

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

PSICOPATOLOGÍA

Psicología anormal: el problema
de la conducta inadaptada

UNDÉCIMA EDICIÓN

IRWIN G. SARASON
University of Washington

BARBARA R. SARASON
University of Washington

<http://booksmedicos.org>

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

Introducción



Spots on the Spot, manchas allí mismo

El campo del comportamiento anormal

¿Qué es la psicología anormal?

Activadores de los problemas de salud mental

El estigma de la conducta anormal

Conducta adaptada e inadaptada

Panorama histórico de la conducta anormal

El mundo occidental antiguo

La Edad Media

El Renacimiento

La Edad de la Razón y la Ilustración

El movimiento de la Reforma

Conceptos recientes sobre la conducta anormal

Enfoque psicológico

Enfoque orgánico

Convergencia de los enfoques

Resiliencia, afrontamiento y vulnerabilidad

La epidemiología de la conducta desadaptada

Incidencia, prevalencia y factores de riesgo

Búsqueda de ayuda para la conducta anormal

Razones para la asistencia clínica

Fuentes de ayuda

Investigación en la psicología anormal

Observación de la conducta

El papel de la teoría

El trabajo de investigación

Tipos de investigación

Diseño de la investigación, análisis estadístico e inferencia

Aspectos éticos de la investigación

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

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. Apparentemente se encontró por casualidad con el cartero, un fili-

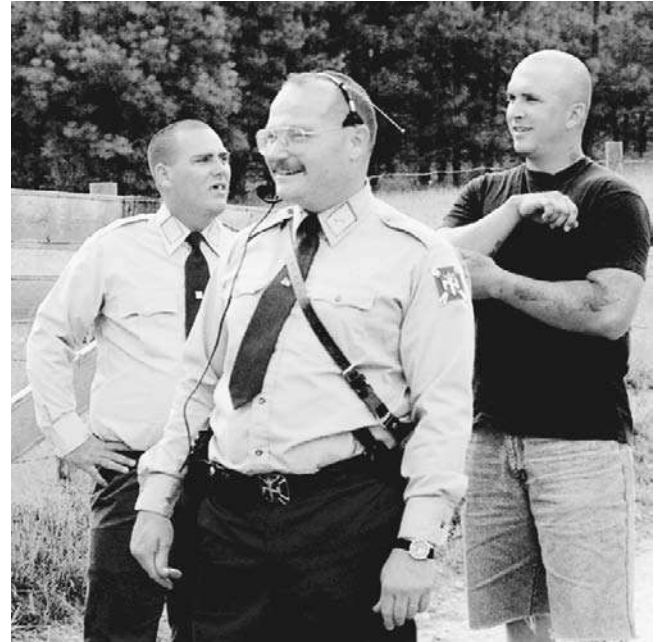


Figura 1-1 Buford O. Furrow en el complejo de la Aryan Nation.

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 comen- zón 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-

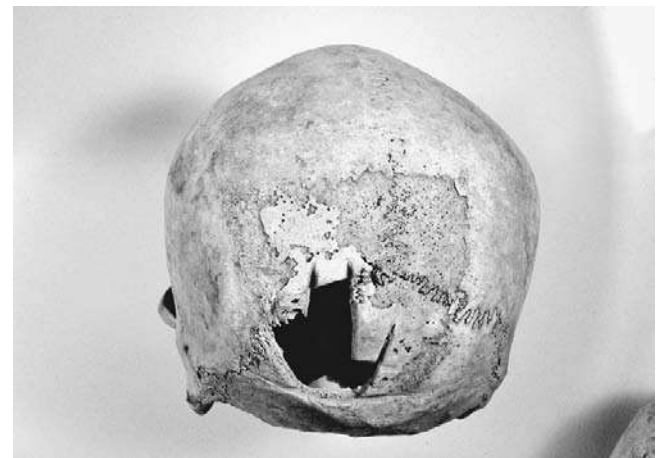


Figura 1-5 La técnica de la trepanación consistía en realizar un orificio en el cráneo de la persona.

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-

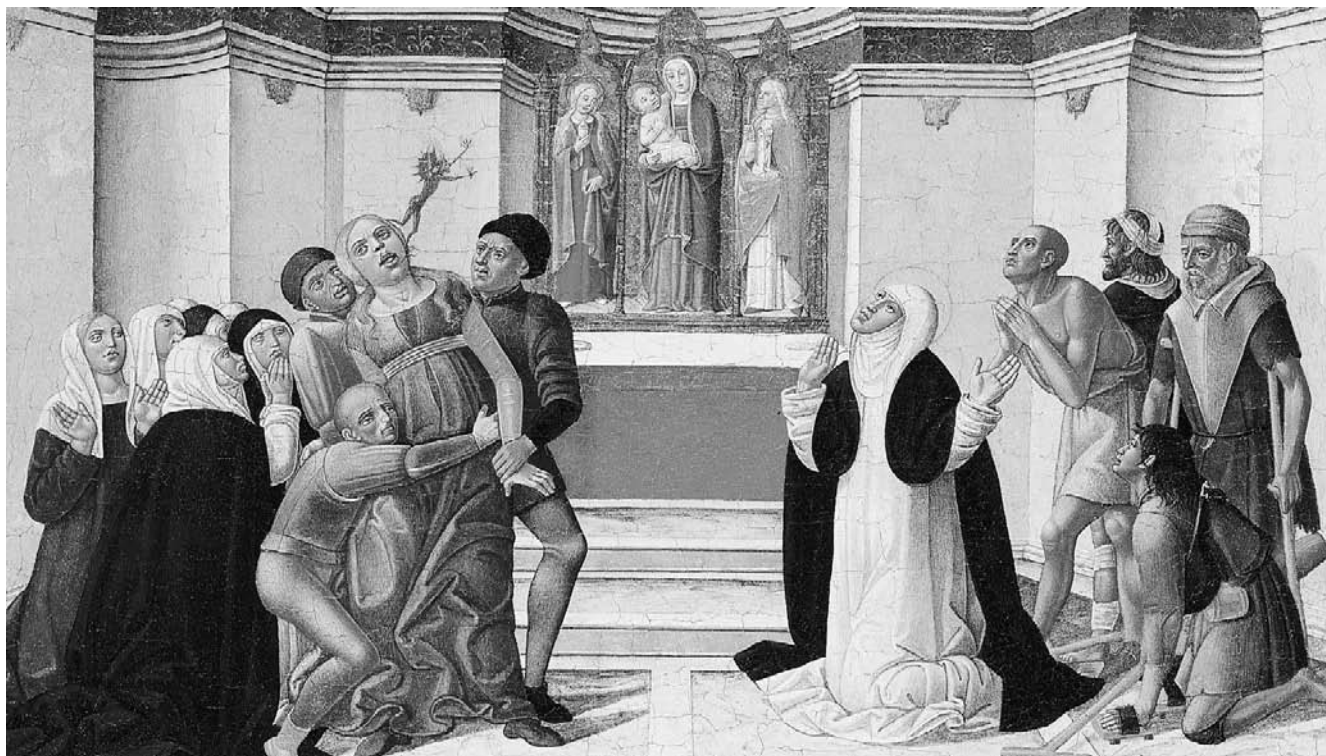


Figura 1-7 Esta pintura de fines del siglo xv realizada por Girolamo Di Benvenuto, *St. Catherine Exorcising a Possessed Woman*, muestra a santa Catarina de Siena expulsando al demonio de una mujer poseída. Se puede ver al demonio que sale volando de la cabeza de la mujer.

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

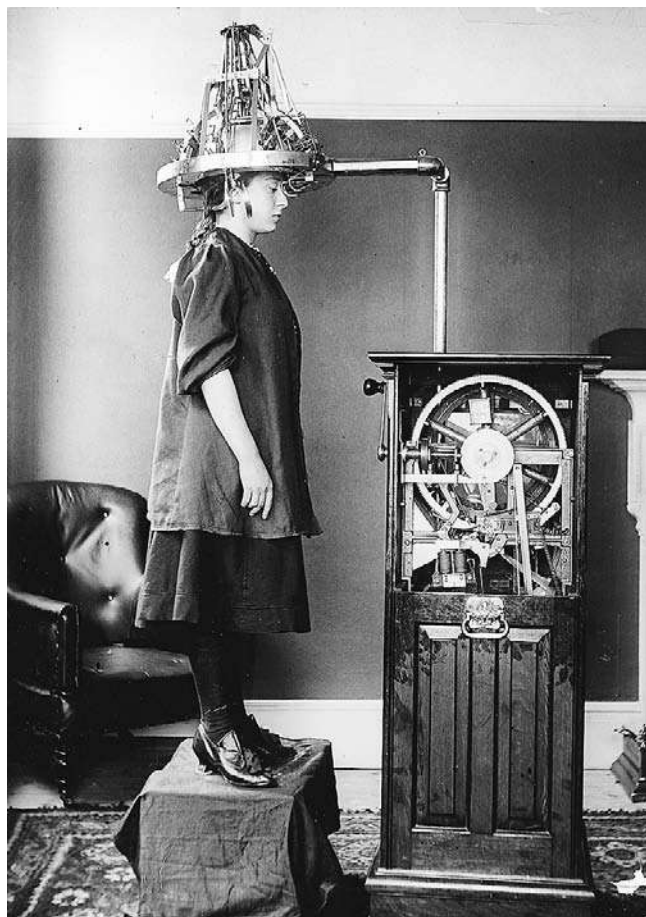


Figura 1-8 El frenómetro eléctrico de Lavery, inventado en 1907, fue diseñado para medir los bultos de la cabeza. Se creían que tales bultos indicaban el lugar de las diferentes facultades psicológicas.

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.



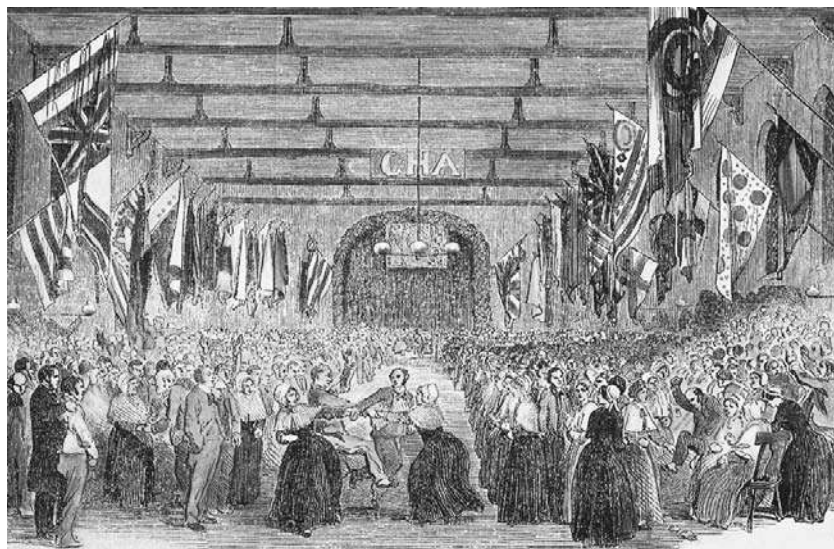


Figura 1-11 Como resultado del movimiento de la Reforma, los hospitales psiquiátricos hacían un esfuerzo especial para proporcionar a los pacientes entornos alegres y entretenimiento divertido. Por ejemplo, el Middlesex County Lunatic Asylum, en Inglaterra, realizaba elaboradas fiestas para sus pacientes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

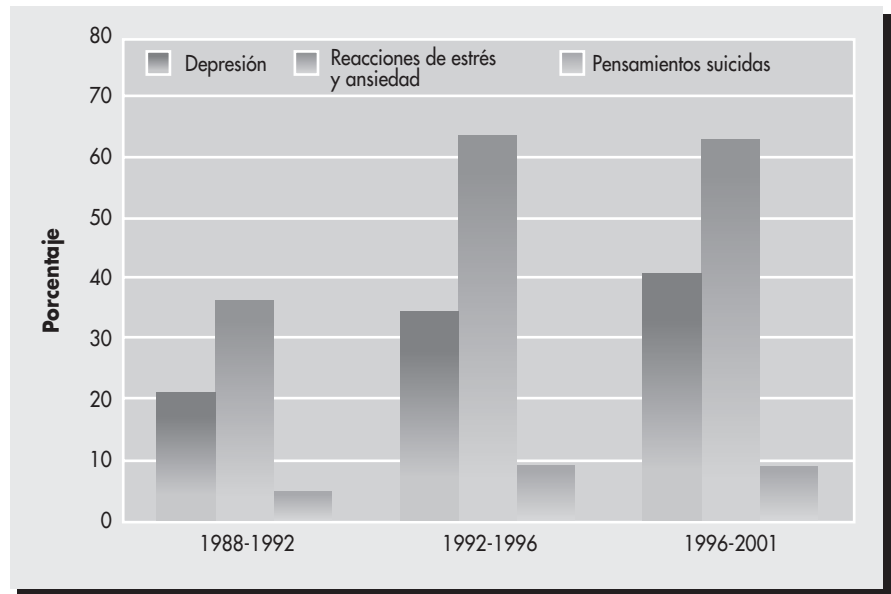
En este libro se presentarán varias perspectivas diferentes acerca de la razón por la que ocurre la conducta desadaptada y cómo se puede sustituir con una conducta adaptativa. A lo largo de este análisis de la psicología anormal, se considerarán los efectos de la vulnerabilidad y la resiliencia de la 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.

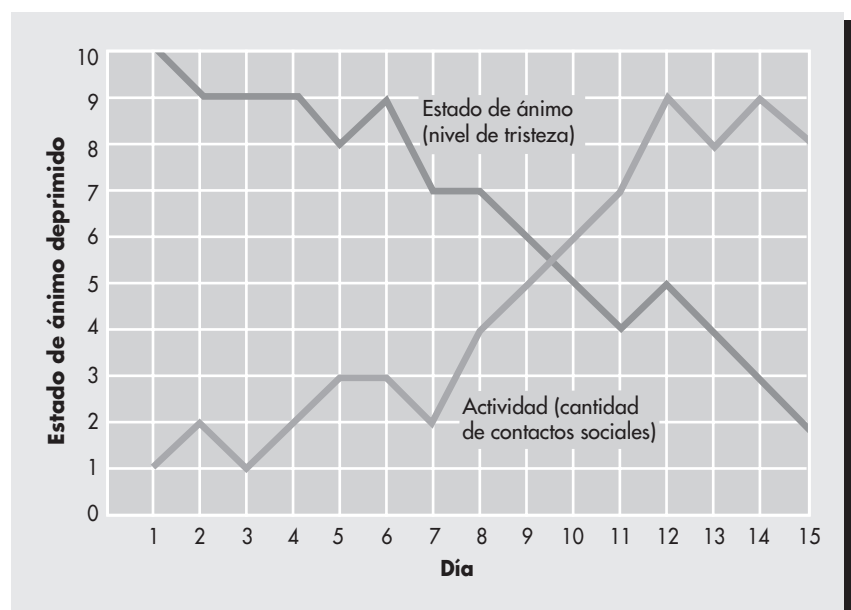




Figura 1-16

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.

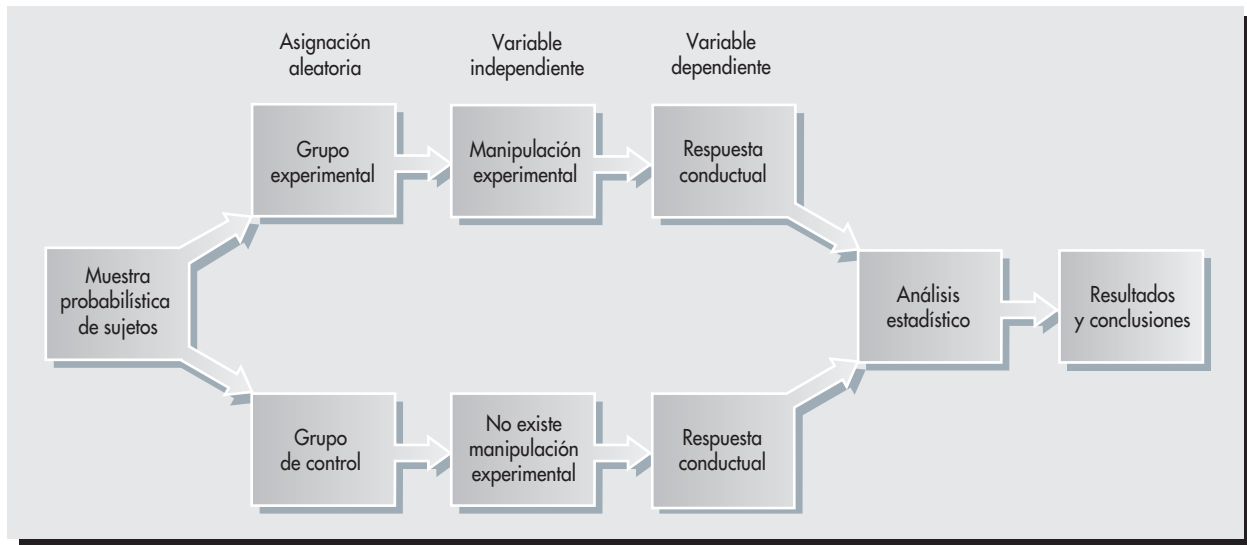


Figura 1-18 En un diseño experimental convencional, los sujetos se asignan de manera aleatoria a un grupo experimental o de control para manipular la variable independiente. Después se miden sus conductas, variables dependientes; las diferencias entre los dos grupos de sujetos se evalúan por medio del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

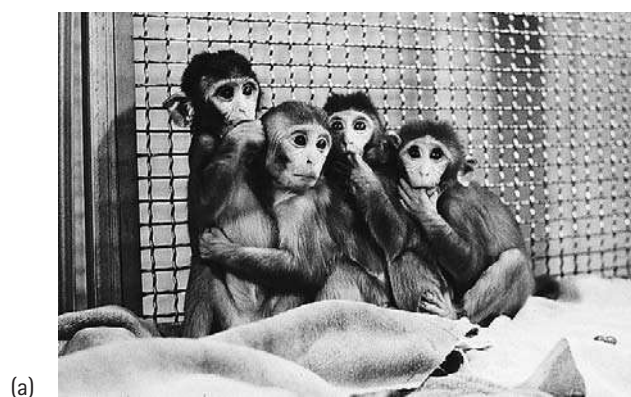
Los estudios con animales se pueden utilizar para investigar tanto los factores biológicos como sociales en la conducta. Un ejemplo de la investigación con un enfoque biológico es el estudio de los efectos de los medicamentos. Un grupo de medicamentos que se conocen como anfetaminas, que tienen una función 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.

Coeficientes 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 comporten 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.

Resumen 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 Dorothea 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 **desinstitucionalización** 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.

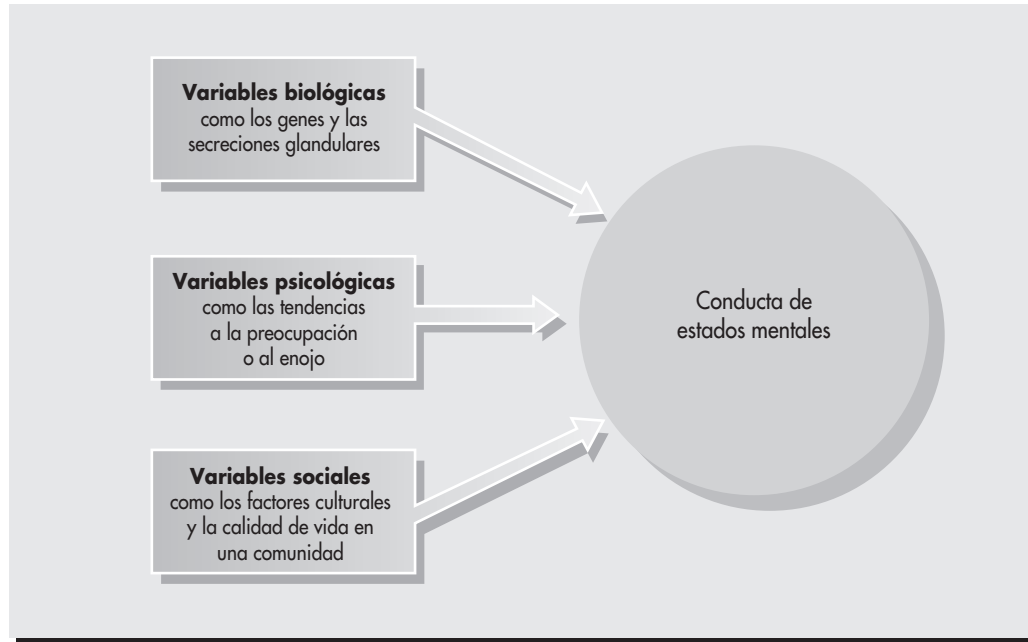


Figura 2-1 Mientras que las variables biológicas, psicológicas y sociales pueden influir directamente en los estados mentales y la conducta, también esos factores pueden influir el uno en el otro, es decir, pueden interactuar en formas complejas. Por ejemplo, los efectos del retraso mental en los estados 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.

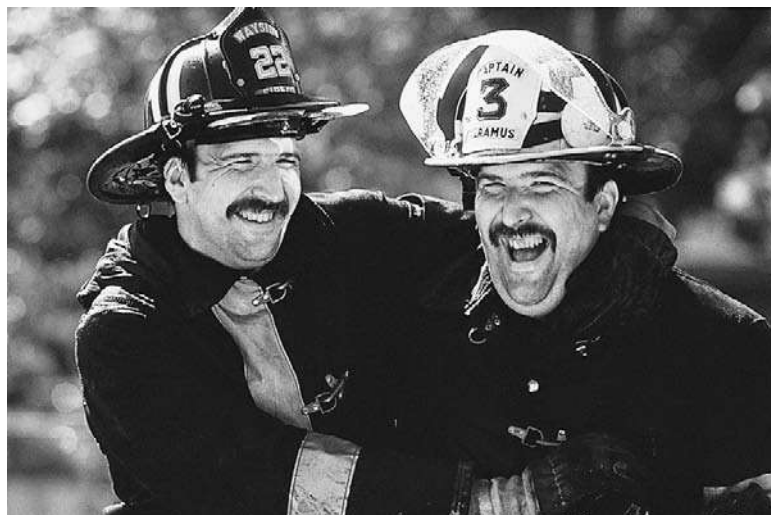


Figura 2-2 Estos gemelos idénticos se reunieron a la edad de 31 años por primera vez desde que los adoptaron dos familias distintas poco después de nacer. Se dieron cuenta de que, a pesar de la crianza diferente, eran muy similares en muchos de sus hábitos, intereses, e incluso en la elección de su ocupación,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

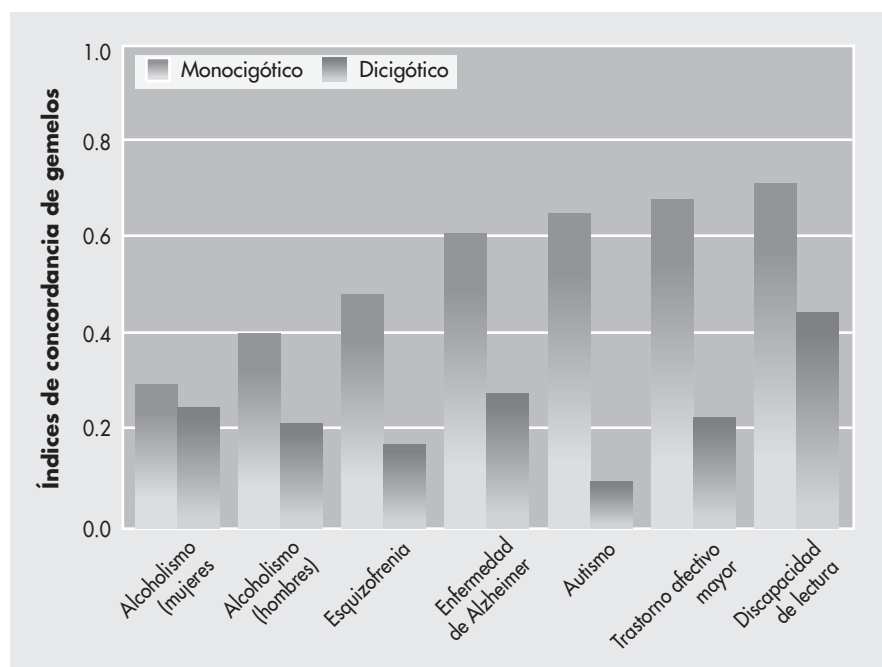


Figura 2-3 Concordancias de gemelos idénticos (monocigóticos, MZ) y gemelos fraternos (dicigóticos, DZ) en el caso de trastornos conductuales. La influencia genética es considerable en la esquizofrenia, la enfermedad de Alzheimer, el autismo, el trastorno afectivo mayor y la discapacidad de lectura. 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-**

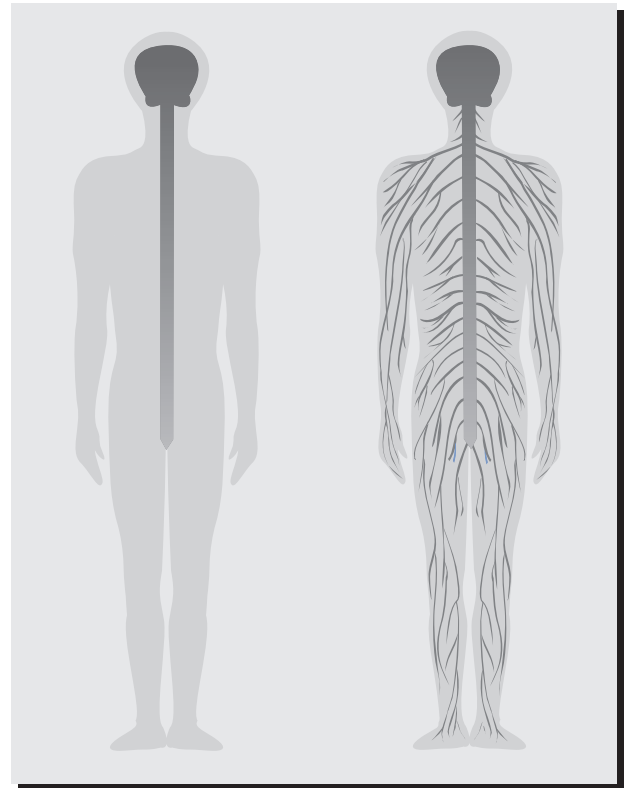


Figura 2-4 Sistema nervioso central y sistema nervioso periférico. El sistema nervioso central (SNC; izquierda) consiste en el cerebro, el tallo cerebral y la médula espinal; el sistema nervioso periférico (SNP; derecha) incluye todas las fibras nerviosas que se extienden hacia y desde el resto del cuerpo. 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).

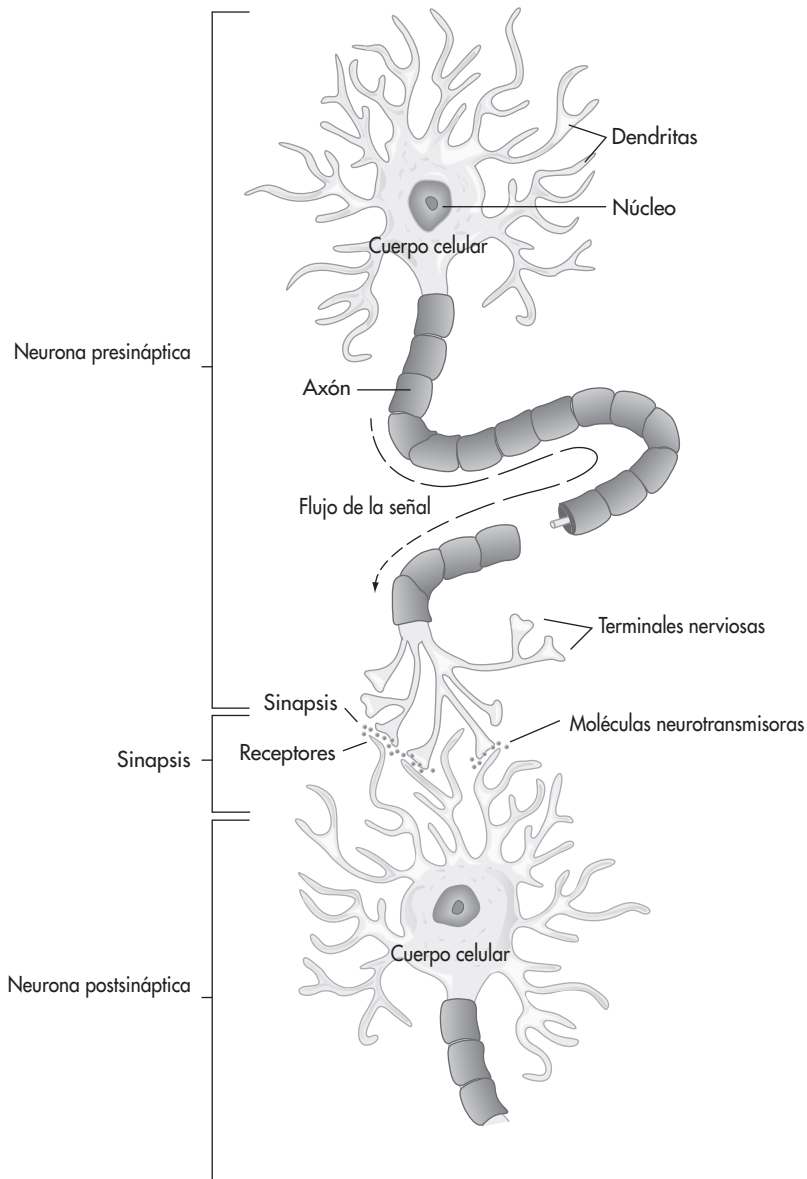


Figura 2-5 Relación típica entre un par de neuronas. Una neurona consta de un cuerpo celular y dos tipos de extensiones: las dendritas y un axón. Los receptores específicos o dendritas reciben las moléculas neurotransmisoras de los axones de las neuronas adyacentes. Esta transferencia establece un impulso 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-

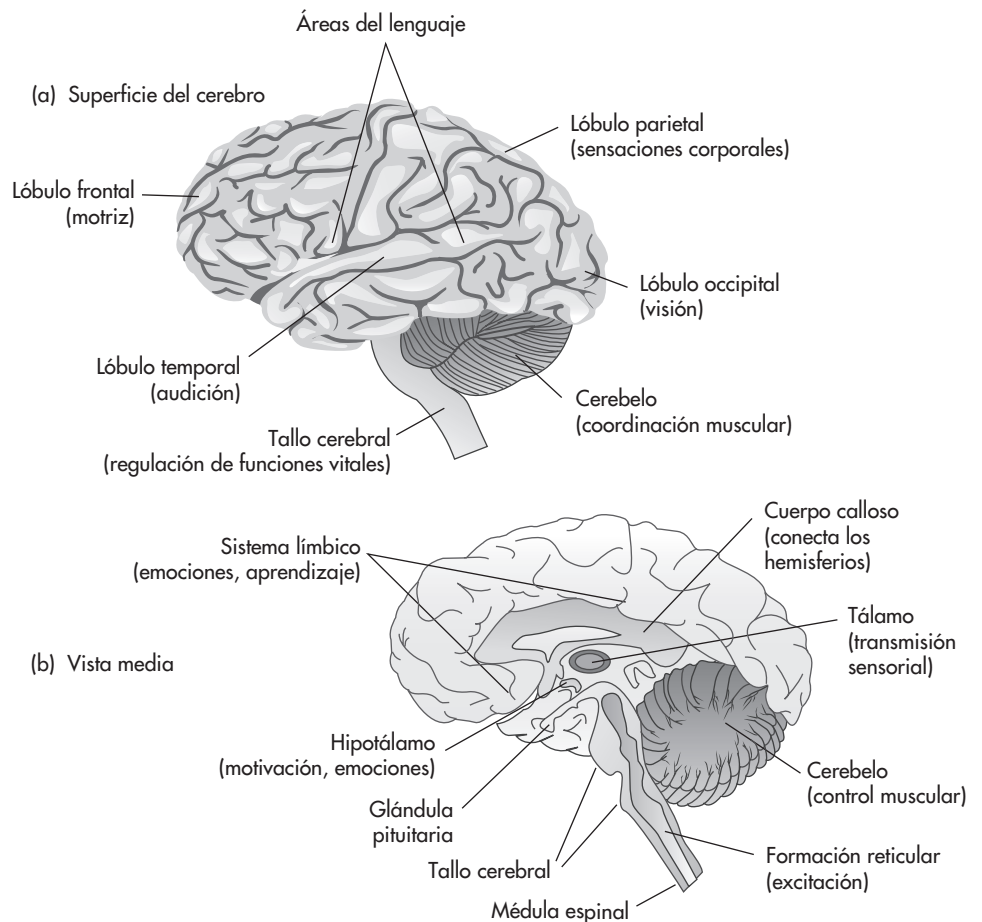
tores; cinco para la dopamina, que tiene un papel en la esquizofrenia; y seis para la norepinefrina, que es importante tanto para los trastornos de ansiedad como para la depresión. Se están desarrollando varios tipos de medicamentos dirigidos a un receptor específico que controla un tipo de síntoma en 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

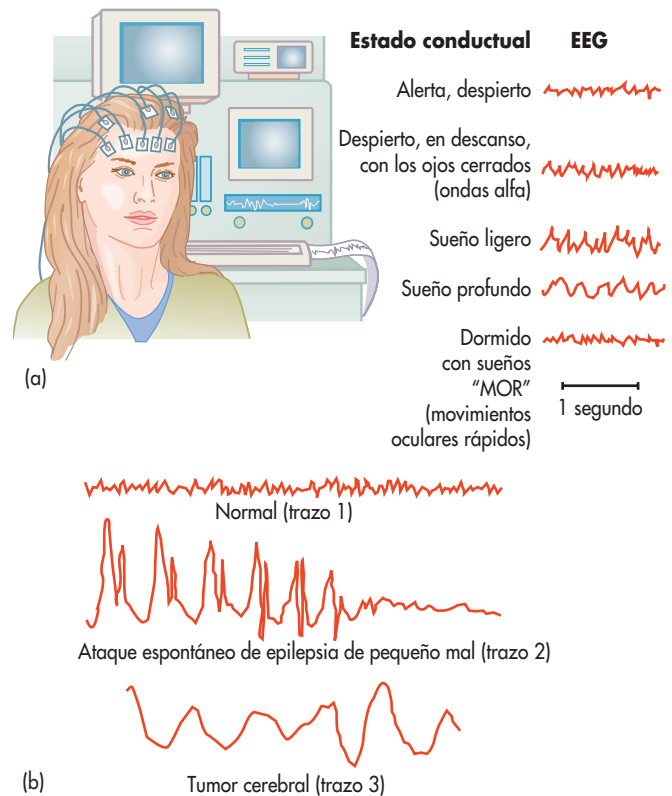


Figura 2-7 Un EEG y tres trazos de EEG. a) Un electroencefalograma (EEG) emplea electrodos en el cuero cabelludo, para medir la actividad de los tipos específicos de neuronas. Los patrones particulares del EEG se relacionan con ciertos estados conductuales, como se ilustra aquí. b) Los trazos de EEG 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

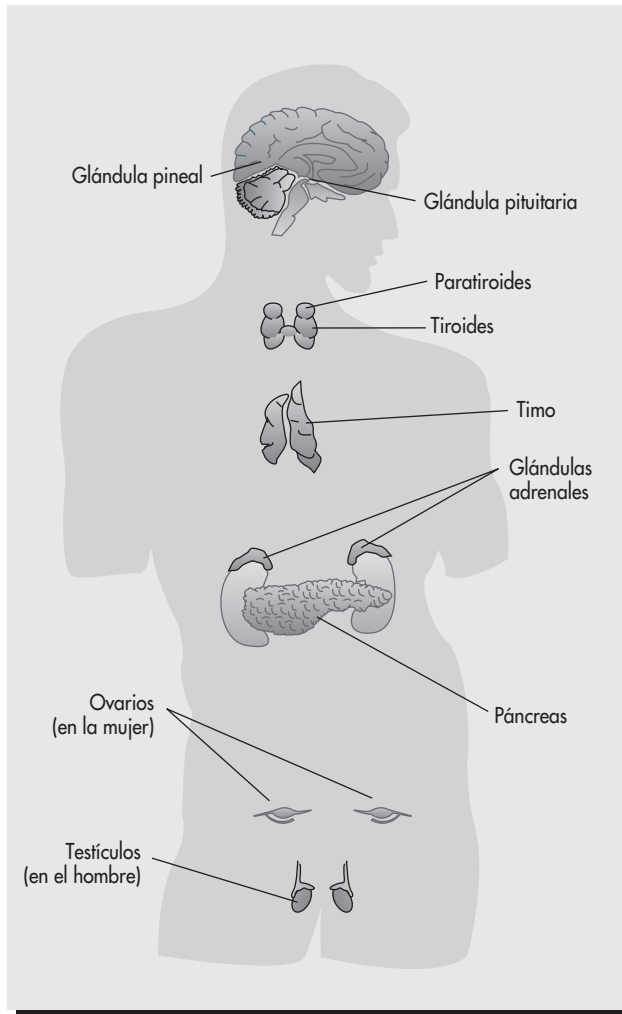


Figura 2-8 Las glándulas endocrinas y su ubicación en el cuerpo.

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).

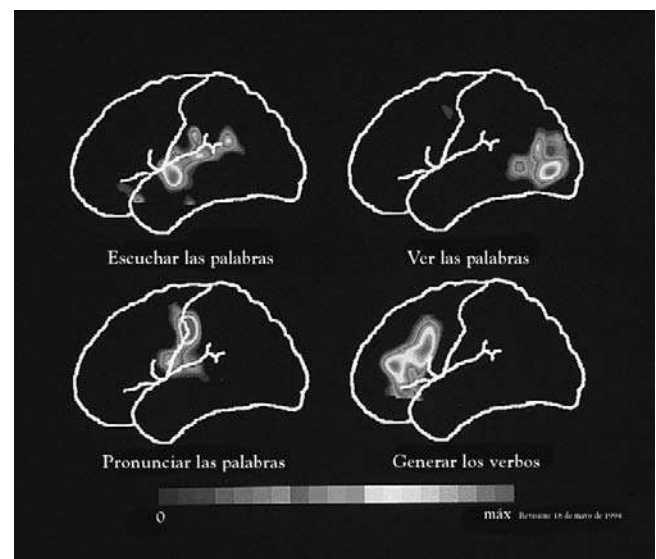


Figura 2-10 Los rastreos TEP de los sujetos normales proporcionan a los investigadores claves sobre qué áreas del cerebro participan en las actividades cotidianas y, cómo se ve afectado el metabolismo del cerebro.

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 recobra 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).

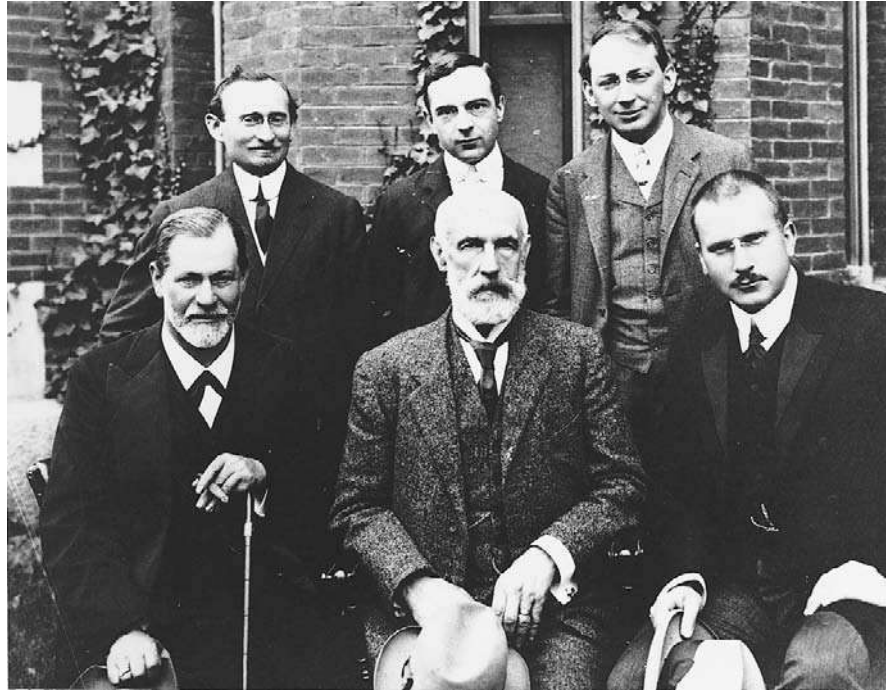
Las teorías de Freud sobre la personalidad Las teorías de Freud sobre la personalidad pueden parecer complicadas porque incorporan muchos factores relacionados, pero todas se basan en dos suposiciones básicas: el *determinismo físico* y la *dimensión consciente-inconsciente*.

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.

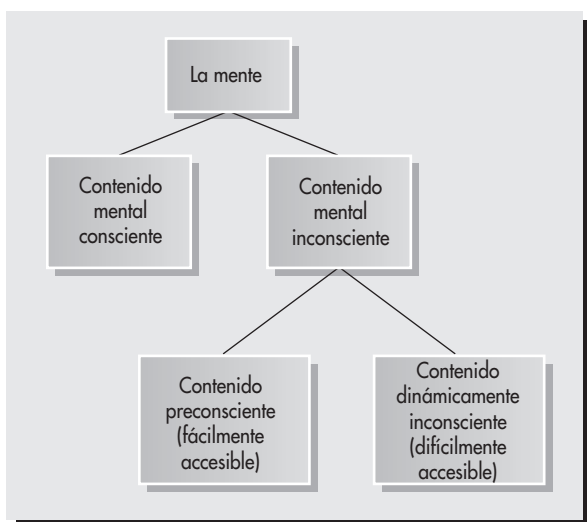


Figura 2-12 Modelo de Freud de la mente. Freud consideró que la mente tenía partes conscientes e inconscientes. El material de la parte inconsciente varía en la facilidad con que se puede llevar al consciente. Mientras más intensas sean las emociones que están ligadas a los pensamientos inconscientes,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

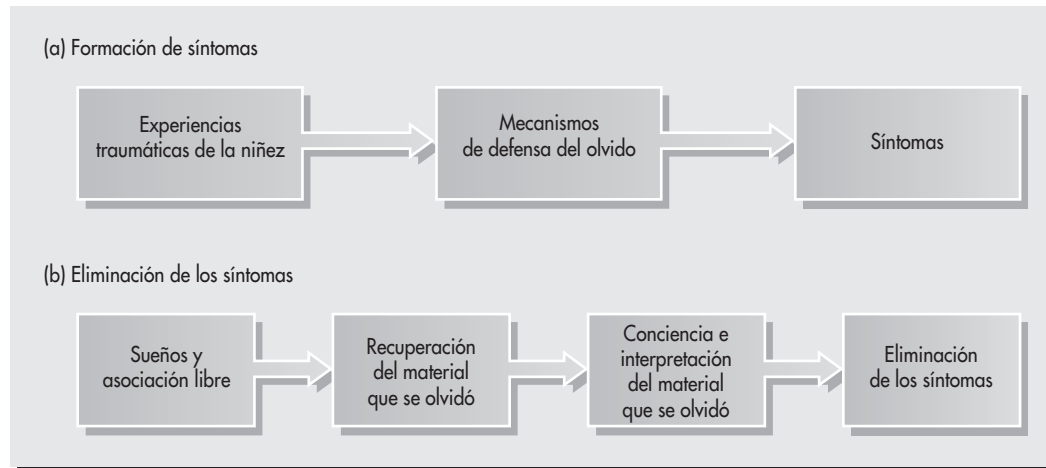


Figura 2-14 Procesos que Freud creía que participaban en la formación y eliminación de los síntomas. Los síntomas (conducta anormal, preocupaciones, infelicidad) son el resultado de experiencias emocionales traumáticas que se presentan en la niñez y que, mientras una persona se defiende de éstas o las 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

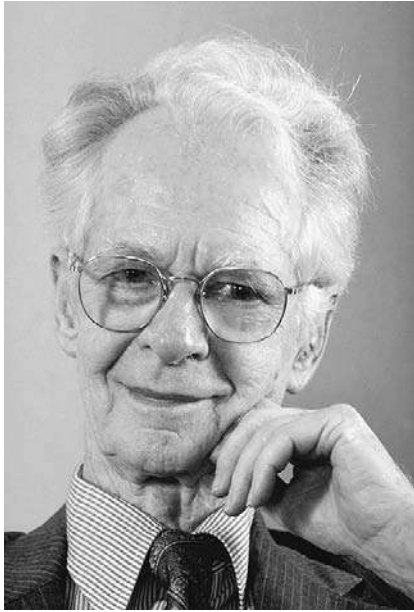


Figura 2-15 Skinner fue uno de los psicólogos que tuvieron mayor influencia durante el siglo xx. Debido a que tendemos a ver a los individuos famosos, como Skinner, en forma exageradamente arquetípica, el siguiente relato de su hija sobre uno de los últimos días de su vida es tanto conmovedora como instructiva: *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).

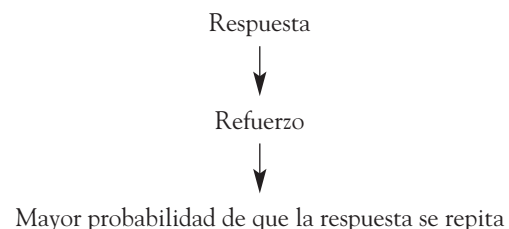
eficacia del condicionamiento operante. Skinner (1904-1990) diseñó la “caja de Skinner” experimental, dentro de la cual una rata presionaría una barra repetidamente si esta actividad se refuerza con bolitas de alimento que caen en un plato. En tanto que el condicionamiento clásico emplea las respuestas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

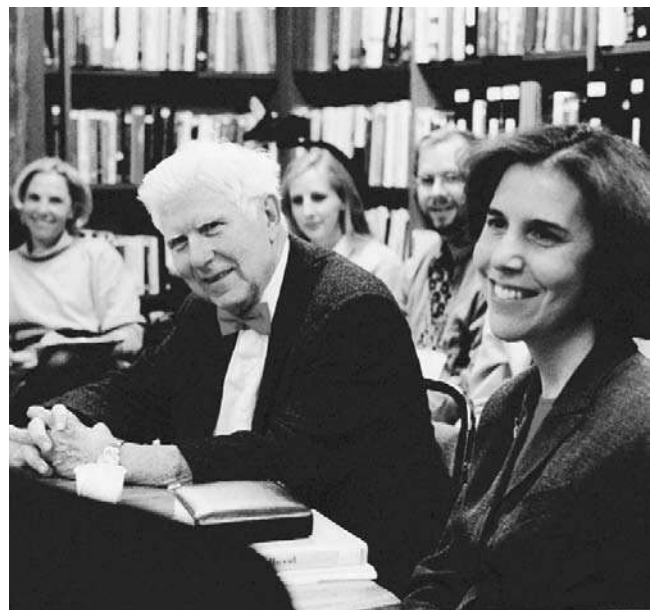


Figura 2-18 Aaron Beck aplicó la teoría cognitiva para entender y tratar varios tipos de conducta desadaptada, entre ellos, la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad.

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).

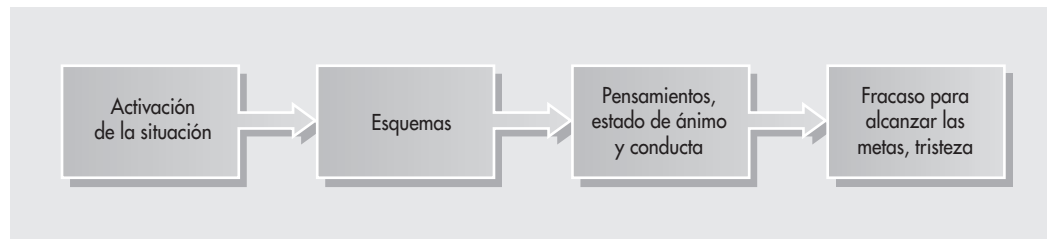


Figura 2-19 Los procesos cognitivos pueden provocar fracasos en el logro de metas y la experiencia de tristeza. Una situación activada estimula esquemas inadaptados (“Soy incapaz”, “no me merezco ser feliz”). La situación activante puede ser un evento que causa estrés o una oportunidad. Los esquemas 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 dirigirla 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-



¡Santo dios! Me recuerdas mucho a tu padre cuando estuvo en prisión

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.

saadaptada. 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.

R esumen 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
Condicionalismo clásico, p. 67
Condicionalismo 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

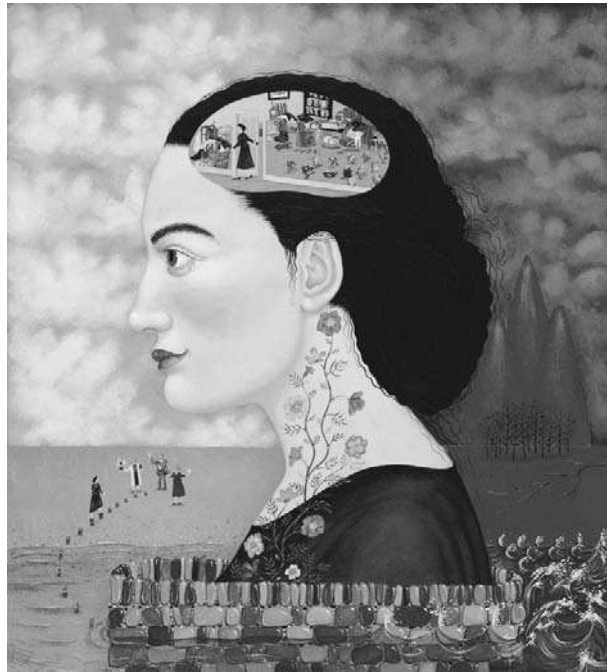
Un buen libro

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 disminuyó 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 pertenecía. 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

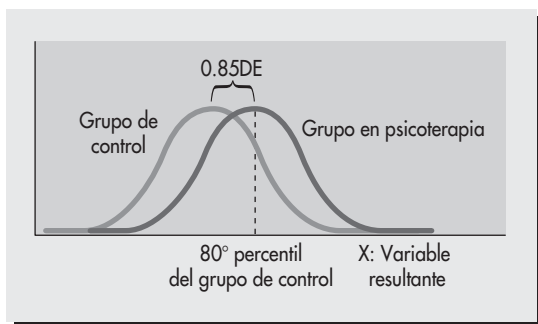


Figura 3-3 El meta-análisis involucra la combinación estadística de muchos estudios separados y, en muchas ocasiones, sumamente diferentes. Esta figura ilustra los hallazgos generales de un análisis que combinó 475 estudios de eficacia terapéutica. La persona promedio en el grupo tratado tuvo desviaciones 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 deseadas. 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.

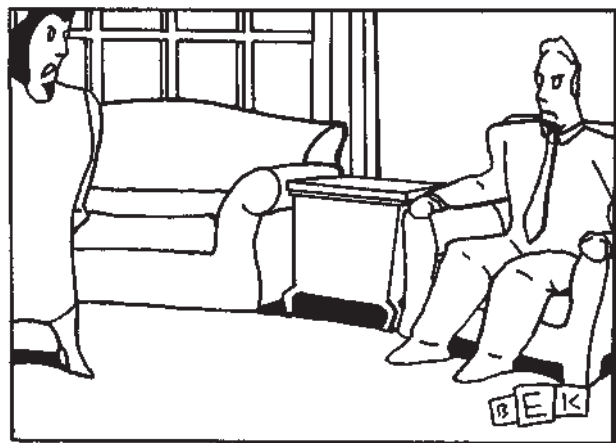
George es un niño de nueve años que se rehusaba a hablar en la escuela. Las autoridades de ésta, que tomaron el caso en sus manos, decidieron que podía ser necesaria su transferencia a una clase especial para niños emocionalmente trastornados. George llegó a la clínica con su madre para ser sometido 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, autculpa 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.

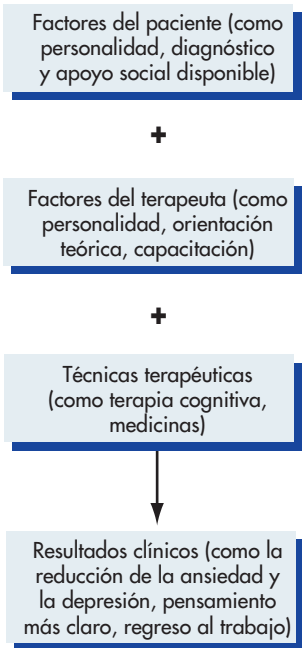


Figura 3-12 Factores involucrados en la producción de resultados de la terapia.

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

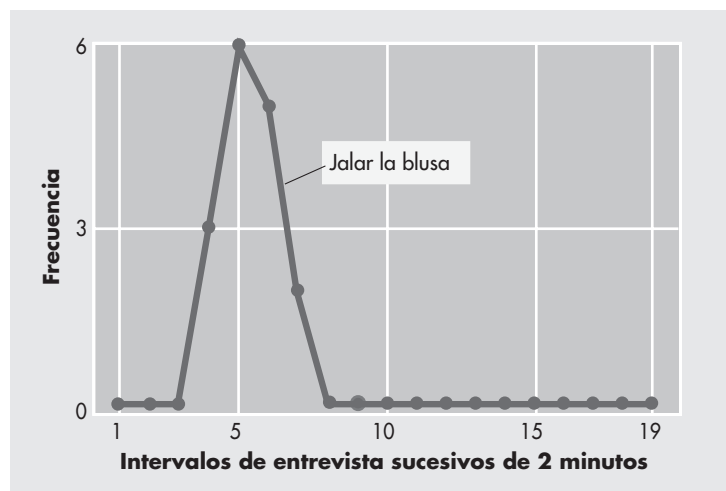


Figura 4-3 Frecuencia de una respuesta no verbal (jalar la blusa) durante una entrevista.

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-

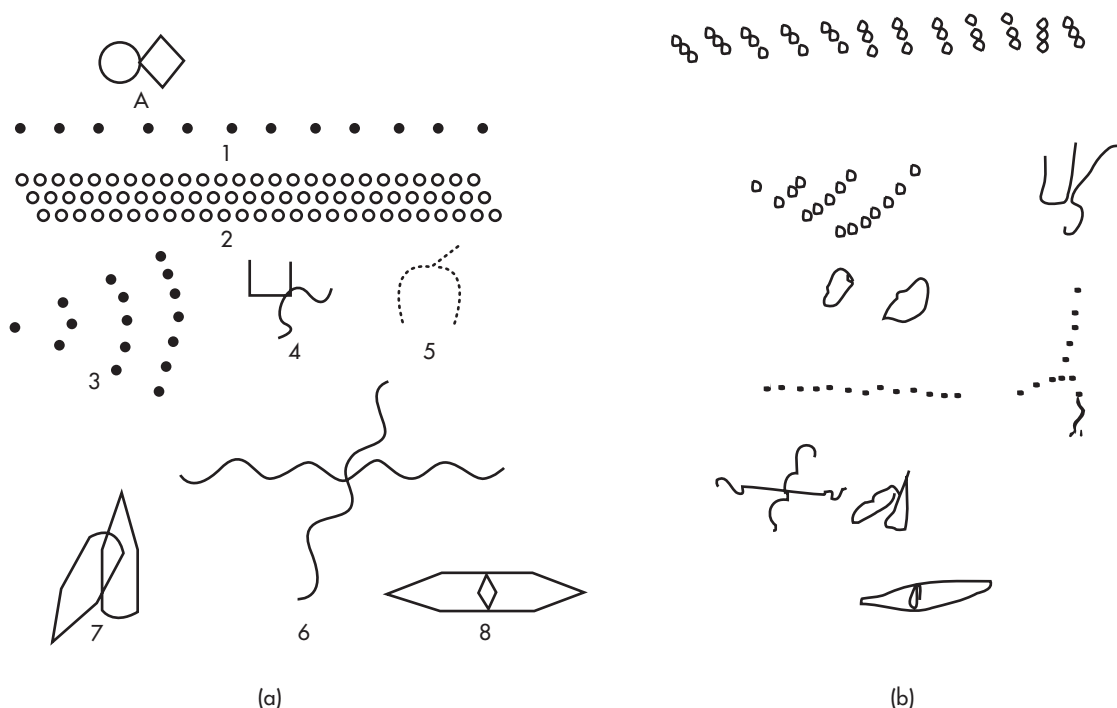


Figura 4-5 Desempeño perceptual en un caso de daño cerebral orgánico. a) La Prueba de gestáltica visomotora de Bender (1938) es una prueba que parece sencilla, en la cual se pide al sujeto que copie formas geométricas como éstas. b) Protocolo de un paciente que sufre de daño cerebral orgánico.

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	Suspicacia; 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-

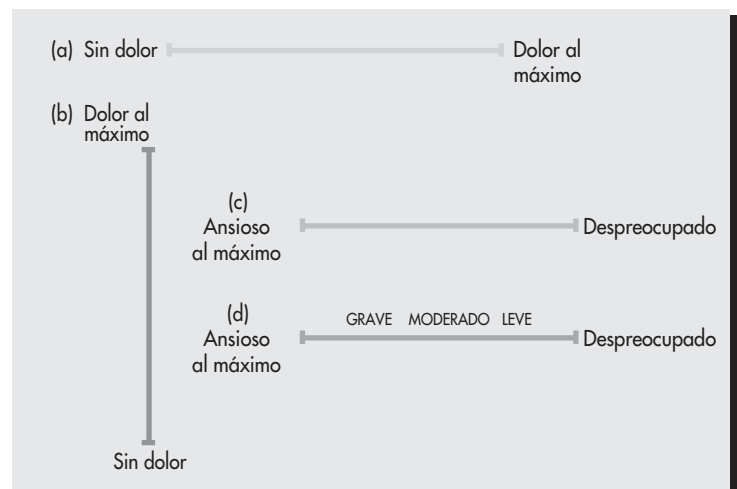
quen este reactivo en una escala que va desde “En absoluto” hasta “En extremo”. Pueden hacer esto en forma gráfica, al colocar una marca en el punto del continuo que considere apropiado. Las **escalas de registro** se pueden utilizar para evaluar la conducta de otras personas, así como la propia. Por 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.

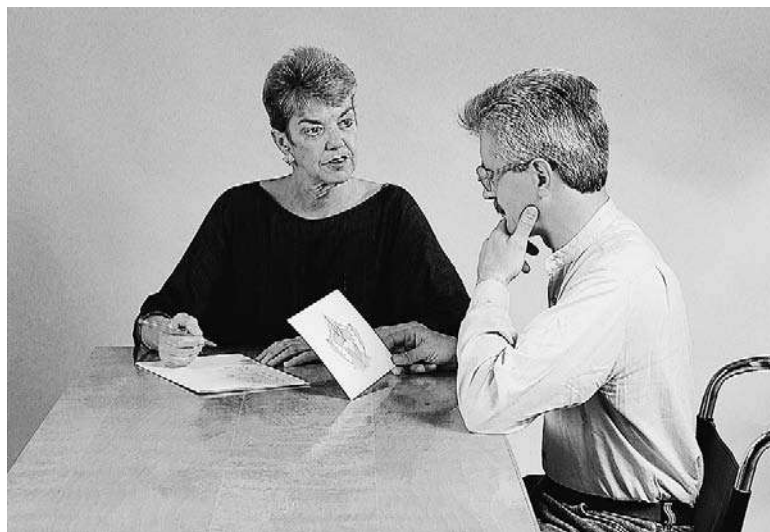
La **escala visual análoga (VAS)** se utiliza en ambientes clínicos y de investigación para medir una variedad de fenómenos subjetivos, como el dolor, la ansiedad y el deseo de consumir productos como la nicotina de los cigarrillos. En un estudio determinado se pueden emplear una o varias VAS. Una VAS 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.

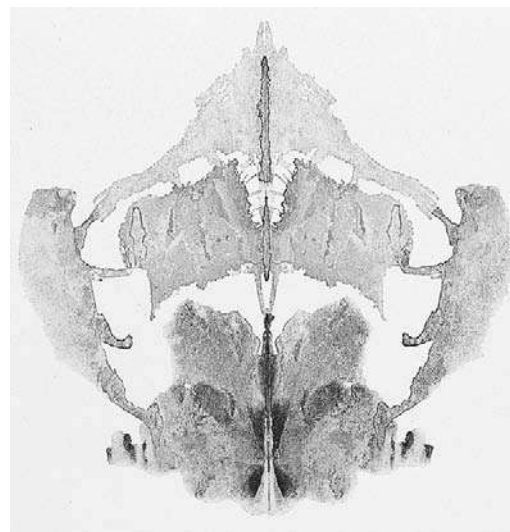
Técnicas proyectivas Algunos especialistas en evaluación creen que mientras más libertad tengan las personas para elegir sus

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)

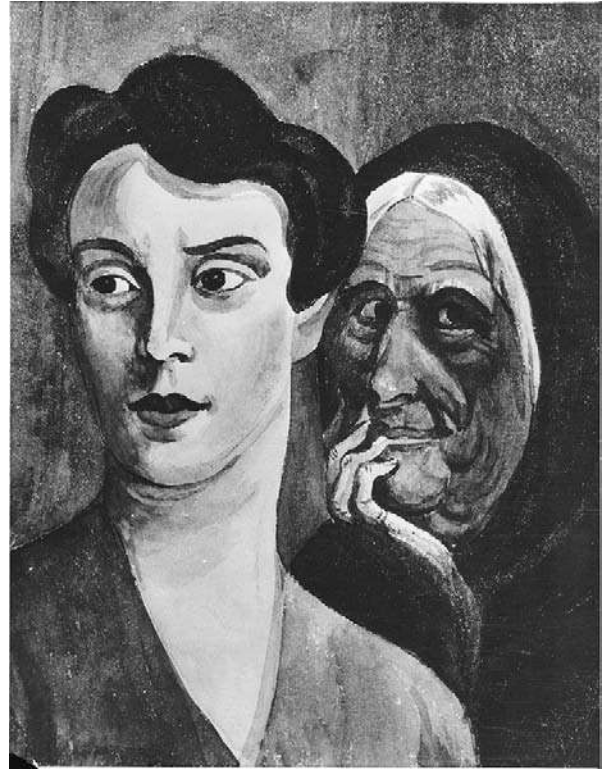


Figura 4-9 Las tarjetas de la Prueba de apercepción temática son más estructuradas que los estímulos de Rorschach, y aun así provocan variedad de respuestas. Esta tarjeta dio lugar a dos historias muy diferentes.

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

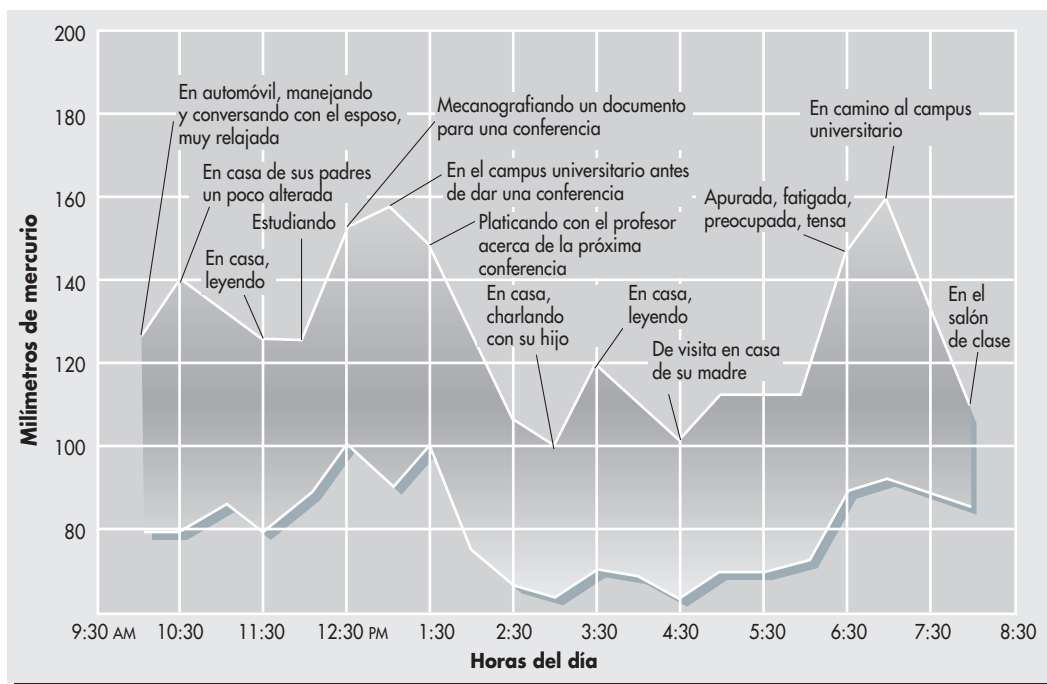


Figura 4-12 Se utilizó un monitor portátil de presión arterial para registrar los cambios en la presión sanguínea de una mujer de 45 años de edad durante un día. En la gráfica se anotaron las descripciones de las actividades cotidianas del sujeto. La línea superior muestra la presión sanguínea sistólica 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

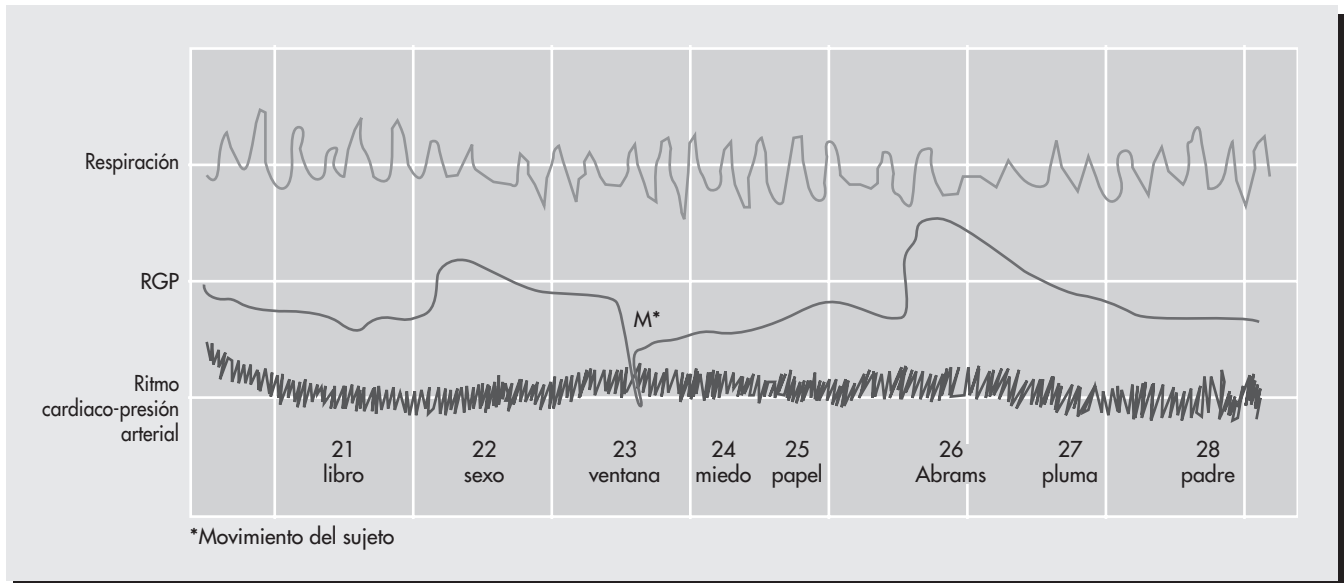


Figura 4-13 Trazos de un polígrafo de un paciente psiquiátrico. Las palabras de estímulo están numeradas.

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 Plensa (1940-) "Árbol de la vida" 1986, óleo sobre tela, 66 x 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 estrés 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.

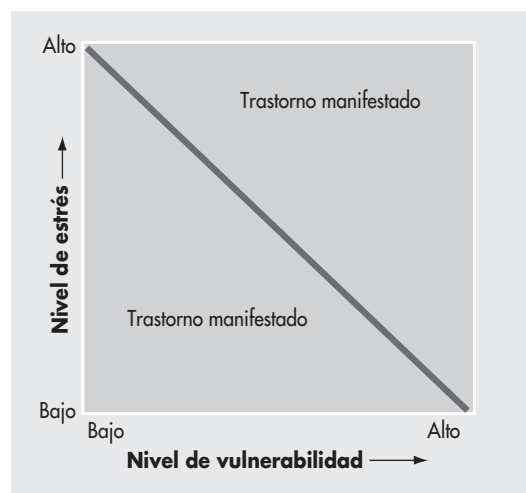


Figura 5-2 El estrés y la vulnerabilidad influyen en la ocurrencia o no de la conducta desadaptada. Cuando hay niveles altos de estrés y vulnerabilidad, es más probable que la conducta desadaptada se presente. Una persona altamente vulnerable, como alguien con esquizofrenia, puede mostrar deterioro significativo 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".

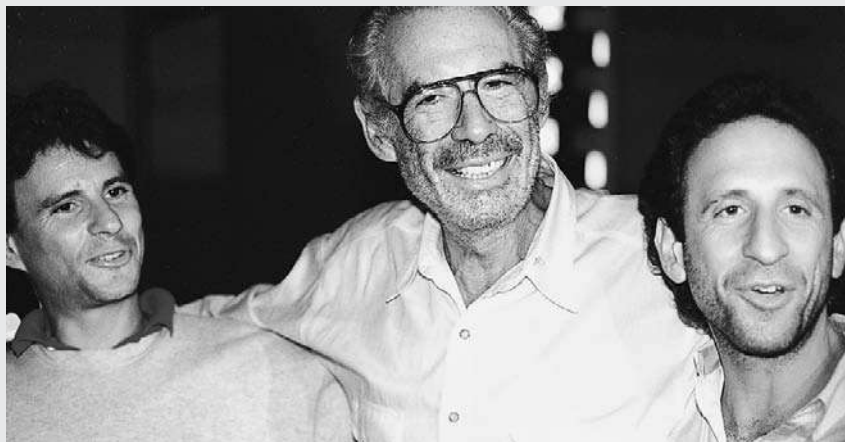


Figura 5-3 Harvey Weinstein, que fue secuestrado y encerrado en un foso bajo tierra, abraza a sus hijos Mark y Dan mientras habla con los reporteros sobre su dura experiencia. Sus pensamientos sobre su familia lo ayudaron a soportar el cautiverio.

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 tejiendo 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 recluido 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.

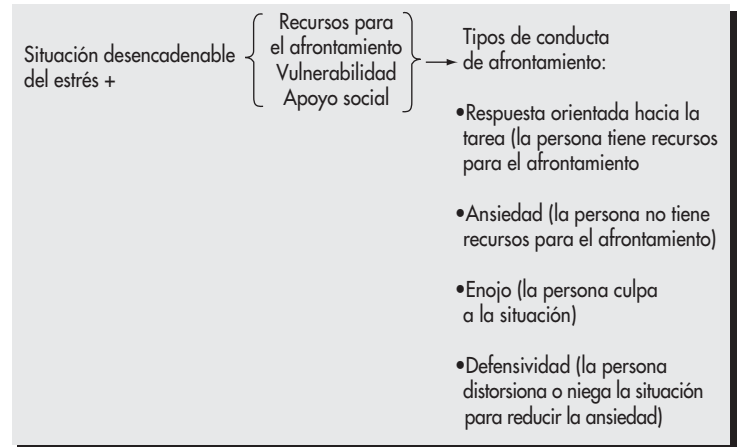
Situaciones estresantes y transiciones en la vida

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

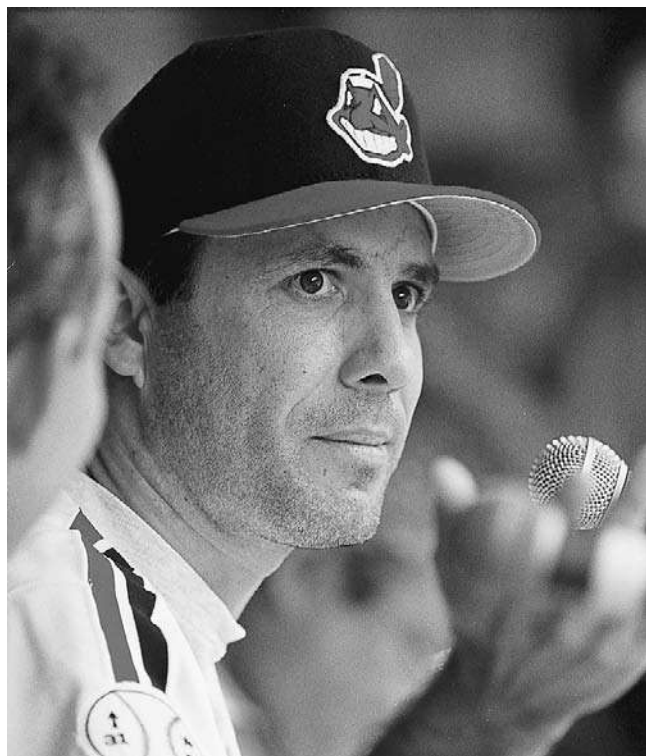


Figura 5-7 Mientras Bob Ojeda era el lanzador de los Indios de Cleveland, fue lesionado en un accidente en bote que causó la muerte de dos de sus compañeros. Ojeda se recuperó de sus lesiones físicas, pero el efecto psicológico de la muerte de sus compañeros persistía. Por un tiempo, quiso escapar del 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. (Bohmfolk, 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.

Resumen 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

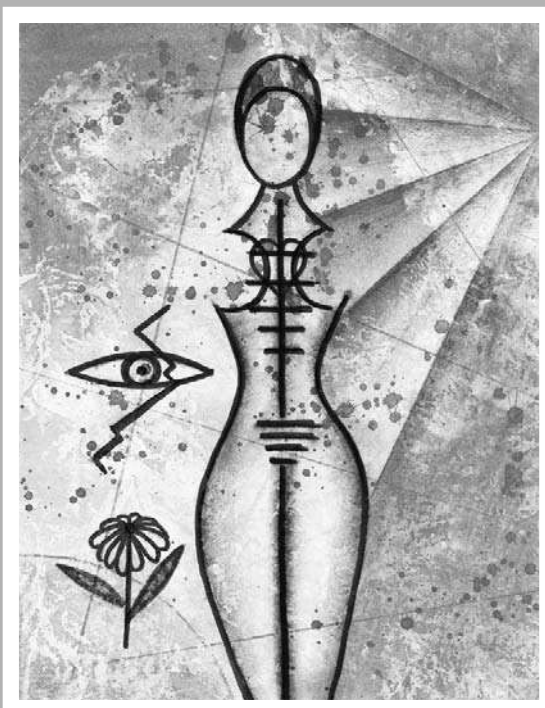
Un buen libro

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 psicosomática**. 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 propclives 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

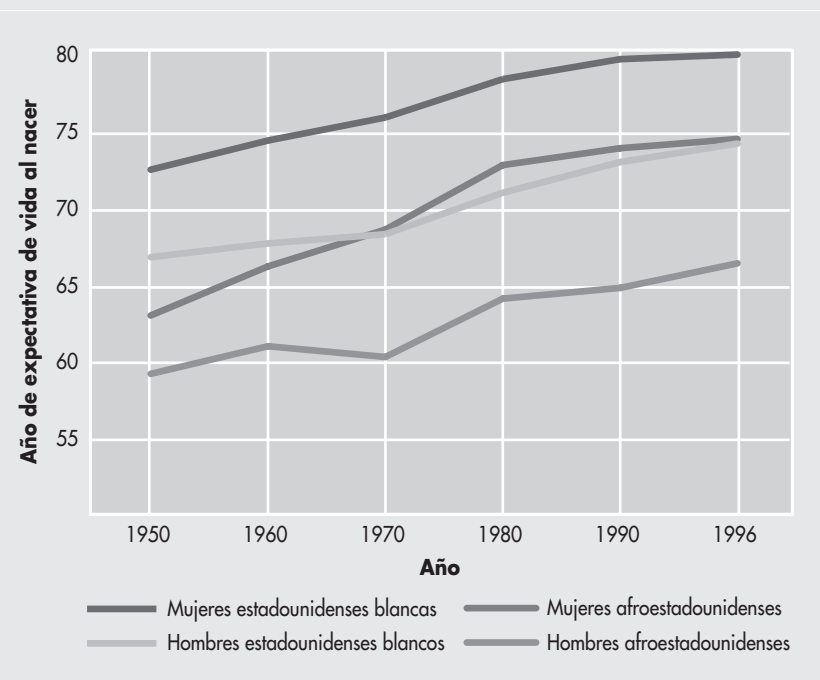


Figura 6-4 Diferencias entre las expectativas de vida en el momento del nacimiento de hombres y mujeres de razas blanca y negra en Estados Unidos.

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 de 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 pueden 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 predisuestas 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

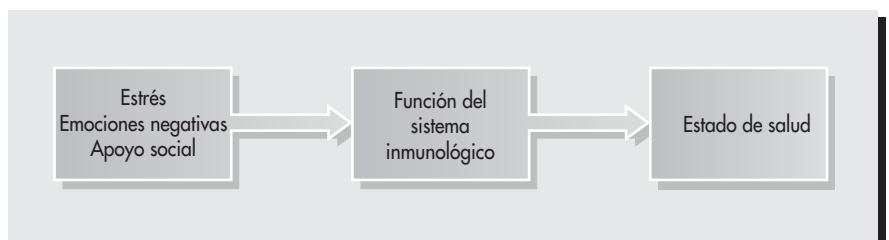
peligro (como vivir cerca de un reactor nuclear dañado), y el desempleo tienen efectos negativos sobre el sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser y cols., 2002). En general, experimentar emociones negativas (tales como la ansiedad, la depresión y la ira) contribuye a una desregulación inmunológica, aun 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 *ippecacuanha*— 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 nega-

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

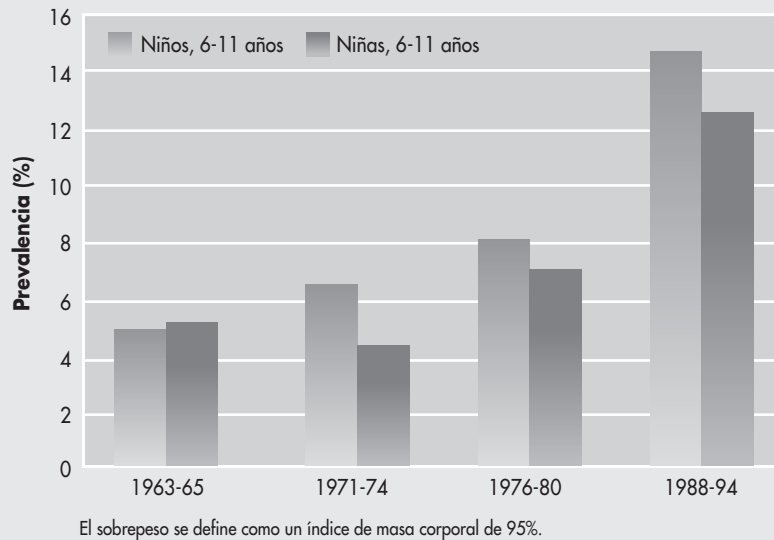


Figura 6-9 Los porcentajes de niños con obesidad en Estados Unidos se han incrementado desde los años sesenta. En los años noventa, el triple de niños presentó obesidad de acuerdo con los estándares establecidos a mediados de los sesenta.

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 atracón: 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 atracón 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 acompañando 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

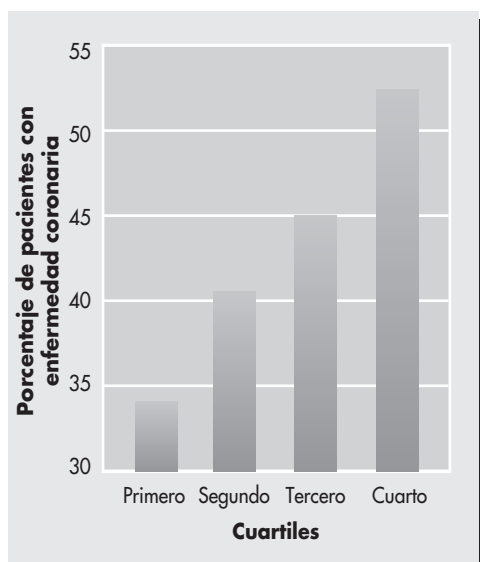


Figura 6-14 Los porcentajes de pacientes con enfermedad coronaria, como una función de la calificación de la hostilidad del cónyuge percibida por su pareja. El primer cuartil incluye las calificaciones más bajas de hostilidad y el cuarto las más altas.

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-

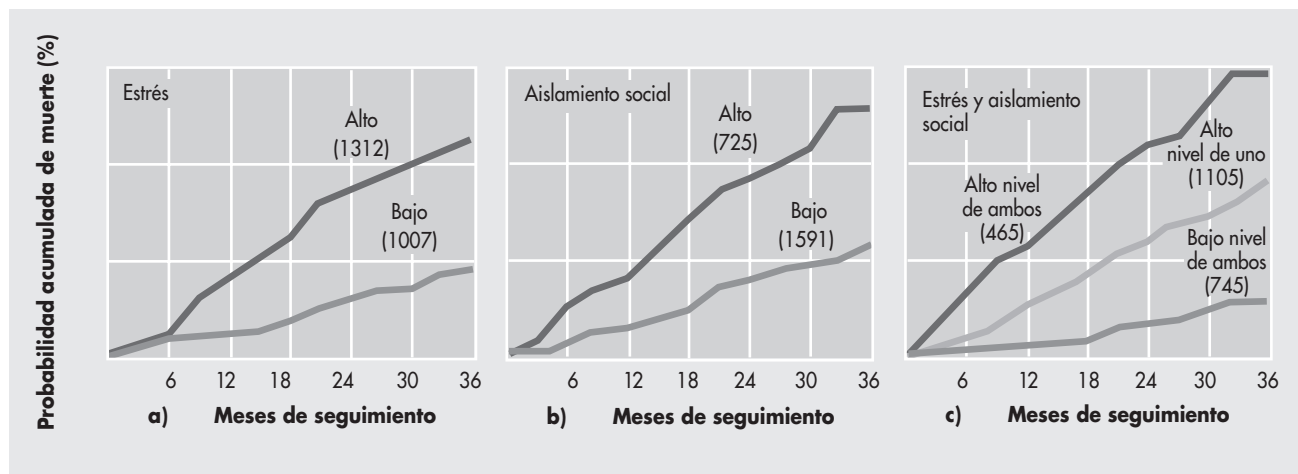


Figura 6-15 La probabilidad acumulada de muerte en condiciones de estrés, aislamiento social o ambos en función de los meses en que se dio seguimiento a los sujetos después de un infarto al miocardio.

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-

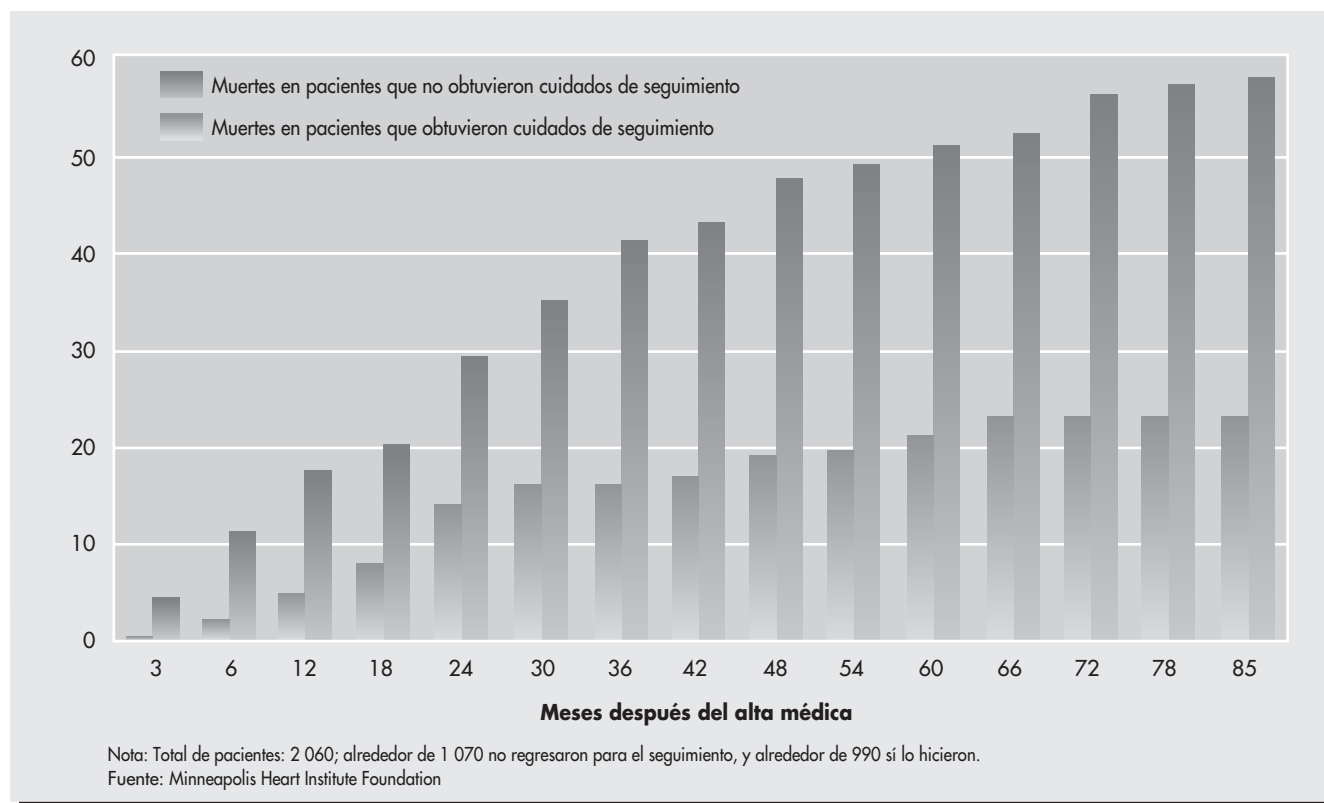


Figura 6-16 Número acumulado de muertes posterior al alta médica del hospital después del ataque cardíaco de pacientes que recibieron cuidados de seguimiento y los que no lo recibieron.

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 psicossociales 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 los dije 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 las 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).

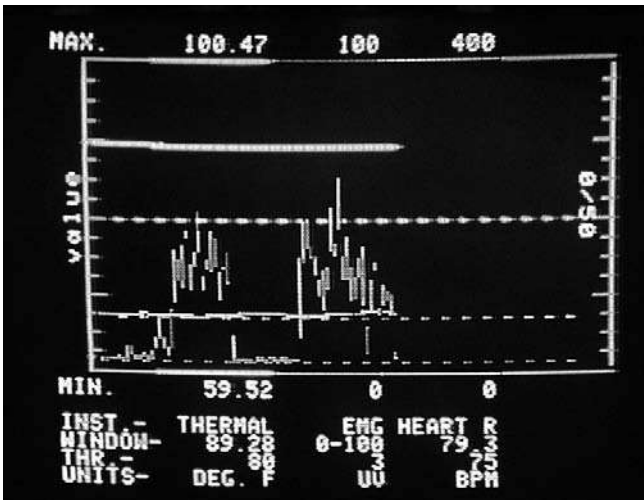
La **biorretroalimentación** proporciona una manera de prolongar los procedimientos de autocontrol para tratar con una variedad de conductas psicológicas que antes se pensaban respuestas involuntarias, como el ritmo cardíaco, la presión arterial y las ondas cerebrales. Dichas conductas se pensaba escapaban 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.

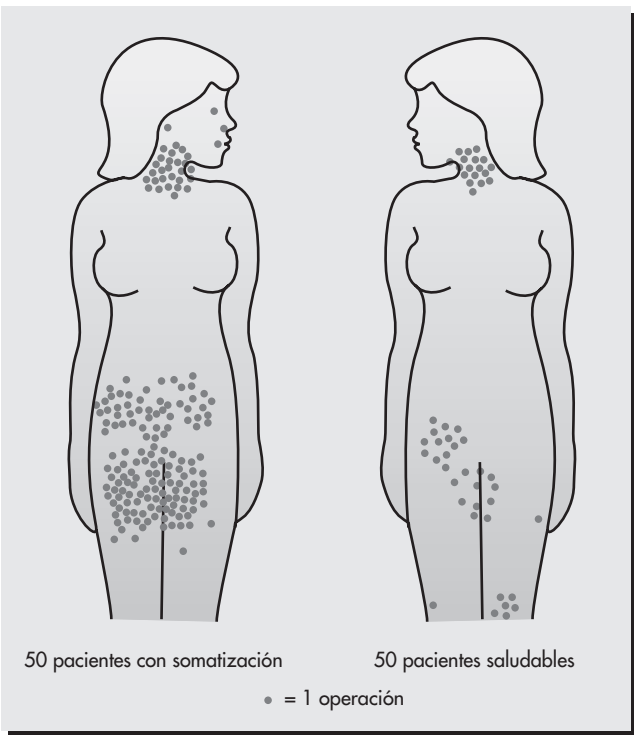


Figura 7-5 Las dolencias de los pacientes con somatización pueden conducirlos a cirugías innecesarias. Estas dos figuras comparan el número y localización de procedimientos quirúrgicos mayores en 50 pacientes con somatización y 50 pacientes con buena salud. Se removió tres veces más tejido de los pacientes con somatización que en estos últimos.

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 **fingimiento**. 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 fingimiento 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 fingimiento 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 fingimiento 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 y 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-

cias 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.

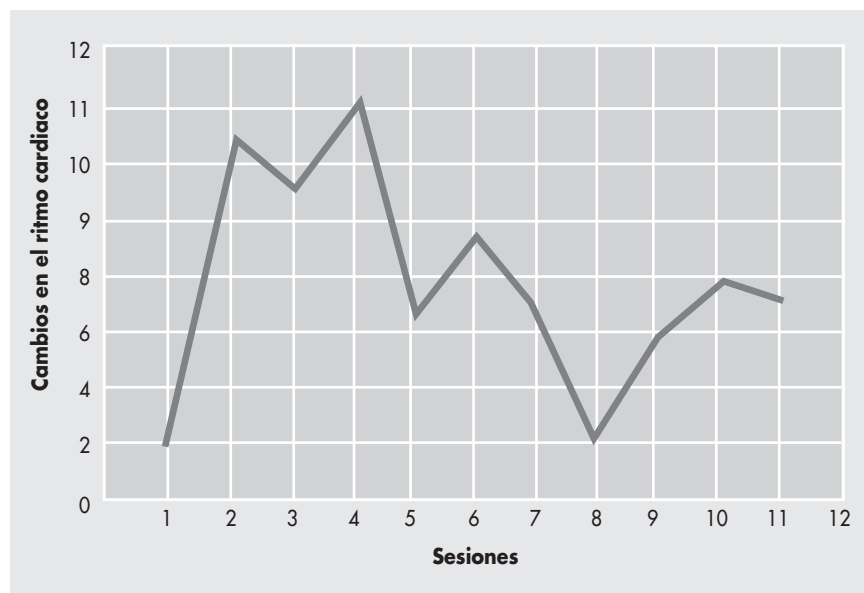


Figura 8-6 Reducción del ritmo cardíaco al paso de las sesiones en que el paciente describió escenas imaginadas en las que ser afroestadounidense era la característica principal. La reactividad fisiológica de este paciente mostró una gran variación, pero la gráfica refleja una tendencia general al descenso 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

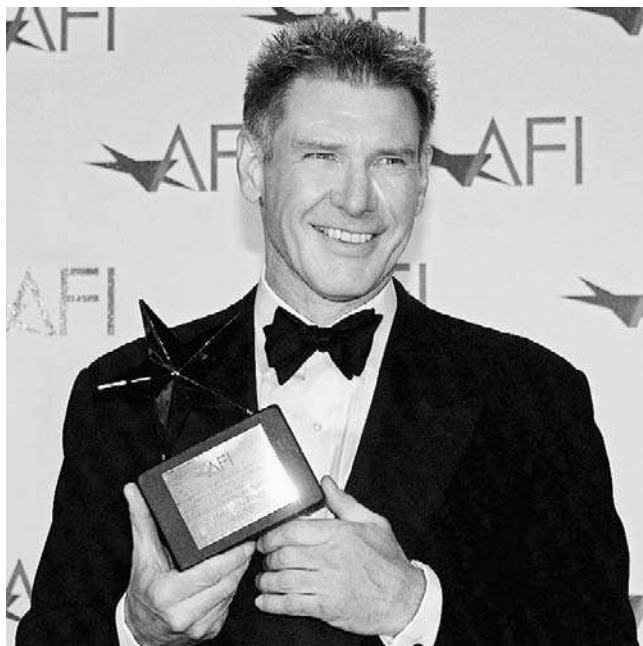


Figura 8-7 El actor Harrison Ford con frecuencia ha interpretado a personajes intrépidos y seguros de sí mismos en sus películas. A pesar de ello, tiene terror de hablar en público. Cuando el American Film Institute le entregó un premio por su trabajo de toda la vida, no pudo expresar su agradecimiento 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 ser considerada 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 paranoides 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 paranoides 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.

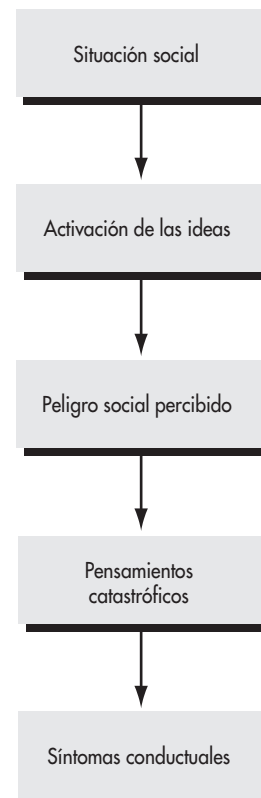


Figura 8-9 Interpretación cognitiva de la fobia social.

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 antidepressivas. 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.

Atracción hacia varias prácticas sexuales: porcentajes por encuestados								
	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

Cuando 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.

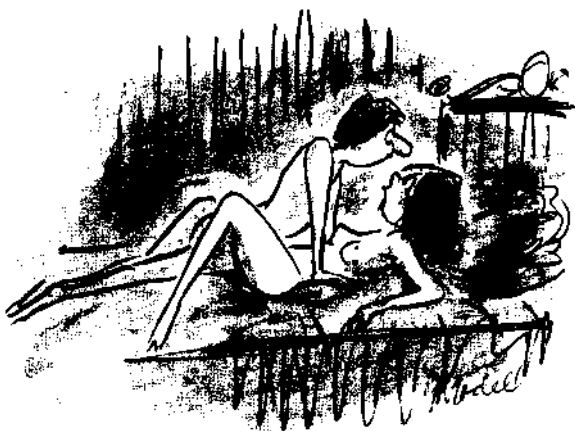
Existen muchos tipos de disfunción sexual que pueden ocurrir durante el ciclo de respuesta sexual. Es importante recordar que varios tipos de condiciones médicas y sustancias pueden ser factores importantes en ella. Enfermedades neurológicas, endocrinas, condiciones cardiovasculares, medicamentos antihipertensivos, 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 sabotaba 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,

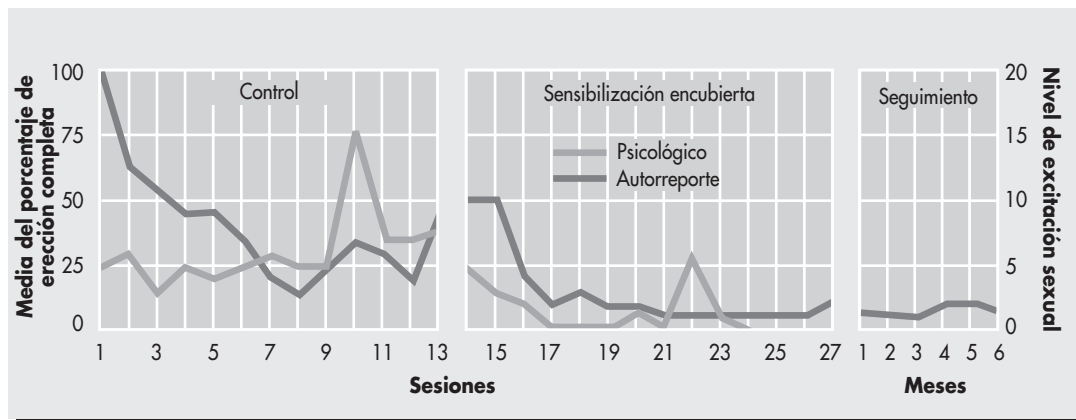


Figura 9-9 Media de los porcentajes de erección completa y nivel de excitación sexual (basados en medidas reales y autorreportes) de un hombre travestista durante los periodos de control, tratamiento (sensibilización encubierta) y periodos de seguimiento.

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, golpeando 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	

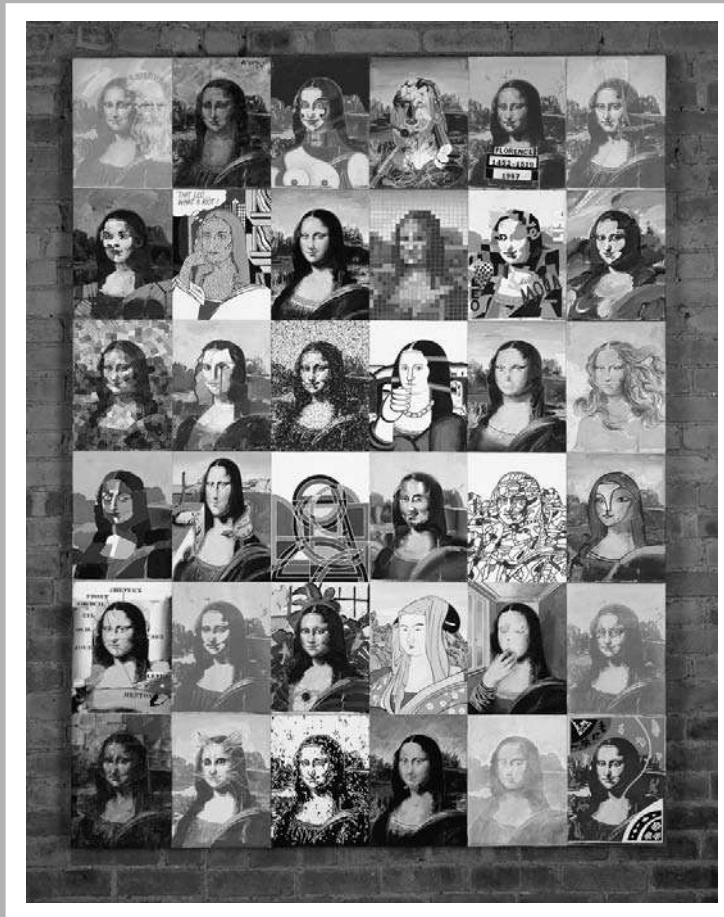
Un buen libro

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, recámara 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 Holgdbn 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.

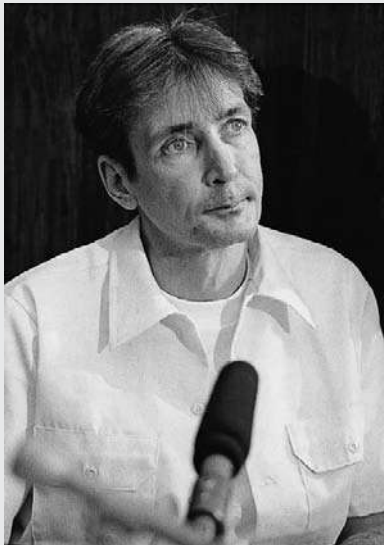


Figura 10-6 Gary Gilmore en 1977.

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 reuente 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 basquetbol

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-

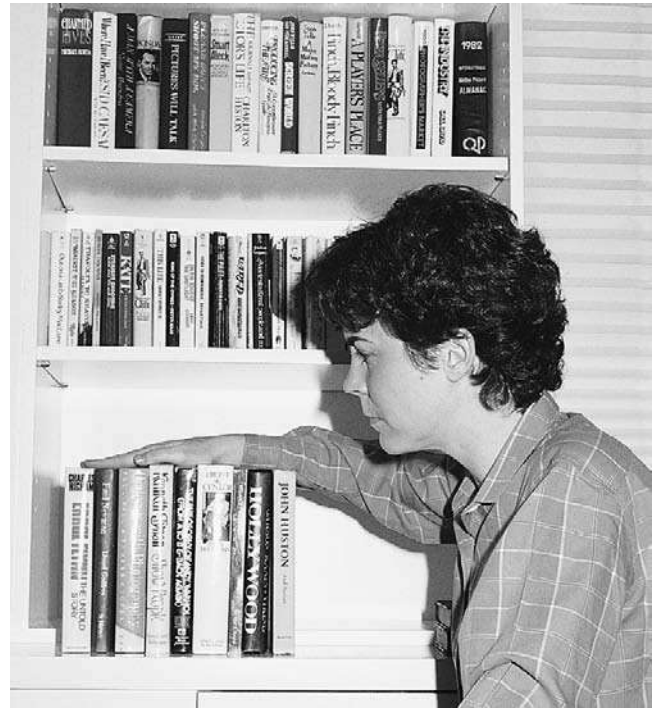


Figura 10-7 Las rutinas de las tareas del hogar u otros rituales de limpieza o acomodo ocupan una gran cantidad del tiempo de algunas personas obsesivo-compulsivas. Este librero es una fuente de inquietud y frustración para su dueña por su preocupación sobre la forma de acomodar los libros. Si están 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 **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