determinants of responses to sexual harassment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 394-405.
- Watson, J.B. (1925). *Behaviorism*. Nueva York: Norton.
- Wear, S. (1998). *Informed consent* (segunda edición). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Wearden, A. y Appleby, L. (1997). Cognitive performance and complaints of cognitive impairment in chronic fatigue syndrome (CFS). *Psychological Medicine*, 27, 81-90.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Wechsler, D. (1955). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1974). *Selected papers of David Wechsler*. Nueva York: Academic Press.
- Wechsler, D. (1997). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Weinberg, S. (1995). Portraits of the mental patient as inspired artist. *New York Times Magazine*, 6 de agosto, 42-43.
- Weinberg, T.S. (1978). Sadism and masochism: Sociological perspectives. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 6, 284-295.
- Weinberg, T.S. y Falk, G. (1980). The social organization of sadism and masochism. *Deviant Behavior*, 1, 370-393.
- Weinberg, T.S., Williams, C.J. y Moser, C. (1984). The social constituents of sadomasochism. *Social Problems*, 31, 379-389.
- Weiner, D.B. (1979). The apprenticeship of Philippe Pinel: A new document, "Observations of Citizen Pussin on the Insane." *American Journal of Psychiatry*, 136, 1128-1134.
- Weiner, D.B. (1992). Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: A fundamental text of modern psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 149, 725-732.
- Weiner, M.F. y Lipton, A.M., editores, (2003). *The dementias: Diagnosis, treatment, and research* (tercera edición). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weingarten, K. (2003). *Common shock: Witnessing violence every day*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weinstein, R.S. (2002). Overcoming inequality in schooling: A call to action for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 30, 21-42.
- Weiss, G. y Hechtman, L.T. (1993). *Hyperactive children grown up*. Nueva York: Guilford.
- Weiss, M., Hechtman, L.T. y Weiss, G. (1999). *ADHD in adulthood*. Baltimore, MD: Johns Hopkins.
- Weiss, R. (1993). Promising proteins for Parkinson's. *Science*, 260, 1072-1073.
- Weiss, R.D. y Mirin, S.M. (1987). *Cocaine*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weissman, M.M. (1990). Panic and generalized anxiety: Are they separate disorders? *Journal of Psychiatric Research*, 24, 157-162.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., Newman, S.C., Oakley-Browne, M.A., Stipic, M.R., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U. y Yeh, E.K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.-K., Lellouch, J., Leppine, J.-P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H. U. Lee, P.J., Wittchen, H.-U. y Yeh, E.-K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-299.
- Weissman, M.M., Gershon, E.S., Kidd, K.K., Prusoff, B.A., Leckman, J.F., Dibble, E., Hamovit, J., Thompson, W.D., Pauls, D.L. y Guroff, J.J. (1984). Psychiatric disorder in the relatives of probands with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41, 13-21.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C. y Klerman, G.L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Weisz, J.R. y Weiss, B. (1989). On "dropouts" and "refusers" in child psychotherapy: Reply to Garfield. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 170-171.
- Weisz, J.R. y Weiss, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Nueva York: Sage.
- Weisz, J.R., Huey, S.J. y Weersing, V.R. (1995). Psychotherapy outcome research with children and adolescents: The state of the art. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz, editores, *Advances in*

- Clinical Child Psychology*, 20 (pp. 49-91). Nueva York: Plenum.
- Weitof, G.R., Hjern, A., Haglund, B. y Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: A population-based study. *The Lancet*, 361, 289-295.
- Welch, S.L., Doll, H.A. y Fairburn, C.G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515-522.
- Weller, E.B., Weller, R.A. y Sanchez, L.E. (2002). Bipolar disorder in children and adolescents: En M. Lewis, editor, *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 782-791). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, A., Robers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. y Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.
- Weltzin, T.E., Hsu, L.K.G. y Kaye, W.H. (1990). *An open trial of fluoxetine in anorexia nervosa: Maintenance of body weight and reduction of obsessional features*. Resumen presentado en la Fourth International Conference on Eating Disorders, Nueva York, 28 de abril.
- Wenar, C. y Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology* (cuarta edición). Boston: McGraw-Hill.
- Wender, P.H., Wolf, L.E. y Wasserstein, J. (2000). Adults with ADHD. *Annals of the New York Academy of Science*, 931, 1-16.
- Wenz-Gross, M. y Siperstein, G.N. (1996). The social world of preadolescents with mental retardation: social support, family environment and adjustment. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31, 177-187.
- Werdegar, D., Sokolow, M., Perloff, D.B., Riess, F., Harris, R.E., Singer, T. y Blackburn, H.W., Jr. (1967). Portable recording of blood pressure: A new approach to assessments of the severity and prognosis of hypertension. *Transactions of the Association of Life Insurance Medical Directors of America*, 51, 93-173.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werry, J.S. y Andrews, L.K. (2002). Psychotherapies: A critical overview. En M. Lewis, editor, *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 1078-1083). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychologically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.
- Whalen, C.K., y Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADHD) children. *Clinical Psychology Review*, 5, 447-478.
- Wheeler, J. y Carlson, C.L. (1994). The social functioning of children with ADD with hyperactivity and ADD without hyperactivity: A comparison of their peer relations and social deficits. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 2-12.
- Whitehead, W.E., Blackwell, B. y Robinson, A. (1978). Effects of diazepam on phobic avoidance behavior and phobic anxiety. *Biological Psychiatry*, 13, 59-64.
- Whitfield, K.E., Weidner, G., Clark, R. y Anderson, N.B. (2002). Sociodemographic diversity and behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 463-481.
- Wicks-Nelson, R., e Israel, A.C. (2003). *Behavior disorders of childhood* (quinta edición). Upper Saddle River, NJ: Prentice hall.
- Widom, C.S. (1978). A methodology for studying noninstitutionalized psychopaths. En R.D. Hare y D.A. Schalling, editores, *Psychopathic behavior: Approaches to research*. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Widom, C.S. (1989). Does violence beget violence: A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.
- Widom, C.S. y Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9, 34-46.
- Wikler, L.M. (1986). Periodic stresses of families of older mentally retarded children: An exploratory study. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 703-706.
- Wikler, L.M., Wasow, M. y Hatfield, E. (1981). Chronic sorrow revisited. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 63-70.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Bonus, J., Howes, M.J., Kanes, J., Pope, H.G., Jr., Rounsaville, B. y Wittchen, H.U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.
- Williams, L., Newton, G., Roberts, K., Finlayson, S. y Brabbins, C. (2002). Clozapine-resistant schizophrenia: A positive approach. *British Journal of Psychiatry*, 181, 184-187.
- Willick, M.S. (1994). Schizophrenia: A parent's perspective—Mourning without end. En N.C. Andreasen, editor, *Schizophrenia from mind to molecule* (pp. 5-20). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Willoughby, M.T. (2003). Developmental course for ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: A review with recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 88-106.
- Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behavior Research and Therapy*, 34, 295-314.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.C., Agras, W.S., Walsh, B.T. y Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 267-274.
- Wilson, I., Griffin y Wren, B. (2002). The validity of the diagnosis of gender identity disorder (child and adolescent criteria). *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7, 335-351.
- Wilson, J.P. y Keane, T.M. (1997). *Assessing psychological trauma and PTSD*. Nueva York: Guilford.
- Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneid, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A. y Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, 287, 742-748.
- Winez, J.P. y Carey, M.P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment* (segunda edición). Nueva York: Guilford Press.
- Wing, L. (1997). The autistic spectrum. *Lancet*, 350, 1761-1766.
- Winokur, G., Coryell, W., Akiskal, H.S., Endicott, J., Keller, M. y Mueller, T. (1994). Manic-depressive (bipolar) disorder: The course in light of a prospective ten-year follow-up of 131 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 112-110.

- Winokur, G., Coryell, W., Keller, M., Endicott, J. y Leon, A. (1995). A family study of manic-depressive (Bipolar I) disease. *Archives of General Psychiatry*, 52, 367-373.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, M.A.L., y Muran, J.C. (1994). Short term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.
- Wintemute, G.J., Parham, C.A., Beaumont, J.J., Wright, M. y Drake, C. (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, 341, 1583-1589.
- Wise, T.N. (1985). Fetishism-etiology and treatment: A review from multiple perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 249-257.
- Wolf, S. y Bruhn, J.G. (1993). *The power of clan: The influence of human relationships on heart disease*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Wolfe, D.A., Sandler, J. y Kaufman, K. (1981). Competency-based parent training program for child abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 633-640.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Baumgaertel, A. y Feurer, I.D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a country wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 162-168.
- Wong, M.D., Shapiro, M.F., Boscardin, W.J. y Ettner, S.L. (2002). Contribution of major diseases to disparities in mortality. *New England Journal of Medicine*, 347, 1585-1592.
- Wood, J.J., McLeod, B.D., Sigman, M., Hwang, W.C. y Chu, B.C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151.
- Woodman, C.C., Noyes, R., Black, D.W., Schlosser, S. y Yagla, S.J. (1999). A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 3-9.
- Woolf, L. (1964). *Beginning again: An autobiography of the years 1911 to 1918*. Nueva York: Harcourt.
- Woolf, V. (1978). *The letters of Virginia Woolf*. N. Nicholson y J. Trautman, editores. Nueva York: Harcourt.
- Work Group on Borderline Personality. (2001). Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Supplement to the American Journal of Psychiatry*, 158.
- Wulff, S.B. (1985). The symbolic and object play of children with autism: A review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 139-147.
- Wyatt, R.J., Henter, I., Leary, M.C. y Taylor, E. (1995). An economic evaluation of schizophrenia-1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 196-205.
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to PTSD. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 34-39.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115, 28-54.
- Young, J.E., Beck, A.T. y Weinberger, A. (1993). Depression. En D.H. Barlow, editor, *Clinical handbook of psychological disorders* (segunda edición)(pp. 240-277). Nueva York: Guilford.
- Young, M. A., Fogg, L.F., Scheftner, W.A. y Fawcett, J.A. (1994). Interactions of risk factors in predicting suicide. *American Journal of Psychiatry*, 151, 434-435.

Z

- Zadra, A. y Donderi, D.C. (2000). Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 273-281.
- Zamorski, M.A. y Albucher, R.C. (2002). What to do when SSRIs fail: Eight strategies for optimizing treatment of panic disorder. *American Family Physician*, 66, 1477-1484.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, E.R., Hannen, J. y Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L.C., Grilo, C.M., Shea, M.T., McGlashan, T.H. y Gunderson, J.G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.
- Zeitlin, H. (1986). *The natural history of psychiatric disorder in children*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Zetlin, A.G. y Turner, J.L. (1985). Transition from adolescence to adulthood: Perspectives of mentally retarded individuals and their families. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 570-579.
- Zigler, E. (1995). Can we "cure" mild mental retardation among individuals in the lower socioeconomic stratum? *American Journal of Public Health*, 85, 302-304.
- Zigler, E. y Burack, J.A. (1989). Personality development and the dually diagnosed person. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 225-240.
- Zigler, E., y Hodapp, R.M. (1991). Behavioral functioning in individuals with mental retardation. *Annual Review of Psychology*, 42, 29-50.
- Zimmerman, M. y Mattia, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.

Créditos de las fotografías

Fotografías

Capítulo 1: p. 2, Spots on the Spot; p. 3, The Spokesman-Review/© The Spokesman-Review 2001; p. 8, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 2002 Sam Gross de cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 9, Kunstmuseum Bern/Adolf Wolfli (1864-1930) con papel trumpet. ©Adolf Wolfli Foundation, Museum of Fine Arts de Berna, Suiza; p. 9, Kunstmuseum Bern/Adolf Wolfli (1864-1930) "The Herdsman-Rose of Australia" 1911, Bleistift y Farbstift (lápiz en lápiz de color), 49.9 × 37.5 cm. A9243-58. © Adolf Wolfli Foundation, Museum of Fine Arts en Berna, Suiza; p.11 (arriba), Kal Muller/Woodfin Camp & Asociados; p. 11 (abajo), Kjell B. Sandvev/Visuals Unlimited; p. 13, The Granger Collection; p. 14, Denver Art Museum/Girolamo Di Benvenuto "St. Catherine of Siena Exorcising a Possessed Woman", C. 1500-1510. Colección del museo de arte de Denver: donación de Samuel H. Kress Foundation Collection. 1961.171© Denver Art Museum 2001; p. 16 (arriba), Getty Images Inc.-Hulton Archive Photos; p. 16, Wellcome Trust Medical Photographic Library, Londres; p. 17, National Library of Medicine; p. 18 (arriba), The Granger Collection; p. 18 (abajo), National Library of Medicine; p. 24, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 202 David Sipress del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 30, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1985 Robert Mankoff del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 32, Sidney Harris/© 2005 por Sidney Harris; p. 36 (abajo/izquierda), Harlow Primate Laboratory/University of Wisconsin/University of Wisconsin, Harlow Primate Laboratory; p. 36 (abajo/derecha), Harlow Primate Laboratory/University of Wisconsin/University of Wisconsin, Harlow Primate Laboratory.

Capítulo 2: p. 44, The Image Bank/Getty Images Inc.-Image Bank/Jac Depczyk/Image Bank/Getty-Images; p. 50 (arriba), fotografía de Bob Sacha; p. 57 (arriba), Raymond Meier, Inc.; p. 57, Marcus E. Raichle, M.D./Marcus E. Raichle, M.D., Washington University Medical Center; p. 61 (arriba), Corbis/Bettmann; p. 63, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1983 Roz Chast del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 68, Yvonne Hemsey/Getty Images, Inc.-Liaison; p. 70, Laura Dwight/PhotoEdit; p. 71, L.A. Cicero/Stanford University News Service; p. 72, Sal DiMarco Jr./New York Times Pictures; p. 75, Carl Rogers Memorial Library; p. 77, Katharina Vesely/Viktor Frankl Institute/© Katharina Vesely/Viktor Frankl Institute Viena 1994; p. 80 (arriba), AP/Wide World Photos; p. 80 (abajo), Tony Freeman/PhotoEdit; p. 81, James Shaffer/PhotoEdit; p. 82, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 2002 Henry Martin del cartoonbank.com. Derechos RReservados.

Capítulo 3: p. 86, David Williams/Illustration Works/Getty Images Inc.-Illustration Works, Inc.; p. 96, Cartoon Features Syndicate/del The Wall Street Journal, con autorización del Cartoon Features Syndicate; p. 98, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1987 Ed Frascino del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 105, Michael Newman/FotoEdit; p. 106, David E. Dempster/Pearson Educación/PH College; p. 108, Hill Bachmann/Index Stock Imagery, Inc.; p. 109, Bruce Ayres/Getty Images Inc.-Stone Allstock; p. 110, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1996 Bruce Eric Kaplan del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 115, Photo Researchers, Inc.; p. 117, Cartoon Features Syndicate/Roy Delgado del The Wall Street Journal, con autorización del Cartoon Features Syndicate; p. 119, Michael Newman/PhotoEdit.

Capítulo 4: p. 126, Images.com/CORBIS Images.com/© Images.com/CORBIS; p. 131, Spencer Grant/PhotoEdit; p. 136, David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 143, Lew Merrim/Photo Researchers, Inc.; p. 143, Jim Whitmer/Pearson Educación/PH College; p. 148 (izquierda), Ken Karp/Pearson Educación/PH College; p. 148 (derecha), Bob

Daemmrigh/Stock Boston; p. 148, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1989 Roz Chast del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 149, Harvard University Press/reimpreso con autorización de los editores para Henry A. Murray, PRUEBA DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, copyright © 1943 por el presidente y miembros de la junta rectora de Harvard College, © 1971 por Henry A. Murray; p. 151 (arriba/izquierda), Spencer Grant/PhotoEdit; p. 151 (arriba/derecha), Richard Hutchings/PhotoEdit; p. 151, Ron Chapple/Getty Images, Inc.-Taxi/Taxi/Getty Images.

Capítulo 5: p. 156, Robert E. Mates/Galería Bernice Steinbaum/Jaune Quick-to-See-Smith (n. 1940) "Tree of Life" 1986, óleo sobre tela, 66 × 48 pulgadas. Museo de la ciudad de Jersey. Donación del Dr. Daniel Fishkoff y Sra., 1995. Cortesía del museo de la ciudad de Jersey; p. 157, Lynn Donaldson Photography/New York Times, 21 de junio de 2002, p. 14, edición nacional; p. 160, Reuters/Corbis/Bettmann; p. 164, Fred R. Conrad/The New York Times; p. 165, Nicole Bengiveno/The New York Times; p. 168, AP/Wide World Photos; p. 173, Jim Sugar/Corbis/Bettmann.

Capítulo 6: p. 182, Images.com/CORBIS Images.com/© por Jim Borgman. Reimpreso con autorización del Cincinnati Enquirer/King Features Syndicate; p. 186 (arriba), Gail Meese; p. 186, Galen Rowell/Corbis/Bettmann/© Galen Rowell/Corbis; p. 189, Jaime Francis, AP/Wide World Photos; p. 193, Reuters/Mike Segar/Corbis/Bettmann/*New York Times Magazine*, 10 de enero de 1999; p. 196 (abajo), Michael A. Schwarz Photography, Inc.; p. 196, Pat Doyle/Corbis/Bettmann/© Pat Doyle/Corbis; p. 199, Dean Rutz/Seattle Times; p. 200 (izquierda), John Easton; p. 200 (derecha), New York Times Pictures; p. 201, Michal Heron Photography; p. 211, Joan C. Fahrenthold/AP/Wide World Photos/*Seattle Times*, 10 de marzo de 1994, p. A3.

Capítulo 7: p. 218, Getty Images-Photodisc/Roz Woodward/Photodisc Red/Getty Images, Inc.; p. 220, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 2002 David Sipress del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 222, Gabe Palmer/Corbis/Bettmann; p. 223 (izquierda), Art Resource, N.Y.; p. 224 (izquierda), Pierre Boulat/COS/Woodfin Camp & Asociados; p. 224 (derecha), Robert Goldstein/Photo Researchers, Inc.; p. 228, AP/Wide World Photos; p. 230 (derecha), William West, Agence France-Presse; p. 230 (izquierda), Al Bello, Allsport Photography (Estados Unidos), Inc.

Capítulo 8: p. 236, J.G. Berizzi/RMN/Art Resource, N.Y./Pablo Picasso (1881-1973) "The Kiss", 1925, óleo sobre tela, 130.5 × 97.7. Photo J.G. Berizzi. Musée Picasso, París, Francia. Reunion des Musées Nationaux/Art Resource, NY. © 2002 Estate of Pablo Picasso/Artists Rights Society (ARS), Nueva York; p. 240, Cartoon Features Syndicate/Chon Day del Wall Street Journal con autorización del Cartoon Features Syndicate; p. 242, AP/Wide World Photos; p. 246, Columbus Museum of Art/George Tooker (norteamericano, n. 1920) "Cornice" alrededor de 1949, pintura al temple sobre panel, 24 × 15 1/2. Columbus Museum of Art, Ohio: Museum Purchase, Howald Fund II. 1980.026; p. 247, Jimi Lott/Seattle Times/Jimi Lott. Copyright © 1996 Seattle Times. Derechos RReservados; p. 248, Aaron Lee Fineman, New York Times Pictures; p. 251, Michael Caulfield/AP/Wide World Photos; p. 254, Michael Lutzky/Washington Post Writers Group/fotografía de Michael Lutzky. © 2000, The Washington Post. Reimpreso con autorización.

Capítulo 9: p. 270, Giovanopoulos/"Mona Lisa" 1988 Paul Giovanopoulos; p. 274, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1998 Robert Weber del cartoonbank.com. Derechos

RReservados; p. 280, Nancy Sheehan/PhotoEdit; p. 282, Nancy Sheehan/PhotoEdit/Playboy, febrero de 1979. © 1979 por Playboy. Reproducido con autorización especial de la revista Playboy; p. 286 (abajo/izquierda), Peter Schaaf/photo © Meter Schaaf; p. 288 (arriba/izquierda), UPI/Corbis/ Bettmann; p. 288 (arriba/centro), Henry Grossman/Getty Images/Time Life Pictures/Henry Grossman, Life Magazine. © TimePix; p. 288 (arriba/derecha), Irwin G. Sarason; p. 291, Reuters America LLC; p. 292 (derecha), AP/Wide World Photos; p. 292, departamento de policía de la ciudad de Bellevue, departamento de policía de Washington; p. 295, Earl & Nazima Kowall/Corbis/Bettmann; p. 296, AP/Wide World Photos.

Capítulo 10: p. 302, "Mona Lisa" 2005 Paul Giavanopoulos; p. 305 (izquierda), Roy Delgado/Barron's, 11 de septiembre de 2000, p. 55. Caricatura de Roy Delgado; p. 305 (derecha), Nick Downes/Barron's, 11 de septiembre de 2000, p. 57. Caricatura de Nick Downes; p. 308, Meter Turnley/Corbis/Bettmann; p. 311, Jeff Greenberg/PhotoEdit; p. 313, Harley L. Schwadron/Harley Schwadron; p. 318, Heather Hawley/Marsha M. Linehan, Ph.D., ABPP/fotografía cortesía del Dr Linehan. © Heather Hawley; p. 320, Vinnie Fish/Black Star; p. 325, Laima E. Druskis/Pearson Educación/PH College.

Capítulo 11: p. 330, Matilda Harrison/Illustration Works/Getty Images Inc.-Illustration Works, Inc.; p. 334, Kevin Lamarque/Reuters America LLC; p. 338, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1992 Mike Twohy del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 341, Whitney Museum of American Art/Jacob Lawrence (n. 1917), "Depression", 1950, pintura al temple sobre papel, 220 × 30 1/2 pulgadas (55.9 × 77.5 cm). Regalo de David M. Solinger. Photo Copyright © 1997: Whitney Museum of American Art, Nueva York. Colección del Whitney Museum of American Art, Nueva York; p. 346, Cartoon Features Syndicate/del The Wall Street Journal, con autorización de Cartoon Features Syndicate; p. 348 (abajo/izquierda), AP/Wide World Photos; p. 348 (abajo/derecha), Rick Friedman/Corbis/Bettmann; p. 350, Cartoon Features Syndicate/del The Wall Street Journal, con autorización de Cartoon Features Syndicate; p. 354 (izquierda), Alexander Gardner/Corbis/Bettmann; p. 354 (derecha), colección Hulton-Deutsch/Corbis/Bettmann; p. 357, Art Resource/The Museum of Modern Art/Vincent Van Gogh (1853-1890), "The Starry Night", 1889, óleo sobre tela, 29 _ 36 1/4. Adquirido por el Lillie P. Bliss Bequest (472.1941). El Museum of Modern Art. Digital Image © The Museum of Modern Art/autorizado por SCALA/Art Resource, NY; p. 358 (izquierda), AP/Wide World Photos; p. 358 (derecha), Corbis/Bettmann; p. 367, Keith Meyers/New York Times Pictures.

Capítulo 12: p. 372, SuperStock Inc./Diana Ong "Conversión". SuperStock; p. 376 (izquierda), The Granger Collection; p. 376 (centro), Corbis/Bettmann; p. 376 (derecha), Archiv Der Universitat Heidelberg/centro de información alemana; p. 379, Mario Cabrera/AP/Wide World Photos; p. 381 (arriba), George Ruhe/New York Times Pictures/George Ruhe/The New York Times; p. 381 (abajo), George Ruhe/New York Times Pictures/George Ruhe/The New York Times; p. 386 (arriba), Bethesda Department of Health and Human Services; p. 386, Monte S. Buchsbaum, M.D./Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 387 (arriba/izquierda), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 387 (arriba/centro), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 387 (arriba/derecha), Bethesda Department of Health and Human Services; p. 387 (abajo/izquierda), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 387 (abajo/derecha), Bethesda Department of Health and Human Services; p. 388 (arriba/izquierda), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 388 (arriba/centro), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 388 (abajo/izquierda), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 388

(abajo/derecha), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 390, Dr. E.F. Walker, departamento de psicología, Emory University; p. 391, Daniel R. Weinberger, M.D.; p. 392 (arriba/abajo), Hank Morgan/Rainbow.

Capítulo 13: p. 412, SuperStock, Inc./Diana Ong "Conversion". SuperStock; p. 415 (izquierda/derecha), Jim Berry/Seattle Times; p. 420, Jim Whitmer Photography; p. 423 (arriba), George Musil/Visuals Unlimited/Lopera y otros, 1997; p. 423 (abajo) Paul Thompson, University of California; Los Angeles; p. 425, The Massachusetts Medical Society/reimpreso del THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (ISSN 0028-4793) volumen 343:453 (17 de agosto de 2000). Copyright © 2000 Massachusetts Medical Society. Derechos Reservados. Impreso en Estados Unidos. Fax (781) 893-8103 www.nejm.org; p. 426, Lynn Jonson/Black Star; p. 427, Mark J. Terrill/AP/Wide World Photos; p. 429, Steve Uzzell, III; p. 430, Mark Peterson/Corbis/SABA Press Photos, Inc.; p. 432, AP/Wide World Photos; p. 433, AP/Wide World Photos.

Capítulo 14: p. 440, CORBIS Images.com/© Images.com/CORBIS; p. 443, David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 451, Digital Vision Ltd./© 2004 Digital Vision (R)Ltd; p. 455, cortesía de Andrew Sheehan; p. 456, Sybil Shackman/Sybil Shackman; p. 460, Pearson Educación/PH College; p. 467, Drug Enforcement Administration; p. 469, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1985 con J.B. Handelsman del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 470, Billy E. Barnes/Stock Boston/Alcool, Drug Abuse, and Mental Administration News, mayo-junio de 1992, p. 6; p. 473, AP/Wide World Photos.

Capítulo 15: p. 478, Milton Dacosta "Menina Ajoelhada". Photograph, © 2005 Christie's Images; p. 492 (arriba), Jeff Greenberg/PhotoEdit; p. 497 (izquierda), Michael Newman/PhotoEdit; p. 498, Laura Dwight Photography/Copyright 2004 Laura Dwight Photography. Derechos Reservados; p. 500, AP/Wide World Photos; p. 507 (izquierda), Laima Druskis/Stock Boston; p. 507 (derecha), Bob Daemmrich/Stock Boston; p. 508, M. Siluk/The Image Works; p. 509, Howard Robinson (1991), p. 224.

Capítulo 16: p. 514, Stock Illustration Source, Inc.; p. 518, Rosalie Winard/Rosalie Winard Photography/© 1994 Rosalie Winard. Derechos Reservados; p. 519, Tom Reese/Seattle Times; p. 521, K.S. Art; p. 523 (arriba/abajo), Julie Osterling y Geraldine Dawson/Irwin G. Sarason; p. 527 (izquierda/derecha), Allan Grant Productions; p. 534, Dorothy Wilding/John F. Kennedy Library/fotografía de Dorothy Wilding de la biblioteca de John F. Kennedy; p. 535, CDMRC Outlook/University of Washington CHDD; p. 536 (izquierda), Schience VU/Visuals Unlimited; p. 536 (derecha), Dr. Stephen Warren/utilizado con autorización de Warren & Nelson (JAMA, 2/16/94, 271:536-542) Copyright 1994, American Medical Association; p. 537, Chris Maynard/The New York Times, 20 de marzo de 1994, p. 13; p. 538, J. Patrick Kesslak, University of California, Irvine; p. 539 (izquierda), Fetal Alcohol & Drug Unit (FAS)/del "The Broken Cord" por Michael Dorris, Nueva York: Harper & Row, 1989. Fotografía cortesía de Ann Streissguth/Fetal Alcohol & Drug Unit; p. 579 (centro), Fetal Alcohol & Drug Unit (FAS)/del "The Broken Cord" por Michael Dorris, Nueva York: Harper & Row, 1989. fotografía cortesía de Ann Streissguth/Fetal Alcohol & Drug Unit; p. 539 (derecha), Fetal Alcohol & Drug Unit (FAS)/del "The Broken Cord" por Michael Dorris, Nueva York: Harper & Row, 1989. Fotografía cortesía de Ann Streissguth/Fetal Alcohol & Drug Unit; p. 541, Richard Megna/Fundamental Photographs; p. 543, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 2000 Roz Chast del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 545, Bill Aron/PhotoEdit.

Capítulo 17: p. 550, Christie's Images Inc./Alejandro Xul Solar "Paisaje (Cinco Pagodas)". Photograph Christies Images. © Alejandro Xul Solar; p. 553 (arriba/izquierda), Comstock Images; p. 553 (arriba/derecha), F.

Paolini/Corbis/Sygma; p. 553 (abajo), Jacques Chenet/Woodfin Camp & Asociados; p. 555 (izquierda), Alon Reininger/Woodfin Camp & Asociados; p. 562, Bob Daemrich/Stick Boston; p. 563, James Wilson/Woodfin Camp & Asociados; p. 564, Mike Salisbury/*The Olympian*, 15 de noviembre de 1999, p. A5; p. 565, Ellen M. Banner/Seattle Times; p. 567, Jim Estrin/New York Times Pictures; p. 569, Cole Porter/Seattle Times; p. 570 (izquierda), Corbis/Bettmann; p. 570 (derecha), Larry Rubenstein/Corbis/Bettmann; p. 571, Cartoon Features Syndicate/del Wall Street Journal con autorización del Cartoon Features Syndicate; p. 572 (izquierda), Reuters America LLC; p. 572 (derecha), Mike Stewart/Corbis/Sygma; p. 573, Reuters America LLC.

Recuadros/tablas/figuras

Capítulo 1: Recuadro 1-1, como se ve en DEAR ABBY, de Abigail Van Buren, a.k.a. Jeanne Phillips y fundada por su madre Pauline Phillips. © 1999 Universal Press Syndicate. Reimpreso con autorización. Derechos Reservados. Figura 1.13, Adaptación de Benton, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.C., Newton F.B. y Benton, S.L. (2003). Cambios en el centro de asesoramiento de problemas de clientes durante 13 años. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 66-72.

Capítulo 3: Figura 3.3, M.L. Smith y otros (1980), p. 88. Recuadro 3-1, basado en personas (1992).

Capítulo 4: Figura 4.3, Adaptación de Maccoby, E. y Maccoby, N. (1954). La entrevista: una herramienta de la ciencia social. En G. Lindzey, editor, *Handbook of social psychology*, pp. 449-487. Cambridge, MA: Addison-Wesley. Figura 4.5a, de la prueba visomotora Gestalt de Bender, publicada por American Orthopsychiatric Association. Figura 4.5b, Lacks, VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN CEREBRAL BENDER GESTALT; copyright © 1984 John Wiley & Sons. Este material fue utilizado con autorización de John Wiley & Sons, Inc. Figura 4.12, gráfica de Werdega y otros, 1967, p. 103. Figura 4.13, Abrams, 1973, p. 95.

Capítulo 5: Tabla 5.4, American Psychiatric Press.

Capítulo 6: Tabla 6.1, Adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 6.3, Adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 6.4, Cavanaugh y Lemberg, 1999. Figura 6.4, basada en Berkman, 2002, p. 5. Figura 6.9, basada en Berkman, 2002. Figura 6.14, basada en Kneip y otros, 1993. Figura 6.15, adaptación de Ruberman y otros, 1984, p. 555. Reimpreso con autorización del *New England Journal of Medicine*. Figura 6.15, Copyright © 1984 Massachusetts Medical Society. Derechos Reservados. Figura 6.16, WALL STREET JOURNAL. Edición en el este por Winslow. Copyright 2002 de Dow Jones & Co., Inc. Reproducción con autorización de Dow Jones & Co., Inc en formato de libro de texto por el Copyright Clearance Center. Figura 6.17, adaptación de Agrad, Taylor, Kraemer, Allen y Schneider, *Archives of General Psychiatry*, 37, p. 861. © the American Medical Association.

Capítulo 7: Tabla 7.4, Cambridge University Press. Figura 7.5, basada en M.E. Cohen y otros, 1953.

Capítulo 8: Tabla 8.6, basada en D.J. Anderson, Noyes y Crowe (1984). Figura 8.6, Fink y otros (1996), p. 206. Tabla 8.12, *Hospital & Community Psychiatry*, volumen/edición 37 por Horowitz. Copyright 1986 de American Psychiatric Press. Tabla 8.13, Mezzich, Ahn, Febrega y Pilkonis, "Patterns of Psychiatric Comorbidity in a large population presenting for care", en J.D. Maser y C.R. Cloninger, editores, *Comorbidity in Anxiety and Mood Disorders*, © 1990, p. 194. Tabla 8.15, basada en Mezzich y otros (1990).

Capítulo 9: Tabla 9.1, Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. y Michaels, S. (1994) THE SOCIAL ORGANIZATION OF SEXUALITY. Chicago University of Chicago Press. Tabla 9.2 Laumann,

E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. y Michaels, S. (1994) THE SOCIAL ORGANIZATION OF SEXUALITY. Chicago University of Chicago Press. Tabla 9.3, Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. y Michaels, S. (1994) THE SOCIAL ORGANIZATION OF SEXUALITY. Chicago University of Chicago Press. Figura 9.9, Brownell, Hayes & Barlow, "Patterns of appropriate and deviant sexual arousal: the behavioral treatment of multiple sexual deviations", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45, pp. 1144-1155. Copyright 1977 de American Psychological Association. Reimpreso con autorización.

Capítulo 10: Tabla 10.10, de Gunderson, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD FRONTERIZA, p. 86, © 1984. Tabla 10.11, odisea de Sylvia Frumkin como un paciente mental crónico 1963-1980, de A.E. Moran, R.I. Freedman y S.S. Shafstein, "The Journey of Sylvia Frumkin: A case study for policymakers", *Hospital and Community Psychiatry* 35, pp. 887-893, © 1994. Tabla 10.12, basada en Skodal y otros, 2002a. Tabla 10.13, basado en Skodal y otros, 2002b. Tabla 10.15, Widom (1978).

Capítulo 11: Tabla 11.1, *Vital and Health Statistics*, 2002. Figura 11.2, Gershon, E.S., Berrettini, S.H. y Goldin, L.R. (1989). Trastornos del estado de ánimo: aspectos genéticos. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5/e. Baltimore: Williams y Wilkins. Tabla 11.3, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 11.3, Kessler y otros, 2003. Figura 11.4, de Weismann y otros, *Journal of the American Medical Association*, 276, p. 298. © 1996 The American Medical Association. Tabla 11.5, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 11.6, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 11.6, Keller y otros (1995). Figura 11.8, adaptación de Jacobs (1994). Tabla 11.7, Adaptación de Campbell y Gillin (1987). Figura 11.9, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, por Schwartz, Brown, Wehr y Rosenthal. Copyright 1996 por American Psychiatric Association (J). Reproducción con autorización de la American Psychiatric Association (J) en formato o de libro de texto por Copyright Clearance Center. Tabla 11.9, reimpresión de TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS EMOCIONALES, de Aaron Beck, con autorización del International Universities Press, NY: Tabla 11.10, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 11.11, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 11.12, M. Fink (2000). Electroshock Revisited. *American Scientist*, 88, p. 165. Tabla 11.12, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 11.13, Oxford University Press. Recuadro 11-3, basado en Butterfield 1996, p. 104. Figura 11.19, *The New York Times*, 12 de abril de 1996, p. 10Y. Gráfica de Rebecca Hagelen. Figura 11.21, Nacional Center for Health Statistics, 2000.

Capítulo 12: Tabla 12.3, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 12.5, reimpreso del *Journal of Psychiatric Research*, volumen 21, M. Baron y N. Risch, "The Spectrum Concept of Schizophrenia: Evidence for a Continuum", pp. 257-267 copyright 1987, con autorización de Elsevier. Tabla 12.8, basada en Sadock & Sadock, 2003, p. 482. Tabla 12.10, basada en Liberman y Corrigan (1993), p. 246. Figura 12.10, de Mednick, Machon, Huttunen y Bonett, *Archives of General Psychiatry* 45, p. 189-192. © 1988 The American Medical Association. Tabla 12.11, basada en Liberman y Corrigan (1993), p. 242. Figura 12.12, de Green, LA ESQUIZOFRENIA DESDE LA PERSPECTIVA NEUROCOGNITIVA. Publicada por Allyn y Bacon, Boston, MA. Copyright © 1998 por Pearson Educación. Reimpreso con autorización del editor. Figura 12.16, adaptación de Tienari y otros (1990), p. 327. Figura 12.17, adaptación de Finkelstein y otros (1997), pp. 203-212. Figura 12.18, de Levy y otros (1993), pp. 461-536. Figura 12.19, de Hogarty y otros (1997b), p. 1510. Recuadro 12-3, extracto todos adaptados del *Psychiatric News*, 17 de marzo de 1989, pp. 2, 23.

Capítulo 13: Recuadro 13-1, basado en el *Seattle Times*, 15 de marzo de 1991, pp.A1, A3. Tabla 13.1, American Psychiatric Press. Tabla 13.4, basada en Heston y White (1990).

Capítulo 14: Figura 14.3, *Archives of General Psychiatry*, 39, 127-133. © 1982 por el American Medical Association. Figura 14.8, Stephens, Roffman y Simpson, "Treatment Adult Marijuana Dependence: a test of the relapse prevention model", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, pp. 97. Copyright © 1994 por el American Psychological Association. Reimpreso con autorización. Figura 14.9, Plenum Books. Figura 14.9. Wesson y Smith. Tabla 14.10, DSM-IV-TR. Tabla de 14.13, adaptación del DSM-IV-TR.

Capítulo 15: Figura 15.2, P. Cohen y otros (1993b), p. 858. Figura 15.3, P. Cohen y otros (1993b), p. 859. Tabla 15.3, Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999. Figura 15.5, P. Cohen y otros (1993b), p. 859. Tabla 15.4, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 15.6, Copyright 1993 por la National Association of School Psychologists. Adaptación con autorización del editor. Figura 15.7, P. Cohen y otros (1993b), p. 856. Tabla 15.8, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 15.10, W. Stewart Agres, MD y otros, "One-year follow-up of Psychosocial and Pharmacologic Treatments for Bulimia Nervosa", *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(5) pp. 179-183. Tabla 15.11, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 15.12, adaptación de Thomsen (1998), p. 3. Tabla 15.13, adaptación de Kronenberger y Meyer, 1996. Tabla 15.14, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 15.15, Adaptación del DSM-IV-TR.

Capítulo 16: Tabla 16.2, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 16.1, adaptación de Dissanayake y Crossley (1996). Tabla 16.3, adaptación de Filipek y otros (1999), p. 452. Tabla 16.5, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 16.6, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 16.6, adaptación de Folstein y Rutter (1978), p. 226. Tabla 16.7, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 16.7, adaptación de Howlin (1997), p. 56. Tabla 16.9, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 16.9, Lovas, "Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, pp. 3-9. Copyright © 1987 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización. Figura 16.19 AMERICAN JOURNAL OF MENTAL DEFICIENCY, de L.M. Winkler, Copyright 1986 por AMMR. Reproducción con autorización.

Capítulo 17: Tabla 17.1, adaptación de Regine Labossiere, "Bittersweet Independence", THE SEATTLE TIMES, 10/14/03, pp. e1, e2". Copyright 2003, Seattle Times Company. Utilizado con autorización. Recuadro 17-1. Seattle Times. Tabla 17.5 "Prevention of Suicide", American Psychiatric Press. Review of Psychiatry 7, editado por A.J. Frances y R.E. Hales © 1988, p. 403-421. Figura 17.10, reimpreso con autorización del *Hospital and Community Psychiatry*. (Copyright 1984) American Psychiatric Association.

Índice de autores

A

Aase, J. M., 540
 Abel, E. L., 539
 Abel, G. G., 295
 Abi-Dargham, A., 310
 Abrams, S., 153
 Abramson, L. Y., 352
 Accardo, P. J., 522
 Adamo, U. H., 396, 397
 Adams, C., 400
 Adlaf, E. M., 451
 Agras, W. S., 198, 209, 286, 288, 427
 Akbarian, S., 389
 Aksboomoff, N., 523
 Albuscher, R. C., 244
 Alcohol & Health, 445
 Alden, L. E., 323
 Alderman, M., 209
 Alferi, S. M., 211
 Alford, B. A., 264
 Alhassoon, O. M., 449
 Ali, R., 462
 Alison, L., 294
 Allen, R. A., 209
 Alloy, L. B., 352., 363
 Alnaes, R., 349
 Althof, S. E., 284, 285
 Altmann, M. W., 226
 Alvardo, R., 556
 Ambelas, A., 363
 American Law Institute, 569
 American Psychiatric Association, 115
 American Psychological Association, 27
 ander Heiden, W., 407
 Andersen, A. T., 469
 Anderson, B. L., 211
 Anderson, B., 363
 Anderson, C., 280
 Anderson, C. M., 486
 Anderson, D. J., 244
 Anderson, K. W., 265
 Anderson, M., 521
 Andolfi, M., 510
 Andrade, L. H., 260
 Andreasen, N. C., 383, 431
 Andreoli, A., 356
 Andrews, G., 334
 Andrews, L. K., 510
 Andrusyna, T., 48
 Anglin, M. D., 461
 Angst, F., 332
 Angst, J., 332
 Anisman, H., 211
 Anstey, K., 334
 Antoni, M. H., 211
 Antony, M. M., 245
 Antshel, K. M., 488
 Appelbaum, P. S., 568, 573, 574
 Appleby, L., 212
 Applegate, B., 485
 Arago-Lasprilla, J. C., 423
 Arango, C., 425
 Arango-Viana, J. C., 423
 Arcos-Burgos, M., 423
 Ardilla, A., 423
 Arena, J. G., 224
 Arena, P. L., 211
 Arend, R., 480
 Armatas, C., 196
 Armenian, H. K., 205
 Arned, M., 345
 Arnkoff, D. B., 112

Aronowitz, B., 230
 Aronson, T. A., 363
 Asarnow, R. F., 310
 Ashley, D. L., 228
 Assaf, A. R., 428
 August, G. J., 489, 490
 Ayres, W. H., 114
 Azen, C., 535

B

Babor, T., 468
 Bachman, J. G., 469
 Badger, G. J., 465
 Baer, J. S., 446, 458
 Bagley, C., 276
 Bailey, J. M., 149, 276
 Baird, M. S., 19
 Baird, P. C., 19
 Baker, L., 544
 Baldessarini, R. J., 362
 Ball, K., 425, 427
 Bancroft, J., 284
 Bandura, A., 71,
 Baranek, G. T., 522
 Barba, A. C., 425
 Barbaree, H. E., 297
 Barden, N., 362
 Barefoot, J. C., 206
 Barkley, R. A., 481, 485, 488, 555
 Barlow, D. H., 260, 265, 293
 Baron, M., 384
 Baron-Cohen, S., 520, 529
 Barr, D. B., 228
 Barr, H. M., 446
 Barrett, P. M., 510
 Bartholomew, R. E., 226
 Bartko, J., 345
 Bartocci, C., 197
 Bassett, A. S., 396, 397
 Bauman, D., 10
 Baumeister, R., 366
 Baumgaertel, A., 486
 Baur, M. P., 506
 Baydar, N., 28
 Bear, M. F., 56
 Beaumont, J. J., 365
 Bebbington, P. E., 252
 Beck, A. T., 73, 244, 264, 322, 326, 352, 353, 354, 363, 365, 366
 Beck, L. H., 397
 Becker, R. E., 265, 351
 Beckman, D. A., 298
 Beekman, A. T., 336
 Beers, C., 19
 Behrens, I. M., 423
 Beidel, D. C., 247, 250
 Beitman, B. D., 119
 Belichenko, P. V., 531
 Bell, A., 230
 Bell, C. R., 545
 Bellack, A. S., 401
 Bemporad, J. R., 349
 Benabarre, A., 357
 Bender, W. N., 543, 544
 Bendiksen, R. A., 167
 Bengel, D., 266
 Benjamin, J., 266
 Benjamin, L. S., 316
 Bennett, A., 431
 Bennett, M. J., 102
 Benson, H., 209
 Bentler, P. M., 293
 Benton, S. A., 23
 Benton, S. L., 23

Berch, D. B., 427
 Berg, C. J., 501
 Bergin, A. E., 561
 Berglund, P., 335
 Berkman, K. F., 207
 Berkman, L. F., 187, 197
 Berlin, F. S., 296
 Bernier, J. C., 485
 Berninger, V. W., 52
 Berrettini, W. A., 335
 Berridge, K. C., 441
 Berry, S. H., 165
 Bertelsen, A., 361
 Bessler, A., 488
 Biederman, J., 485, 486, 488, 502
 Bieliauskas, L. A., 387
 Bijl, R. V., 260
 Bilsker, R., 65
 Bisson, J., 259
 Black, D. W., 383, 473, 474
 Blackburn, H. W., 152
 Blair, M. A., 258
 Blanchard, E. B., 102, 224
 Bland, R. C., 336, 337, 338
 Blazer, D. G., 81
 Bleuler, E., 381
 Bloom, J. R., 211,
 Blumenthal, J. D., 486
 Bodlund, O., 287
 Bohman, M., 319
 Bohmfalk, G. C., 1691
 Bohné, A., 229
 Boldizar, J. P., 556
 Boles, R. G., 535
 Bondi, C., 506
 Bonne, O., 257
 Bonnett, D., 385, 388
 Bonnie, R. J., 568
 Boocock, A., 229
 Bookheimer, S. Y., 425
 Boothby, J. E., 222
 Bordeleau, L., 362
 Borkman, T., 563
 Borus, J., 142
 Boscardin, W. J., 187
 Boston, P., 110
 Bouchard, G., 362
 Bourdon, K., 245
 Bourgeois, M. L., 385
 Boutros, N. N., 380
 Bowden, C. L., 357
 Bower, J. E., 185
 Bowlby, J., 349, 497
 Bowler, A. E., 393
 Boyd, J. H., 245
 Boyers, A. E., 211
 Brabbins, C., 401
 Bracha, S. H., 390
 Bradford, D., 391
 Bradley, S. J., 288
 Brame, B., 491
 Bransome, E. D., 397
 Bregman, J. D., 546
 Bremner, J. D., 266
 Breteler, M. M. B., 424
 Brewin, C. R., 106
 Brinkmann, V., 435
 Brizer, D., 319
 Brock, J. W., 228
 Brodaty, H., 334
 Brodie, H. K. H., 466
 Brodoff, A. S., 391
 Bromberger, J. T., 208
 Brook, J. S., 190, 424

Brook, J., 484, 490, 492, 503
 Brown, B., 207
 Brown, C., 345
 Brown, D. R., 336
 Brown, T. A., 260
 Brownell, K. D., 190, 196, 293
 Bruer, J. T., 55
 Bruhn, J. G., 207
 Bruni, F., 379
 Brunswig, K. A., 299
 Brusman, L. A., 298
 Bryant, D. M., 544
 Bryant, R. A., 166, 172
 Buchanan, A., 382
 Buchsbaum, M. S., 310, 501
 Buckley, P., 389
 Buckley, S., 537
 Bufka, L. F., 265
 Bugental, J. F. T., 76
 Bunney, W. E., 389
 Burd, L., 506
 Bureau, B., 230
 Burnand, Y., 356
 Burns, B. J., 245, 498, 510
 Burnside, J. W., 229
 Burroughs, J., 192
 Bustillo, J. R., 398, 406
 Butler, A. C., 353
 Butler, G., 265
 Butler, L., 336
 Buittenworth, J., 545
 Butterfield, F., 360
 Bystritsky, A., 501

C

Cadore, R. J., 493
 Cahill, S. P., 178
 Cain, D. J., 76
 Caldwell, C. B., 374
 Cale, E. M., 311
 Cameron, N., 173
 Campbell, S. S., 346
 Canino, G. J., 336, 337, 338
 Canino, I. A., 110, 114, 119, 507
 Cannon, T. A., 394
 Cannon, T. D., 396, 397
 Cantwell, D. P., 487, 544
 Carber, C. S., 211
 Cardeña, E., 175
 Carey, G., 110
 Carey, M. P., 281
 Carpenter, W. T., 404
 Carper, R., 523
 Carrigan, M. H., 178
 Carroll, K., 380
 Carson, A. J., 441
 Carter, M., 402, 403, 407
 Cartwright, A., 456
 Casanova, M. F., 390
 Casas, J. M., 114
 Casem, N. H., 159
 Casey, P., 169
 Cash, T. F., 230
 Caspi, A., 82, 321, 491, 494, 496
 Cassano, G. B., 357
 Cassou de Saint Mathurin, R., 385
 Castellanos, F. X., 486
 Cauce, A. M., 28
 Caumartin, S. M., 276
 Cavanagh, J. T., 441
 Cavanaugh, C. J., 195
 Cerone, R., 535
 Chalkley, A. J., 291
 Chan, C. C., 345

- Chantarujikapong, S., 465
 Chapman, R., 166
 Charman, T., 502
 Chase-Lansdale, P. L., 558
 Chaudhary, B. S., 206
 Cheine, M., 400
 Chemerinski, E., 434
 Chen, A. D., 472
 Cherlin, A. J., 558
 Chess, S., 504
 Cheung, F., 119
 Childress, D., 525
 Christenfeld, N., 207
 Christensen, D. D., 340, 341
 Christenson, C., 390
 Christiansen, K., 468
 Christison, G. W., 390
 Christoffel, K. K., 480
 Chu, B. C., 499
 Clark, W. R., 51
 Clarkin, J. F., 304, 315, 316, 356
 Clarren, S. K., 540
 Classem, C., 257
 Classen, L. S., 486
 Clavet, G. K., 467
 Clement, D. L., 152
 Clementz, B. A., 398
 Cloninger, C. R., 319
 Cochran, B. N., 28
 Cochran, D. L., 336
 Coffey, B., 502
 Cohen, H. J., 76
 Cohen, J. A., 484, 490, 492, 500, 503
 Cohen, L. J., 230
 Cohen, M. E., 226
 Cohen, M. S., 425
 Cohen, P., 190, 424, 484, 490, 492, 503
 Cohen, R. A., 381, 398
 Cohen, S., 190
 Cohen, S., 163, 189, 190
 Cohen, W. I., 537
 Cohen-Kettenis, P. T., 287
 Colapinto, J., 290, 291
 Cole, J. O., 346
 Colin, E., 166
 Collins, J. F., 355
 Collins, R. L., 165
 Colohan, H. A., 389
 Colom, F., 357
 Comings, D. E., 494
 Compas, B. S., 500
 Compton, S. N., 498, 510
 Conduct Problems Prevention Research Group, 80
 Conigrave, K. M., 462
 Connor, P. D., 446
 Connor, P. G., 442
 Connors, B. W., 56
 Connors, D. K., 487
 Connor-Smith, J. K., 500
 Constantino, J. N., 520
 Convit, A., 319
 Cook, E. H., Jr., 522
 Cookson, J., 116, 118
 Cooley, S., 402, 403, 407
 Coolidge, F. L., 288
 Cooney, N. L., 451
 Copeland, J. R., 336
 Corbella, B., 357
 Cornblatt, B. A., 396, 397
 Corrigan, P. W., 402, 403
 Cortina, L. M., 299
 Coryell, W., 357, 361
 Costa, P. T., 147, 326, 327
 Costa, L., 421
 Costa-e-Silva, J. A., 135
 Cottrell, D., 110
 Coupland, C., 184
 Courchesne, E., 523
 Coursey, R. D., 398
 Covi, L., 464
 Cowen, E. L., 561
 Cox, C., 501
 Cox, G. R., 167
 Cox, L. S., 470
 Crabbe, J. C., 441
 Craddock, N., 361
 Craig, A. S., 228
 Craig, I. W., 82, 334, 361
 Craighead, L. W., 334
 Craighead, W. E., 334, 363
 Craske, M. G., 247
 Crawford, M. J., 364
 Crocker, A., 503
 Cromwell, R. L., 384
 Cronkite, R. C., 450
 Crosby, R. D., 198
 Crossley, S. A., 517
 Crow, S. J., 198
 Crowe, R. R., 244
 Crown, N., 184
 Crowner, M., 319
 Crum, R. M., 205
 Culver, J. L., 211
 Cummings, B., 538
 Cummings, E. M., 78, 558
 Cummings, J. C., 428
 Cummings, N. A., 102
 Cunningham, M. D., 574
 Curry, S. J., 471
 Cuskelly, M., 537
 Cutting, J. C., 381
 Cyranowski, J. M., 357
- D**
 Dadds, M. R., 510
 Daglish, M. R. C., 472
 Dahlgren, S. O., 529
 Dahlstrom, A., 531
 Daley, D. C., 453
 Dalrymple-Smith, J., 535
 Damato, R. C., 545
 Danforth, J. S., 490
 D'Angelli, A. R., 76
 Dantona, R. C., 465
 Danz, C., 462
 D'Augelli, A. R., 276
 Davenport, Y., 344
 Davidson, M., 399
 Davies, M., 142
 Davies, P., 78, 558
 Davies, S. J. C., 472
 Davis, A. R., 147
 Davis, M. J., 349
 Davis, R., 306
 Davis, T. L., 198
 Dawson, G., 522, 523
 Day, K., 546
 De Bacquer, D. A., 152
 De Buyzere, M. L., 152
 De Hert, M., 567
 de la Cruz, F., 535
 de la Selva, A., 405
 de Leeuw, P. W., 152
 De Luca, R. S., 186
 de Munick Keizer-Schrama, S. M. P. F., 288
 Dean, P. J., 366
 DeBattista, C., 346
 Deckersbach, T., 229
 deCol, C., 230
 DeCuir, W. J., Jr., 561
 Defries, J. C., 334, 361
 DeKlyen, M., 489
 Delamater, A. M., 206
 Del'Homme, M., 486
 DeMarchi, N., 428
 DeMeirleir, K., 213
 Demers, A., 451
 Demler, O., 260, 335
 Demming, B., 451
 Denckla, M., 501
 Dersh, J., 222
 DeRubeis, R. J., 346
 deSilva, P., 255
 Devereux, R. B., 209
 Devlin, B., 496
 Dewey, S. L., 472
 Di Stefano, S., 535
 Diamond, G., 111
 DiBarry, A. L., 402, 403, 407
 Dibble, E., 335
 DiCeglie, D., 286
 Dick, D. M., 48, 49
 Didion, J., 214, 308
 Dierker, L. C., 333
 Diforio, D., 391
 Dinklage, D., 192
 Dissanayake, C., 517
 DiTomasso, R. A., 267
 Dittmer, S. S., 423
 Dobler-Mikola, A., 462
 Dobson, D. K., 265
 Dobson, K. S., 74, 104
 Docherty, J. P., 355
 Doddrell, D. M., 423
 Dodge, K. A., 494, 495
 Dolan-Sewell, R., 306
 Doll, H. A., 195
 Domenech-Rodriguez, M., 28
 Donderi, D. C., 203
 Dorris, M., 540
 Dosen, A., 546
 Douglas, M. S., 401
 Dowd, E. T., 351
 Dowd, S. M., 349
 Dowrick, C., 169
 Doyle, W. J., 190
 Draijer, N., 175
 Drake, C., 365
 Drews, F. R., 207
 Drop, S. L. S., 288
 Druss, B., 28, 95
 Dryden, W., 98, 229
 Dube, G. R., 350
 Dunn, M., 521
 Duprez, D. A., 152
 Durant, T. M., 186
 Dworkin, R. H., 397
 Dyck, I., 306
- E**
 Earls, F., 561
 Earlywine, M., 468
 Easton, K., 174
 Eaton, W. W., 205
 Eaves, L. J., 265, 335
 Ebens, C. L., 486
 Eckman, T. A., 401
 Edwards, L., 49
 Egger, N. L., 498, 510
 Egolf, B., 207
 Ehlers, S., 529
 Einfeld, S. L., 546
 Eiraldi, R. B., 493
 Eisen, S. A., 465, 494
 Eisler, R. M., 554
 Elash, C. A., 470
 Elias, M. J., 559
 Elkin, I., 355
 Elkins, R., 501
 Elliott, M. N., 165
 Elliott, R., 75
 Ellis, A., 74, 98
 Ellis, B., 280
 Emery, G., 73, 264, 365
 Emmott, S. D., 215
 Endicott, J., 357, 361
 Endler, N. S., 340, 347, 348
 Engel, G. L., 185
 Englebienne, P., 213
 Epstein, A. W., 288
 Epstein, D. H., 464
 Ergul, A., 208
 Ergul, S., 208
 Erickson, H. M., 117
 Erikson, E. H., 65
 Erlenmeyer-Kimling, L., 396, 397
 Ernsberger, P., 190
 Escobar, J., 135
 Esler, M. D., 344
 Espie, C. A., 201
 Essali, A., 400
 Essau, C. A., 503
 Estes, A. M., 494
 Eth, S., 257
 Ettner, S. L., 187
 Evans, A. C., 486
 Evans, D. L., 205
 Evans, D. E., 315
 Evans, J. D., 407
- F**
 Faber, B., 394
 Fagan, P. J., 296
 Fagg, J., 365
 Fagioli, A., 357
 Fahy, T., 382
 Fairburn, C. C., 190, 195, 196, 198, 286, 288, 427
 Falk, G., 294
 Fallin, D., 524
 Fang, C. Y., 208
 Faraone, S. V., 465, 486, 488
 Faravelli, C., 336, 337, 338
 Fast, D. K., 506
 Fava, G. A., 356
 Fava, M., 355
 Fearon, P., 398
 Fecteau, G., 265
 Feder, A., 313
 Federman, D. D., 575
 Fedoroff, I. C., 265
 Feinstein, A., 258
 Feldman, J. H., 183
 Feldman, M. D., 231
 Fera, R., 241
 Ferguson, K. E., 102
 Ferraro, F. R., 417
 Fichtner, C. G., 298
 Fiester, S. J., 355
 Filipek, P. A., 522
 Filloux, F., 506
 Fineberg, N., 256
 Fink, C. M., 250
 Fink, M., 346, 347, 348
 Finkelstein, J. R. J., 397
 Finlayson, S., 401
 Finnerty, M., 568
 Fireman, B., 362
 Firlik, A. D., 422
 First, M. B., 135, 142
 First, M. G., 303, 310, 324
 Fisher, P. W., 141
 Fitzgerald, B., 535
 Flament, M. F., 501
 Flesher, S., 402, 403, 407
 Fletcher-Janzen, E., 135
 Flores, M. T., 110
 Fogelson, D. L., 310
 Folks, D. G., 231

- Folstein, S., 524
 Fones, C. S., 498
 Ford, C. V., 231
 Ford, D. E., 205
 Forde, D. R., 245
 Foster, G. D., 196
 Fowler, J. S., 472
 Frances, A. J., 243
 Frank, E., 280, 350, 357, 363
 Frankenburg, F. R., 306, 317
 Frankl, V., 76
 Fredericks, L., 559
 Freedman, L. R., 397
 Freedman, D., 286
 Freedman, R. I., 566
 Freeman, A., 73, 264, 322, 326, 366
 Freeman, B. J., 524
 Freeman, R. D., 506
 French, L. M., 387
 French, S. E., 76
 Freud, S., 272
 Frick, P. J., 491
 Fried, C. S., 77
 Friedman, E., 535
 Friedman, L. J., 66
 Friedman, M., 205, 207
 Frith, V., 516, 521
 Fritz, M. S., 516
 Frueh, B. C., 178
 Fuentes, M., 313
 Fulgsang, A. K., 172
 Fulkerson, J. A., 198
 Furstenberg, F. E., 558
 Fuse, T., 365
- G**
 Gabbard, G. O., 326
 Gagne, B., 362
 Gagnon, J. H., 272, 273, 274
 Gallo, J. J., 205
 Gameroff, M., 313
 Ganau, A., 209
 Gandy, S., 431
 Gara, M., 135
 Gardner, C. O., 336
 Garg, A., 118, 488
 Gasto, C., 357
 Gatchel, R. J., 222
 Gatley, S. J., 472
 Gaynor, J., 492, 493
 Geist, P. A., 345
 Gelder, M. G., 431
 Gelfand, L. A., 346
 Geller, D., 502
 George, E. L., 363
 George, L. K., 81
 Gerin, W., 207
 Gerlach, A. L., 249
 Gershon, E. S., 335
 Giardena, H-S., 183
 Gibbon, M., 142, 303, 310, 312, 320, 324, 338, 490
 Gibbons, R. D., 480
 Gibson, T., 389
 Giedd, J. N., 486
 Gigante, R. A., 176
 Gijuldi, L., 363
 Gill, J. J., 207
 Gillberg, C., 192, 529, 531
 Gillberg, I. C., 192
 Gillin, J. C., 344, 346, 501
 Gilman, S. E., 277
 Gilmore, M., 320
 Gil-Rivas, V., 165
 Gitlin, M. J., 363
 Gittelman, R., 252
 Glaser, R., 58, 189
 Glass, C. R., 112
 Glass, D. R., 355
 Glass, G. V., 101
 Gleaves, D. H., 176
 Glicksman, L., 451
 Glueck, E., 493
 Glueck, S., 493
 Glynn, L. M., 207
 Goate, A. M., 423
 Gobeil, L., 362
 Godtfresen, N. S., 468
 Goffman, E., 77, 78
 Goldberg, J. D., 206
 Goldberg, J., 494
 Goldberg, L., 135
 Golden, A. R., 335
 Golden, K. M., 11
 Goldman, D., 241, 345
 Goldsmith, H. H., 319
 Goldstein, D. J., 192
 Goldstein, D. B., 435
 Golombok, S., 276
 Gonzalez, R., 449
 Gonzalez-Salvador, M. T., 425
 Goodman, M., 310
 Goodman, S. H., 504
 Goodwin, D. W., 117
 Goodwin, F. K., 333, 344, 362
 Goodwin, R., 244
 Goodwin, R. D., 333
 Gordon, B., 522
 Gordon, B. N., 484, 498
 Gordon, E., 486
 Gordon, L. U., 163
 Gorman, J. M., 113, 265, 297
 Gosch, E. A., 267
 Gosselin, C., 294
 Gossop, M., 462
 Gotlib, I. H., 504
 Gottesman, I. I., 319, 361, 374, 384, 393, 396, 397
 Gottheil, E., 211
 Gould, E., 55
 Gournay, K., 229
 Graham, S., 491
 Grandi, S., 356
 Grandin, T., 518, 519
 Grant, I., 449
 Grasbeck, A., 335
 Grave, R. D., 197
 Gravel, J. S., 522
 Graves, P. L., 211
 Graziano, M. S. A., 55
 Green, B. L., 336
 Green, E., 224
 Green, M., 487
 Green, M., 486
 Green, M. F., 390, 393
 Green, R., 286, 287, 288
 Greenberg, B. D., 266
 Greenberg, M. T., 559
 Greenhill, L., 485
 Greenhouse, W. J., 363
 Greeno, C. G., 198
 Greenstein, D. K., 486
 Greenwald, D., 402, 403, 407
 Greenwald, S., 336, 337, 338
 Griffith, L., 557
 Griffith, R. K., 118
 Grilo, C. M., 306
 Grinker, R., 355
 Grochocinski, V. J., 357
 Gronback, M., 469
 Gross, A. M., 166
 Gross, C. G., 55
 Gross, R., 313
 Grossman, L. S., 298
 Grove, W. M., 398
 Grown, G. G., 449
 Gruber, A. J., 230
 Gruber, K., 249
 Grunstein, M., 51
 Gschwend, P., 462
 Gualtieri, C. T., 540
 Gueorguleva, R., 380
 Guidry, L. L., 276
 Guijarro, M. L., 206
 Guilleminault, C., 203
 Guldberg, P., 535
 Gunderson, J. G., 306, 314, 315, 316, 317, 326
 Gunter, E. W., 228
 Gur, R. C., 397
 Gur, R. E., 397
 Gurenwald, T. L., 185
 Gurney, J. G., 516
 Guroff, J. J., 335
 Gusella, J. F., 429
 Guthiel, T. G., 574
 Guttler, F., 535
 Gutzwiller, F., 462
 Gyll, M., 208
 Gwaltney, J. M., 190
- H**
 Haas, G. L., 364
 Haberman, H. M., 198
 Hackett, T. P., 159
 Hadgson, A., 535
 Haertsch, P., 287
 Hafner, H., 407
 Hagberg, B., 531
 Hagen, E. P., 142
 Haglund, B., 481
 Hagnell, O., 335
 Hakim-Larson, J., 503
 Hale, R., 364
 Hales, R. E., 416
 Hales, R. F., 401, 421
 Hall, G. C. N., 101, 114, 119, 137
 Hallet, A. J., 206
 Hamer, D. H., 266
 Hamilton, J. M., 428
 Hamilton, S. P., 244
 Hammen, C., 363
 Hammer, J., 530
 Hammersley, V., 184
 Hammond, M., 495
 Hamovit, H., 335
 Haney, T. L., 206
 Hanley, W., 535
 Hann, D. M., 55
 Hanna, K. E., 575
 Hannah, J. N., 486
 Hannen, J., 306, 317
 Hanson, R. O., 167
 Happe, F., 521
 Happel, R. L., 229
 Hardy, J., 424
 Hariri, A. R., 241
 Harrington, H., 321, 491
 Harris, J. C., 546
 Harris, R. E., 152
 Harris, S. D., 211
 Harris, T. O., 336
 Harrow, M., 380
 Hart, A. B., 334
 Hart, C., 519, 520
 Hartmark, C., 484, 490, 492, 503
 Harvey, A. G., 166, 172
 Harvey, L., 201
 Harvey, P., 310
 Harvey, P. D., 396
 Hasbrouck, L. M., 186
 Hassibi, M., 504
 Hauser, W. A., 435
 Hawkins, K. A., 380
 Hawkins, M., 365
 Hawkins, W. E., 464
 Hawton, K., 285, 365
 Hayashi, K. M., 423
 Hayden, M. R., 429
 Hayes, S. C., 293
 Haynes, R. B., 118
 Hays, J. C., 81
 Heal, C., 287
 Healy, D., 58
 Heath, A., 265
 Heath, A. C., 335, 494
 Heatherton, T. F., 8
 Heaton, R. K., 407
 Heaton, S. C., 407
 Hebben, N., 417
 Hebebrand, J., 506
 Hebel, M. R., 8
 Hechtman, L. T., 487, 488
 Hedge, B., 166
 Heilman, K. M., 416
 Heils, A. J., 266
 Heiman, J. R., 298
 Heiman, R. J. M., 280
 Heimberg, R. G., 265
 Heinonen, H., 431
 Heinrichs, R. W., 374
 Heisel, M. J., 365
 Hektner, J. M., 489, 490
 Heller, T. L., 363
 Helmers, K. F., 427
 Helzer, J. E., 142
 Hemphill, S. A., 493
 Henderson, G., 445
 Hendrix, S. L., 428
 Hennen, J., 362
 Hepp-Beg, S., 172
 Herman, D., 423
 Herz, M. I., 400
 Heston, L. L., 416
 Hetrick, W. P., 389
 Hettema, J. M., 241
 Heyne, D., 498
 Higgins, S. T., 465
 Hill, J., 321
 Hill, R., 545
 Hiller, J. B., 363, 405
 Himanen, L., 431
 Hincapie, L., 423
 Hinkka, S., 431
 Hippisley-Cox, J., 184
 Hirschfield, R. M. A., 339
 Hirschowitz, J., 568
 Hitzemann, R., 472
 Hjelmquist, E., 529
 Hjern, A., 481
 Ho, B.-C., 383
 Hodgins, S., 491
 Hoenig, J., 377
 Hoff, A. L., 398
 Hoffman, A., 466
 Hoffman, R. E., 380, 389, 399
 Hofman, A., 424
 Hofstra, M. B., 479
 Hogan, D. B., 424
 Hogarty, G. E., 402, 403, 407
 Holahan, C. J., 450
 Holahan, C. K., 450
 Holland, A., 50
 Hollander, E., 230
 Holman, A., 165
 Holroyd, K. A., 215
 Holzman, P. S., 398
 Hong, M. S., 423
 Hongzhe, L., 231
 Hooley, J. M., 363, 405
 Houghton, J. F., 7
 Howe, S. R., 276

- Howes, M. J.,
 Howland, R. H., 361
 Howlin, P., 523, 526, 528
 Hoy, D., 228
 Hser, Y. I., 461
 Hudson, J. I., 176, 230, 231
 Hudson, J. L., 499
 Huey, S. J., 510
 Huffman, L. C., 55
 Hughes, D., 76
 Hull, J. G., 8
 Humphreys, K., 454
 Hunkeler, E. M., 362
 Hunsley, J., 149
 Huppert, J. D., 265
 Hurley, D. J., 509
 Hurt, S. W., 316, 317
 Huttunen, M. O., 385, 388
 Hwang, W. C., 499
 Hwu, H.-G., 336, 337, 338
 Hyams, G., 456
 Hyde, P. S., 568
 Hyman, S. E., 313
 Hynd, G. W., 485
- I**
 Iacono, W. G., 398
 Ihoresen, C. E., 207
 Imber, S. D., 355
 Inglis, S. J., 201
 Ingraham, L. J., 394
 Inslan, J. E., 110, 119
 Institute of Medicine, 515
 Ismond, T., 206
 Isoniemi, H., 431
 Israel, A. C., 532
- J**
 Jablensky, A. V., 385
 Jackson, K. L., 196
 Jackson, R. D., 428
 Jacobi, D., 525
 Jacobs, A. R., 431
 Jacobs, C., 192
 Jacobsen, B., 394, 396
 Jacobson, K. C., 310
 Iacono, W. G., 166
 Jaffee, S. R., 494
 James, R. S., 486
 Jamison, K. R., 358, 359, 362
 Jang, K. L., 257
 Janicak, P. G., 349
 Janke, A. L., 423
 Jansson, L., 394
 Jaycox, L. H., 165
 Jeffries, N. O., 486
 Jellinek, E. M., 447
 Jenike, M. A., 229
 Jenkins, J. H., 405
 Jenkins, J. G., 364
 Jennings, G. L., 344
 Jensen, M. P., 222
 Jensen, M. K., 469
 Jensen, P., 485
 Jenson, W. R., 524
 Jeste, D. V., 407
 Jin, R., 335
 Jobe, J. B., 427
 Jobling, A., 537
 Johansson, K., 425
 Johnson, C. P., 522
 Johnson, J., 484, 490, 492, 503
 Johnson, J. G., 190, 424
 Johnson, J. M., 163
 Johnson, S., 111
 Johnson, S. L., 363
 Johnson, T. D., 49
 Johnson, V. E., 276, 282, 283
- Johnston, K., 401
 Johnston, L. D., 469
 Jonas, K., 367
 Jones, B. N., 428
 Jones, D. W., 391
 Jones, E. G., 389
 Jones, I., 361
 Jones, J., 502
 Jones, K., 489
 Jones, M. B., 524
 Jones, M. C., 450
 Jones, R., 171
 Jones, T. F., 228
 Jonsson, E., 387
 Jorde, L. B., 524
 Jordon, B. D., 431
 Joseph, J. G., 276
 Jouvent, R., 230
 Joyce, P. R., 336, 337, 338
 Joyce, T., 489, 490
 Jung, J., 445
 Juvonen, J., 491
- K**
 Kabela, E., 451
 Kabot, S., 523
 Kadden, R., 451, 468
 Kahler, C. W., 451
 Kalaydjieva, L. V., 385
 Kaleva, M., 394, 395
 Kallen, R. J., 522
 Kalveva, M., 394
 Kanes, J., 142
 Kanner, L., 516
 Kanouse, D. E., 165
 Kaplan, H. S., 284
 Kaplan, Z., 399
 Kaprio, J., 48
 Karam, E. G., 336, 337, 338
 Karasek, R. A., 209
 Karel, R., 367
 Karkowski, L. M., 336
 Karno, M. N., 405
 Kasen, S., 190, 424, 484, 490, 492, 503
 Kashani, J. H., 502
 Kashiwase, H., 409
 Kasper, S., 345
 Kato, M., 409
 Katona, C., 116, 118
 Katsanis, J., 398
 Katz, S., 545
 Kawakatsu, S., 408
 Kaye, D. M., 344
 Kazdin, A. E., 100, 491, 510
 Keane, T. M., 257, 258
 Keck, P. E., 298
 Keel, P. K., 198
 Keene, N., 535
 Keith, S. J., 374, 398, 406
 Keller, M. B., 306, 339
 Keller, M., 357, 361
 Kelly, C., 462
 Kemeny, M. E., 185
 Kendler, K. S., 49, 241, 265, 277, 306, 309, 310, 335, 336
 Kenyon, K., 368
 Kerb, R., 435
 Kerbeshian, J., 506
 Kerchner, G. A., 350
 Kernberg, O., 316
 Kerr, A., 531
 Kessler, P., 538
 Kessler, R. C., 163, 260, 276, 277, 335
 Kestenbaum, C. J., 396, 397
 Kety, S. S., 394
 Keuthen, N. J., 229
- Kidd, K. K., 335
 Kidd, T., 462
 Kiecolt-Glazer, J. K., 58, 184, 189
 Kierna, K. E., 558
 Kilbourn, K. M., 211
 Kim, J. J., 389
 Kim, T., 486
 Kim, Y. S., 506
 King, N. J., 498, 499
 Kingston, P., 230
 Kinney, D., 394
 Kinsey, A. C., 276
 Kirjonen, J., 210
 Kirkland, S., 424
 Kirmayer, L. J., 220, 227
 Kirscht, J. P., 276
 Kivimäki, M., 210
 Kivlahan, D. R., 458
 Kjellman, B., 345
 Klasen, H., 485
 Kleck, R. E., 8
 Klein, D. F., 243, 252
 Klein, D. N., 339
 Klein, P. S., 427
 Klein, R. G., 488
 Kleitman, N., 200
 Klerman, G. L., 99
 Kłolewicz, H. S., 486
 Kluft, R. P., 174
 Klug, B., 506
 Knapp, M., 506
 Kneeland, T. W., 348
 Kneip, R. C., 206
 Knowles, P. A. L., 70
 Koby, E., 501
 Koch, R., 535
 Koch, W. J., 265
 Kocsis, J. H., 339, 349
 Koenig, H. G., 76, 81
 Koenigsberg, H. W., 310
 Koerner, K., 319
 Kolachana, B., 241
 Kolatte, E., 356
 Kolb, L. D., 466
 Koletsky, R. J., 190
 Kolko, D. J., 492
 Kolodny, R. C., 276
 Komatani, A., 408
 Koopman, C., 257
 Kooy, R. E., 536
 Kopec-Schrader, E. M., 192
 Koplewicz, H. S., 499
 Koponen, S., 431
 Koretz, D., 335
 Kornblith, S. J., 402, 403, 407
 Kosik, K. S., 423
 Koskenvuo, M., 48
 Koss, M. P., 166
 Kostelnik, B., 357
 Koster, T. R., 442
 Kotchen, J. M., 428
 Kotler, L., 190, 424
 Kovacs, M., 496
 Kozol, J., 421
 Kposowa, A. J., 367
 Kraemer, H. C., 198, 209, 211, 427
 Krahn, L. E., 231
 Krakauer, S. Y., 175
 Kratzer, L., 491
 Krausz, M., 462
 Kraya, N. A., 409
 Kremen, W. S., 398
 Kronenberger, W. G., 503
 Krystal, J. H., 380
 Kuhne, M., 543
 Kullgren, G., 287
 Kulynych, J. J., 391
 Kumpfer, K. L., 556
- Kupfer, D. F., 357
 Kupfer, D. J., 332, 363
- L**
 López-Ibor, J. J., 431
 La Grecam, A. M., 545
 Laberge, C., 362
 Labossiere, R., 565
 Lacks, P., 144
 LaDue, R. A., 540
 Laffal, J., 381
 LaGreca, A. M., 163
 Lahey, B. B., 485
 Lahnin, F., 506
 Lahti, I., 394, 395
 Lake, R., 501
 Lalonde, J. K., 176
 Lamb, H. R., 561
 Lambert, G. W., 344
 Lambert, M. J., 349, 561
 Lampert, C., 192
 Landa, R., 525
 Landen, L. M., 287
 Langbehn, D. R., 229
 Langeland, W., 175
 Langer, D. H., 501
 Langley, J. D., 247
 Lanin-Kettering, L., 380
 Lanke, J., 335
 Lanquetot, R., 393, 401
 Lansky, M. R., 363
 Lantigua, R., 313
 LaPadula, M., 488
 Laposa, J. M., 323
 Laprise, C., 362
 Larkin, C., 389
 Larson, D. B., 81
 Larson, J., 491
 Lasker, J., 207
 Laumann, E. O., 272, 273, 274, 279
 Laurie, S., 531
 Lauriello, J., 398, 406
 Lavigne, J. V., 480
 Lawrie, S. M., 441
 Lazarus, A. A., 283
 Leahy, R. L., 363
 Lear, M. W., 232
 Leber, W. R., 355
 Lebow, J., 111
 Leckman, J. F., 335, 506
 Lecomte, C., 401
 Lecomte, T., 401
 Lecrubier, Y., 135
 Lederhendler, D., 55
 Lee, C., 186
 Lee, C.-K., 336, 337, 338
 Lee, J., 362
 Lee, N. L., 524
 Lee, P. P., 486
 Lee, T. M., 345
 Lee, V. M., 427
 Leff, J., 405
 Legault, C., 428
 Lehman, J. M., 211
 Lehmkuhl, G., 506
 Lehrer, P., 183
 Leino-Arjas, P., 210
 Lellouch, J., 336, 337, 338
 Lemberg, R., 195
 Lemere, C. A., 423
 Lenane, M., 501
 Lendon, C., 423
 Leon, A., 357, 361
 Leon, G. R., 192
 Leppine, J.-P., 336, 337, 338
 Lesch, K.-P., 266
 Lester, D., 367
 LeVay, S., 276

- Leveck, M. D., 427
 Levine, S. B., 284
 Levy, D. L., 398
 Levy, K. N., 315
 Levy, R. H., 435
 Levy, S. E., 522
 Lewine, R. J., 391
 Lewis, M., 502
 Lewy, A. J., 344
 Liberman, J., 391
 Liberman, R. P., 402, 403
 Liebowitz, M. R., 257, 260
 Lilienfeld, S. O., 311
 Lin, K. M., 119
 Lin, N., 494
 Lindwall-Sundel, K., 345
 Linehan, M. M., 318, 319
 Lingam, R., 118
 Lingford-Hughes, A. R., 472
 Lipowski, Z., 419
 Lipsitt, D. R., 229
 Lipton, A. M., 420
 Litt, M. D., 451
 Liu, A., 486
 Liu, G. S., 350
 Livert, D. E., 76
 Livesley, W. J., 257, 315, 316
 Lobel, M., 186
 Lochman, J. E., 491
 Lock, J., 192
 Locke, B. S., 245
 Locke, B. Z., 333
 Loftus, J., 284
 Logan, J., 472
 Long, J. S., 284
 Longley, S. L., 229
 Looper, K. J., 220, 227
 Lopera, F., 423
 Lopez, A. D., 6
 Lopez, S., 405
 Loranger, A. W., 324
 Lovaas, O. I., 528
 Lowen, S. B., 486
 Luborsky, L., 48
 Ludlow, C., 501
 Luevano, L. F., 391
 Lukas, C. P., 141
 Lundberg, C., 425
 Lundstrom, B., 287
 Luntz, B. K., 321
 Luscombe, G., 334
 Luukkonen, R., 210
 Lyketsos, C. G., 425
 Lykken, M. L., 319, 473
 Lynch, K., 506
 Lyons, M. J., 465, 494
- M**
- Ma, G. X., 445
 Maassen, G. A., 213
 Maccoby, E., 138
 Maccoby, N., 138
 MacDonald, M. E., 429
 MacDowell, I., 424
 Machon, R. A., 385, 388
 Maciejewski, P. K., 336
 MacKnight, C., 424
 MacMillan, A., 557
 MacMillan, H. L., 557
 MacMillan, J. H., 557
 Maddock, J. E., 451
 Madnick, M. E., 537
 Madrigal, L., 423
 Magdol, L., 496
 Magnusson, A., 344
 Magruder, K. M., 356
 Mahl, G. L., 138
 Makela, E. H., 118
- Malamood, H. S., 102
 Maletsky, B. M., 296
 Malgady, R. L., 138
 Malkoff-Schwartz, S. F., 363
 Malloy, P., 488
 Manderscheid, R. W., 333
 Manfro, G. G. M., 498
 Mangwerth, B., 230
 Manhard, P., 237, 238
 Manke, R., 192
 Mann, J. J., 364
 Manuzza, S., 488
 Maramba, G. G., 101, 114, 119
 Marassiti, D., 256
 Marchi, S., 197
 Marcus, S. C., 28, 95
 Marder, S. R., 400
 Marder, S. R., 401
 Marengo, J. T., 380
 Margalittal, M. P. H., 276
 Mark, M., 399
 Markowitz, C., 99
 Markowitz, J. C., 350
 Marks, I. M., 247, 252
 Marks, M., 255
 Marlatt, G. A., 451, 453, 458
 Marsden, J., 462
 Marsh, L., 430, 435
 Marshall, G. N., 165, 173
 Marshall, J. R., 367
 Marshall, M., 567
 Marshall, R. D., 257, 258
 Marshall, T., 135
 Marsiske, M., 427
 Martic, B. J., 349
 Martin, C. E., 276
 Martin, J., 82
 Martin, N. G., 265
 Martinez, A., 423
 Martinez-Aran, A., 357
 Martis, B., 298
 Marx, P. B., 166
 Maschette, W., 196
 Mash, E. J., 481, 555
 Masi, M., 523
 Mason, W., 467
 Mason-Brothers, A., 524
 Masters, W. H., 276, 282, 283
 Mastropieri, M. A., 544
 Matalon, R., 535
 Mathews, K. A., 208
 Mattay, V. S., 241
 Matthyse, S., 398
 Mattia, J. I., 315
 Mattick, R. P., 462
 Mattson, R. H., 435
 May, M. C., 175
 Mazziotta, J. C., 425
 Mazzucco, M. M., 536
 McAdams, L. A., 407
 McBarnett, K., 485
 McClay, J., 82
 McClellan, J., 489
 McCool, R. E., 257
 McCracken, J. T., 486, 499
 McCrae, R. R., 147
 McCullough, M. E., 81
 McDonald, H. P., 118
 McEachin, J. J., 527
 McElroy, S. L., 298
 McEvoy, L., 142
 McFarlane, A. C., 257
 McFarlane, A. E., 165
 McGarvey, E. L., 467
 McGlashan, T. H., 306, 310, 389, 399
 McGough, J. J., 486
 McGregor, B. A., 211
- McGregor, J. M., 10
 McGregor, K. C., 336
 McGue, M. K., 166
 McGuffin, P., 50, 334, 361
 McGuire, H., 285
 McGuire, L., 189
 McGuire, P. K., 380
 McHugh, P. R., 407
 McIntosh, D. N., 165
 McIver, S., 472
 McKellar, J., 454
 McKenzie, J., 401
 McKeown, R. C., 196
 McLean, P. D., 265
 McLeod, B. D., 499
 McMahan, R. J., 488, 494
 McMahan, W. M., 506, 524
 McNaull, J. P., 502
 McPherson, S., 286
 McQuiston, H. L., 568
 McRee, B., 468
 Meador, K. G., 81
 Mednick, S. A., 385, 388, 394, 396
 Mega, M. S., 428
 Mehta, K. M., 424
 Meinecke, D., 55
 Meldrum, B. S., 435
 Mellor, C. S., 377
 Meloy, J. R., 148
 Melzack, R., 222
 Mendell, N. R., 398
 Mendelson, W., 501
 Mennella, R., 428
 Mental Health: A Report of the Surgeon General, 24, 341, 481
 Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity, 28
 Menzies, R. G., 247
 Merikangas, K. R., 333, 335
 Merry, H., 424
 Mesibov, G. B., 527
 Messer, I., 189
 Meston, C. M., 298
 Metalsky, G. I., 352
 Meyer, B., 363
 Meyer, R. G., 503
 Meyer-Balburg, H. F. L., 288
 Meyerowitz, J., 285
 Michael, R. T., 272, 273, 274
 Michaels, S., 272, 273, 274
 Miklowitz, D. J., 363
 Milberg, W., 417
 Milford, C., 206
 Mill, J., 82
 Miller, I., 363
 Miller, K. B., 198
 Miller, M., 468
 Miller, T. I., 101
 Miller, T. Q., 206
 Millon, C., 147
 Millon, T., 147, 306
 Milne, B. J., 321, 491
 Milofsky, E. S., 452
 Miltenberger, R. G., 198
 Minshew, N. J., 522
 Minsky, S., 135
 Mintz, J., 310, 401, 405
 Miranda, J., 336
 Mirin, S. M., 463
 Mirsky, A. F., 387, 397
 Miskimen, T., 135
 Mitchell, J. E., 198
 Mitropoulou, V., 310
 Mo, A., 524
 Moats, R. A., 535
 Moberg, P., 397
 Moergeli, H., 172
 Moffitt, T. E., 82, 321, 491, 494, 496
- Molenaar, J. C., 288
 Mollenkamp, C., 334
 Monahan, J., 568
 Money, J., 288
 Moore, A., 523
 Moos, R. H., 450
 Moran, A. E., 566
 Morey, L. C., 306
 Morgan, J., 535
 Moring, J., 394, 395
 Morissette, J., 362
 Morrell, W., 192
 Morris, J., 287
 Morris, J. N., 427
 Morrison, D. R., 558
 Morrison, J. C., 165
 Morrison, R. L., 401
 Moseley, K., 535
 Moser, C., 294
 Moye, A., 192
 Moyer, T., 473, 474
 MTA Cooperative Group, 488
 Mueller, C. R., 266
 Mueser, K. T., 401
 Mulcahy, J. J., 279
 Mundy, P., 527
 Murphy, D. L., 266, 501
 Murphy, J. A., 276
 Murphy, M. J., 367
 Murray, C. J., 6
 Murray, H. A., 149
 Murray, R., 398
 Murray, R. M., 380, 385
 Mussell, M. P., 198
 Musselman, D. L., 205
 Myers, H. F., 208
 Myerson, N., 498
 Myles, B. S., 529
 Myran, D., 215
- N**
- Naarala, M., 394, 395
 Nadaoka, T., 408
 Nadel, L., 537
 Nagata, D., 136
 Nagin, D. S., 491
 Najavits, L. M., 102
 Narrow, W. E., 135, 333
 Nathan, P. E., 113, 297
 National Center for Education Statistics, 560
 National Heart, Lung, and Blood Institute, 208
 National Institute of Mental Health Consensus Development Conference Statement, 489
 National Institute of Mental Health, 365
 Neal, D. J., 458
 Neale, M. C., 241, 310, 335
 Neff, L. J., 196
 Nelson, E. B., 298
 Nelson, M. D., 535
 Nemeroff, C. B., 400
 Nemeroff, C. G., 205
 Nemiah, J. C., 175, 245
 Ness, K. K., 516
 Neugebauer, R., 14
 Newberger, D. S., 538
 Newcom, J., 485
 NewDelman, J. G., 486
 Newman, C., 363
 Newman, D. L., 496
 Newman, L. K., 286
 Newschaffer, C. J., 516, 524
 Newton, F. E., 23
 Newton, G., 401
 Newton, T. L., 184

Newton-Taylor, B., 451
 Nezu, C. M., 493
 Nicki, R. M., 265
 Nigg, J. T., 485
 Niskanen, P., 388
 Nolen-Hoeksema, S., 336
 Nordin, V., 529
 Nordling, N., 294
 Norman, R. M. G., 402
 North, C. S., 257
 Norton, J., 423
 Nowling, J. B., 206
 Noyes, R., 229, 244
 Nuechterlein, K. H., 310, 397
 Nuland, S., 332
 Nutt, D. J., 472
 Nyden, A., 529

O

O'Brien, M. V., 559
 O'Brien, S., 462
 O'Callaghan, E., 389
 Ockene, J. K., 428
 O'Connor, D. F., 558
 O'Connor, M. K., 231
 Oden, A., 529
 O'Donoghue, E. G., 14
 O'Donoghue, W. T., 102
 O'Donoghue, W., 299
 O'Donovan, M. C., 385
 Offord, D. R., 260, 557
 Ogden, D. E. H., 465
 O'Hara, M. W., 350
 Ohayan, M. M., 203
 Ohman, R., 335
 Ojesjo, L., 335
 Okazaki, S., 137
 Okifuji, A., 222
 Okuyama, N., 408
 Olsson, M., 28, 95, 313
 Olin, S. S., 396
 Oliosi, M., 197
 Olivardia, R., 231
 Ollendick, T. H., 498, 499
 O'Malley, P. M., 469
 Ombaba, J. M., 298
 Oostra, B. A., 536
 Orford, J., 451
 Orlando, M., 173
 Ormal, J., 135
 Oros, C. J., 166
 Osborn, C. A., 295
 Ossa, J. E., 423
 Ostergaard, L., 394
 Osterling, J., 523
 Ostrow, D. G., 276
 Otani, K., 408
 Othmer, E., 310, 312
 Othmer, S. C., 310, 312
 Ottaviani, R., 244
 Otterbeck, L., 335
 Overholser, J. C., 365
 Owen, M. A., 258
 Owen, M. J., 385
 Owens, R. G., 186
 Ozaki, N., 345
 Ozonoff, S., 506

P

Palfai, T. P., 451
 Palk, A., 279
 Pallas, J., 284
 Pally, R., 59
 Palmer, P., 525
 Papanastassiou, M., 364
 Pappas, N., 472
 Paradise, M., 28
 Paradiso, M. A., 56

Parham, C. A., 365
 Paris, J., 313, 316
 Parish, D. C., 208
 Park, K., 502
 Parloff, M. B., 355
 Parnas, J., 396
 Partinen, T., 344
 Patano, M., 197
 Paterson, R., 265
 Patrick, C., 409
 Patterson, C. J., 276
 Patterson, D., 363
 Patterson, G., 495, 509
 Patterson, T. L., 449
 Paul, G. L., 120
 Pauls, D. L., 335
 Paulsen, J. S., 407, 428
 Paykel, E. S., 336
 Payne, D. L., 310
 Pearson, T. A., 211
 Pedley, T. A., 435
 Peisah, C., 334
 Pennell, D., 531
 Pergament, E., 538
 Pericak-Vance, M. A., 425
 Perloff, D. B., 152
 Perls, F., 98
 Perry, D. G., 556
 Perry, L. C., 556
 Persons, J. B., 107
 Perucra, E., 435
 Pestaloty, P., 364
 Petermann, F., 503
 Petersen, P. B., 524
 Peterson, B. L., 206
 Peterson, B. S., 506
 Petrak, J., 166
 Petri, S., 266
 Peuskens, J., 567
 Pfohl, B., 315, 316
 Phiel, C. J., 427
 Pickering, T. G., 209
 Pieper, C., 209
 Pierce, D., 258
 Pierce, G. R., 151, 162
 Pierson, J. F., 76
 Pildonis, P. A., 355, 356
 Pillard, R. C., 276
 Pincus, H. A., 28, 95
 Pine, D. S., 500
 Pingree, C., 524
 Pinker, S., 47
 Piven, J., 525
 Plante, M., 362
 Plomin, R., 334, 361
 Polatin, P. B., 222
 Polcari, A., 485
 Pollack, M. H., 498
 Pomeroy, W. B., 276
 Pope, H. G., 142, 176, 230, 231
 Pope, M., 118
 Portin, R., 431
 Portner, J., 365
 Posner, M. I., 315
 Potkin, S. G., 389
 Potvin, L., 207
 Poulin, M., 165
 Poulton, R., 82, 247
 Pouska, F., 506
 Powell, C., 358
 Powell, G. E., 291
 Powell, L. H., 207
 Power, T. J., 493
 Powers, K., 461
 Practice Guidelines for the
 Treatment of Patients with
 Eating Disorders, 193
 Pratt, L. A., 205

Prescott, C. A., 336
 Preston, K. L., 464
 Price, A. A., 211
 Price, V. A., 207
 Prien, R. F., 345
 Priest, R. G., 203
 Prigerson, H. G., 336
 Prince, C., 293
 Prince, M. J., 336
 Prince, V. C., 293
 Pringle, M., 184
 Pritchard, M., 498
 Prizant, B. M., 522
 Project MATCH Research
 Group, 454
 Prusoff, B. A., 335
 Prutsman, T. D., 70
 Pruzinsky, T., 230
 Puett, D., 208
 Pugh, K. R., 543
 Purtell, J. J., 226
 Putnam, F. W., 173

Q

Quinsey, V. L., 288

R

Rabasca, L., 8
 Rabin, B. S., 190
 Rabinowitz, J., 399
 Rachid, R., 380
 Radomsky, E. D., 364
 Rae, D. S., 245, 333
 Rafanelli, C., 356
 Raine, N. V., 6, 298
 Rakhshanda, S., 363
 Ramey, C. T., 544
 Rampon, C., 350
 Ramsay, R., 192
 Randall, P. K., 450
 Randels, S. P., 540
 Range, L. M., 366
 Rapee, R. M., 499, 510
 Rapin, I., 521, 522
 Rapoport, J. L., 253, 486, 501
 Rappaport, J., 76, 562
 Rastam, M., 192
 Raudenbush, S. W., 561
 Raue, P. J., 356
 Ravdin, L. D., 431
 Rawlings, E. I., 276
 Read, J. P., 451
 Ready, R. E., 428
 Realmuto, G. M., 489, 490
 Rebok, G. W., 427
 Reddle, M. A., 502
 Reed, D. E., 226
 Reed, G. M., 185
 Reeves, A. J., 55
 Regier, D. A., 135, 242, 245, 317,
 333, 446
 Rehm, J., 462
 Reichenberg, A., 399
 Reid, J. B., 451
 Reid, L., 344
 Reider, R., 394
 Reidy, T. J., 574
 Reilly-Harrington, N. A., 363
 Reinares, M., 357
 Relkin, N. R., 431
 Remer, R., 488
 Remschmidt, H., 506
 Renshaw, P. F., 486
 Repetti, R., 184
 Reppucci, N. D., 77
 Resnik, H., 559
 Reveley, A., 50
 Revenson, T. A., 76
 Revicki, D., 362
 Rexer, L., 5212
 Rey, J. M., 467
 Reynolds, C. R., 135
 Rhoades, E. R., 445
 Riba, M. B., 577
 Richard, P., 407
 Richards, J. A., 363
 Richards, M., 417
 Richards, T. L., 52
 Richardson, P., 286
 Richeters, J., 485
 Richters, J. E., 405
 Riddle, M. A., 500
 Rieder, R. O., 272
 Riess, F., 152
 Rihmer, Z., 364
 Ripple, C. H., 554
 Risch, F., 384
 Risen, C. B., 284
 Ritchie, K., 417
 Ritvo, E. R., 524
 Roberts, K., 401
 Roberts, L. J., 458
 Roberts, M. C., 163
 Roberts, R. J., 430
 Roberts, S. A., 396, 397
 Robertson, E., 498, 510
 Robertson, J. M., 23
 Robertson, M. M., 506
 Robin, A. L., 192
 Robins, E., 226
 Robins, L. N., 142, 242, 245, 317,
 446, 461, 491
 Robins, P. K., 558
 Robinson, H., 509
 Robinson, R. G., 434
 Robinson, T. E., 441
 Robles, T. F., 189
 Rochette, D., 362
 Rock, D., 396, 397
 Rockwood, K., 424
 Rodriguez, B. F., 112
 Rodriguez, L. L., 575
 Roffman, R. A., 468, 469
 Rogers, C. R., 75, 76,
 Rogers, C., 350
 Rogers, R., 570
 Rogers, S. J., 522
 Rogler, L. H., 137, 141
 Rojas, M., 484, 490, 492, 503
 Rollings, S., 498
 Rollinson, R., 535
 Rollman, B. L., 356
 Romano, J. L., 198
 Romano, S. J., 195
 Rorsman, B., 335
 Rosch, P. J., 158
 Rose, R. J., 48, 49
 Rose, S., 259
 Rose, S. E., 423
 Rosen, M., 481
 Rosen, R. C., 279
 Rosenheck, R. A., 336
 Rosenman, R., 205
 Rosenthal, A. M., 551
 Rosenthal, D., 386, 394
 Rosenthal, N. E., 344, 345
 Rosselli, M., 423
 Rosset, N., 356
 Rossi, E. L., 51
 Rosvold, H. E., 397
 Roth, W. T., 249
 Rothbart, M. K., 315
 Rothblum, E. D., 276
 Rothlisberg, B. A., 545
 Rounsaville, B., 142
 Rouse, B., 535

- Roy, A., 374
 Ruberman, J. W., 206
 Rubinstein, D., 280
 Rucci, P., 357
 Rühimäki, H., 210
 Ruini, C., 356
 Ruitenbergh, A., 424
 Ruiz, J. M., 205
 Ruiz, P., 119
 Ruiz-Linares, A., 423
 Rupp, A., 374
 Ruscio, A. M., 258
 Ruscio, J., 258
 Rush, A. J., 335, 355
 Rutter, M., 524, 529, 556
 Ryder, A. G., 323
- S**
 Saarento, O., 394
 Sabol, S. Z., 266
 Sack, D. A., 344
 Sadock, B. J., 384, 408, 428, 457, 470
 Sadock, V. A., 384, 408, 428, 457, 470
 Saks, E. R., 575
 Salkovskis, P. M., 263
 Saltzman, H., 500
 Salvia, L., 206
 Sammons, M. T., 117, 267, 349, 455
 Sampson, P. D., 446
 Sampson, R. J., 561
 Sanchez, L. E., 504
 Sandberg, A. D., 529
 Sandnabba, N. K., 294
 Sandor, P., 506
 Sands, R., 196
 Santana, F., 405
 Santangelo, S., 525
 Santilla, P., 294
 Sarason, B. R., 151, 162
 Sarason, I. G., 151, 162, 163, 397
 Sargent, R. G., 196
 Sartorius, N., 135
 Sattler, J. M., 142
 Satz, P., 390
 Saunders, A. M., 425
 Sceery, W., 501
 Schacter, D. L., 424
 Schafer, R., 149
 Schaffer, W., 228
 Schatzberg, A. F., 346
 Scherrer, J. F., 494
 Scheuffgen, K., 521
 Schiaffino, M. C., 535
 Schlenker, R., 398
 Schlusell, Y., 209
 Schmaling, K., 83
 Schmidt, C. W., 296
 Schmidt, M., 506
 Schmidt, N. B., 117, 267, 349
 Schmidt, N. D., 455
 Schnall, P. L., 209
 Schneider, K. J., 76
 Schneider, M. S., 209
 Schnyder, V., 172
 Schotte, D. E., 195
 Schroeder, C. S., 484, 498
 Schroeder, M., 275, 287
 Schulenberg, J. E., 469
 Schulsinger, F., 394, 396
 Schulz, S. C., 400
 Schuster, M. A., 165
 Schut, H., 167
 Schwartz, A. J., 365
 Schwartz, D., 206
 Schwartz, J. E., 209
 Schwartz, J. M., 435
 Schwartz, M. S., 225
- Schwartz, P. J., 345
 Schwartz, S., 502
 Schweinsburg, B. C., 449
 Scott, J., 118
 Scruggs, T. E., 544
 Sear, M. K., 265
 Searl, S., Jr., 546
 Sears, S., 186
 Sedvall, G., 387
 Seeman, J., 76
 Seeman, T., 207
 Seeman, T. E., 184
 Segal, M., 523
 Segal, Z. V., 215, 297
 Segraves, R. T., 285
 Seidman, E., 76, 562
 Seidman, L. J., 465
 Seidman, S., 272
 Seitamaa, M., 394
 Seligman, M. E. P., 100, 245, 352
 Selkoe, D. J., 424
 Selye, H., 184
 Semple, J., 423
 Seppala, M. D., 454
 Seto, M. C., 297
 Seuchter, S. A., 506
 Shady, G., 506
 Shaffer, D., 141, 556
 Shaffer, J. W., 211
 Shah, F., 229
 Shalev, A. Y., 257
 Shapiro, E. G., 516
 Shapiro, F., 178, 311, 325
 Shapiro, M. F., 187
 Shapiro, S., 502
 Sharfstein, S. S., 566
 Sharman, C., 196
 Sharp, W., 486
 Sharpe, M., 441
 Shatzberg, A. F., 300, 400
 Shaywitz, B. A., 543
 Shaywitz, S. E., 543
 Shea, J. M., 28, 257
 Shea, M. T., 306
 Shea, S., 313
 Shea, S. C., 322
 Shea, T., 355
 Shear, M. K., 357
 Sheehan, A., 455
 Sheehan, S., 564, 567
 Sher, L., 345
 Sherman, D. K., 166
 Sherrill, J. T., 363
 Shidlo, A., 275, 287
 Shiffman, S., 198
 Shifrin, H., 535
 Shimizu, E., 350
 Shink, E., 362
 Shinn, M., 76
 Shore, E. R., 212
 Shorter, E., 534
 Shuh, G. M., 380
 Shukla, S., 363
 Shulberg, H. C., 356
 Shumaker, S. A., 428
 Shuman, D. M., 570
 Siddiqui, A., 435
 Siegel, B., 528
 Siegel, D. H., 485
 Siegel, J. M., 1638
 Siegel, L., 363
 Siegel, P. T., 192
 Siegler, I. C., 206
 Siek, K. R., 577
 Siever, L. J., 306, 309, 310, 315, 316, 398
 Sievers, P., 516
 Sigafos, J., 531
- Sigman, M., 499
 Sigvardsson, S., 318
 Silk, K. R., 306, 317
 Silva, P. A., 247, 496
 Silver, J. M., 416
 Silver, L. B., 488
 Silver, R. C., 165
 Silverman, W. K., 163
 Simkin, S., 365
 Simon, G. E., 344, 362
 Simoneau, T. L., 363
 Simons, A. D., 346
 Simpson, E. E., 468, 469
 Simpson, J. L., 538
 Simpson, R. L., 529
 Singer, T., 152
 Siqueland, I., 111
 Sisodiya, S., 435
 Sklar, L. S., 211
 Skodal, A. E., 303, 306, 310, 312, 315, 316, 320, 324, 338, 490
 Skoner, D. P., 190
 Slipper, F. M. E., 288
 Small, G. W., 425
 Smalley, S. L., 486
 Smith, A., 435
 Smith, D. F., 540
 Smith, D. M., 427
 Smith, E. M., 257
 Smith, M. L., 101
 Smith, T., 527
 Smith, T. W., 205, 206
 Smith, Y. L. S., 287
 Sobell, L. C., 452, 453
 Sobell, M. G., 452, 453
 Söchting, I., 265
 Sokolow, M., 152
 Solowij, N., 468
 Song, H., 183
 Sorbi, M. J., 213
 Sorenson, T., 469
 Sorri, A., 394, 395
 Sotsky, S. M., 355
 Soutullo, C. A., 298
 Sparling, J. J., 544
 Speltz, M. L., 489
 Spencer, T., 488
 Sperling, M. K., 374
 Spiegel, D., 211, 257
 Spierings, E. C. H., 213
 Spirito, A., 365
 Spitzer, R. L., 142, 257, 303, 310, 312, 320, 324, 338, 490
 Spoerri, E., 10
 Spratley, T., 456
 Spurlock, J., 114, 507
 Squire, L. R., 424
 Squires-Wheeler, E., 396, 397
 Srebnik, D., 28
 Staley, D., 506
 Stanton, A. L., 186
 Stanton, W. R., 496
 Starcevic, V., 229
 Stassen, H. H., 332
 Steadman, H. J., 568
 Steffen, T., 462
 Stein, B. D., 165
 Stein, D. J., 252, 256, 260
 Stein, M. B., 245, 257
 Steiner, H., 192
 Stephens, J. H., 407
 Stephens, R. J., 506
 Stephens, R. S., 468, 469
 Stermac, L. E., 297
 Stern, H. P., 488
 Stern, T. P., 488
 Stevens, J. A., 186
 Stevenson, R. G., 167
- Stewart, D., 462
 Stewart, E., 454
 Stewart, M. A., 493
 Stice, E., 190
 Stickney, M. I., 198
 Stinnett, R. D., 295
 Stone, D. K., 317
 Stone, M. H., 314, 315, 317
 Stone, W. L., 522, 545
 Storr, A., 112, 355
 Stout, R., 306
 Strakowski, S. M., 298
 Strand, J. G., 316
 Strauch, J. D., 545
 Strausser, B. P., 501
 Strayer, D. L., 506
 Streissguth, A. P., 445, 539, 540
 Streuning, E. L., 484, 490, 492, 503
 Strickland, T. L., 135
 Strober, M., 192
 Stroebe, M., 167
 Stroebe, W., 167
 Strojwas, M. H., 425
 Strong, M. J., 349
 Stroud, M. W., 222
 Stroup, S., 391
 Stuart, S., 229, 350
 Stunkard, A. J., 195
 Sturm, R., 356
 Stusser, E. S., 568
 Subotnik, K. L., 310
 Substance Abuse, 441
 Suckow, R. F., 319
 Suddath, R. L., 390
 Sullivan, L. R., 341
 Sundgot, B. J., 192
 Swank, R. T., 211
 Swartz, H. A., 350
 Swartz, M. S., 568
 Swedensson, J., 363
 Sweeney, J. A., 364
 Swenson, C. R., 319
 Swinson, R. P., 245
 Szatmari, P., 333
- T**
 Taiminen, T., 431
 Takei, N., 385
 Tang, T. Z., 346
 Tang, Y. P., 48, 350
 Tasker, F., 276
 Tasman, A., 577
 Taylor, A., 82, 494
 Taylor, C. T., 323
 Taylor, D., 116, 118
 Taylor, E. H., 393
 Taylor, M. J., 449
 Taylor, O. B., 209
 Taylor, P., 298
 Taylor, S., 257, 265
 Taylor, S. E., 184, 185
 Teicher, M. H., 486
 Tellis, C., 405
 Templeman, T. L., 295
 Tennant, C. C., 467
 Tennstedt, S. L., 427
 Tenovuo, O., 431
 Teplin, S., 522
 Tessitore, A., 241
 Thakker, J., 137
 Thal, L., 428
 Thase, M. E., 332, 347, 357, 361
 Thede, L. L., 288
 Thom, E., 538
 Thomas, A., 504
 Thomas, K. M., 315
 Thompson, P. M., 423
 Thompson, J. W., 245

Thompson, W. D., 335
 Thomsen, A. H., 500
 Thomsen, P. A., 501
 Thordarson, D. S., 265
 Thorell, L. H., 345
 Thorn, B. E., 222
 Thorndike, R. L., 142
 Thornton, L. M., 277, 336
 Thorsen, T., 469
 Thys, E., 567
 Tienari, P., 394, 395
 Tietler, J. O., 558
 Tiffany, S. T., 470
 Todd, R. D., 520
 Todisco, P., 197
 Toga, A. W., 423
 Tohan, M., 308
 Tohen, M., 24
 Tolstrup, S. S., 469
 Tomb, D. A., 340, 341
 Tondo, L., 362
 Toner, B. B., 215
 Tonge, B. J., 498, 499
 Tonge, J., 546
 Tooney, R., 465
 Torgersen, S., 349
 Torrey, E. F., 390, 393
 Torrey, N. C., 319
 Touyz, S. W., 192
 Towbin, K. E., 500, 502
 Townsend, L. A., 402
 Treasure, J., 192
 Trefz, F., 535
 Tremblay, R. E., 491
 Tricker, J., 196
 Trivedi, M., 355
 Troughton, E., 493
 True, W. R., 494
 Tryon, W. W., 141
 Tseng, W. C., 23
 Tsien, J. Z., 350
 Tsuang, M. T., 24, 308, 465, 494
 Tuchman, R. F., 522
 Turk, D. C., 222
 Turner, C. W., 206
 Turner, S. M., 247, 250
 Twigg, D. A., 295
 Tyndale, R. F., 449
 Tyrer, P., 364

U

Uba, L., 137
 Uchtenbagen, A., 462
 Uhde, T. W., 245
 Ulmer, D., 207
 Ulrich, R. F., 402, 403, 407
 Umbricht, A., 464
 United States Preventative Services Task Force, 333
 Unverzagt, F. W., 427
 Ustun, T. B., 135

V

Vaccarino, V., 207
 Vahtera, J., 210
 Vaillant, G. E., 452
 Vajik, F. C., 363
 Valenstein, E., 416
 Valois, R. F., 196
 van der Ende, J., 479
 van der Kolk, B. A., 165, 257
 van Duijn, C. M., 424
 van Goozen, S. H. M., 287

Van Kammen, D. P., 387
 Van Praag, H., 319
 van Sweiten, J. C., 424
 Van Tighem, P., 258
 Van Wie, V., 166
 Vargas, J. S., 68
 Varney, N. R., 430
 Varuelle, M., 310
 Vasile, R. G., 349
 Vaughn, C., 405
 Veale, D., 229
 Vega, W., 135
 Velez, C. N., 484, 490, 492, 503
 Vena, J. E., 367
 Vendetti, J., 468
 Veneselli, E., 535
 Venturini, A., 356
 Vercruyssen, V., 567
 Verdoux, H., 385
 Verhulst, F. C., 479
 Vernberg, E. M., 163
 Vernon, P. A., 257
 Verreault, R., 424
 Videen, J. S., 449
 Vieta, E., 357
 Viguera, A. C., 362
 Villeneuve, A., 362
 Vinh, T., 560
 Vinogradov, S., 108
 Violanti, V. M., 367
 Virag, R., 284
 Virkkunen, M., 319
 Vital and Health Statistics, 240
 Vitale, A., 506
 Vitousek, K., 192
 Vizueta, N., 315
 Volavka, J., 319
 Volkmar, F. R., 522
 Volkow, N. D., 472
 von Knorring, A. L., 319
 Von Korff, M., 135

W

Wada, T., 408
 Wadden, T. A., 196
 Waddington, J. L., 389
 Wadsworth, K. N., 469
 Wadsworth, M. E., 500
 Wagner, E. F., 453
 Wagner, P. S., 373
 Wahlbeck, K., 400
 Wahlberg, K. E., 394, 395
 Waite, D., 467
 Walburn, J., 229
 Walinder, J., 287, 345
 Walker, E. F., 391
 Walker, J. R., 245
 Walkup, J. T., 486, 499
 Wallace, R. B., 428
 Walsh, B. T., 198, 286, 288, 427
 Walshe, D. G., 389
 Walter, J. M., 486
 Walters, E. E., 335
 Wampold, B. E., 102, 349
 Wand, R., 506
 Wang, G. J., 472
 Wang, P. S., 335
 Wapner, R., 538
 Ward, A., 192
 Ward, S. R., 166
 Ward, T., 137
 Warren, C. A. B., 348
 Warren, K., 209

Wasik, B. H., 544
 Wassell, G., 510
 Wasserstein, J., 488
 Wassertheil-Smolter, S., 428
 Wasti, S. A., 299
 Watkins, J., 355
 Watson, J. B., 66
 Waxtawski-Wende, J., 428
 Weale, M. E., 435
 Wearden, A., 212
 Webster-Stratton, C., 495
 Wechsler, D., 142
 Weersing, V. R., 510
 Wehr, T. A., 345
 Weinberg, T. S., 294
 Weinberger, A., 353, 354
 Weinberger, D. R., 241, 390, 391
 Weinberger, L. E., 561
 Weinblatt, E., 206
 Weiner, M. F., 420
 Weingarten, K., 259
 Weinstein, R. S., 559
 Weiser, M., 399
 Weiseth, L., 257
 Weiss, G., 487, 488
 Weiss, M., 487
 Weiss, R., 430
 Weiss, R. D., 463
 Weiss, R. M., 102
 Weissberg, R. P., 559
 Weissenbach, J., 362
 Weissman, M. M., 99, 313, 335, 336, 337, 338
 Weisz, J. R., 510
 Weitof, G. R., 481
 Welch, S. L., 195
 Weller, E. B., 504
 Weller, R. A., 504
 Wells, K. B., 356
 Welner, J., 394
 Wender, P. H., 394, 488
 Werdegard, D., 152
 Werner, E. E., 551
 Werry, J. S., 510
 Wessely, S., 259
 Westen, D., 66
 Wetterberg, L., 345
 Whilte, J. M., 462
 Whitaker, L. C., 365
 White, J., 416
 White, S., 166
 Whitley, M. K., 491
 Whittall, M. L., 265
 Wicks-Nelson, R., 532
 Widiger, T. A., 315, 316, 326, 327
 Widom, C. S., 318, 321
 Wiener, J., 543
 Wilens, T., 488
 Wilhelm, F. H., 249
 Wilhelm, S., 229
 Wilkinson, G., 169
 Willemsen, R., 536
 Williams, C. J., 294
 Williams, J. B. W., 142, 303, 310, 312, 320, 324, 338, 490
 Williams, K., 166
 Williams, L., 401
 Williams, R. B., Jr., 206
 Williams, T. M., 472
 Williamson, G. M., 189
 Willick, M. S., 399
 Willis, S. L., 427
 Willson, R., 229

Wilson, A., 380
 Wilson, C. A., 427
 Wilson, G., 294
 Wilson, G. T., 112, 198, 286, 288
 Wilson, J. P., 257
 Wilson, R. S., 427
 Winett, C. A., 363
 Wineze, J. P., 281
 Wing, L., 531
 Wing, R. R., 198
 Winokur, G., 357, 361
 Wintemute, G. J., 365
 Wirshing, W. C., 401
 Wise, T. N., 296
 Wittchen, H. U., 135, 142, 336, 337, 338
 Wittermen, J. C. M., 424
 Wolf, L. E., 397, 488
 Wolf, S., 207
 Wolff, G., 198
 Wolfson, C., 424
 Wolk, S., 462
 Wollard, J. L., 77
 Wolraich, M. L., 486
 Wong, C. J., 465
 Wong, M. D., 187
 Wood, J. J., 499
 Wood, M. D., 451
 Wood, N. W., 435
 Woods, S. W., 265
 Woodworth, G., 493
 Woolf, L., 359
 Woolf, V., 359
 Work Group on Borderline Personality, 316, 317
 Wortman, C. B., 276
 Wright, F. D., 264
 Wright, M., 365
 Wynne, L. C., 394, 395

X

Xian, H., 465, 494

Y

Yagla, S. J., 229
 Yalom, I. D., 108
 Yates, W. R., 171, 493
 Yeh, E.-K., 336, 337, 338
 Yehuda, R., 266
 Yoshikawa, H., 76, 560
 Young, D., 498
 Young, J. E., 353, 354
 Yount, S. E., 211, 288
 Yudofsky, S. C., 401, 416, 421

Z

Zadra, A., 203
 Zahn, T. P., 501
 Zamorski, M. A., 244
 Zanarini, M. C., 306, 317
 Zhang, H., 506
 Zhang, R., 141
 Zhou, A. J., 165
 Zhou, M. H., 171
 Zhuo, M., 350
 Zigler, E., 554
 Zijdenbos, A., 486
 Zimmerman, M., 315
 Zins, J. E., 559
 Zubicaray, G., 423
 Zucker, K. J., 288
 Zweig-Frank, H., 313

Índice temático

A

- 11 de septiembre de 2001, 166
- AA, *véase* Alcohólicos Anónimos
- Abstinencia, 442, 475
 - de alcohol, 447
 - de sustancias psicoactivas, 442
 - síntomas de, 469
- Abstinencia de la cocaína, 463
- Abstinencia de opioides, 460
- Abstinencia y abuso del alcohol, 452, 453
- Abuso de drogas y la terapia conductual dialéctica, 319
- Abuso de la pareja, 557-558, 578
- Abuso de menores, 557-558, 578
 - y el trastorno antisocial de la personalidad, 321
- Abuso de sustancias, 441, 443, 475
 - en bulimia, 195
 - y el trastorno bipolar, 362
- Abuso del alcohol, 445, 475
 - y trastorno por estrés posttraumático, 257
- Abuso sexual, 96-97, 281, 296-297, *véase también* pedofilia
- Abuso sexual de menores, 298, *véase también* Victimización sexual
- Acatamiento al régimen de medicamentos, 118
- Accidentes, como factores estresantes, 163
- Accidentes cerebrovasculares (CVA), 438, 557-558
 - y uso de alcohol, 445
- Aceptación, 75, 102, 108
 - en la terapia Rogeriana, 177
- Aceptación incondicional, 98, 122
- Acetilcolina, 342, 269, 423, 468
- Ácido Desoxirribonucleico, *véase* ADN
- Ácido gamma aminobutírico, *véase* GABA
- Aclaración de normas, 108
- Acoso sexual, 298-299
- Acrofobia, 246
- Actitudes culturales hacia el suicidio, 365
- Activación en el trastorno por estrés agudo (ASD), 171
- Actividad cerebral, 54
- Actividad de las ondas cerebrales, 319
- Actividad de onda lenta, 54
- Activismo gay, 275-276
- Acuafobia, 246
- Aculturación, 110, 445
- Acumulación, 254-255
- Adaptación, 20-21, 40, 162
 - definición, 8-9
- Addington v. Texas*, 441
- Adherencia al medicamento, 188, 400-401
 - y etnicidad, 137
- Adicción selectiva a las drogas, 58
- Adicción, 441
- Adler, Alfred, 65
- ADN, 48, 49, 82
- Afasia, 434
- Afro-estadounidenses, estado de salud de los, 187
 - trastornos fóbicos en los, 246
- y cardiopatías, 205
- y diagnóstico, 135-136
- y estrés, 157
- y evaluación psicológica, 136
- y obesidad, 197
- y riesgo de la presión arterial, 208
 - y sobrevivencia al cáncer, 212
- Afrontamiento, 20-22, 129-130, 154, 158-162, 178, 179
 - de la epilepsia, 435
 - del dolor, 222, 223
 - del estrés, 245
 - del infarto, 207
 - diferencias de género en 336
 - en el trastorno de ansiedad, 259
 - en el trastorno de la personalidad por evitación, 323
 - en la esquizofrenia, 402-403
 - trastorno por estrés posttraumático, 257
 - y el síndrome del intestino irritable, 215
- Afrontamiento activo del dolor, 222
- Afrontamiento conductual, 161
- Afrontamiento quirúrgico del paciente, 160
- Agencias de la comunidad y la prevención, 561
- Agonista, 58
- Agorafobia, 243, 246, 250-252, 268
- Agresión y prácticas de crianza, 556
- Aislamiento, 261, 268
- Aislamiento social y cardiopatías, 205
- Ajuste personal, 102
- Alcohólicos Anónimos (AA), 454, 475, 563
- Alojamiento alternativo, 564, 578
- Alprazolam, 266, 269
- Alteración afectiva en el trastorno límite de la personalidad, 316
- Alteración de la conducta en el trastorno adaptativo, 170
- Alteración de la identidad en el trastorno límite de la personalidad, 314, 316
- Alucinaciones hipnagógicas, 202, 216
- Alucinaciones, 374, 407, 436, 380, 381, 402, 409, 428, 466, 467, 428
 - en la infancia, 503-504
- Alzheimer, Alois, 423
- Ambiente familiar, 51
 - en la esquizofrenia, 394-395
 - y el trastorno de la conducta, 494
- Ambiente no compartido, 51
- Amígdala, 266
- Amnesia, 173, 433
- Amnesia disociativa, 173-174, 180
- Amniocentesis, 538
- Análisis del estado mental, 140-141, 154, 416-417, 437
- Anatomy of Melancholy*, 15, 40
- Anestésicos disociativos, 466
- Anfetaminas, 465, 476
- Angina de pecho, 204, 216
- Angustia marital, 280
 - prevención de 555
- Anorexia nerviosa, 190-194, 216
- Anormalidades bioquímicas del cerebro, 391, 501
- Anormalidades cromosómicas, 48, 534
- Anormalidades físicas, 390, 410
- Ansiedad, 23, 106, 117, 177, 238-240, 424, 428, 434, *véase también* trastornos de ansiedad
 - auto descripción de, 238
 - e insomnio, 201
 - el modelamiento en, 70
 - en bulimia, 195
 - en disfunción eréctil, 279
 - en el autismo, 529
 - en el punto de vista de Freud, 62, 63
 - en el síndrome de fatiga crónica, 212
 - en el trastorno adaptativo, 170
 - en el trastorno Asperger, 529
 - en trastornos de la conducta alimentaria, 193
 - perspectiva de Rogers, 75
 - punto de vista histórico, 239
 - tranquilizantes para, 459
 - trastorno por estrés agudo, 171
 - y conducta antisocial, 319
 - y dismorfia muscular, 231
 - y dolor, 223
 - y el estrés, 163, 165
 - y el luto, 167
 - y el síndrome del intestino irritable, 215
 - y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481, 486
 - y el trastorno somatomorfo, 226
- Ansiedad de separación y agorafobia, 252
- Ansiedad nerviosa, 256
- Ansiedad por el rendimiento, 249
- Ansiedad en disfunción eréctil, 279
- Ansiosos, 116, 117, 124, 177, 202
 - en trastornos de la conducta alimentaria, 192
- Antagonista, 58
- Anticonvulsivos en el autismo, 528
- Antidepresivos tricíclicos (TCA), 266, 269, 342, 343, 370
- Antidepresivos, 58, 116, 124, 177, 198, 244, 326, 502, 343-346, 370
 - en trastornos de la conducta alimentaria, 192
 - para el trastorno de la ansiedad, 266-267
 - para el trastorno de Tourette, 506
 - para la crisis de pánico, 251
 - para niños, 502
- Antiepilépticos, 435
- Antígeno, 58
- Antipsicóticos atípicos, 400
- Antipsicóticos, 116, 117, 124, 400-401, 407, 410, 465, 466
- Anulación, 64, 261, 268
- Aparato psíquico, 62
- Apego, 324, 497
- y trastorno límite de la personalidad, 315
- Aplanamiento emocional, 307
- Apnea del sueño, 202, 216
- Apolipoproteína E (Apo E-E4), 424
- Apoyo, 102, *véase también* apoyo social
 - del medio ambiente, 22
- Aprendizaje implícito, 71
- Aprendizaje operante, 103
- Aprendizaje social, 74, 108
 - y parafilia, 297
- Aprendizaje vicario, 108
- Área de Broca, 380
- Área de Wernicke, 380
- Aristóteles, 12-13
- Arteriosclerosis, 204, 216, 469
- Asertividad, 209
- Asesoramiento, para pruebas genéticas, 430
 - para reacciones de duelo, 167
- Asiático-americano, 114, 136, 137
 - en interacciones clínicas, 136, 137
 - y el diagnóstico, 136
 - y la deserción escolar, 560
 - y sensibilidad al alcohol, 449
- Asilo, 18
- Asistencia comunitaria para los discapacitados, 565
- Asma, 183, 200
- Asociación libre, 63-64, 96, 122
- Aspectos éticos de la investigación, 39, 42
- Aspectos legales de la enfermedad mental, 568-574
- Aspectos legales de la prevención, 578-579
- Atención, en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481
 - en esquizofrenia, 396
 - problemas de, 481, *véase también* trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Atención administrada, 100, 116
- Atracones, 190, 193, 198, 216
 - y terapia conductual dialéctica, 319
- Atribución, en depresión, 352
 - y depresión infantil, 504
- Atrofia cerebral en demencia, 420
- Aura, 213
- Auto-actualización, 75, 84
- Auto-comprensión, 108
- Auto-identidad en la disociación, 172
- Auto-imagen, 75
 - como resultado del abuso, 558
- Auto-preocupaciones, 161
- Auto-concepto, 75
- Auto-culpa, 162
- Auto-determinación, 75
- Auto-eficacia, 72
 - y trastorno de la ansiedad, 262
- Auto-esquemas, 72, *véase también* esquemas
- Auto-lesión, 501
 - en el autismo, 528
- Auto-monitoreo, 297

Auto-observación, 29
 Auto-psicología, 83
 Auto-regulación, 71
 Auto-revelación, 108
 Axón, 52
 Ayuda social, 76, 78, 84, 162, 179, 189, 190, 247
 en el luto, 167-168
 en el trastorno bipolar, 363
 para el cáncer, 211-212
 trastorno por estrés posttraumático, 257
 y ajuste al trastorno cerebral, 414
 y el estrés, 162, 189-190, 500
 y el trastorno de la conducta, 494, 495
 y la depresión, 336
 y vulnerabilidad, 162

B

Baird, Perry, 19
 Balance de electrolitos, 195
 Bandura, Albert, 70-71
 Barbitúricos, 457, 459, 475
 Bebés del crack, 464
 Beck, Aaron T., 73, 98, 104
 Beers, Clifford, 19, 41
 Benson Herbert, 209
 Benzodiazepinas, 459
 para el trastorno de la ansiedad, 266, 269
 Beta amiloide, 424, 426, 437
 Bidet, Alfred, 142, 155, 533
 Bigsby, Michaela, 164
 Biorretroalimentación, 103, 122, 153, 155
 y dolor, 223-225
 Bisexualidad, 276, 299
 prevalencia de, 273
 y suicidio, 365
 Bleuler, Eugene, 376
 Breuer, Joseph, 60
 Brujería, 13
 Buechner, David, 286
 Bulimia
 Bulimia nerviosa, 190, 193-195, 216
 Buprenorfina, 462
 Burton, Robert, 15, 40

C

Cafeína, 447, 471
 Caja de Skinner, 67
 Cambio de conducta, 35
 Cambio social y los problemas de vida, 562
 Cambios cerebrales al inicio de la enfermedad de Alzheimer, 425
 Camisa de fuerza, 19
 Cáncer, 184, 210-212, 216
 y la obesidad, 197
 Cannabis, 467, 476
 Cannon, Walter, 158
 Capacitación conductual para el trastorno por déficit de Atención con hiperactividad, 487-488
 en el autismo, 526-528
 en el trastorno de la conducta, 494
 Capacitación de habilidades cognitivas, 401-402
 en demencia, 421

Capacitación de habilidades sociales, 117, 351
 en la esquizofrenia, 403
 y retraso mental, 545-546
 Capacitación de habilidades, 160
 en la esquizofrenia, 401-403
 para los cuidadores de la enfermedad de Alzheimer, 426-427
 Capacitación de solución de problemas en la esquizofrenia, 404
 Capacitación en la mejora de la comunicación, 363
 en la disfunción sexual, 285
 Capacitación en las habilidades conductuales en la demencia, 421
 Capacitación para padres para el síndrome de Down, 537
 trastorno negativista-desafiante, 490, 495
 y el trastorno de la conducta, 494
 Capacitación vocacional, 545, 549
 Características de demanda en la investigación, 38
 Características de la personalidad y la enfermedad, 185
 Cariotipos, 48
 Casa de custodia, 564, 578
 Casa de medio internamiento, 406, 567, 578
 Caso (extendido),
 rechazo escolar, 87-88
 terapia cognitiva, 91-94
 trastorno por estrés posttraumático, 88-91
 Caso índice, 384, 394
 Caso Tarasoff, 576
 Castigo, 67, 83
 Catastrofizar, 162
 Catecolaminas, 216, 341, 369
 e infarto, 205
 Categorías del diagnóstico, 131-133, 154
 Cefalea, 213-215, 217
 Cefalea por contracción muscular, véase migraña
 Cefalea por tensión, 213, 217
 Célula colinérgica, 423
 Células cerebrales, 423
 Centro social, 562
 Centros de alivio después de una violación, 166
 Centros de prevención de crisis, 367, 362
 Cerebelo, 463, 486
 Cerebro, 53, 53-56
 efectos del alcohol en, 449
 César, Julio, 435
 Cese del tabaquismo, 470-471
 CI verbal, 143, 155
 Ciclo de atracones y purgas, 198
 en bulimia, 194
 Ciclo rápido, 357
 Ciclotimia, 357
 Cirugía de reasignación sexual, 287
 Clark, Brian, 164
 Clases para padres, 554
 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), 133, 135
 Clasificación multiaxial, 130, 133, 154

Clasificación, 127-129, véase también ventajas del sistema de diagnóstico, 128-129
 de los trastornos de la personalidad, 304-306, 328-329
 desventajas de, 129
 investigación sobre, 134-137, 154
 Claustrofobia, 246
 Clomipramina, 266
 Clorpromazina, 400
 Clozapina, 400
 Cocaína, 462-465, 472, 476
 Cocainómanos Anónimos, 464
 Cociente intelectual (CI), 142, 155
 Coeficiente de correlación, 38
 Cogniciones, 73
 Comité nacional para la higiene mental, 19
 Comorbilidad, 269, 357
 de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, 253
 en depresión infantil, 504
 y el síndrome del intestino irritable, 215
 y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486
 y la depresión, 496
 y trastorno de ansiedad, 267
 y trastorno límite de la personalidad, 315
 y trastornos del estado de ánimo, 333, 338
 y trastornos relacionados con el alcohol, 446-447
 Comparaciones transculturales, 136-137
 Competencia,
 legal, 576, 578
 para ir a juicio, 568, 571
 Complejo de Edipo, 272
 Complicaciones obstétricas en la esquizofrenia, 389
 Comprensión, 96, 114, 122
 Compulsiones, 243, 428
 Concordancia, 50
 Condicionamiento, 261
 Condicionamiento clásico, 67, 83, 103
 y la respuesta a la violación, 166
 Condicionamiento instrumental, véase condicionamiento operante
 Condicionamiento operante, 67-70, 83, 103
 para los trastornos del dolor, 221
 Condicionamiento versivo, 451, 475
 Condiciones fetales y retraso mental, 538, 548
 Conducta antisocial, 80
 y herencia, 82
 Conducta auto-destructiva, 313-314
 Conducta auto-estimulante, 527
 Conducta compulsiva, 268
 Conducta criminal y trastorno antisocial de la personalidad, 318-319, 321
 Conducta de evitación, después de la violación, 166

en el trastorno de ansiedad, 259
 Conducta de revisión, 501
 en el trastorno obsesivo compulsivo, 255
 Conducta delincuente, 553-554
 Conducta desadaptada, 40, 76
 como defecto orgánico, 11
 definido, 9
 en la infancia, 479
 explicaciones supernaturales de, 9-10
 perspectiva antigua de, 12-13, 40
 perspectiva en la Edad Media, 13-14
 proceso psicológico y, 15
 y cognición 72-73
 Conducta desordenada, 381
 Conducta desviada, 9
 Conducta homosexual, 299
 Conducta idiosincrásica, 310
 Conducta impulsiva, 429
 en bulimia, 195
 en el trastorno límite de la personalidad, 316
 Conducta manipuladora, 311
 Conducta motora en la esquizofrenia, 391
 Conducta no verbal, 364
 Conducta obsesiva, 252, 268
 en el autismo, 528
 Conducta patológica
 atribuciones para, 8
 puntos de vista recientes de, 19-20
 Conducta sexual oral-genital, 273
 Conducta suicida, 344
 Conductas de atención colectiva, 522, 547
 Confabulación, 420, 437
 Conferencia sobre el caso, 131
 Confiabilidad, 145
 en el diagnóstico, 134
 en la observación conductual, 29
 Confidencialidad, 576-577, 579
 Conflicto, 15
 Conflicto de los padres y el desarrollo infantil, 558-559
 Conflicto inconsciente, 60
 Conflicto intrapsíquico 60
 Consciente, 60, 61, 83
 Consentimiento informado, 575-576, 579
 Consumer Reports, 100
 Consumo de alcohol, universitarios, 458
 Contagio social, véase histeria masiva
 Contagio suicida, 367, 371
 Contenidos mentales
 inconscientes, 60
 Contexto cultural, 327
 continuo de la disociación, 172
 Contratransferencia, 96, 122
 Control personal, 204, 215
 Control,
 de sentimientos, 185
 pérdida de, 255
 Controversia naturaleza-crianza, 51, 59
 Contusión, 430, 438
 Contusión del tejido cerebral, 430, 438
 Convulsiones, 466
 Coprolalia, 505, 512

- Corea de Huntington, *véase* enfermedad de Huntington
- Corteza adrenal, 56
- Corteza cerebral, 54, 463
- Corticoesteroides adrenales, 56
- Cortisona, 266
- Costumbres culturales y las relaciones sexuales, 273
- Cowan, Donovan, 164
- Crack, 463-464, 476
- Crímenes por odio, 4-5
- Crisis de ansiedad generalizada, 245
- Crisis de pánico, 237, 241, 251, 268
- características clínicas de, 242
- Crisis epiléptica, 434
- Crisis personal, 166
- Cromosomas, 48, 82
- Cuatro A's, 376
- Cuestionario de los eventos de vida, 163
- Cuestiones raciales en el tratamiento terapéutico, 28
- Cuidados prenatales, como prevención, 556
- y retraso mental, 540-541
- Culto Heaven's Gate, 367
- Cullen, William, 16
- Curandero, 9-10
- CVA, *véase* accidentes cerebro vascular
- Chamán, 10, 40
- Charcot, Jean, 184
- CHD, *véase* enfermedad coronaria
- Chino-americanos y la tasa de mortalidad en, 187
- Churchill, Winston, 354-355
- D**
- Daño cerebral, 416
- Darwin, Charles, 59
- De Beston, Emma, 14
- Defecto orgánico, 11
- Defensa por locura, 568-571, 572-573, 579
- Deficiencia mental, 534
- Deficiencia vitamínica, 434
- Déficit afectivo en el autismo, 522
- Déficit de atención y uso de estimulantes, 465
- Déficit de las habilidades motoras y uso de estimulantes, 465
- Déficit social, en el autismo, 522
- Déficits cognitivos, como indicadores, 396-398
- en el autismo, 520
- en el síndrome de Down, 537
- Definición de la psicopatología, 5
- Delincuencia juvenil, 552-554
- Delirios, 374, 378-379, 407, 409, 428, 467
- en la esquizofrenia, 408
- en la psicosis, 378
- Delirium, 132, 413, 418-421, 433, 437, 466
- Delirium tremens, 419, 434, 437
- Demencia, 132, 413, 419-428, 433, 436, 437
- Demencia parálitica, 432-433
- Demencia por Multi infarto *véase* demencia vascular
- Demencia presenil, 422, 437, *véase también* demencia
- Demencia senil, 437, *véase también* demencia
- Demencia vascular, 434, 438
- Demencia y el síndrome de Down, 538
- Dementia praecox*, 130, 376
- Dendrita, 52
- Dependencia a sustancias, 442-443, 475
- Dependencia fisiológica del alcohol, 445
- Depresión, 58, 78, 99, 106, 331, 333-336, 357, 369, 424, 428, 431, 434, 467
- contraste con la demencia, 420
- diferencias culturales en, 137
- e infarto, 205
- en bulimia, 195
- en el síndrome de fatiga crónica, 212
- en el trastorno adaptativo, 170
- en el trastorno de la personalidad por dependencia, 324
- en la infancia, 495-496, 502-505
- en parasomía, 203
- en trastornos relacionados al estrés, 179
- enfoque interaccional hacia, 79
- problemas del sueño, 199, 201
- y dismorfia muscular, 231
- y dolor, 223
- y el estrés, 163, 166
- y el luto, 167
- y el síndrome del intestino irritable, 215
- y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481
- y el trastorno por estrés posttraumático, 258
- y el trastorno somatomorfo, 226
- y retraso mental, 546
- y trastornos cardiovasculares, 184
- y trastornos de la conducta alimentaria, 190, 193
- y uso de opio, 462
- Depresión doble, 338
- Depresión maniaca, 19, *véase también* el trastorno bipolar
- Depuración sináptica, 369, 397, 410
- Derechos de los niños, 576
- Derechos de los pacientes, 575-576, 579
- Derrame cerebral, *véase* accidentes cerebro vasculares
- Desapego social, 310
- Desarrollo cerebral, 479
- Desarrollo cognitivo y depresión infantil, 504
- Desarrollo de la personalidad, 159
- teorías de Freud sobre, 60-61
- Desarrollo intelectual en el síndrome de Down, 537
- Desarrollo moral y el trastorno antisocial de la personalidad, 320
- Desarrollo psicosexual, 61-62
- Desarrollo social en el retraso mental, 546
- Desastres, como factores estresantes, 163, 166
- métodos de investigación sobre, 165
- Descartes, 221
- Desconfianza, 307, 424
- Desempeño psicomotor, 465
- Desensibilización, 464
- Desensibilización sistemática, 67, 105, 122, 178, 180, 261, 268
- en terapia sexual, 283
- Desensibilización y procesamiento por movimientos oculares (EMDR), 177
- Deseo sexual inhibido, 278
- Deserción escolar, 559-560
- Desesperanza, 332
- y suicidio, 365-366
- Desinstitucionalización, 26, 41, 121, 124, 567-568
- Desintoxicación, 447, 475
- Desorganización social, 76
- Desorientación, 424
- Despersonalización, 175, 180
- en la disociación, 172
- Desplazamiento, 64, 537, 548
- Desregulación afectiva, 496
- Desregulación conductual, 496
- Desvanecimiento, 103, 122
- Desventaja psicosocial y retraso mental, 540, 544, 548-549
- Desviación de las normas de desarrollo, 479-480
- Desviación estándar, 38, 42
- DET (dietiltriptamina), 465, 476
- Detector de mentiras, *véase* polígrafo
- Detención del pensamiento, 264, 269
- Deterioro cognitivo asociado con el VIH, 431-433, 438
- Deterioro de la coordinación motriz, 505
- Deterioro del rendimiento en el trastorno adaptativo, 170
- Determinantes múltiples, 59
- Determinismo, 67
- Determinismo biológico, 48
- Determinismo psíquico, 60, 83
- Dexedrina, *véase* dextroanfetamina
- Dextroanfetaminas, 487
- Diabetes, 187
- y obesidad, 197
- y retraso mental, 539
- Diagnóstico, 127, 154
- inexactitud del, 129
- y el estatus de la minoría étnica, 137
- Diagnóstico dual, 546
- Diagnóstico diferencial, 256
- Diagnóstico y manual estadístico de los trastornos mentales (DSM), 130, 154
- Diagnósticos superpuestos, 260
- Didion, Joan, 308
- Diferencia de género, en anorexia, 191
- en demencia, 421
- en depresión, 335-336
- en el índice de suicidio, 365
- en el trastorno afectivo estacional, 345
- en el trastorno Asperger, 529
- en el trastorno de angustia, 242
- en el trastorno de ansiedad, 240
- en el trastorno de la conducta, 491-492
- en el trastorno de Rett, 530
- en el trastorno disociativo de la identidad, 174
- en el trastorno fóbico, 246
- en el trastorno histriónico de la personalidad, 311
- en el trastorno negativista-desafiante, 490
- en el trastorno obsesivo compulsivo, 500
- en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 483-484, 486, 488
- en el trastorno por estrés posttraumático, 256
- en el trastorno somatomorfo, 227
- en la discordia familiar, 78
- en la disfunción sexual, 279
- en la enfermedad de Pick, 428
- en la homosexualidad, 273
- en respuesta a problemas sexuales, 280
- en respuesta al alcohol, 447-448
- enfermedad coronaria, 204-205
- trastorno desintegrativo infantil, 530
- trastorno límite de la personalidad, 313
- y la longevidad, 186-187
- y salud, 186-187
- Diferencias culturales, en el diagnóstico, 135-136
- en la culpa, 114
- en la deserción escolar, 560
- en la salud, 187
- Diferencias de la personalidad, 51
- Diferencias étnicas, en depresión, 332, 336
- en el abuso del alcohol, 449
- en el diagnóstico, 135-136
- en el trastorno de ansiedad, 240
- en el trastorno fóbico, 246
- en el uso de alcohol, 445
- en fobia social, 500
- en la deserción escolar, 560
- en la masa corporal, 196-197
- en la salud, 187
- Diferencias raciales, en el abuso de alcohol, 449
- en el índice de suicidio, 365
- en el trastorno de la ansiedad, 240
- en el trastorno fóbico, 246
- en fobia social, 500
- en la depresión, 110, 332, 336
- en la salud, 187
- Dificultades del lenguaje en el autismo, 521-522
- en el trastorno Asperger, 529
- Dilemas del diagnóstico, 212-215, 216
- Dimorfías, 459, 475
- Discordancia, 393
- Discordia familiar, 78
- Discriminación, 28
- Discusiones sobre el caso, 4-5
- Diseño balanceado de placebo, 451
- Diseño de investigación, 37-39
- Disfunción del deseo sexual, 277-278
- Disfunción eréctil, 278, 280, 299
- Disfunción sexual, 271, 277-285, 299

- Dislexia, 542-544
 Dismorfia muscular, 231, 231, 234,
véase también trastorno
 dismórfico corporal
 Disomnias, 201, 216
 Dispareunia, 281
 Disquinesia tardía, 117, 400, 401
 Distorsiones cognitivas en la
 depresión, 353
 Distorsiones de transferencia, *véase*
 transferencia
 Distracción y dolor, 224
 Disulfiram, 450
 Divalproex, 362
 Diversidad cultural, 114, 123
 Diversidad étnica, 114, 123
 Divorcio,
 preparación infantil para,
 558-559
 y el desarrollo infantil, 558-559
 y el trastorno bipolar, 362
 Dix, Dorothea, 19, 41
 Dolor de cabeza en racimo,
 214-215, 217
 Dopamina, 345, 391, 430, 450,
 463, 465, 469, 472, 506
 Dormitorio, 567, 578
 Dostoyevsky, Fyodor, 435
 Down, John, 533
 DSM, *véase* manual de diagnóstico
 y estadístico de los trastornos
 mentales
 DSM-III, 153
 DSM-IV-R, 153
 DSM-IV-TR, 130-131, 133-134,
 154
 DT *véase* Delirium Tremens
 Duelo, 167-168, 332
 Duloxetina, 346
- E**
 Eagleton, Thomas, 348
 Economía de fichas, 103, 122
 Edad,
 y el trastorno fóbico, 246
 y la depresión, 335
 y trastornos cerebrales 414
 Edad de la razón, 15-16
 Edad Media, 13-14
 Edad mental, 142
 Educación para padres, sobre el
 trastorno por déficit de
 atención con hiperactividad,
 488
 para la prevención del abuso en
 la infancia, 557
 Educación sexual, 274
 EEG, *véase* electroencefalograma
 Efecto de halo, 147
 Efecto de imitación, *véase* suicidio
 por contagio
 Efectos de la expectativa,
 en el uso de alcohol, 451
 en la investigación, 38-39
 Eficacia,
 de la terapia biológica, 124
 de la terapia cognitiva, 123
 de la terapia conductual, 123
 de la terapia grupal, 123
 Eficacia cognitiva en la
 esquizofrenia, 401
 Eficacia colectiva, 560
 Eficacia terapéutica, 100-103,
 112-114
 con niños, 512
 Einstein, Albert, 9
- Eje I,
 categorías, 130, 132-133, 154
 clasificación, 310
 Eje II, 130, 133, 144, 147, 154,
 325, 326
 clasificación, 310, 532
 y trastornos de la personalidad,
 144, 305
 Eje III, 130, 154
 Eje IV, 130, 154
 Eje V, 130, 154
 Ejemplos de caso,
 abstinencia de los opiáceos,
 460
 acumular, 254-255
 afrontamiento de la
 esquizofrenia, 373
 afrontamiento de los síntomas,
 210
 afrontamiento del estrés
 extremo, 157
 agorafobia, 250-251
 alcoholismo, 441
 amnesia disociativa, 173
 anorexia, 191-192
 apoyo de la comunidad, 561
 asma, 183
 autismo, 515, 521
 brujería, 11
 bulimia, 194-195
 búsqueda de ayuda, 24-25
 cáncer y apoyo social, 211-212
 comunicación en la terapia,
 118-119
 conducta agresiva, 559
 conducta compulsiva, 303
 conducta de la entrevista, 138
 conducta maniaca, 358, 359
 conducta obsesivo-compulsiva
 en la infancia, 501
 crisis de pánico, 242
 de la terapia cognitiva, 264
 defensa por locura, 551
 delincuencia juvenil, 553
 depresión, 332
 depresión duradera, 504
 derechos de los pacientes para
 negarse al tratamiento, 575
 derechos de los pacientes, 575
 desarrollo infantil y divorcio,
 559
 despersonalización, 175-176
 diagnóstico, 131
 disfunción sexual, 271
 distimia, 337-338
 duelo, 58
 efectos de la estigmatización, 7
 efectos del litio, 362
 efectos del LSD, 465-466
 enfermedad de Alzheimer, 413,
 421-422, 422-423
 entrevista diagnóstica, 139-140
 episodio depresivo mayor, 340
 espectro autista, 524-525
 esquizofrenia prodrómica, 399
 esquizofrenia, 391
 estado de fuga, 174
 estrés e infarto, 207
 estrés familiar en la
 esquizofrenia, 393
 evaluación de la peligrosidad,
 25-26
 factores culturales en la
 adherencia, 118-119
 factores culturales en la terapia,
 114
 fetichismo, 290-291
- fobia social, 247-248, 249-250
 fobia, 245
 hipocondría, 229
 identidad étnica, 136
 identidad sexual, 290-291
 impacto del diagnóstico, 127
 impacto familiar del retraso
 mental, 547
 intoxicación por opiáceos, 460
 introspección, 96
 la compulsión a revisar, 255-256
 la experiencia temprana y la
 depresión, 349
 migraña, 214
 modelamiento, 71
 narcolepsia, 202
 no adherencia al medicamento,
 401
 obligación de prevenir, 576
 pedofilia, 271
 pensamientos obsesivos, 254
 piromanía, 554
 preocupación de la comunidad,
 26
 primera persona, enojo, 6
 primera persona, psicosis, 7
 primera persona, resiliencia,
 21-22
 primera persona, violación, 6
 problemas somáticos, 45
 psicosis, 373, 374
 psicosis de la cocaína, 463
 quiste del lóbulo frontal, 416
 reacciones al suicidio, 368
 rechazo escolar, 498-499
 reentrenamiento en
 habilidades sociales en la
 depresión, 351
 relación médico-paciente, 188
 respuesta al luto, 169
 respuestas a la Prueba de
 Apercepción Temática
 (TAT), 149
 resultados de la terapia, 112
 retraso mental, 14
 sensibilización encubierta para
 el exhibicionismo, 296
 síndrome de alcoholismo fetal,
 539-540
 síndrome de la fatiga crónica,
 212
 síndrome de Munchausen, 232
 síndrome del intestino
 irritable, 215
 síntomas negativos, 381-382
 técnica de entrevista en el
 trastorno antisocial de la
 personalidad, 321-322
 terapia cognitivo conductual,
 353-354
 terapia combinada para el
 trastorno de ansiedad, 267
 terapia combinada para la
 depresión, 356
 terapia de exposición para la
 agorafobia, 251-252
 terapia de juego, 508-509
 terapia electroconvulsiva,
 347-348
 terapia familiar, 109-110, 510
 terapia grupal para abusadores
 de niños, 557
 terapia psicodinámica para la
 disfunción sexual, 284
 terapia psicodinámica, 59-60
 terapia y creencias irracionales,
 102-103
- terrores nocturnos, 203
 transexualismo, 271
 transición al matrimonio, 170
 trastorno antisocial de la
 personalidad, 317, 318
 trastorno bipolar, 331
 trastorno de ansiedad
 generalizada, 241
 trastorno de identidad sexual
 en niños, 286
 trastorno de la conducta, 491
 trastorno de la identidad sexual
 en adultos, 286
 trastorno de la personalidad
 por dependencia, 306, 324
 trastorno de la preocupación
 por el cuerpo, 219
 trastorno delirante, 408
 trastorno depresivo mayor con
 síntomas psicóticos, 341
 trastorno esquizoide de la
 personalidad, 303, 308-309
 trastorno esquizotípico de la
 personalidad, 308-309
 trastorno facticio secundario,
 232
 trastorno histriónico de la
 personalidad, 311-312
 trastorno límite de la
 personalidad, 314-315
 trastorno narcisista de la
 personalidad, 312
 trastorno negativista-
 desafiante, 490
 trastorno obsesivo-compulsivo
 de la personalidad, 325
 trastorno paranoide de la
 personalidad, 307
 trastorno por déficit de
 atención con
 hiperactividad en el adulto,
 488, 489
 trastorno por déficit de
 atención con
 hiperactividad, 482-483,
 485, 487
 trastorno por estrés agudo, 171
 trastorno por estrés
 posttraumático (PTSD) y
 violación, 298
 trastorno por estrés
 posttraumático, 258
 trastorno psicofisiológico,
 203-204
 trastorno psicótico compartido,
 408-409
 trastornos de ansiedad, 237
 trastornos de exteriorización,
 479
 travestismo, 271
 tratamiento conductual de la
 fobia social, 249, 250
 tratamiento conductual para el
 travestismo, 293
 tratamiento para la fobia, 247
 tratamiento para la locura, 19
 tratamiento psicosocial de la
 esquizofrenia paranoide,
 406-407
 travestismo masculino, 292-293
 valoración de la peligrosidad,
 572-573
 Ejercicios de relajación, 209
 El final común de las drogas, 472
 Electroencefalograma (EEG), 54

- anomalías en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486-487
- Ellis, Albert, 74, 264
- Ellis, Havelock, 272
- Ello, 62, 63, 83
- Embarazo y el uso de alcohol, 446
- Emoción expresada (EE), 405-406, 410
- Emociones negativas, 189
- Encefalinas, 459, 475
- Encuestas de conducta sexual, 272-275, 299
- Endorfinas, 55, 459, 475
- Energía psíquica, *véase* libido
- Enfermedad cerebro vascular, 416, 434
- Enfermedad coronaria (CHD), 204-210, 216
- Enfermedad de Alzheimer, 421-428, 437
- y el síndrome de Down, 538
- Enfermedad de Huntington, 428, 437
- Enfermedad de Parkinson, 56, 430, 437-438
- Enfermedad de Pick, 428, 437
- Enfermedad maniaco depresiva, *véase* trastorno bipolar
- Enfermedad psicogenética masiva, *véase* histeria masiva
- Enfermedad y el estrés, 188
- Enfermedades mentales, actitudes hacia, 6
- como estigma, 7
- y ofensa sexual, 298
- y suicidio, 364, 371
- Enfermera psiquiátrica, 27, 41
- Enfoque biológico del alcoholismo, 447
- para la disfunción sexual, 284
- Enfoque cognitivo-conductual, 265
- al alcoholismo, 450-453
- en el trastorno de la conducta, 494
- en la disfunción sexual, 283
- en la esquizofrenia, 401
- Enfoque cognitivo-conductual, al abuso sexual, 298
- a la terapia sexual, 283-284
- Enfoque conductual, 495
- Enfoque de clasificación prototípica, 307, 327
- Enfoque de los sistemas familiares, 110
- para problemas sexuales, 281
- Enfoque de Masters y Johnson, 282-283
- Enfoque del control de la bebida, 451, 475
- Enfoque epidemiológico y los trastornos del estado de ánimo, 333
- Enfoque integrador, a los síntomas, 431
- al trastorno cerebral, 435-436, 438
- Enfoque médico de la función sexual, 284
- Enfoque orgánico, 16-17, 41
- Enfoque orgásmico, 12
- Enfoque psicodinámico, al alcoholismo, 450
- en la terapia sexual, 281, 284
- Enfoque psicológico al trastorno bipolar, 363-364
- Enfoque sensato, 282, 283, 300
- Enfoque socio-cognitivo, 74
- Enfoques psicosociales de la esquizofrenia, 401-404, 410
- Ensayo clínico, 35, 36, 116-117
- Ensayo cognitivo, 262, 264, 269
- remediación cognitiva en la esquizofrenia, 402
- Ensayo conductual, 105, 106, 122-123
- Ensayo guiado, 105
- Ensayo preventivo Fast Track, 80, 81
- Entrenamiento asertivo, 106, 123
- Entrevista, 137, 154
- Entrevista clínica estructurada para DSM (SCID), 142, 154
- Entrevista clínica, 137
- Entrevista de evaluación, 137, 139
- Entrevista diagnóstica, 137, 154
- y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 487
- Entrevista estructurada, 141, 154
- Entrevista no estructurada, 138
- Entrevista terapéutica, 137, 154
- Envejecimiento en el síndrome de Down, 537-538
- Envenenamiento agudo de alcohol, 444
- Enzima, 52
- Epicteto, 71
- Epilepsia, 54, 415, 416, 434-435, 438
- y sueño, 200
- Epilepsia psicomotora, 434, 438
- Epinefrina, 216
- e infarto, 205
- Episodio depresivo mayor, 339-341, 369, 407
- con características psicóticas, 369
- Episodio hipomaniaco, 370
- Episodio maniaco, 358, 407
- Erikson, Erik, 65-66
- Errores cognitivos, 74, 99
- Escala completa del CI, 143, 155
- Escala de desesperanza de Beck, 365
- Escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS-III), 143, 155
- Escala de inteligencia Wechsler para los niños (WISC), 143, 155
- Escala de inteligencia Wechsler para preescolares (WPPSI), 143, 155
- Escala de Stanford-Binet, 142
- Escala de validez del MMPI-2, 146
- Escala F, 146
- Escala Fb, 146
- Escala K, 146
- Escala Kinsey de heterosexualidad y homosexualidad, 276
- Escala L, 146
- Escala TRIN, 146
- Escala visual análoga, 147, 155
- Escala VRIN, 146
- Escala clínica del MMPI-2, 149
- Escala de clasificación, 147, 155
- Escisión, 66, 316
- Escuela, como recurso de prevención 559-560, 578
- y ansiedad, 498-499
- Especialistas en la salud mental, 26-27
- Espectro autista, 520, 524, 531-532, 548
- Espectro del trastorno de esquizofrenia, 383
- Espectroscopia de resonancia magnética (MRS), 57
- Esquemas, 72, 84, 353, 370
- en la terapia cognitiva, 265
- Esquemas disfuncionales, 72, 74
- Esquizofrenia, 79, 117, 132, 201, 374-407, 409
- Esquizofrenia catatónica, 375, 409
- Esquizofrenia desorganizada, 375, 409
- Esquizofrenia paranoide, 375, 379, 409, 464, 571
- Esquizofrenia sin diferencias, 409
- Esquizofrenia y el trastorno esquizotípico de la personalidad, 310
- Esquizofrenias, Las, 376
- Estadística descriptiva, 31, 38, 42
- Estadística inferencial, 31, 38
- Estadístico Kappa, 135
- Estado civil y la depresión, 336, 337
- Estado de ánimo depresivo, 331-332, 369
- Estado de fuga, 174
- Estados alterados de la conciencia, 97
- Estatut minoritario y el diagnóstico, 137
- Estigma, 40
- de la depresión, 348
- de la homosexualidad, 275
- del daño cerebral, 436
- Estigma social del suicidio, 368
- Estigmatización, 7-8, 78
- Estilo de afrontamiento y sufrimiento, 165
- Estilo de vida y cardiopatías, 207-208
- Estilo de vida y obesidad, 196-197
- Estimulación intelectual para la enfermedad de Alzheimer, 427
- Estimulación magnética transcranial (TMS), 349, 380, 381
- Estimulantes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 487
- Estímulo condicionado (CS), 57
- Estrategia de investigación, 31
- Estrategias de Auto-gestión para el dolor, 234
- Estrés, 21, 41, 158-162, 179, 183, 188
- del cáncer, 211
- e infartos, 205
- e insomnio, 201
- en trastornos de la conducta alimentaria, 195-196
- maternal, 385
- psicosocial, 243
- reacciones clínicas a, 169-177
- reacciones hacia, 177
- y cardiopatías, 216
- y cefalea, 213
- y divorcio, 554
- y dolor, 222
- y el efecto de la condición crónica cerebral, 414
- y el efecto en el cerebro, 266
- y el resfriado, 189
- y el sistema inmunológico, 204
- y el trastorno bipolar, 361
- y el trastorno obsesivo-compulsivo, 260
- y el uso de alcohol, 450
- y la depresión, 334-336
- y la enfermedad, 188-190, 216
- y la presión arterial, 209-210
- y orientación sexual, 276
- Estrés ambiental
- en la esquizofrenia, 383, 392-395
- y el trastorno bipolar, 363
- Estrés de vida, y cardiopatías, 206
- y migraña, 213
- Estrés del combate militar, 163
- Estrés del cuidador, 157, 166, 425
- Estrés familiar, y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 485
- en el trastorno bipolar, 363
- y enfermedad mental, 559
- y retraso mental, 546-547, 549
- Estrés laboral y suicidio, 367
- Estrés paternal en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 485
- Estrés psicológico y delirio, 419
- Estructura cerebral en el autismo, 523
- Estudio de caso e interpretación, juego patológico, 473
- piromanía, 492-493
- tratamiento cognitivo-conductual, 283
- Estudio de caso, 31-32
- componentes cognitivo-conductuales, 107
- daño cerebral, 415
- hermanas Genain, 386-388
- locura y la pena de muerte, 572-573
- trastorno bipolar, 360
- Estudio de seguimiento, 33
- Estudios de adopción de la esquizofrenia, 392
- Estudios de adopción, de la esquizofrenia, 392, 394, 410
- del trastorno de la conducta, 493-494
- y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486
- Estudios de alto riesgo de la esquizofrenia, 410
- Estudios de campo, 133
- Estudios de correlación, 32
- Estudios de gemelos, de depresión, 335
- de la esquizofrenia, 384
- de la orientación sexual, 277
- del autismo, 524
- del trastorno bipolar, 361
- del trastorno de la conducta, 493-494
- del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486
- Estudios de genealogía, 49
- Estudios del ADN de la esquizofrenia, 385
- Estudios familiares, de depresión, 335
- de la esquizofrenia, 392-395, 410
- Estudios longitudinales, 33

- Estudios moleculares genéticos del autismo, 524
 Estudios prospectivos, 396
 Estudios transversales, 33
 Etanol, 475
 Etapa genital, 62
 Etapa oral, 61
 Etapa psicótica, 467
 Etapas de cambio, 470
 Etapas del desarrollo, 66
 Etapas del sueño, 200, 201
 Etapas psicosociales del desarrollo, 83
 Etiqueta, 77-78, 84, 129
 como estigmatización, 7-8
 Etnicidad, acoplamiento terapeuta-paciente, 101
 Evaluación, 137-154, 158
 de peligrosidad, 572, 573
 de trastornos cerebrales, 416-418, 437
 métodos de 32
 para el autismo, 522-523
 y clasificación, 137
 Evaluación cognitiva, 150-151, 155
 Evaluación conductual, 150, 155
 Evaluación corporal, 152-153, 155
 Evaluación de caso, 139-140
 Evaluación de la personalidad, 143-150
 Evaluación de las terapias biológicas, 117-119
 de la psicoterapia, 100-103
 de los enfoques de la terapia grupal, 111
 del enfoque multiaxial, 133, 154
 enfoques terapéuticos
 cognitivo-conductuales, 106
 Evaluación Global del funcionamiento (EGF), 130
 Evaluación relacional, 151, 155
 Eventos de vida, 79, 162, 251
 y depresión, 336
 y estrés, 531
 y suicidio, 366-367, 371
 y trastorno de la conducta, 494
 y trastornos de la conducta alimentaria, 195
 Eventos estresantes de vida, 241-242, *véase también* eventos de la vida
 y cardiopatías, 207
 y episodios maníacos, 363
 Eventos negativos, *véase* eventos de vida
 examen computarizado para el trastorno del estado de ánimo, 333
 Excitación sexual, disfunción en, 277-278
 problemas con, 278-279
 Excitación sexual inhibida, 278, 299
 Exhibicionismo, 295-296, 300
 Exorcismo, 9-10, 13, 40
 Experiencia temprana, 35
 Experiencias traumáticas, 86-97
 e hipocondría, 229
 en la infancia, 174
 y el trastorno por estrés posttraumático, 256
 y trastorno disociativo, 173
 Experimentación animal, 35
 Experimento de prueba de hipótesis, 34, 42
 Experimento del cambio de conducta, 34, 42
 Exposición imaginada, 104
 Exposición *in vivo*, 104, 122, 261, 262, 268
 Expresión de genes, 51
 Extinción, 67, 105, 122, 261
 Eyaculación precoz, 279, 282
 Eyaculación retrasada, 281
- F**
- Factor de lanzamiento de la corticotropina (CRF), 56
 Factor neurotrópico derivado de la línea de la célula glial, 430
 Factores ambientales, 56, 78, 79
 y orientación sexual, 277
 y trastornos de la conducta alimentaria, 192
 Factores biológicos, en la depresión, 341-343, 369
 en la orientación sexual, 276
 Factores biopsicosociales en la salud reproductiva, 186
 Factores cognitivos en el abuso del alcohol, 451
 Factores conductuales, 79
 en el uso de alcohol, 450
 Factores culturales, 46, 76, *véase también* perspectiva cultural comunitaria
 en el abuso de la pareja, 558
 en el uso de alcohol, 445
 en trastornos de la conducta alimentaria, 192
 y adherencia, 118-119
 y cardiopatías, 207
 y DSM, 135
 y el tratamiento de niños y adolescentes, 507
 Factores de edad, en el suicidio, 364-365
 en el trastorno de la conducta, 491-492
 en trastornos en la infancia, 480-481
 Factores de la personalidad y el trastorno dismórfico corporal, 230
 y dolor, 223
 y el estrés, 166
 y reacción al trastorno cerebral, 415
 y trastornos de la conducta alimentaria, 192
 Factores de riesgo, 21, 24, 41
 en el abuso del alcohol, 457
 para el suicidio, 364-366, 371
 Factores de sesgo, 147
 Factores estresantes, 56, 76, 158
 crónicos, 189
 Factores étnicos, en el abuso de pareja, 558
 en el porcentaje de suicidio, 365
 y el diagnóstico, 137
 y en el tratamiento de niños y adolescentes, 507
 y la adherencia, 118
 y tratamiento, 28
 Factores evolutivos en el trastorno de ansiedad, 245
 Factores genéticos, 48-51
 en depresión infantil, 504
 en el abuso de alcohol, 448-449
 en el autismo, 524-525
 en el trastorno bipolar, 360, 361-362, 370
 en el trastorno de la conducta, 493-494
 en el trastorno de Rett, 531
 en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486-487
 en la esquizofrenia, 383-385
 en el trastorno de Tourette, 506
 en la presión arterial, 208
 en retraso mental, 534-538, 548
 en trastornos de la conducta alimentaria, 197
 y trastorno de la ansiedad, 266
 Factores interpersonales en la terapia, 102, 122
 Factores personales, 79
 Factores prenatales en la esquizofrenia, 385, 388-391
 Factores psicológicos, en la disfunción sexual, 279
 en la epilepsia, 435
 y dolor, 223
 Factores psicosociales, en cáncer, 210
 en el trastorno de identidad sexual, 288
 en episodios bipolares, 362-363, 370
 Factores socioculturales en el uso del alcohol, 456, *véase también* factores étnicos
 Factores socioeconómicos, en salud, 187
 Factores técnicos en la terapia, 102, 122
 Falso yo, 75
 Falta de control
 Familia Soto, 429
 Fantasía desde el punto de vista de Freud, 60-61
 Fantasías sexuales, 283-284
 Fase anal, 61
 Fase fálica, 61
 Fenciclidina, *véase* PCP
 Fenilalanina, 534
 Fenilcetonuria (PCU), 47, 534-535, 548
 Fenobarbital, 457
 Fenómenos bioconductuales, 225
 Fern, Richard, 164
 Fetichismo, 289-294, 300
 Fetichismo travestista, 292-293, 300
 Fijación en el desarrollo, 62
 Filtro prenatal, 538
 Fingir enfermedad, 219, 231-232, 234
 Fisgón, *véase* voyeurismo
 Fisonomía, 15, 40
 Flashbacks, 88-91, 466
 Flexibilidad cérica, 375
Flolie à deux, *véase* trastorno psicótico compartido
 Fluoxetina, 198, 343
 Fobia social, 247-250, 249, 263, 265, 268, 511
 en la infancia, 495-496
 Fobias específicas, 246-247, 256, 268
 Fobias, 12, 191, 243, 245-252, 255, 268
 en la infancia, 495-496
 modelamiento en, 70
 y el trastorno bipolar, 362
- Ford, Harrison, 251
 Formación de síntomas, 65
 Formación reactiva, 64, 261, 268
 Fototerapia, 345
 Frankl, Viktor, 75, 77, 82
 Frenología, 15-16, 40
 Freud, Sigmund, 20, 46, 59, 60, 61, 75, 121, 184, 238, 239, 272, 349
 Frotteurismo, 295, 300
 Frumkin, Sylvia, 564, 566-567
 Fuga de disociación, 174
 evaluación de 172
 Fuga disociativa, 180
 Fumar en los afro-estadounidenses, 187
 Función cerebral, en el autismo, 523
 en el sueño, 201
 en el trastorno de ansiedad, 266
 Funciones ejecutivas, 520-521, 547
- G**
- GABA, 342, 369, 429, 437
 Gage, Phineas, 53
 Galeno, 13, 40
 Galton, Francis, 142
 Gall, Franz Joseph, 15
 Ganancia secundaria, 221
 Gay, *véase* homosexualidad
 Gemelos dicigóticos, 49-50, 393
 Gen, 48, 424
 Gen ApoE, 431
 Gen recesivo, 385
 Genes dominantes, 385
 Genética de la conducta, 49, 83
 Genética de las poblaciones, 49
 Genoma, 48
 Geoghan, John, 296
 George III, 15
 Gershwin, George, 431
 Gestos suicidas, 311
 Gilmore, Gary, 317, 319
 Glutamato, 391
 Goma de nicotina, 470-471, 476
 Gran mal, 434, 438
 Grandin, Temple, 518-520, 523
 Grupo control, 113
 Grupos de apoyo social, 468
 Grupos de apoyo, 468
 para la enfermedad de Alzheimer, 426
 Grupos de auto-ayuda, 563, 578
 para padres, 556
 Grupos de minorías
 asuntos de salud mental de, 28
 servicios de salud mental para, 114
 Guardería para los ancianos, 76
 Guerra y el trastorno por estrés posttraumático, 258
 Guthrie, Woody, 429
- H**
- Habilidades, 45
 para el afrontamiento, 160
 Habilidades académicas, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 484-485
 y el trastorno de conducta, 494
 Habilidades de afrontamiento, 22, 41, 159, 179

- para los cuidadores de
Alzheimer, 425
- Habilidades de auto-cuidado en la
esquizofrenia, 402
- Habilidades de los padres, 491, 556
- Habilidades del afrontamiento del
estrés, 363
- Habilidades del manejo del estrés,
183
- Habilidades eruditas, 521
- Habilidades para manejar crisis
en crisis personales en la
esquizofrenia, 404
- Habilidades sociales, 162, 401
y el trastorno por déficit de
atención con
hiperactividad, 484-485
- en el trastorno de la
personalidad por evitación,
323
- y el trastorno de la conducta,
494
- y trastornos de la conducta
alimentaria, 190
- Hachís, 467, 476
- Harrison, C.T., 379
- Hart, Ted, 519-520
- Harvey, William, 15, 40
- Head Start, 560
- Heinen, Rosemary, 254-255
- Hemingway, Ernest, 358
- Hemisferio cerebral, 54
- Heredabilidad, 49, 82
- Herencia,
en la conducta obsesivo-
compulsiva de la infancia,
502
- en la enfermedad de
Alzheimer, 424
- y la depresión, 334-335
- Hermanas Genain, 386-388
- Heroína, 459, 476
- Herpes y el retraso mental, 539
- Hinckley, John, 570
- Hiperactivación en el trastorno
por estrés posttraumático, 257
- Hiperactividad, *véase* trastorno por
déficit de atención con
hiperactividad
- Hipertensión, 187, 204, 216, 208-
210, 434
- y retraso mental, 539
- Hipervigilancia,
en el trastorno de la ansiedad,
241
- en el trastorno de la
personalidad por evitación,
323
- en el trastorno por estrés
posttraumático, 258
- Hipnosis, 17, 60, 97, 122
- Hipocampo, 266, 423
- Hipocondría, 227, 228-229, 234,
256
- Hipócrates, 12, 128, 221
- Hipomanía, 334, 357, 359
- Hipotálamo, 55, 346, 463
- Hipótesis, 31
- Hipótesis nula, 38
- Hipótesis psicósomática, 184, 216
- Hipótesis sobre la dopamina, 391,
410
- Hispano-americanos,
en trastornos fóbicos, 246
- tasa de mortandad de, 187
- y el diagnóstico, 135, 136
- y el uso de alcohol, 445
- y fobia social, 500
- y la deserción escolar, 560
- Histeria, 12, 60, 227, 228
- Histeria masiva, 228
- Hoffman, Albert, 466
- Hogares para grupos, 406
- Holmes, Thomas, 158
- Homeostasis, 185, 216
- Homosexualidad, 275-276
desde el punto de vista de
Freud, 272
- prevalencia de, 273
- Hormona adenocorticotrófica
(ACTH), 56
- Hormonas, 55, 188
- Hospital Bedlam, *véase* Hospital
Bethlehem
- Hospital de Bethlehem, 17, 239
- Hospital de noche de Bruselas,
567
- Hospital Pennsylvania, 18
- Hospitales psiquiátricos, 17
- Hospitalización durante el día,
120, 567, 578
- Hospitalización parcial, 120, 567
- Hospitalización, 124, 547
de enfermedades psicológicas,
119-120
- eficacia de la, 120
- en la esquizofrenia, 399
- razones para, 119-120
- Hostilidad, 424
- y cardiopatías, 205
- Humanismo, 15
- Humor y el proceso de
pensamiento primario, 62
- I**
- ICD-10 *véase* Clasificación
Internacional de Enfermedades
- Ideas de referencia, 381
- Identidad cultural, 136
- Identidad étnica, 136, 154
- Identidad sexual, 271, 285
- Identificación con agresión, 64
- Idiosincrasia, 534
- Idiota, 14
- Ilustración, La, 15-17
- Imagen corporal y trastorno
dismórfico corporal, 230-231
- en trastornos de la conducta
alimentaria, 195
- Imagen por resonancia magnética
(IRM), 57, 343, 391, 417, 418,
423
- Imagenología cerebral, 57-58,
417-418
- Imipramina, 244, 266, 268, 355
- Impulso irresistible, 569
- Incidencia, 23-24, 41
- Inconformidad corporal, 184
- Inconsciente, 60, 61, 83
- Inconsciente colectivo, 65, 83
- Indefensión aprendida, 352, 370
- Indefensión en el trastorno de la
ansiedad, 259, *véase también*
indefensión aprendida
- Indicadores,
de depresión, 343
- de la esquizofrenia, 391, 410
- Indicadores de alto riesgo de la
esquizofrenia, 395-398
- Índice de masa corporal, 197
- Infarto al miocardio, 204, 206,
216, *véase también*
enfermedades coronarias
- Infección por VIH, 185, 273, 274
y retraso mental, 539
- Infecciones y el estrés, 189-190
- Inferencia, 37
- Inhalantes, 467, 476
- Inhibidor selectivo de la
recaptación de serotonina y
norepinefrina, *véase* SSNRI
- Inhibidor selectivo de la
recaptación de serotonina,
véase SSRI
- Inhibidores de la MAO, *véase*
inhibidores de la monoamina
oxidasa
- Inhibidores de la monoamino
oxidasa (IMAO), 326, 342,
343, 370
- Inhibidores reversibles de la
monoamino-oxidasa, 369
- Insomnio, 35-36, 158, 201, 216
- Instalaciones de rehabilitación,
567
- Instalaciones residenciales, 406
- Institucionalización, 578
- Integración de terapias
psicológicas, 123
- Integración social y cardiopatías,
207
- Integración teórica, 79-80, 82
- Integración terapéutica, 114-115
- Intellectualización, 64
- Interacción clínica, en identidad
étnica, 136
- Intereses religiosos y salud, 81
- Interpretación del caso,
afrontamiento de los síntomas,
210
- ansiedad estudiantil, 3, 4, 5
- conducta violenta, 3-4, 5
- transición al matrimonio,
170-171
- trastorno de ansiedad, 243
- Intervención,
clínica, 22
- en el síndrome de Down, 537
- Intervención familiar en el
trastorno bipolar, 371
- Intervención psicosocial,
con las familias, 364
- en la enfermedad de
Alzheimer, 426-427
- Intervención social, 178, 180
- Intimidar, 491
- Intolerancia racial, 4-5
- Intoxicación alcohólica, 445, 446,
475
- Intoxicación por cocaína, 463
- Intoxicación por opio, 460
- Intoxicación por sustancias, 443,
475
- Introspección, 13, 75
- Inundación, 104-105, 122, 261,
262, 268
- Inventario clínico multiaxial
Millon (MCMI), 147, 155
- Inventario de la calidad de las
relaciones, 151
- Inventario Multifásico de la
Personalidad de Minnesota
(MMPI), 145-147, 155
- Inventario NEO de la personalidad
revisado (NEO-PR-R), 147
- Inventarios de personalidad, 145,
155
- Investigación epidemiológica,
22-24, 41
- Investigación, 28-39
- Ira, 105-106
y el estrés, 165
- y el tipo A, 207
- IRM, *véase* Imagen por resonancia
magnética
- J**
- Jackson, Hughlings, 435
- Jaffe contra Redmond, 576
- Jamison, Kay R., 359
- Japonés-americanos, *véase también*
asiático-americanos
- identidad étnica en, 136
- tasa de mortalidad de, 187
- y la sobrevivencia al cáncer,
212
- Jellinek, E.M., 447
- Jones contra Estados Unidos, 569
- Juego funcional, 521
- Juego, patológico, 447, 472-474
- Juego simbólico, 521
- Juego social en el autismo, 523
- Jugadores Anónimos, 474, 563
- Juicio clínico, 135
- Jung, Carl, 65
- Juventud gay y suicidio, 365
- Juventud lesbica y suicidio, 365
- K**
- Kaczynski, Theodore, 570-571
- Kanner, Leo, 516
- Kennedy, John F., 534
- Kennedy, Patrick, 348
- Kinsey, Alfred, 273
- Klein, Melanie, 66
- Kleitman, Nathaniel, 200
- Kohut, Heinz, 66
- Korsakoff, Sergei, 434
- Krapelin, Emil, 130, 376
- L**
- Laceración, 438
- La belle indifférence*, 227
- Laceración del tejido cerebral, 430
- Lactato de sodio, 244
- Lawrence, Jacob, 341
- L-dopa, 57, 430
- Lenguaje confuso en la
esquizofrenia, 380-382
- Lenguaje hipomaniaco, 381
- Lenguaje idiosincrásico, 310
- Lenguaje perseverante, 381
- Lesbianismo, 275
- Lesión cerebral, 419
- Lesión craneal, 431
- Ley educativa para las personas
con discapacidad, 544
- Libido, 61, 83
- Librium, 266
- Lincoln, Abraham, 354-355
- Lineamientos del American Law
Institute, 569, 579
- Lineamientos éticos, 70
- Linfocito, 58
- Lista de chequeo para el trastorno
por déficit de atención con
hiperactividad, 487
- Litio, 117, 326, 362, 370, 407, 427
- Lóbulo frontal, 416, 486
- Localización genética, 48, 385
- Locura, 568, 578
- Lowell, Robert, 358
- LSD (ácido lisérgico y
dietilamida), 465, 476
- Luto, 88-91, 167-168

en DSM-IV-TR, 170
factores de riesgo en, 168
respuesta al, 167-168
y el estrés, 166
y el SIDA, 185

M

Madden, John, 242
Magnitud del efecto, 101
Man's search for Meaning, 77
Manejo de casos clínicos en la esquizofrenia, 407
Manhard, Philip, 237
Manía 334, 357, 358, 370
Manía mixta, 357
Manicomio, 15
Manipulación, y el trastorno somatomorfo, 226
Mantenimiento de metadona, 462, 476
Manuales de terapia, 112
Marihuana, 467-469, 476
y el trastorno de la conducta, 493
Masoquismo, 294-295, 300
Masturbación en la terapia sexual, 283
Mecanismos de defensa, 62-63, 64, 83, 148-149, 261
Mediana, 38, 42
Medicación
investigación sobre, 116-119
para el autismo, 528
para el trastorno del dolor, 225
para el trastorno por estrés postraumático, 258
para la depresión infantil, 504-505
para trastornos relacionados al estrés, 180
trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el adulto, 488
trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 487
Medicamentos antimaniacos, 116, 124
Medicamentos psicodélicos, véase alucinógenos
Medicina conductual, 185-188, 216
Medida de tendencia central, 38, 42
Medidas de variabilidad, 38, 42
Meditación, 104, 122
Mendel, Gregor, 533
Mescalina, 465
Mesmer, Franz Anton, 16-17, 40, 184
Meta-análisis, 101-102, 113, 122
Metabolismo de las drogas y etnia, 137
Metabolismo del alcohol, 447-448
Metadona, 462
Metanfetamina, 465, 476
Metilfenidato, 487, 510
Método doble ciego, 37
Método experimental, 33-35
Método socrático, 264
Métodos conductuales en el trastorno de Rett, 531
Métodos de observación, 29
México-americanos y la obesidad, 197

Microcefalia, 530, 548
Miedo, 238, 245
y el condicionamiento clásico, 67
Migraña, 184, 213-214, 217
MMPI, véase Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota
Modelamiento, 7, 83, 105, 106, 122, 268
elemento cognitivo en, 262
para el trastorno de ansiedad, 262
uso clínico de, 70-71
y retraso mental, 545
Modelamiento en vivo, 105, 122
Modelamiento encubierto, 105
Modelamiento participativo, 106
Modelamiento simbólico, 70, 105, 122
Modelo biopsicosocial del dolor, 221, 234
Modelo de cinco factores de la personalidad, 147, 327
Modelo de neuro-desarrollo de la esquizofrenia, 389, 410
Modelo dimensional, 327
Modelo monogénico, 385
Modelo poligénico, 385
Modelo poligénico multifactorial, 385, 409
Modificación cognitiva, 178, 180
Modificación de la conducta, 103, 122
Moldeamiento, 68
Monoamino oxidasa (MAO), 342
Monocigótico, 49-50, 393
Morfina, 459, 476
Morris, James, véase Morris, Jan
Morris, Jan, 287, 288
Mosaiquismo, 537, 548
Movimiento coreiforme, 428
Movimiento de eugenesia, 533, 548
Movimiento de la Reforma, 17-19
Movimientos oculares de seguimiento suave, 397-398, 410
Muestreo, 32, 145
Mutación, 536
Mutación genética, 430, 534

N

Naloxona, 459
Naltrexona, 449-450, 454, 462
Narcolepsia, 202, 216
Narcóticos Anónimos, 464
Narcóticos, 459
Negación, 64
de la dificultad psicológica, 159
de la enfermedad, 159
del estrés, 159
en el trastorno por estrés postraumático, 259
en trastornos de la conducta alimentaria, 194
y abuso del alcohol, 447
NEO-PI, 155
Neurastenia, 212
Neurociencia, 56-58, 83
Neurodesarrollo prenatal en la esquizofrenia, 392
Neurofarmacología
Neuropsicología, 417, 437, 521
Neuroquímicos, 423
Neuroreceptor, 52

Neurosis, 239
Neurotransmisor, 52-53, 58, 342, 345
y el uso de alcohol, 449
Nicotina, 468-471, 476
Niños afro-estadounidenses, y el daño cerebral, 436
y el uso de alcohol, 445
y la fobia social, 500
No disyunción cromosómica, 536, 548
Non compos mentis, 14, 40
Noradrenalina, 345
Norepinefrina, 53, 199, 216, 450, 465
e infarto, 205
Normalidad mental definida, 5
Normas, 145
Normas culturales y acoso sexual, 299

O

O'Connor contra Donaldson, 575
Obesidad, 196-197
Obligación de prevenir, 576-577, 579
Observación conductual, 28-29, 41, 145
Observaciones clínicas, 132
Observaciones de línea base, 150, 155
Obsesiones, 243, 428
ODD, véase trastorno negativista-desafiante
Ojeda, Bob, 168
Olvido motivado por la represión, 62
Ondas alfa, 319
Ondas delta, 199
Opiáceos, 459, 475-476
Opiáceos péptidos, 450
Opio, 459
Opioides, 459-462, 475-476
Optimismo, 185, 204
Orgasmo, 278
Orientación de exposición, 476
Orientación sexual, 275, 299
orígenes de la, 276-277
Oswald, Lee Harvey, 569

P

Padres anónimos, 557
Padres y trastorno de la conducta, 494
Papel de la comunidad en la prevención, 457, 560-561
Papel del entrevistador, 138-139
Par de cromosomas núm., 21, 424, 536, 548
Par de cromosomas núm., 4, 429
Parafilia, 271, 289-290, 300
Parálisis del sueño, 202, 216
Paranoia, véase trastorno delirante inducido por las drogas, 465
Paraprofesionales, 562, 578
Parasomnia, 201, 202-203, 216
Parasuicidio, 364, 371
Parche de nicotina transdérmico, 470, 476
Parens patriae, 571, 579
Paresis general, 432-433, 438
Patrón mendeliano de herencia, 385
Patrones del lenguaje, en el autismo, 517, 519

en el trastorno de la personalidad esquizotípica, 309
Pavlov, Ivan, 67
PCP, 466-467, 476
PCU, véase fenilcetonuria
Pedofilia, 296-297, 300
Pemolina, 487
Penetrancia, 49
Pensamiento irracional, 20, 41
Pensamiento obsesivo, 254, 263
Pensamiento paranoide, 429
Pensamiento racional, 20, 41
Pensamientos, 45
distorsionados, 91-94
extravagantes, 184
Pensamientos automáticos, 73, 91-94, 265, 370
en depresión, 353
Pensamientos de preocupación, 255, 263
Pensamientos desadaptados, 73, 162
Pensamientos disfuncionales en trastornos de la conducta alimentaria, 193
Pensamientos intrusivos, 256, 259
en el trastorno de ansiedad, 238, 239
en el trastorno por estrés postraumático, 258
Pensamientos mágicos, 310
Pensamientos mediadores, 79
Pensamientos negativos, 99
Pensamientos obsesivos, 255-256
relato en primera persona, 253
Pensamientos suicidas, 23
y depresión infantil, 504
Peoples, Anna May, 568, 569
Pequeño mal, 434, 438
Percepción social, 401-402
Pérdida de la memoria sin implicación orgánica, 173
Pérdida del trabajo y el estrés, 166
Pérdida, aceptación de la, 167
y cardiopatías, 205
y trastorno de la ansiedad, 259
y trastorno del dolor, 220
Perfeccionismo, y suicidio, 366
y trastornos de la conducta alimentaria, 190
Periodo de latencia en el desarrollo psicosexual, 62
Periodo prodrómico de la esquizofrenia, 398
Perls, Fritz, 98
Persona incompetente, 568, 579
Persona *non compos mentis*, véase *non compos mentis*
Persona totalmente funcional, 75
Personalidad múltiple, véase trastorno disociativo de la identidad
Personalidad propensa a infartos, véase personalidad tipo A
Personalidad tipo A, 205, 207, 216-217
Perspectiva biológica, 20, 46, 47-59, 80, 82
de las parafilias, 297
del cese del tabaquismo, 470-471
del trastorno antisocial de la personalidad, 319

- del trastorno de ansiedad, 265-267, 269
 del trastorno de identidad sexual, 288
 del trastorno límite de la personalidad, 315-317
 del travestismo, 293
 Perspectiva biológica, 46
 Perspectiva biopsicosocial, 184-185, 189, 216, 203, 234, *véase también* perspectiva interaccionista
 Perspectiva cognitiva, 46, 71-74, 83-84
 de la conducta desadaptada, 263
 de la depresión, 351-354, 370
 de las parafilias, 297
 de los trastornos disociativos, 177
 del cese del tabaquismo, 470-471
 del trastorno antisocial de la personalidad, 320
 del trastorno cerebral orgánico, 436
 del trastorno de ansiedad, 262-265, 269
 del trastorno límite de la personalidad, 317
 del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 325-326
 Perspectiva conductual, 46, 66-71, 83
 de la depresión, 351, 370
 de la violación, 166
 de las parafilias, 297
 del trastorno cerebral orgánico, 436
 del trastorno de ansiedad, 261-262, 268
 del trastorno límite de la personalidad, 317
 Perspectiva cultural comunitaria, 46, 76-78, 84
 Perspectiva de vulnerabilidad y estrés en la depresión, 354-335, 370
 Perspectiva del aprendizaje, de la preferencia sexual, 275
 del fetichismo, 292
 del travestismo, 293
 Perspectiva existencial, 75, 77, 84, 122, *véase también* perspectiva humanista existencial
 Perspectiva humanista existencial, 46, 75-76, 350-351, 370
 Perspectiva humanista, 75-76, 84, *véase también* perspectiva humanista existencial
 Perspectiva interaccionista, 20, 41, 47, 78, 79, 80, 84, 444, 577
 de la adicción al opio, 461
 de la función cerebral, 437
 de la parafilia, 297-298
 del alcoholismo, 449, 456
 del transexualismo, 287
 del trastorno cerebral, 414
 Perspectiva psicodinámica, 46, 59, 83, 59
 de conductas parafilias, 297
 de trastornos disociativos, 177
 del trastorno de la ansiedad, 259-261, 268
 del trastorno límite de la personalidad, 316
 del travestismo, 293
 Perspectiva psicológica, 12, 20, 41
 Perspectivas teóricas, 45-46, 78
 Pesadillas, 203, 216
 Pinel, Philippe, 17, 41, 121
 Piromanía, 492-493
 Pitt, William, 435
 Placas, 216
 en arterias coronarias, 204
 en la enfermedad de Alzheimer, 423
 Placebo, 37
 Plasticidad cerebral, 55
 Platón, 12, 40
 Poetas y el trastorno bipolar, 358
 Polígrafo, 153
 Polisomnografía, 201
 Política pública, 578
 y dependencia de sustancias, 472, 447
 Posesión demoniaca, 79
 Potenciales cerebrales, 54
 Prácticas de sexo seguro, 274
 Preconsciente, 60, 83
 Predictores biológicos de los infartos, 205
 Preferencia sexual, 285
 Prejuicios contra la enfermedad mental, 6
 Preocupación en el trastorno de la ansiedad, 241
 Presión arterial, 209
 Presión arterial diastólica, 208
 Presión arterial sistólica, 208
 Presión social en el uso de alcohol, 451
 Prevalencia 23-24, 41
 Prevención a través de las pruebas prenatales, 534
 Prevención del suicidio, 367-368, 371,
 Prevención enfocada a la competencia, 554-555, 578
 Prevención enfocada a situaciones, 554-555, 578
 Prevención primaria, 395, 552, 558, 578
 y retraso mental, 540-541
 Prevención secundaria, 552, 554, 558, 578
 y retraso mental, 541
 Prevención terciaria, 552, 558, 578
 y retraso mental, 541
 Prevención, 76, 551-554, 578
 aspectos legales de, 568-577
 de trastornos de la conducta alimentaria, 198, 216
 de trastornos relacionados con el alcohol, 456-457, 475
 del estrés, 188
 del trastorno de la conducta, 494
 en la enfermedad de Alzheimer, 427
 y retraso mental, 540-541, 549
 Principio del placer, 62
 Privación del sueño, 200
 y delirio, 419
 Problemas de aprendizaje, 481, 542-544, *véase también* trastorno por déficit de atención con hiperactividad específica, 505
 Problemas de concentración, 165
 Problemas de salud de los amerindios, 187
 Problemas de salud mental como condiciones deshabilitantes, 6-7
 ejemplos de, 5-6
 Problemas de sueño, 158, *véase también* insomnio
 en el trastorno adaptativo, 170
 y el estrés, 165
 y la depresión, 343, 346
 Problemas en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 485
 Problemas orgásmicos, 279, 281
 Problemas personales, 76
 Procesamiento de información, 72
 Proceso de afrontamiento, 163
 Proceso de investigación, 102, 122
 Proceso de pensamiento inicial, 62
 Proceso secundario del pensamiento, 62
 Procesos del sueño, 199-201, 216
 Procesos inconscientes y las pruebas proyectivas, 150
 Programa de entrevista diagnóstica (DIS), 141-142, 154
 Programa de entrevista diagnóstica infantil (DISC), 142
 Programa de investigación de colaboración para el tratamiento de la depresión, 355
 Programa de reducción del estigma, 8
 Programas de apoyo comunitario, 26, 564-568
 para el trastorno por estrés postraumático, 259
 para la esquizofrenia, 406-407, 410
 Programas de apoyo mutuo, 76
 Programas de educación temprana, 555
 Programas de enriquecimiento preescolar, 76
 Programas de intervención temprana, 541, 543-545, 549
 Programas de pérdida de peso, 197
 Programas de posvención para el suicidio, 367-368, 371
 Programas de prevención de recaídas, 468, 475
 para la cocaína, 464-465
 Programas de salud mental como prevención, 554-555
 Programas escolares para el retraso mental, 544-545
 Programas familiares, en la esquizofrenia, 404-406, 410
 para el trastorno por estrés postraumático, 259
 para la prevención, 555, 556-559, 578
 Programas psicoeducativos en el trastorno bipolar, 363, 371
 Pronóstico en la esquizofrenia, 383
 Protección, 162
 Proyección, 64
 Proyecto de alto riesgo de New York, 396-397
 Proyecto MATCH, 454
 Prozac, 343
 Prueba de asociación de palabras, 150, 153
 Prueba de frases incompletas, 150
 Prueba de Rorschach, 148, 150, 155
 Prueba Gestáltica Vasomotora de Bender, 143, 144, 155
 Pruebas de Binet, 142, 155
 Pruebas de inteligencia, 142, 144, 155
 Pruebas de Wechsler, 142-143
 Pruebas del rendimiento continuo (CPT), 397, 410
 Pruebas genéticas, 48
 para la enfermedad de Huntington, 429-430
 Pruebas neuropsicológicas, 143, 417
 Psicoanálisis, 46, 60-66, 83, 96, 122
 clínico, 63-64
 enfoques recientes del, 65-66
 Freud y el, 60-64
 Psicodrama, 111, 123
 Psicoimmunología, 58
 Psicología comunitaria, 76, 84, 562, 578
 Psicología de la salud, 185-188, 216
 Psicología del yo, 6, 66, 83
 Psicólogo asesor, 27, 41
 Psicólogo clínico, 27, 41
 Psiconeuroinmunología, 83
 Psicosis por cocaína, 463
 Psicosis tóxica, 464
 Psicoterapia, 75, 95-103
 eficacia de, 122
 para el trastorno del dolor, 225
 para el trastorno por estrés postraumático, 258
 para la depresión, 349
 para trastornos de la conducta alimentaria, 193
 y trastorno de la ansiedad, 259, 261
 Psicoterapia breve, 99-100, 122
 Psicoterapia cognitiva, 98, 122
 Psicoterapia grupal, 466
 Psilocibina, 465
 Psiquiatra, 27, 41
 PT scan, *véase* tomografía de emisión de positrones
 PTSD, *véase* trastorno por estrés postraumático
 Punto de vista histórico, de ansiedad, 239
 de la conducta sexual, 271
 de la psicopatología, 9-19
 del retraso mental, 533-534, 548
 Purgar, 194
- Q**
 Química cerebral en la depresión, 20
- R**
 Racionalización, 64
 Racismo, 28
 y el estrés, 157
 Rahe, Richard, 158
 Rango, 38, 42
 Rasgo expresado, 385
 Rasgos psicóticos, en el SIDA, 432

- en el trastorno depresivo mayor, 341
 Rastreo ocular, 397-398
 Rather, Dan, 379
 Reacción aguda de ansiedad, 464
 Reacción de estrés postraumático, 88-91
 Reacciones al estrés, 162, 163
 Reacciones clínicas al estrés, 179
 Reacciones de ansiedad, 466
 Reacciones de estrés, 23
 Reacciones de pánico, 466
 Reactividad autonómica, 241
 Reactividad en la investigación, 38
 Reagan, Ronald, 426, 427, 570
 Recaída, 345
 Receptores opiáceos, 55
 Reclusión, 568, 578
 Reclusión civil, 568, 571-574
 Reclusión civil involuntaria, 574
 Reclusión como paciente externo, 574
 Reclusión criminal, 568, 578
 Reclusión involuntaria, 578
 Reclusión voluntaria, 578
 Recuperación de la memoria, 96-97
 Rechazo escolar, 498-499, 504
 Red social, 79, 162, *véase* apoyo social
 Redd, Alice Faye, 360
 Reentrenamiento en relajación, 104, 105, 122, 177, 180, 202 y dolor, 224
 Reestructuración cognitiva, 264, 269, 298 y dolor, 224
 Reforzamiento, 67-68, 261 interno, 71 programa de, 69 uso clínico de, 69-70
 Reforzamiento negativo, 67, 83
 Reforzamiento positivo, 67, 103, 105
 Regla de M'Naghten, 569, 579
 Regla Durham, 569, 579
 Regresión, 62, 64
 Regulación emocional, 401
 Reimer, David, 290-291
 Relación cliente-terapeuta, 177
 Relación estímulo-respuesta, 67
 Relación marital y la disfunción sexual, 280 y salud, 184
 Relación médico-paciente, 188
 Relación mente-cuerpo, 47
 Relaciones, en disfunción sexual, 285 en enfermedades mentales, 15 evaluación de, 151-152
 Relaciones familiares de los cocaineómanos, 464
 Relaciones grupales y cardiopatías, 205
 Relaciones interpersonales, 71, y el cáncer, 210-211
 Relaciones sociales, 159 en el autismo, 519 y somatización, 226
 Relaciones terapéuticas en hipocondría, 229
 Relajación, 107, 209, 265
 Relatos en primera persona alcoholismo, 455 culpabilidad familiar de la esquizofrenia, 404 Larry Gellerstedt III, 334 tumor cerebral maligno, 432 viviendo con autismo, 518-520
 REM, *véase* sueño con movimientos oculares rápidos
 Remedio del déficit cognitivo en la esquizofrenia, 402
 Remisión, 345
 Renacimiento, 14-15
 Rendimiento del CI, 143, 155
 Rennie v. Klein, 575
 Representación de roles 70, 83, 99, 109
 Represión, 62
 Reprivación sensorial y delirio, 419
 Resfriado, 189-190
 Resiliencia, 20-22, 41, 46, 78, 79, 129-130, 154, 179, 183, 185, 560, 565 en el daño cerebral, 436 en el trastorno de ansiedad, 245 papel de la sociedad en la, 551 y fobia social, 249
 Respuesta a la prevención de los rituales compulsivos, 262
 Respuesta condicionada (CR), 67
 Respuesta de afrontamiento y estrés, 166
 Respuesta de escape, 67
 Respuesta de sobresalto, 258
 Respuesta galvánica de la piel (RGP), 153
 Respuesta incondicionada (UCR), 67
 Respuesta orientada de una tarea hacia el estrés, 159
 Resultado terapéutico, 123
 Retraso mental, 14, 133, 516, 531, 532-546, 548
 Retraso, *véase* retraso mental
 RGP, *véase* respuesta galvánica de la piel
 Rigidez en el autismo 517
 RIMA (inhibidores reversibles de la monoamino-oxidasa), 342
 Ritalin, *véase* metilfenidato
 Ritmo circadiano, 201, 202, 343, 345
 Ritmos biológicos, 343
 Rituales, en el autismo, 528 en el trastorno obsesivo compulsivo, 252, 263
 Rituales compulsivos, 252, 255-256, 262
 Rogers, Carl, 75-76, 97
 Rol social, 77-78, 84
 Rorschach, Hermann, 142
 Roseto, Pennsylvania, 207
 Rubéola, 539
 Ruborizarse, 247
 Ruby, Jack, 569
 Rush, Benjamin, 18, 41, 239
- S**
 SAD, *véase* trastorno afectivo estacional
 Sadismo, 300
 Sadismo sexual, 294-295
 Sadomasoquismo, 294
 SAF, *véase* síndrome de alcoholismo fetal
 Salud y el uso de alcohol, 446
 San Agustín, 13
 Schneider, Kurt, 376
 Seguridad e hipocondría, 229 Selye, Hans, 158
 Sensibilidad al alcohol, 447, 475
 Sensibilización encubierta, 293-294, 296, 297, 451
 Sentimientos, 45
 Sentimientos de culpa en el trastorno por estrés postraumático, 258
 Serotina, 53, 58, 79, 195, 199, 266, 268, 319, 341, 345, 369, 391, 502
 Sesión de refuerzo en la terapia cognitiva-conductual, 353
 Sexualidad, en la infancia, 62 la teoría de Freud, 61
 Shakespeare, William, 12, 15, 40
 SIDA, 185, 273, 276, 431
 Sífilis, 374, 432-433 y retraso mental, 539
 Significado de vida, 185, 204
 Sin hogar y suicidio, 365
 Sinapsis, 52
 Síndrome de alcoholismo fetal (SAF), 446, 539-540, 548
 Síndrome de Briquet, 225-226, 234, *véase también* trastorno somatomorfo
 Síndrome de Down, 390, 517, 525, 533, 536-538, 548, 565
 Síndrome de Korsakoff, 434, 438
 Síndrome de la fatiga crónica, 212-213, 217
 Síndrome de Muchausen, 232, 234
 Síndrome de X frágil, 535, 548
 Síndrome del estrés postraumático, 6
 Síndrome del intestino irritable, 102, 215, 217
 Síntomas de ansiedad, 238
 Síntomas de primer orden, 376, 377
 Síntomas disociativos, 257
 Síntomas físicos de la pérdida, 167
 Síntomas fisiológicos, e hipocondría, 229 y el estrés, 163
 Síntomas negativos, 378-383, 381, 409 de la esquizofrenia, 378, 382
 Síntomas obsesivo-compulsivos, 192
 Síntomas paranoides, 466
 Síntomas positivos, 376, 378-383, 409
 Sirhan, Sirhan, 148
 Sistema de diagnóstico 127
 Sistema endocrino, 55-56, 83, 184
 Sistema inmunológico, 58, 185, 189, 204 desregulación de, 184 en el síndrome de fatiga crónica, 212-213 trastornos de, 184
 Sistema límbico, 54
 Sistema nervioso autónomo, 52, 184, 188, 240-241
 Sistema nervioso central (SNC), 51, 82
 Sistema nervioso periférico (SNP), 51, 52, 83
 Sistema nervioso, 551-55 y los efectos del alcohol 449 y retraso mental, 540
 Sistema somático, 52
 Situaciones estresantes, 162, 179
 Skinner, B.F., 67, 68
- Sócrates, 12
 Solución de problemas sociales en la esquizofrenia, 401
 Somatización, 219 en asiático-americanos, 137
 Sonambulismo, 203, 216
 Spinoza, Baruch, 15, 40
 SSNRI, 346
 SSRI, 342, 342, 370 en depresión infantil, 504
 Sublimación, 64
 Subprueba de retención de dígitos, 397
 Subtipos de la esquizofrenia, 375, 378
 Sueño, 199 el proceso inicial del pensamiento, 62 y el estrés, 165
 Sueño de movimientos oculares rápidos (REM), 199-200, 216, 279, 346
 Sugestión, 17
 Suicidio, 313, 362, 364-368, 371, 374 signos de advertencia de, 368 y el trastorno bipolar, 358, 362 y orientación sexual, 276 y uso de opioides, 462
 Suicidio masivo, 367
 Super yo, 62, 63, 83
 Sustancia negra, 56
 Sustancias psicoactivas, 59, 441
 Sustancias relacionados con la serotonina, 256
 Swami Rama, 224-225
- T**
 Tager, William, 379
 Talleres de asilo, 545-546
 Tamaño de la muestra, 113
 Tareas de atención dual, 178
 Tareas, 104, 111 en la terapia cognitiva, 73 para problemas sexuales, 283
 Tasa de mortalidad de filipino-americanos, 187
 TAT, *véase* Test de Apercepción Temática
 TC scan, *véase* tomografía computarizada
 TEC, *véase* terapia electroconvulsiva
 Técnica de compresión, 282
 Técnica de pensar en voz alta, 494-495
 Técnicas cognitivas para las víctimas de violación, 166
 Técnicas de auto-ayuda para la fobia social, 249
 Técnicas de imagenología, *véase también* técnicas individuales por nombre en alucinaciones, 380 para la depresión, 343
 Técnicas proyectivas, 148-150, 155
 Temperamento, 81
 Tendencia expresada, 48
 Tendencias histriónicas y trastorno conversivo, 227
 Teoría, en la psicopatología, 45-46 función de, 30-31 importancia de, 29, 42
 Teoría de causación social, 76
 Teoría de escape del suicidio, 365

- Teoría de la mente, 520, 547
 Teoría de la selección social, 76
 Teoría de las relaciones objetales, 66, 83
 Teoría psicoanalítica, 66
 Teoría socio-cognitiva, 70-71, 83, 85
 Teorías cognitivas, 46
 Teorías de los humores, 12
 Terapeutas, informales, 561
 y eficacia terapéutica, 265
 Terapia, eficacia con niños, 510
 investigación en, 110
 para fobias específicas, 247
 para niños y adolescentes, 87-88, 506-510, 512
 Terapia basada en el rendimiento, 114
 Terapia centrada en el cliente, 97-98, 109, 122
 Terapia cognitiva, 73
 Terapia cognitiva, 73, 264-265, 352
 elementos de, 99
 en depresión infantil, 505
 en el trastorno de la ansiedad, 241
 para la agorafobia, 251
 para los problemas del sueño, 202
 y el trastorno bipolar, 363
 Terapia cognitiva-conductual de grupo, 108-109, 123
 Terapia cognitiva-conductual, 74, 103-106, 109, 110, 114, 122, 263, 265, 355, 370
 para el síndrome del intestino irritable, 215
 para el trastorno de ansiedad, 269
 para el trastorno obsesivo-compulsivo, 256
 para el trastorno por estrés posttraumático, 258
 para hipocondría, 229
 para la depresión, 352-354
 para los problemas sexuales, 281, 283
 para los trastornos del dolor, 221-222
 para niños, 502, 502, 512
 para problemas relacionados con el alcohol, 451
 para trastornos relacionados con la conducta alimentaria, 192-193, 198
 Terapia cognitivo-conductual grupal, 195
 Terapia cognitivo-conductual, 402
 para niños, 509
 Terapia combinada, para el trastorno de ansiedad, 267
 para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, 487-488
 para la depresión, 349, 355-356, 370, 380
 para la esquizofrenia, 406, 410
 para problemas con el alcohol, 454-455
 para trastorno límite de la personalidad, 317
 Terapia conductal dialéctica, 318-319
 Terapia conductual para niños, 509, 512
 Terapia conductual, 103, 114, 122, 261, 265
 en el trastorno de la ansiedad, 241
 en trastornos de la conducta alimentaria, 192
 para la agorafobia, 251-252
 para la depresión, 351, 370
 para la fobia social, 250
 para las víctimas de violación, 166
 Terapia de apoyo, 177, 180, 255, 350
 y la hipocondría, 229
 Terapia de exposición, 104, 122
 para el trastorno dismórfico corporal, 231
 para el trastorno por estrés posttraumático, 258
 para la conducta de evitación, 265
 y trastorno de ansiedad, 261-262
 Terapia de introspectiva, 225
 Terapia de juego, 87-88, 508-509, 512
 Terapia de mantenimiento, 345
 Terapia de medicamentos, 116-117, 124
 para el trastorno de la ansiedad, 266-267
 Terapia de pareja, 110, 281
 Terapia de relación para problemas sexuales, 281
 Terapia educativa sobre trastornos de la conducta alimentaria, 192-193
 Terapia electroconvulsiva (TEC), 115, 123, 343, 346-349, 370
 Terapia existencial, 97, 122
 Terapia familiar, 109-110, 123, 178, 326, 510, 512
 en trastornos de la conducta alimentaria, 192, 193
 Terapia genética, 48-49
 Terapia Gestalt, 98, 122
 Terapia grupal, 107-111, 123, 326
 Terapia humanista, 97, 122
 Terapia implosiva, 105, 122, 161-262, 268
 Terapia interpersonal (TIP), 99, 349, 355, 370, 380
 para la depresión infantil, 505
 Terapia marital, 110-111, 123
 Terapia multimodal, 107, 124
 Terapia psicodinámica grupal, 109
 Terapia psicodinámica, 96, 110, 114, 122
 en el trastorno de la ansiedad, 241
 para la depresión, 349
 y alcoholismo, 450
 Terapia psicológica, 117-118
 integración de, 106-111
 investigación sobre, 111-114, 123
 para la depresión, 349-354
 para problemas sexuales, 281
 Terapia racional emotiva, 74, 84-85, 98-99, 122
 Terapia Rogeriana, 177
 Terapia sexual, 281
 Terapias biológicas, 115-119
 de alcoholismo, 449-450
 para la depresión, 343, 349, 362, 370
 Terapias combinadas, 117-118
 Terapias, comparación de, 112-114, 123
 Terrores nocturnos, 203, 216
 Test de Apercepción Temática (TAT), 149-150, 155
 Testimonio de un experto, 570
 Tetrahydrocannabinol, véase THC
 THC, 467-468, 476
 Thompson, Jenny, 230
 Timidez, 247
 y fobia social, 250
 TIP, véase terapia interpersonal
 Tipo residual del trastorno esquizofrénico, 375, 409
 Tipton, Billy, 292
 Tolerancia, 442, 475
 Tomar en exceso, 458
 Tomografía computarizada (TC), 47, 57, 417, 418
 para el alcoholismo, 446
 para la depresión, 343
 Tomografía computarizada de emisión de fotones (SPECT), 57
 para la depresión, 343
 Tomografía de emisión de positrones (TEP), 47, 57, 388, 392, 417, 418
 para la depresión, 343
 Tomografía electroencefalográfica computarizada (TEC), 388
 Tonto natural, 14, 40
 Trabajador social psiquiátrico, 27, 41
 Trance hipnótico, 175
 Tranquilizantes, 22, 118, 177, 459, 475
 para el trastorno de la ansiedad, 266
 Transexualismo, 257, 300
 Transferencia, 96, 122, 349
 Transferencia negativa, 96
 Transferencia positiva, 96
 Transición al matrimonio, 170
 Transición de vida, 167-168, 179
 Transición del desarrollo, 170
 Trasgresor sexual, 298, 300
 Trastorno adaptativo, 133, 170-171, 179
 con estado de ánimo depresivo, 332
 diagnóstico de, 171
 y el luto, 167
 Trastorno afectivo estacional (SAD), 343, 344-345, 370
 Trastorno amnésico, 132, 413, 438, 433
 Trastorno antisocial de la personalidad, 305, 317-322, 328
 Trastorno autista, 515, 516-528, 547
 Trastorno bipolar, 117, 130, 332, 335, 356-364, 369, 370, 504
 Trastorno bipolar I, 332, 333, 357-359, 370
 Trastorno bipolar II, 332, 333, 359-360, 370
 Trastorno cardiovascular, 204-210, 216-217
 Trastorno ciclotímico, 332, 333, 361
 Trastorno de angustia, 117, 239, 241-245, 267-268
 y el trastorno bipolar, 362
 y el trastorno de la ansiedad generalizada, 244
 Trastorno de ansiedad obsesivo-compulsivo, 306
 Trastorno de Asperger, 515, 516, 529-530, 547-548
 Trastorno de conversión, 227, 234
 Trastorno de la ansiedad generalizada, 237, 239, 240-241, 244, 265, 267, 495-496, 498-499, 511
 Trastorno de la ansiedad por separación, 496-497, 511
 Trastorno de la aversión sexual, 278
 Trastorno de la conducta, 490-495, 511
 y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481, 486
 Trastorno de la identidad disociada, 174-175, 180
 Trastorno de la identidad sexual en adultos, 132, 285-289, 300
 Trastorno de la identidad sexual en niños, 285-286, 300
 Trastorno de la identidad sexual no transexual, 288, 300
 Trastorno de la personalidad por evasión, 306, 322-323, 329
 Trastorno de la preocupación por el cuerpo, 219-235
 Trastorno de las habilidades motoras, 542-544
 Trastorno de Rett, 515, 516, 530-531, 548
 Trastorno de somatización, 225-227, 234
 Trastorno de Tourette, 505, 512
 Trastorno del control de impulsos, 132
 Trastorno del deseo hipoactivo sexual, 278
 Trastorno del dolor crónico, 220, 234
 Trastorno del estado de ánimo recidivante con patrón estacional, véase trastorno afectivo estacional
 Trastorno del Tic, 500, 505, 512
 Trastorno delirante, 375, 408, 411
 Trastorno depresivo mayor recidivante, 341, 369
 Trastorno depresivo mayor, 322, 338, 369
 Trastorno depresivo, 332, 337-341, 369
 en la infancia, 511-512
 Trastorno desintegrativo infantil, 515, 516, 530, 548
 Trastorno dismórfico corporal, 229-231, 234
 Trastorno distímico, 332, 333, 337-339, 356, 369, 502
 y retraso mental, 546
 Trastorno dominante autosomal, 428
 Trastorno esquizoafectivo, 407-408, 410
 Trastorno esquizoide de la personalidad, 306, 328, 383
 Trastorno esquizotípico de la personalidad, 306, 309-311, 328, 383, 396
 Trastorno facticio, 132, 219, 231-232, 234

- Trastorno facticio secundario, 232
 Trastorno histriónico de la personalidad, 226, 306, 311-312, 328
 Trastorno límite de la personalidad, 306, 312-317, 328
 y terapia conductual dialéctica, 319
 Trastorno narcisista de la personalidad, 306, 312, 313, 328
 Trastorno negativista-desafiante (ODD), 489-490, 511
 y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481
 Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), 237, 239, 252-256, 268, 511
 diagnóstico diferencial de, 256
 en la infancia, 495-496, 500-502
 relato en primera persona, 253
 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 243
 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 306, 324-326, 328
 Trastorno orgásmico femenino, 281
 Trastorno paranoide de la personalidad, 306, 307-308, 328, 383, 396
 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, 466
 Trastorno pervasivo del desarrollo, 515-532, 536, 547
 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el adulto, 488-489
 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481-489, 511
 y el trastorno de la conducta, 493
 y el trastorno de negativismo desafiante, 493
 Trastorno por estrés agudo (ASD), 170, 171-172, 179-180, 257
 Trastorno por estrés posttraumático (PTSD), 239, 256-257, 268, 499, 511
 en niños, 500
 terapia cognitiva para, 265
 y violación, 298
 Trastorno psicótico compartido, 408-409, 411
 Trastorno somatomorfo, 132, 219-220, 232, 234
 Trastornos de exteriorización en la infancia, 481-485, 511
 Trastornos de internalización en la infancia, 481, 495-505, 511
 Trastornos de la ansiedad, 132, 237-269, 324
 en la infancia, 479-502
 Trastornos de la comunicación, 542-544
 Trastornos de la conducta alimentaria, 132, 190-198, 216
 en la infancia, 501, 505
 Trastornos de la infancia, 479-513
 Trastornos de la lectura, 542-544
 Trastornos de la personalidad, 133, 135, 302-328
 y retraso mental, 546
 Trastornos de los padres y el desarrollo infantil, 556
 Trastornos del deterioro cognitivo, 413-439
 Trastornos del dolor, 220-225, 234
 Trastornos del espectro esquizofrénico, 383, 396, 407, 409, 410
 Trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica, 332
 Trastornos del estado de ánimo, 132, 331-332, 369, 396
 y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486
 y trastorno límite de la personalidad, 315
 Trastornos del lenguaje, 505
 Trastornos del sueño, 132, 190, 198-203, 216, *véase también* insomnio
 Trastornos disociativos, 132, 170, 172-177, 180
 Trastornos fóbicos, 237, 239, *véase también* fobias
 Trastornos inducidos por sustancias, 369, 442, 443-444, 475
 Trastornos por uso de sustancias, 442, 475
 Trastornos psicofisiológicos, 203-204, 216-217
 Trastornos psicóticos, 132, 372-441, 490
 Trastornos psiquiátricos y retraso mental, 546
 Trastornos relacionados al uso de sustancias, 132
 Trastornos relacionados con el alcohol, 444-447, 475
 Trastornos relacionados con el opio, 461-462
 Trastornos sexuales, 132
 Trastornos unipolares, 334, 369
 Tratamiento comunitario, 567-568
 Tratamiento de salud mental para la infancia, 481
 Tratamiento grupal para las obsesiones, 265
 Tratamiento, 27-28, *véase también* terapia para adolescentes, 512
 aspectos legales de, 578-579
 comunidad como lugar de, 564-568, 578
 de cefalea, 215
 de crisis de pánico, 251
 de demencia, 421
 de la dependencia a la cocaína, 464-465
 de la esquizofrenia, 398-407, 410
 de los trastornos de la ansiedad, 259-267, 268
 de problemas relacionados al estrés, 177-178, 180
 de trastorno de somatización, 226
 de trastornos de la conducta alimentaria, 192, 198
 de trastornos de la personalidad, 326, 328
 de trastornos del dolor, 221
 del trastorno autista, 516-528
 del trastorno de la conducta, 494-495
 del trastorno límite de la personalidad, 316-317
 del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 487-488
 eficacia en la disfunción sexual, 284-285
 especificidad de, 113
 estado de minoría étnica, 137
 necesidad de continuidad en, 564, 566-567
 para el abuso del alcohol, 447-456
 para el trastorno bipolar, 361-364
 para la disfunción sexual, 281, 300
 para la enfermedad de Alzheimer, 427-428
 por dependencia a opioides, 462
 razones de búsqueda, 24-26
 tipos de instalaciones, 26
 tipos de, 27-28
 trastornos de la ansiedad en la infancia, 502, 511
 última restricción, 575
 y dismorfia corporal, 231
 Trauma de parto y retraso mental, 540
 Trauma infantil y trastorno límite de la personalidad, 316
 y la depresión, 349
 Traumatismo cerebral, 430-431, 438
 Travestismo, 287
 Trepanación, 11-12, 40
 Tríada cognitiva, 352, 370
 Trisomía 21, 536, 548
 Tumescencia nocturna del pene (TNP), 279
 Tumor cerebral 430-431, 438
- U**
 Ultrasonido, 391
 Unión selectiva, 410
 en la esquizofrenia, 392
 Uso compulsivo de sustancias, 442-443, 475
 Uso del alcohol, 493
 y el trastorno de la conducta, 493
 y retraso mental, 539-540
 Uso del tabaco, 469, 476
- V**
 Vaginismo, 281, 285
 Validez, 135, 145, 154
 Validez externa, 37
 Validez interna, 37
 Valium, 266, 459
 Van Tighem, Patricia
 Vanlafixina, 346
 Variables confusas, 38
 Variables dependientes, 31, 33, 42, 101
 Variables independientes, 31, 33, 42, 101, 112
- Variaciones culturales en la conducta desadaptada, 327
 Ventrículo cerebral, 390, 410
 Viagra, 284
 Victimización sexual, 271, 298, 300
 Vigilancia en el trastorno de la ansiedad, 239
 Violación en una cita, *véase* violación
 Violación, 298, *véase también* victimización sexual y el estrés, 166
 Violencia, 3
 Virus de inmunodeficiencia humana, *véase* HIV
 Voyeurismo, 295
 Vulnerabilidad, 20-22, 41, 46, 76, 78, 79, 129-130, 154, 159, 179, 185, 444, 561-562, 565
 en cefalea, 213
 en el daño cerebral, 436
 en el papel de la sociedad, 551
 en el trastorno bipolar, 361
 en el trastorno de la ansiedad, 245
 en el trastorno por estrés posttraumático, 256, 257-258
 en esquizofrenia, 383-398, 407, 410
 en los trastornos cerebrales, 414-416, 437
 en los trastornos de disociación, 176
 en PTSD, 268
 para la depresión, 4, 334-336, 369
 para los medicamentos, 461-462
 y el estrés, 158, 183
 y las características de la familia adoptiva, 394-395, 410
 Vulnerabilidad genética, 48
- W**
 Warren County High School, 228
 Watson, John B., 66-67
 Weinstein, Harvey, 160
 Wells, H.G., 162
 Wexler, Nancy, 429, 430
 Weyer, Johann, 15, 40
 Whitman, Charles, 432
 Wing, Lorna, 531
 Woolf, Virginia, 358
 Wölfl, Adolf, 10
 Woodworth, Robert S., 142
 Wyatt contra Stickney, 575
- X**
 Xenofobia, 246
- Y**
 Yates, Andrea, 572-573
 y dismorfia muscular, 231
 Yo, 62, 63, 83, 117
 punto de vista de Erikson del, 65-66
 Yo ideal, 350
 Young, Lin, 164



EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS Y OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA

Trastornos del aprendizaje Trastorno de la lectura; trastorno del cálculo; trastorno de la expresión escrita

Trastorno de las habilidades motoras Trastorno del desarrollo de la coordinación

Trastornos de la comunicación Trastorno del lenguaje expresivo; trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo; trastorno fonológico; tartamudeo

Trastornos generalizados del desarrollo Trastorno autista; trastorno de Rett; trastorno desintegrativo infantil; trastorno de Asperger

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; trastorno disocial; trastorno negativista desafiante

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia Pica; trastorno de rumiación; trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia

Trastornos de tics Trastorno de la Tourette; trastorno de tics motores o verbales crónicos; trastorno de tics transitorios

Trastornos de la eliminación Encopresis; enuresis

Otros trastornos en la infancia o la adolescencia Trastorno de ansiedad por separación; mutismo selectivo; trastorno reactivo de la vinculación en la infancia; trastorno de movimientos estereotipados

DELIRIO, DEMENCIA Y TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

Delirio Delirio debido a enfermedad médica; delirio inducido por sustancias; delirio por abstinencia de sustancias; delirio debido a múltiples etiologías

Demencia Demencia tipo Alzheimer, (inicio temprano o tardío especificado); demencia vascular; demencia debida a enfermedad por VIH; Demencia debida a traumatismo craneal; Demencia debida a enfermedad de Parkinson; Demencia debida a enfermedad de Huntington; Demencia debida a enfermedad de Pick; Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; demencia debida a otras enfermedades médicas; demencia persistente inducida por sustancias; demencia debida a múltiples etiologías

Trastornos amnésicos Trastorno amnésico debido a enfermedad médica; trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

Otros trastornos cognitivos

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Trastornos relacionados con el alcohol Trastornos por consumo del alcohol; trastornos inducidos por alcohol

Trastornos relacionados con las anfetaminas o sustancias de acción similar Trastornos por consumo de anfetamina; trastornos inducidos por anfetamina

Trastornos relacionados con la cafeína Trastornos inducidos por cafeína

Trastornos relacionados con el cannabis Trastornos por consumo de cannabis; trastornos inducidos por cannabis

Trastornos relacionados con cocaína Trastornos por el consumo de cocaína; trastornos inducidos por cocaína

Trastornos relacionados con alucinógenos Trastornos por consumo de alucinógenos; trastornos inducidos por alucinógenos

Trastornos relacionados con inhalantes Trastornos por consumo de inhalantes; trastornos inducidos por inhalantes

Trastornos relacionados con la nicotina Trastornos por consumo de nicotina; trastornos inducidos por nicotina

Trastornos relacionados con opiáceos Trastornos por consumo de opiáceos; trastornos inducidos por opiáceos

Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar) Trastornos por consumo de fenciclidina; trastornos inducidos por fenciclidina

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno relacionados con varias sustancias

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Esquizofrenia Tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado o tipo residual

Trastorno esquizofreniforme

Trastorno esquizoafectivo

Trastorno delirante

Trastorno psicótico breve

Trastorno psicótico compartido

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

Trastorno psicótico inducido por sustancias

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Trastornos depresivos Trastorno depresivo mayor; trastorno distímico

Trastornos bipolares Trastorno bipolar I; trastorno bipolar II; trastorno ciclotímico

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Trastorno de angustia sin agorafobia

Trastorno de angustia con agorafobia

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
Fobia específica



INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV-TR

El diagnóstico implica determinar si un problema clínico cumple con los criterios de un trastorno en particular. Cuando diagnostica, el clínico compara la información disponible sobre un caso con los criterios del DSM-IV-TR. La presencia de síntomas, problemas y características de la vida de una persona especificados en los criterios se utilizan para el diagnóstico.

Sin embargo, el diagnóstico con base en el DSM-IV-TR, que puede ser un proceso complejo debido a su cobertura (el número y tipos de conductas perturbadas que incluye) ha aumentado bastante en comparación con los primeros sistemas diagnósticos. Muchos sistemas son apropiados para varios tipos de trastornos, y los clínicos necesitan tener en mente los tipos de información pertinentes de los diversos tipos de trastornos. En un caso en particular, la presencia de una inconsistencia significativa con los criterios para un diagnóstico puede impedir su uso.

CUATRO EJEMPLOS DE INFORMACIÓN NECESARIA PARA TOMAR DECISIONES DIAGNÓSTICAS

Trastornos de ansiedad

Los individuos que sufren de trastornos de ansiedad experimentan una intensa ansiedad, preocupación y aprensión, y con frecuencia desarrollan una conducta evitativa, actos rituales y pensamientos repetitivos.

Los clínicos deben determinar:

- El historial pasado y actual de ansiedad, preocupación y aprensión
- Estrés actual y eventos traumáticos anteriores
- Los desarrollos frecuentes de conducta evitativa, actos rituales o pensamientos repetitivos
- Trastornos del sueño y pesadillas
- Quejas sobre malestares físicos
- Trastornos mentales y emocionales pasados y presentes
- Conductas compulsivas o rituales

Trastornos relacionados con sustancias

Los individuos con trastornos relacionados con sustancias experimentan efectos conductuales, sociales, psicológicos y fisiológicos adversos causados por la búsqueda o uso de una o más sustancias como el alcohol o la cocaína.

Los clínicos deben determinar:

- Identidad de la(s) sustancia(s) consumida(s)
- Historial del consumo de sustancia(s)
- Historial de emergencias y tratamientos por consumo de sustancias
- Deterioro cognitivo (por ejemplo, confusión, desorientación)
- Signos fisiológicos (por ejemplo, ritmo cardíaco rápido, dilatación de las pupilas)
- Agitación o lentitud psicomotoras
- Cambios de estado de ánimo, percepción y pensamiento
- Cambios en la personalidad, estados de ánimo, ansiedad
- Resultados de los exámenes para detectar drogas en la orina, nivel de alcohol en la sangre
- Cambios en la vida social o familiar
- Problemas legales pasados y presentes

Un empleado de oficina, de 30 años, se queja de mareos, manos sudorosas y palpitaciones. Constantemente dice que se siente tenso y preocupado y con frecuencia tiene dificultad para concentrarse. Aunque su esposa lo ve como una persona nerviosa, él trata de esconder sus síntomas ante ella.

Una asistente dental, de 27 años, dice que bebe demasiado para poder dormir en las noches. Con frecuencia se siente sola y está tensa cuando no bebe. Un amigo la describe como “inestable”. Su madre tenía un grave problema alcohólico.

Una mujer de 47 años está sentada con las manos asidas fuertemente y evita el contacto visual con otras personas. Se reporta que vaga con frecuencia en las calles sin rumbo fijo. El psicólogo clínico que la entrevistó tiene problemas para entender lo que dice pues con frecuencia parece idiosincrásico e irrelevante.

Un jefe de oficina de 42 años duerme de 11 a 12 horas durante la noche, pero se siente cansado durante el día. Recientemente se quedó dormido al volante. En los fines de semana con frecuencia se queda en cama todo el día. Ha tenido periodos recidivantes graves de depresión por muchos años y con frecuencia tiene dificultad para concentrarse. Hace dos años respondió de manera positiva a los medicamentos antidepresivos que más adelante dejó

Esquizofrenia

Los individuos con esquizofrenia muestran distorsiones significativas en la percepción de la realidad; deterioro en la capacidad para razonar, hablar y comportarse en forma racional o espontánea; y en la capacidad para responder espontáneamente con sentimientos y emociones apropiados.

Los clínicos deben determinar:

- Historial de trastornos mentales diagnosticados
- Historial de aislamiento social y conducta inusual y extraña
- Experiencia actual de alucinaciones o de percepción extraña
- Pensamiento o lenguaje desorganizados
- Delirio
- Ausencia de sentimientos y emociones apropiados
- Depresión o manía
- Duración de los síntomas

Trastornos del estado de ánimo

Los individuos con trastornos del estado de ánimo experimentan estados de ánimo anormales caracterizados por depresión, manía (expansividad e hiperactividad), o ambos síntomas de manera alternativa.

Los clínicos deben determinar:

- Historial de depresión o manía previas
- Estado de ánimo actual
- Sentimientos de culpa, autoestima del paciente y su sensación de valía personal
- Historial de dificultades económicas o en el trabajo
- Historial de aumento en la actividad sexual y conducta sexual indiscreta
- Historial de cambios rápidos en el estado de ánimo
- Alucinaciones y delirios actuales
- Pensamientos o intentos de suicidio presentes y pasados
- Cambio en el patrón del sueño del paciente
- Pérdida de peso significativa (no a causa de dieta) o aumento de peso



EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS Y OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA

Trastornos del aprendizaje Trastorno de la lectura; trastorno del cálculo; trastorno de la expresión escrita

Trastorno de las habilidades motoras Trastorno del desarrollo de la coordinación

Trastornos de la comunicación Trastorno del lenguaje expresivo; trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo; trastorno fonológico; tartamudeo

Trastornos generalizados del desarrollo Trastorno autista; trastorno de Rett; trastorno desintegrativo infantil; trastorno de Asperger

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; trastorno disocial; trastorno negativista desafiante

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia Pica; trastorno de rumiación; trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia

Trastornos de tics Trastorno de la Tourette; trastorno de tics motores o verbales crónicos; trastorno de tics transitorios

Trastornos de la eliminación Encopresis; enuresis

Otros trastornos en la infancia o la adolescencia Trastorno de ansiedad por separación; mutismo selectivo; trastorno reactivo de la vinculación en la infancia; trastorno de movimientos estereotipados

DELIRIO, DEMENCIA Y TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

Delirio Delirio debido a enfermedad médica; delirio inducido por sustancias; delirio por abstinencia de sustancias; delirio debido a múltiples etiologías

Demencia Demencia tipo Alzheimer, (inicio temprano o tardío especificado); demencia vascular; demencia debida a enfermedad por VIH; Demencia debida a traumatismo craneal; Demencia debida a enfermedad de Parkinson; Demencia debida a enfermedad de Huntington; Demencia debida a enfermedad de Pick; Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; demencia debida a otras enfermedades médicas; demencia persistente inducida por sustancias; demencia debida a múltiples etiologías

Trastornos amnésicos Trastorno amnésico debido a enfermedad médica; trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

Otros trastornos cognitivos

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Trastornos relacionados con el alcohol Trastornos por consumo del alcohol; trastornos inducidos por alcohol

Trastornos relacionados con las anfetaminas o sustancias de acción similar Trastornos por consumo de anfetamina; trastornos inducidos por anfetamina

Trastornos relacionados con la cafeína Trastornos inducidos por cafeína

Trastornos relacionados con el cannabis Trastornos por consumo de cannabis; trastornos inducidos por cannabis

Trastornos relacionados con cocaína Trastornos por el consumo de cocaína; trastornos inducidos por cocaína

Trastornos relacionados con alucinógenos Trastornos por consumo de alucinógenos; trastornos inducidos por alucinógenos

Trastornos relacionados con inhalantes Trastornos por consumo de inhalantes; trastornos inducidos por inhalantes

Trastornos relacionados con la nicotina Trastornos por consumo de nicotina; trastornos inducidos por nicotina

Trastornos relacionados con opiáceos Trastornos por consumo de opiáceos; trastornos inducidos por opiáceos

Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar) Trastornos por consumo de fenciclidina; trastornos inducidos por fenciclidina

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno relacionados con varias sustancias

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Esquizofrenia Tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado o tipo residual

Trastorno esquizofreniforme

Trastorno esquizoafectivo

Trastorno delirante

Trastorno psicótico breve

Trastorno psicótico compartido

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

Trastorno psicótico inducido por sustancias

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Trastornos depresivos Trastorno depresivo mayor; trastorno distímico

Trastornos bipolares Trastorno bipolar I; trastorno bipolar II; trastorno ciclotímico

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Trastorno de angustia sin agorafobia

Trastorno de angustia con agorafobia

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia Fobia específica

Una mujer de 47 años está sentada con las manos asidas fuertemente y evita el contacto visual con otras personas. Se reporta que vaga con frecuencia en las calles sin rumbo fijo. El psicólogo clínico que la entrevistó tiene problemas para entender lo que dice pues con frecuencia parece idiosincrásico e irrelevante.

Un jefe de oficina de 42 años duerme de 11 a 12 horas durante la noche, pero se siente cansado durante el día. Recientemente se quedó dormido al volante. En los fines de semana con frecuencia se queda en cama todo el día. Ha tenido periodos recidivantes graves de depresión por muchos años y con frecuencia tiene dificultad para concentrarse. Hace dos años respondió de manera positiva a los medicamentos antidepresivos que más adelante dejó

Esquizofrenia

Los individuos con esquizofrenia muestran distorsiones significativas en la percepción de la realidad; deterioro en la capacidad para razonar, hablar y comportarse en forma racional o espontánea; y en la capacidad para responder espontáneamente con sentimientos y emociones apropiados. Los clínicos deben determinar:

- Historial de trastornos mentales diagnosticados
- Historial de aislamiento social y conducta inusual y extraña
- Experiencia actual de alucinaciones o de percepción extraña
- Pensamiento o lenguaje desorganizados
- Delirio
- Ausencia de sentimientos y emociones apropiados
- Depresión o manía
- Duración de los síntomas

Trastornos del estado de ánimo

Los individuos con trastornos del estado de ánimo experimentan estados de ánimo anormales caracterizados por depresión, manía (expansividad e hiperactividad), o ambos síntomas de manera alternativa. Los clínicos deben determinar:

- Historial de depresión o manía previas
- Estado de ánimo actual
- Sentimientos de culpa, autoestima del paciente y su sensación de valía personal
- Historial de dificultades económicas o en el trabajo
- Historial de aumento en la actividad sexual y conducta sexual indiscreta
- Historial de cambios rápidos en el estado de ánimo
- Alucinaciones y delirios actuales
- Pensamientos o intentos de suicidio presentes y pasados
- Cambio en el patrón del sueño del paciente
- Pérdida de peso significativa (no a causa de dieta) o aumento de peso