

# Trastornos del estado de ánimo y suicidio



Getty Images Inc.—Illustration Works, Inc.

## Estado de ánimo depresivo

### Trastornos del estado de ánimo

#### Depresión

Factores de vulnerabilidad de la depresión

#### Trastornos depresivos

Trastorno distímico  
Trastorno depresivo mayor

#### Causas y tratamiento de la depresión

Factores biológicos de la depresión  
Tratamientos biológicos  
Tratamiento psicológico  
La perspectiva humanista-existencial  
Perspectiva conductual  
Tratamiento conductual de la depresión  
Perspectiva cognitiva  
Terapia cognitivo-conductual  
Perspectiva de la vulnerabilidad y la resiliencia  
Tratamiento combinado de la depresión

## Trastornos bipolares

Trastorno bipolar I  
Trastorno bipolar II  
Trastorno ciclotímico

#### Causas y tratamiento del trastorno bipolar

Factores genéticos  
Tratamiento con bases biológicas del trastorno bipolar  
Factores psicosociales y episodios bipolares  
Enfoques psicológicos de pacientes bipolares y sus familias

#### Suicidio

Enfermedad mental y suicidio  
Factores de riesgo para el suicidio  
Eventos de vida y suicidio  
Suicidio por contagio

#### Prevención del suicidio

#### El mensaje con el que nos quedamos

#### Resumen del capítulo

## DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Tristeza, melancolía, euforia y un gasto excesivo de energía son los temas de este capítulo. Los síntomas que caracterizan los trastornos del estado de ánimo son comunes y caen dentro de dos amplios grupos: depresión y manía. La tristeza y la melancolía son características de la depresión; la euforia y el gasto excesivo de energía son característicos de la manía. Los periodos de manía se alternan con periodos de depresión en condiciones que se conocen como trastornos bipolares. El capítulo describe los trastornos del estado de ánimo, las teorías sobre ellos y la investigación que responde preguntas importantes pero que también plantea nuevas preguntas. En síntesis, se enfoca en los avances recientes en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

Tara Dawson, una estudiante de cuarto semestre de 20 años de edad, sentía lo que caracterizaba como “estados de ánimo bajos”, que se le presentaron en varias ocasiones en los últimos dos años. Cuando fue al centro médico de la universidad dijo que tenía poca energía, un apetito alterado y sentirse irritable. Debido a que éstos son síntomas de la depresión, el psiquiatra le prescribió antidepresivos. Después de tres semanas sus “estados de ánimo bajos” desaparecieron y fueron reemplazados por la sensación de tener bastante energía. Por ejemplo, se levantó a media noche “a hacer cosas” y su productividad aumentó. Sin embargo, su irritabilidad continuó y con frecuencia discutía con sus amigos, otros alumnos y con sus profesores. También empezó a gastar dinero de manera impulsiva, lo que era inusual en ella. Cuando regresó al centro médico parecía distraerse con facilidad y hablaba bastante rápido. Cuando se evaluó su historial se descubrió que, al principio de la secundaria, había experimentado rápidos cambios de estado de ánimo con periodos de “extrema tristeza” alternada con otros de hasta una semana en la que estaba llena de energía, se distraía con facilidad, dormía sólo de tres a cuatro horas en la noche, y hablaba mucho (se describía así misma sintiéndose “elevada”). También reveló que la hermana de su madre había sido diagnosticada con trastorno bipolar (por lo general se les refiere como maniaco-depresivos) y su madre en ocasiones tuvo problemas similares pero nunca buscó tratamiento. Esta nueva información obligó al

psiquiatra a cambiar el diagnóstico de depresión a trastorno bipolar y a prescribirle litio, que con frecuencia es útil en casos como el de Tara. Además, dedicó una sesión a explicarle la naturaleza de los trastornos bipolares y de los cambios de estado de ánimo asociados con éstos. El litio ayudó a Tara, pero regresó al centro médico por seis sesiones debido a que sus preocupaciones sobre cómo vivir el resto de su vida con su vulnerabilidad que le podía provocar amplios cambios de estado de ánimo. Salió de estas sesiones consciente de que podría tener una condición de por vida, pero que podría afrontarla.

El caso de Tara Dawson muestra varios puntos sobre los trastornos del estado de ánimo. Uno es la importancia de obtener un historial detallado del caso. Cuando fue por primera vez al centro médico, describió su estado de ánimo depresivo, pero no mencionó el hecho de que se alternaba con sentimientos de estar “elevada”. El tratamiento eficaz depende de la información completa en relación con la condición que el paciente presenta al clínico. Cuando fue al centro médico, estaba comprensiblemente preocupada sobre su estado de ánimo en ese momento (se sentía “deprimida”). Sin embargo, su depresión fue sólo parte de la historia. ¿Por qué Tara mejoró cuando tomó el antidepresivo? La mejoría pudo haber coincidido con el inicio de un periodo de “elevación”. Nunca lo sabremos. Pero el hecho de que mejoró con el litio y que su mejoría continuó mientras tomaba su medicina sugiere que sus síntomas eran el resultado de un trastorno bipolar. Cabe mencionar que Tara buscó asesoría después de que fue diagnosticada de manera correcta. Debido a que los trastornos bipolares son una condición de toda la vida, fue inteligente aprender todo lo que pudiera sobre cómo vivir con su condición. En este capítulo se exploran los diferentes tipos de trastornos del estado de ánimo, su diagnóstico, tratamiento e investigación relacionados con el mejor entendimiento sobre los mismos.

## Estado de ánimo depresivo

Aunque la depresión juega un papel importante en la mayoría de los trastornos del estado de ánimo, la palabra *depresión* es parte de nuestro vocabulario diario. Es importante darse cuenta de que sentirse deprimido no es lo mismo que tener un trastorno depresivo. Técnicamente, cuando las personas dicen que se sienten deprimidos, “con baja energía” o “abatido”, están experimentando un estado de ánimo depresivo. A menudo, estos sentimientos están basados en una situación temporal y desaparecen rápidamente cuando las circunstancias cambian. Por ejemplo, algunas personas pueden sentirse deprimidas en las fiestas y cuando creen que otros están gozando la compañía cercana y agradable. Estos sentimientos, aunque son desagradables, son bastante diferentes de sentirse bajo la nube negra que acompaña a un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor.

TABLA 11-1

| Porcentaje de la población que reportó tristeza, desesperanza o infravaloración |                                     |              |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
|                                                                                 | Siempre o la mayor parte del tiempo | En ocasiones |
| Tristeza                                                                        | 3.5%                                | 8.5%         |
| Desesperanza                                                                    | 2.2%                                | 4.0%         |
| Infravaloración                                                                 | 2.0%                                | 3.3%         |

FUENTE: *Vital and Health Statistics*, 2002

De vez en cuando se realizan encuestas para evaluar el estado emocional de diversos segmentos de la población. La tabla 11-1 muestra los porcentajes de la población de Estados Unidos que reportan tres componentes de la depresión: tristeza, desesperanza e infravaloración. Las mujeres reportaron con mayor frecuencia que los hombres la presencia de estos tres componentes, mientras que tanto los afroestadounidenses como los hispano-estadounidenses los reportaron con más frecuencia que los estadounidenses blancos. Entre mayor sea el nivel de educación e ingresos económicos del entrevistado, estos sentimientos se reportaron con menor frecuencia.

Varios tipos de experiencias pueden llevar a un estado de ánimo depresivo temporal. Las personas también utilizan el término depresión para describir la tristeza que proviene de la muerte de alguien en la familia. Después de la muerte de alguien que es importante para las personas, la mayoría de los sobrevivientes experimentan un estado de ánimo depresivo que por lo general se conoce como *duelo*. Los rasgos comunes del duelo incluyen molestias físicas como suspirar, sequedad de garganta, sensación de vacío en el abdomen y debilidad muscular. Además, pueden existir imágenes de la persona muerta, junto con culpa y reacciones hostiles. Estos sentimientos de duelo son completamente normales y no están clasificados como trastornos depresivos.

Es probable que el rompimiento de una relación amorosa, el divorcio o la separación produzcan estos mismos sentimientos, que pueden ocurrir sin importar quién tomó la decisión de terminar la relación. Tales sentimientos a menudo representan una respuesta a corto plazo al estrés. Otros tipos de eventos (perder un trabajo, no ser aceptado para un programa de posgrado o perder todo en un incendio) también pueden causar un estado de ánimo depresivo. Si tales sentimientos de pérdida no son causa del luto y no son lo suficientemente severos para denominarse trastornos del estado de ánimo, se clasifican como **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** (los trastornos adaptativos se estudian en el capítulo 5).

## Trastornos del estado de ánimo

*Jamás he leído en ningún párrafo de algún libro de texto acerca del tema de la depresión. Jamás he visto un enunciado escrito por un paciente recuperado en la tranquilidad posterior. No necesito aprender sobre la depresión de las páginas de un libro. Yo he tenido la mía propia.*

*El tormento solitario de una mente deprimida evade cualquier intento de hacerla comprensible a aquellos que no la han experimentado. Y aun para aquellos que la hemos sufrido, esos meses o años desolados, sin importar las similitudes generalizadas de la depresión, cada uno de no-*

*sotros ha sufrido de manera única y sola. Ni la descripción intensa ni la empatía de los demás pueden traspasar la oscuridad de una larga noche.*

*Y con todo eso, después de que se quita la depresión, sólo puede ser recordada pero no recuperada, ¡gracias a Dios que no puede recuperarse! Así como el dolor físico pierde su intensa realidad cuando se alivia, la angustia de una profunda melancolía evade incluso los intentos más determinados de aclarar la percepción cuando su horrible abrazo se ha relajado (Nuland, 2003, p. 3).*

Sherwin Nuland, un distinguido cirujano y autor, no experimentó depresión como parte de un trastorno adaptativo. Tuvo una verdadera depresión que requirió hospitalización. Una serie de tratamientos con terapia electroconvulsiva y psicoterapia contribuyó para lograr su recuperación duradera. La pesadilla de Nuland expresa la terrible experiencia de muchas personas con trastornos del estado de ánimo.

El DSM-IV-TR divide los trastornos del estado de ánimo en tres tipos generales, los cuales están enumerados en la tabla 11-2. Los dos tipos más importantes del trastorno del estado de ánimo son los *trastornos depresivos* y los *trastornos bipolares*. Ambos estados, que reflejan una alteración del estado de ánimo o reacción emocional que no se debe a ningún trastorno físico o mental, serán el enfoque principal de este capítulo. El tercer tipo de trastornos del estado de ánimo, un pequeño porcentaje del total, son los causados ya sea por enfermedad médica, medicamentos prescritos o abuso de diversas drogas ilegales u otras sustancias químicas. Los trastornos del estado de ánimo relacionados con la medicina pueden coexistir con condiciones médicas generales como cáncer, diabetes o un ataque cardíaco reciente. Algunos de estos trastornos se analizan en el capítulo 6; los trastornos del estado de ánimo asociados con medicamentos, drogas ilegales y otros agentes químicos se analizarán en el capítulo 14.

¿Con cuánta frecuencia ocurren en la población general dos tipos importantes de trastornos que se presentan en la tabla 11-2 (trastornos depresivos y bipolares)? Alrededor de 10% de los adultos de Estados Unidos han experimentado uno de estos tipos de trastorno de estado de ánimo (Thase y Kupfer, 1996), pero la mayoría de estas personas no recibieron tratamiento. Esta gran cantidad de personas sin tratamiento representa un serio problema social debido a que los trastornos del estado de ánimo no tratados tienen un importante efecto, tanto en la calidad de vida de los afectados como en su productividad económica. Por ejemplo, un trastorno depresivo mayor es la segunda causa importante de discapacidad que afecta la calidad de vida y la productividad en todo el mundo. La única causa más frecuente de discapacidad es un ataque cardíaco. Además, el suicidio es la causa principal de muerte en muchos grupos de diferente edad que está estrechamente ligado con los trastornos del estado de ánimo. La depresión parece estar relacionada hasta con una tercera parte de todos los suicidios (Angst y cols., 1999).

En resumen, el tratamiento para los trastornos del estado de ánimo no sólo disminuye la miseria humana sino que aumenta la productividad económica y disminuye el uso general de los centros de asistencia médica. Bajo estas circunstancias, ¿por qué por lo general no se tratan los trastornos del estado de ánimo? Se han identificado varias razones: 1) sentimientos personales de ser socialmente estigmatizados por el tratamiento (ver el cuadro 11-1); 2) fallas de los proveedores de asistencia médica para reconocer el

TABLA 11-2

| Tipos de trastorno del estado de ánimo                        |                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Trastorno depresivo</b>                                    |                                                                                                                                             |
| ➤ Trastorno distímico                                         | Antecedentes de estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo                                                                         |
| ➤ Trastorno depresivo mayor                                   | Uno o más episodios depresivos mayores                                                                                                      |
| <b>Trastorno bipolar</b>                                      |                                                                                                                                             |
| ➤ Trastorno bipolar I                                         | Uno o más episodios maniacomaniacos y por lo general uno o más episodios depresivos mayores                                                 |
| ➤ Trastorno bipolar II                                        | Por lo menos un episodio hipomaniaco y uno o más episodios depresivos mayores, pero ningún episodio maniaco ni de ciclotimia                |
| ➤ Trastorno ciclotímico                                       | Numerosos episodios hipomaniaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen con el criterio para un episodio depresivo mayor |
| <b>Otros trastornos de estado de ánimo</b>                    |                                                                                                                                             |
| ➤ Trastorno de estado de ánimo debido a una enfermedad médica |                                                                                                                                             |
| ➤ Trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias        |                                                                                                                                             |

trastorno (esto es especialmente verdadero en la depresión, la cual puede producir una variedad de síntomas corporales); y 3) la falta de conciencia de la eficacia potencial del tratamiento y sus beneficios para la persona. Se estima que entre 5 y 10% de los adultos que visitan a su médico familiar están deprimidos, pero sólo la mitad de esos casos son detectados (United States Preventive Services Task Force, 2002). Un reciente equipo operativo patrocinado por el gobierno encontró que examen es sorprendentemente fácil, el médico puede identificar la posibilidad de que exista una depresión simplemente formulando al paciente las siguientes dos preguntas:

1. En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido deprimido o deseperado?
2. En las últimas dos semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer algo?

El equipo operativo encontró, después de mayor investigación, que entre 25 y 40% de los pacientes que dan respuestas afirmativas pueden tener una depresión mayor tratable. Otros pueden padecer formas más leves de depresión, trastornos de ansiedad o problemas con alcohol o drogas. Un examen tan sencillo puede tener implicaciones de salud pública importantes.

Por lo general, los trastornos del estado de ánimo coexisten (comorbilidad) con otros tipos de trastornos. Por ejemplo, la mitad de las personas diagnosticadas con un trastorno depresivo mayor también tienen un trastorno de ansiedad (Goodwin, 2002). Los trastornos relacionados con sustancias también son comunes entre las personas con trastornos del estado de ánimo (Merikangas y cols., 1998). Esta situación es particularmente preocupante debido a que el abuso de sustancias parece empeorar los trastornos del estado de ánimo. Los trastornos de la personalidad también pueden coexistir con los trastornos del estado de ánimo.

La mejor forma de obtener información sobre el número de personas que han sido afectadas por el trastorno del estado de ánimo en

el pasado o en la actualidad es realizar un estudio epidemiológico. La mayoría de este tipo de estudios utiliza una muestra grande, representativa de la población, seleccionada de manera científica. Se contacta y entrevista a las personas seleccionadas usando una forma de encuesta estándar. El enfoque epidemiológico permite identificar a las personas que han estado en contacto con el sistema de asistencia médica, como de las que actualmente tienen o han tenido en el pasado un trastorno, pero que nunca han buscado tratamiento. Con base en este enfoque los investigadores concluyeron que, en Estados Unidos, el porcentaje reportado de trastornos del estado de ánimo por lo general es similar en los casos de estadounidenses blancos, hispano-estadounidenses y afroestadounidenses (Regier y cols., 1993). Sin embargo, existe una pronunciada diferencia de género en los trastornos del estado de ánimo: afectan dos veces más a mujeres que a hombres. El porcentaje más alto de cuadros *depresivos* entre las mujeres explica por completo esta diferencia de género entre los trastornos del estado de ánimo. Hombres y mujeres no difieren en forma sustancial en sus porcentajes de *trastorno bipolar*.

## Depresión

El término *depresión* cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos. El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz. En esta sección se analizarán varios tipos de depresión, estado de ánimo temporalmente depresivo, estado de ánimo descendente duradero o negativo que puede interferir sólo un poco con la conducta normal, y estado de ánimo gravemente depresivo acompañado de una marcada incapacidad para funcionar en forma eficaz, que por lo general es temporal.





## RELATOS PERSONALES

CUADRO 11-1

## El estigma de la enfermedad mental

*“Ingresé en el hospital alrededor del 1 de junio. Un demonio secreto [...] mío desde el segundo año en Chapel Hill, es la depresión crónica. Me ha perseguido físicamente y mi vergüenza por el estigma de la enfermedad mental impidió que buscara un tratamiento adecuado. Estoy muy avergonzado por este defecto, pero no puedo seguir ocultándolo” (Mollenkamp, 2002, p. A1).*

Estos párrafos es lo que Larry Gellerstedt III le envió a un amigo cercano. Gellerstedt, uno de los hombres de negocios más influyentes y respetados de Atlanta, dirigió al equipo que construyó el estadio para las Olimpiadas de 1996, salvó al Museo de Historia Natural de la ciudad de la bancarota y fue miembro de muchas juntas directivas corporativas y sin fines de lucro. A lo largo de su vida, Gellerstedt había experimentado síntomas de estrés y depresión (dolores de cabeza, sentimientos de tensión y tristeza) que ignoró en gran parte. Cuando se suicidó su mejor amigo, sufrió una profunda depresión y dejó Atlanta en secreto para tratarse en la Menninger Clinic, de Topeka, Kansas. Durante su estancia en Menninger, escribió lo siguiente al mismo amigo al que envió los comentarios de arriba:

*“Esta vez casi muero. No he dormido por más de tres horas en cuatro meses, he estado sufriendo de migrañas severas todos los días y úlceras estomacales. Mentalmente estaba tan deprimido que quería morir. Gracias a Dios por C.G. (Carol Gellerstedt).*



**Figura 11-1** Así como Larry Gellerstedt, tanto Mike Wallace, reportero de la televisión, como Tipper Gore, consejera sobre salud mental del presidente Clinton, comunicaron al público sus batallas con la depresión.

FUENTE: Kevin Lamarque/Reuters America LLC.

*“Espero poder regresar a Atlanta a finales de agosto. En el mejor de los casos, todavía tendré dos o tres meses de terapia antes de considerar mi regreso al trabajo” (ibíd., p. A12).*

Cuando se presentaron nuevamente los síntomas del estado de ánimo depresivo (junto con pensamientos suicidas) a su regreso a Atlanta, fue necesaria otra estancia en la Menninger Clinic. Los medicamentos y la psicoterapia le ayudaron a recuperarse y regresar nuevamente a su ciudad y a su trabajo. Aunque todavía no se había librado

completamente de los periodos de depresión, funcionaba bien y había superado los sentimientos de estigmatización que le causaba su estado deprimido. Comenzó a hablar públicamente sobre la necesidad de que las personas con problemas psicológicos luchan contra cualquier sentimiento de vergüenza que pudieran tener, y la importancia de buscar tratamiento. Encontró que “hablar en público” sobre su enfermedad y proporcionar información a otros lo hacía sentir bien y le proporcionaba una sensación de logro (Mollenkamp, 2002) (ver la figura 11-1).

Es probable que los síntomas de depresión también se presenten en los trastornos bipolares. Por esta razón, el término *trastorno unipolar* se utiliza con frecuencia cuando se habla de los distintos tipos de trastornos depresivos, para distinguir entre las personas que han experimentado uno o más episodios depresivos pero ningún episodio maniaco o hipomaniaco y aquellas que tienen antecedentes que incluyen por lo menos un episodio de manía o hipomanía. A las personas que tienen uno o más de estos episodios, así como periodos de depresión, se les diagnostica un trastorno bipolar (tema que se analiza posteriormente en el capítulo).

Sin tratamiento, con frecuencia los trastornos depresivos tienen malos resultados a largo plazo. En un estudio que observó a un grupo de personas deprimidas durante 25 años, se encontró que 78% de sus integrantes habían mostrado dificultades propias de su condición y que, en promedio, habían tenido tres depresiones mayores durante ese lapso (Brodsky y cols., 2001). En otro estudio, 49.1% de adultos jóvenes que se recuperaron de una depresión mayor desarrollaron otra depresión grave durante los siguientes 18 meses (Hart y cols., 2001). Tener otro diagnóstico del DSM (como la ansiedad) sumado a la depresión y la incidencia de dificultades interpersonales, fueron buenos predictores de depresión recidivante.

## Factores de vulnerabilidad de la depresión

Como se ha mencionado a lo largo de este libro, la probabilidad de que una persona pueda desarrollar un trastorno en particular se relaciona con los factores de riesgo en el ambiente, la vulnerabilidad biológica de esa persona y la presencia o ausencia de factores que promuevan la resiliencia. Los factores de riesgo que afectan la depresión incluyen la herencia, la edad, el género, los eventos de vida negativos y la falta de apoyo social.

**Herencia** La herencia es un factor de riesgo importante en el caso de los trastornos del estado de ánimo. De forma muy evidente, los estudios de gemelos y de familias sugieren la presencia de este componente tanto en depresión mayor como en trastornos bipolares (Plomin y cols., 2003).

La importancia de la herencia en los trastornos del estado de ánimo se demuestra por la fuerte asociación entre la cercanía de la relación biológica (el porcentaje de genes compartidos entre dos personas) y la probabilidad de que si una de ellas tiene un trastorno del estado de ánimo, el familiar biológico también sea diagnos-

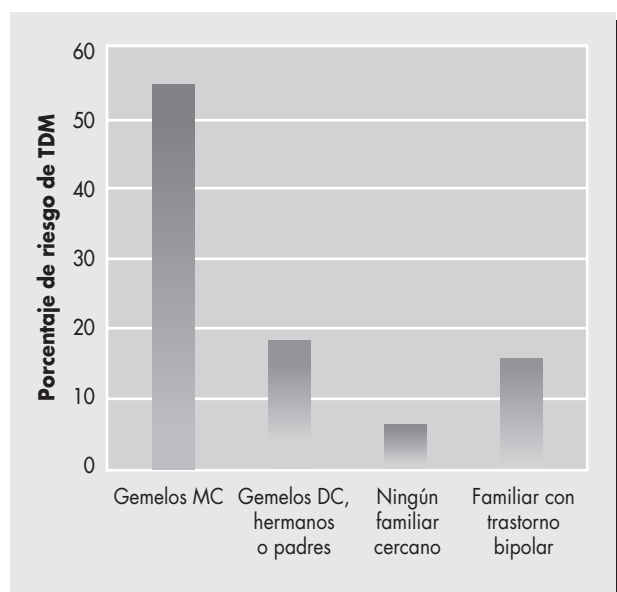


**Figura 11-2** El riesgo de herencia de desarrollar un trastorno depresivo mayor (TDM) varía, pues depende de la cercanía de la relación biológica con algún miembro de la familia afectado.

FUENTE: Datos de Gershon, Berrettini y Goldin (1989).

ticado con ese trastorno. Por ejemplo, existe un mayor riesgo de desarrollar una depresión mayor si el gemelo idéntico ha tenido este trastorno, más que si uno de los padres, hermano o hermana lo ha experimentado. La probabilidad de desarrollar el trastorno son aún menores si la persona no tiene familiares cercanos que hayan recibido este diagnóstico. La figura 11-2 muestra la forma en que la cercanía de la relación con una persona con trastorno depresivo mayor afecta el riesgo de padecerlo. También muestra que tanto los trastornos depresivos mayores como los bipolares pueden estar relacionados con la misma estructura genética. Las personas que tienen familiares con un diagnóstico bipolar tienen casi tres veces mayor probabilidad de desarrollar una depresión mayor que los que no tienen ningún familiar cercano con esa condición, ya sea con un diagnóstico de depresión o trastorno bipolar.

Los estudios familiares han demostrado que mientras más jóvenes sean las personas cuando ocurre la primera depresión mayor, es más probable que sus familiares también experimenten periodos de depresión. Por ejemplo, los familiares de las personas cuyo primer episodio depresivo ocurrió antes de los 20 años, es ocho veces más probable que lo padezcan que los familiares de personas sin depresión. En contraste, los familiares de las personas que tenían más de 40 años cuando ocurrió la primera depresión mayor presentaron un riesgo ligeramente más alto que el normal de sufrirla (Weissman y cols., 1984).

Aunque se ha demostrado en forma sólida que la depresión mayor es un problema de familia, se conoce mucho menos sobre la forma en que la herencia afecta las características clínicas del trastorno, como la cantidad y tipo de síntomas y la duración del estado de ánimo severamente depresivo. Un estudio de comparación entre los gemelos monocigóticos (MC) con los dicigóticos (DC) investigó los efectos de la similitud genética sobre dichas cuestiones

(Kendler y cols., 1992). Lo que se conoce como síntomas negativos de la depresión (cambios en peso, apetito y sueño) y si la depresión se ha presentado nuevamente después del primer diagnóstico o no, son circunstancias que parecen estar más influidas por la herencia que por los eventos en la vida de los gemelos, porque estos síntomas se presentan con mayor frecuencia en ambos gemelos MC que en ambos gemelos DC. En contraste, dentro del grupo que experimentó episodios recidivantes de depresión, el número real de episodios parece estar relacionado con las experiencias estresantes no compartidas por el otro gemelo, más que con la herencia.

**Edad** La edad es otro factor de riesgo de depresión. El riesgo de sufrir un primer episodio de cualquier grado de depresión es más elevado en mujeres que tienen entre 20 y 29 años. En el caso de los hombres, el periodo de riesgo similar es entre los 40 y 49 años (Rorsman y cols., 1990). Además de la edad, otro factor es el año de nacimiento, o la cohorte a la que pertenece una persona. La figura 11-3 muestra que en el grupo de los 24 años, los nacidos entre 1966 y 1975 tenían una mayor probabilidad de experimentar una depresión que quienes nacieron entre 1936 y 1965. Además, por la pendiente de cada curva, muestra que el porcentaje de depresión de quienes nacieron en cada década subsiguiente durante este periodo el porcentaje era mayor y la edad del inicio de la depresión era cada vez menor. En general, el porcentaje de depresión aumentó durante el siglo XX, y también se redujo la edad promedio del primer diagnóstico. Nadie sabe las causas del aumento de la depresión en todo el mundo, ni por qué es más probable que la gente joven esté en riesgo más de lo que estaba en el pasado. Las explicaciones que se dan incluyen un creciente abuso de alcohol y drogas, cambio en la estabilidad de los matrimonios y en la estructura familiar, menos oportunidades de empleo y de promoción, urbanización, los efectos de la creciente contaminación y posiblemente cambios en los criterios diagnósticos. Aunque hasta el momento se han llevado a cabo muchos estudios en cada una de estas áreas, no es claro el papel de juegan estos factores en el aumento de la depresión.

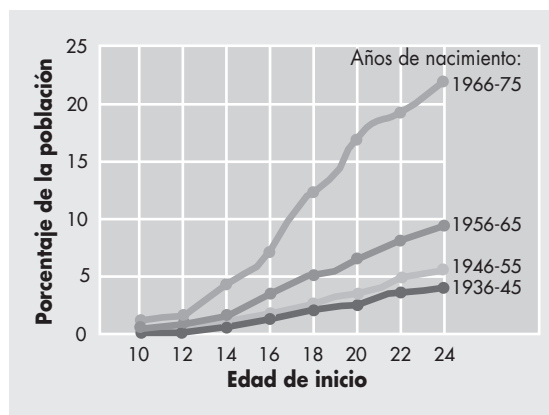


**Figura 11-3** La prevalencia de la depresión mayor en Estados Unidos ha aumentado en cada década a partir de 1936, y la edad en la que los síntomas aparecen ha disminuido.

FUENTE: Kessler y cols., 2003.

**Género** Uno de los principales factores de riesgo de la depresión es, sencillamente, ser mujer. Las mujeres son por lo menos dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres. Los investigadores han tratado de comprender esta diferencia en términos culturales. En la mayoría de las culturas occidentales, en general, se considera más aceptable que las mujeres busquen ayuda por los problemas emocionales que los hombres. Es más probable que ellas consulten a los médicos o expertos en salud mental, y que consideren sus problemas desde un punto de vista psicológico, en lugar de verlos sólo en términos de síntomas físicos. Sin embargo, esta explicación de por qué más mujeres buscan tratamiento para la depresión no aclaran la existencia de un porcentaje general más alto de este trastorno, porque la misma diferencia en el porcentaje de trastornos depresivos para hombres y mujeres se encuentra en encuestas comunitarias, en las que se contacta a las personas en forma aleatoria y no porque busquen ayuda.

Una posible explicación es que, en tanto que las mujeres en general reciben más apoyo social que los hombres, también se espera que ofrezcan más apoyo. Debido a que dar apoyo a menudo implica involucrarse en los problemas y los estresores de otras personas, las mujeres, en promedio, experimentan más estrés que los hombres. En el caso del rango de edad 25 a 45 años, las mujeres casadas tienen un porcentaje de depresión particularmente alto, mientras que las solteras tienen un porcentaje mucho menor, más parecido al porcentaje de los hombres (Paykel, 1991). Esta diferencia puede reflejar un estrés mayor de las mujeres casadas tanto por la gran responsabilidad del cuidado de los hijos pequeños como por sus funciones de apoyo a las familias extensas, además del estrés del trabajo.

El bajo ingreso y la necesidad económica son causas adicionales de estrés que afectan con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres, y que pueden estar relacionadas con el porcentaje más elevado de depresión en mujeres (Beekman y cols., 1999). Las mujeres pobres jóvenes (incluyendo afroestadounidenses, hispanas y blancas) están en mayor riesgo de depresión que otros grupos (Miranda y Green, 1999). En general estas mujeres tienen sistemas de apoyo más pobres que las que cuentan con ingresos más altos, y es más probable que hayan sido víctimas en el pasado del crimen y abuso sexual y físico. También es probable que les sea más difícil obtener tratamiento para la depresión. Las mujeres afroestadounidenses también reportan un porcentaje significativamente más elevado de síntomas depresivos que las mujeres blancas en el mismo grupo de edad (Cochran y cols., 1999). Nuevamente parece que un estrés más elevado puede influir, debido a que es más probable que las mujeres afroestadounidenses sean pobres y tengan más responsabilidades familiares como cuidadoras de los nietos y otros familiares que las mujeres blancas de la misma edad.

La forma en que mujeres y hombres afrontan los estados de ánimo deprimidos también puede ser un factor. Los hombres tienden a tener un enfoque orientado a la acción que puede distraerlos de sus síntomas, pero las mujeres tienden a tener un estilo más cognitivo para hablar sobre sus problemas con otros y meditar (seguir pensando) sobre ellos (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994). Este estilo de respuesta meditativa está relacionado con periodos de depresión más largos y con depresión más severa. La respuesta más

orientada a la acción de los hombres puede dar como resultado una expresión diferente de trastorno del estado de ánimo, por ejemplo, una mayor tendencia a abusar del alcohol y a comportarse de manera antisocial. Los hombres y las mujeres sencillamente pueden tener diferentes formas de expresar la vulnerabilidad genética ante la depresión, más que a diferir en la vulnerabilidad por sí misma.

**Eventos de vida** Los factores ambientales así como los eventos de vida, en especial una acumulación de sucesos estresantes en un corto periodo, pueden jugar un papel importante en el surgimiento de un episodio de depresión, en especial en el caso de personas vulnerables. Sin embargo, la relación entre los eventos de vida estresantes y el inicio de una depresión mayor se reduce a medida que los episodios depresivos previos aumentan (Kendler y cols., 2001). Algunas personas parecen ser genéticamente vulnerables a la depresión recidivante, sin importar que existan eventos de vida estresantes o largos periodos de tranquilidad.

Por lo general, los eventos de vida estresantes no son aleatorios, pues por lo regular están relacionados con la vulnerabilidad de la persona y las circunstancias de vida, no sólo con la “mala suerte”. Muchos eventos de vida están asociados con las relaciones que integran la red social de la persona. Un estudio de gemelos encontró que se considera que más de la mitad de todos los eventos de vida personales dependen de alguna manera de la persona implicada, más que de factores ajenos al control de ella (Kendler y cols., 1999). Aunque ciertos eventos independientes, sobre los que la persona probablemente no tiene control, con frecuencia dan como resultado la depresión, es más probable que ocurra un episodio depresivo después de uno o más eventos que dependen de las personas. La elección de relaciones de las personas y la forma en que interactúan con otras personas cercanas a ellas parece más apropiada para crear eventos estresantes que producen depresión que los eventos basados en fuerzas externas.

**Falta de apoyo social** El efecto negativo de los eventos de vida concernientes a las relaciones personales cercanas se hace aún más fuerte porque por lo regular está acompañado por una reducción del apoyo social. El **apoyo social**, la confianza de que una persona sea atendida por otros que pueden proporcionar ayuda o apoyo emocional cuando es necesario, es una protección importante contra la depresión. Es probable que la conducta de otros, que transmite críticas o que da a entender que una persona no merece amor o amistad, esté más relacionada con la depresión que la simple ausencia de apoyo (Harris, 1992).

Por lo general se considera que el matrimonio, una relación cercana, proporciona apoyo. Tanto el divorcio como la mala calidad de un matrimonio están relacionados con la depresión y una salud mental y física deteriorada (Prigerson y cols., 1999). La figura 11-4 compara el porcentaje de depresión de hombres y mujeres casados y divorciados en un estudio epidemiológico de varios países. Los descubrimientos de este estudio dejan dos cosas en claro: 1) las personas divorciadas o separadas son más propensas a deprimirse que quienes están casadas, y 2) las mujeres son más propensas a deprimirse que los hombres. El estado civil y las relaciones sexuales tienen efectos similares en todos los países, aun cuando difiere el porcentaje general de depresión (Weissman y cols., 1996).

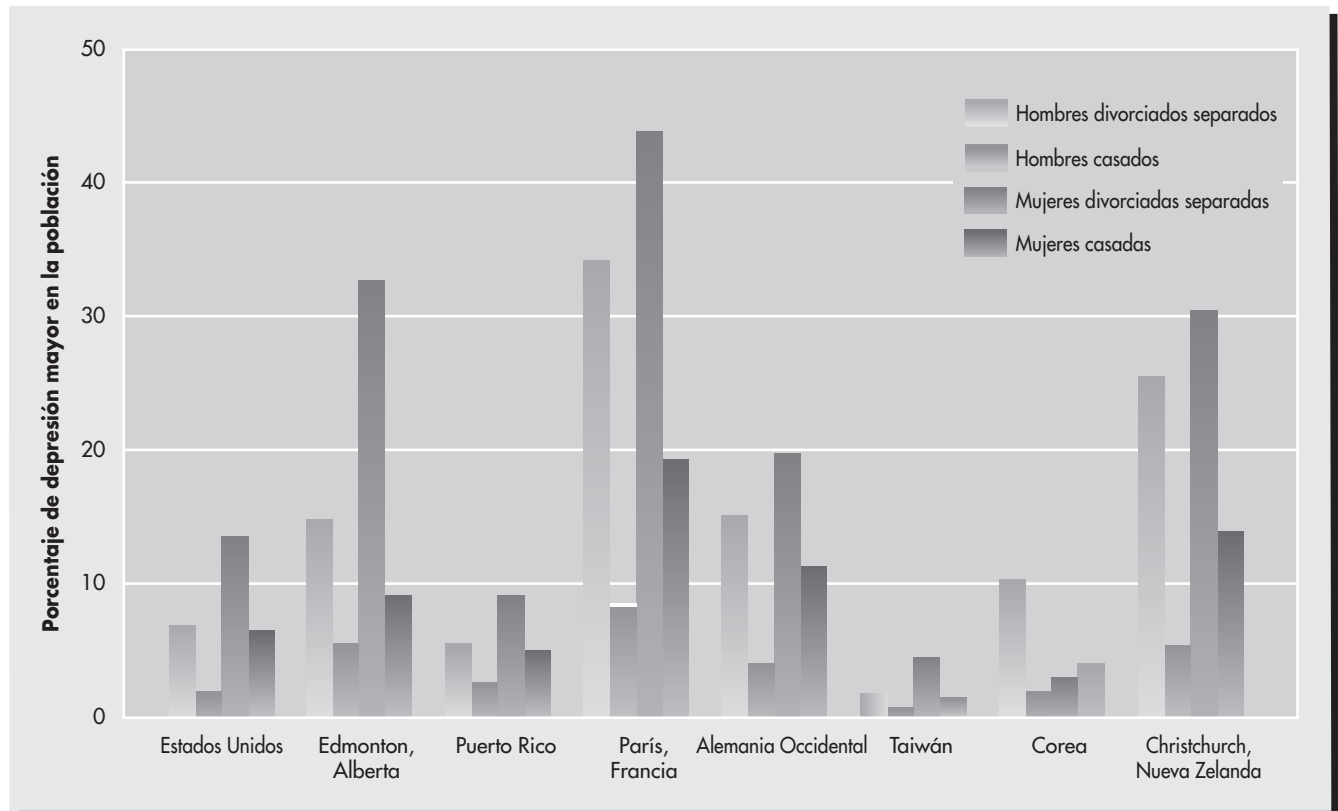


**Figura 11-4** El porcentaje del trastorno depresivo mayor en la población, por estado civil, de hombres y mujeres de 26 a 64 años de edad, muestran un patrón similar pero diferentes porcentajes en diversos países. En la mayoría de los países, el porcentaje de personas divorciadas era considerablemente mayor que las casadas. Toda la información, estandarizada, se apegó a la distribución de edad en Estados Unidos por género y ajustada por edad.

FUENTE: Weissman y cols. (1996), *Journal of the American Medical Association*, 276, p. 298.

## Trastornos depresivos

### Trastorno distímico

La mayoría de las personas con **trastorno distímico** afirman que se han sentido deprimidos por varios años, o desde que pueden acordarse. Les parece normal sentirse deprimidos, pues esta condición se ha convertido en su forma de vida y no se sienten capaces de cambiarla. La **distimia** se define como un cuadro caracterizado por síntomas depresivos leves y crónicos. Es común en la población general, y probablemente afecta entre 5 y 6% de todas las personas (Sadock y Sadock, 2003).

La tabla 11-3 resume las condiciones que deben cumplirse para un diagnóstico de trastorno distímico. Tome nota que deben estar presentes otros problemas además del estado de ánimo depresivo. Debido a que éste es de tan larga duración, a veces se le ha considerado a la distimia como un trastorno de la personalidad. Sin embargo, la mayoría de los investigadores la incluyen en el grupo de trastornos del estado de ánimo y creen que está biológicamente relacionada con la depresión. La tabla 11-4 menciona algunas de las características personales que se presentan con frecuencia en personas distímicas. La distimia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, y es más común entre las personas solteras. Se puede decir que las personas distímicas nunca se sienten realmente felices (ver la figura 11-5).

El siguiente caso describe a una mujer que continúa mostrando síntomas distímicos durante la edad adulta. A pesar de que se sometió a una extensa psicoterapia, frecuentemente se siente inferior y sin atractivos para los demás. Incluso cuando los sucesos deben sugerirle que es atractiva y competente, parece hacer todo lo posible para probarse a sí misma que no lo es.

*La ejecutiva de 28 años [...] le dijo al terapeuta en su primera entrevista que había recibido psicoterapia extensa con anterioridad, pero que estaba “deprimida” por todo: su trabajo, su esposo y sus planes para el futuro.*

*Se quejaba de sentimientos persistentes de estado de ánimo depresivo, de inferioridad y pesimismo, que decía experimentar desde los 16 o 17 años. A pesar de considerarse razonablemente buena en la preparatoria, de manera constante pensaba en esos estudiantes que eran “de verdad inteligentes”. Durante sus años universitarios salió con chicos, pero decía que nunca había aspirado a salir con una persona “especial”, porque siempre se sentía inferior e intimidada. Cada vez que veía o se encontraba con un hombre así, actuaba en forma poco natural y confusa o se alejaba tan rápido como era posible, sólo para reprochárselo más tarde y tener fantasías sobre él durante varios meses. Decía que la terapia le había ayudado, aunque todavía no podía recordar alguna ocasión*



| TABLA 11-3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Resumen de los criterios diagnósticos del trastorno distímico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, unos días más que otros, por lo menos durante dos años.<sup>a</sup></li><li>➤ Dos o más de los siguientes síntomas cuando está deprimido: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.</li><li>➤ Los síntomas descritos anteriormente jamás han estado ausentes por más de dos meses en un periodo de dos años.<sup>a</sup></li><li>➤ Durante los dos primeros años de la alteración,<sup>a</sup> no ha ocurrido un episodio depresivo mayor. Si uno de estos episodios ha ocurrido en el pasado, ha existido una remisión completa o la desaparición de los síntomas.</li><li>➤ Jamás ha ocurrido un episodio maniaco o hipomaniaco y los criterios no se han alcanzado para el trastorno ciclotímico.</li><li>➤ Las alteraciones no son parte de un trastorno psicótico crónico o el resultado de alguna sustancia química (abuso de medicamentos o drogas) o una enfermedad médica general.</li><li>➤ Los síntomas provocan aflicción o deterioro en áreas importantes de funcionamiento clínicamente significativos.</li></ul> |  |
| <sup>a</sup> Un año para niños y adolescentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |

| TABLA 11-4                                                       |
|------------------------------------------------------------------|
| Características que se ven con frecuencia en personas distímicas |
| Melancolía                                                       |
| No disfruta las cosas                                            |
| Sin sentido del humor                                            |
| Pesimista                                                        |
| Baja autoestima                                                  |
| Tendencia a estar ensimismado                                    |
| Sentimientos de culpa                                            |

en que no se sintiera deprimida de alguna manera (Spitzer y cols., 1981, pp. 10-11).

La distimia y el trastorno depresivo mayor (que se analiza a continuación) tienen un alto grado de comorbilidad. Esto significa que es probable que estos dos trastornos del estado de ánimo se presenten en la misma persona.

Si una persona con trastorno distímico también desarrolla síntomas de depresión mayor, se dice que padece “depresión doble” porque cumple con los criterios para ambos trastornos al mismo tiempo. Este estado doble ocurre con mucha frecuencia. En un amplio estudio epidemiológico, casi la mitad de las personas que tenían trastorno distímico habían tenido también, por lo menos, un episodio depresivo mayor (Weissman y cols., 1996).



**Figura 11-5** Quienes padecen trastorno distímico tienen dificultad para disfrutar de la vida aun cuando les suceden cosas buenas.  
FUENTE: © The New Yorker Collection 1992 Mike Twohy del cartoonbank.com. Derechos reservados.

“Yo tengo el tazón, el hueso y el jardín grande. Sé que debería estar feliz.”

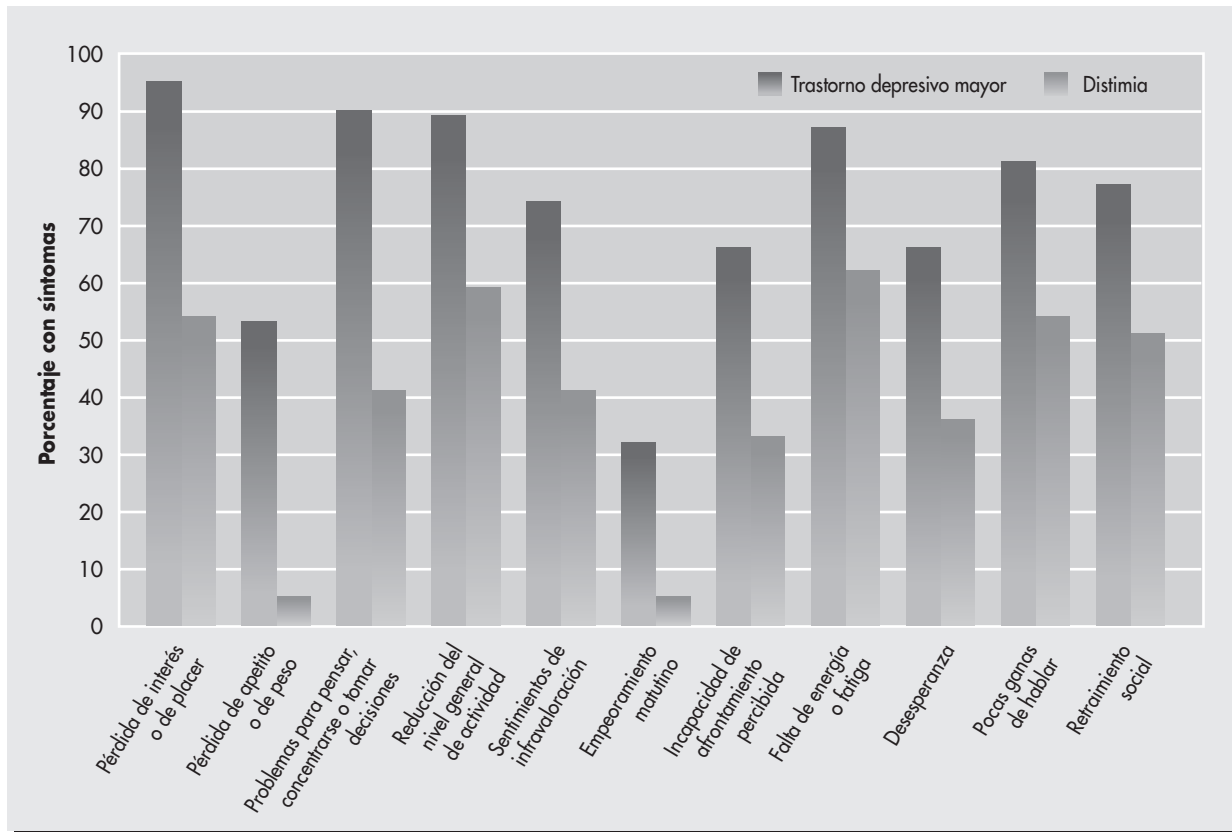


**Figura 11-6** Diferencia de síntomas entre los pacientes distímicos y pacientes con episodios recidivantes de trastorno depresivo mayor. Todas las diferencias son estadísticamente significativas.

FUENTE: Keller y col., (1995).

Aunque la distimia parece incrementar la vulnerabilidad de las personas a la depresión mayor, la distimia en sí es diferente de ella en términos de la edad en que las personas tienen mayor probabilidad de ser afectadas. En la depresión mayor los porcentajes aumentan en ciertos grupos de edad, pero en la distimia el porcentaje es estable de los 18 años, aproximadamente, hasta por lo menos los 64 años. En la figura 11-6 se muestra una comparación entre los síntomas de los pacientes con un diagnóstico distímico “puro” (por ejemplo, no tuvieron diagnósticos DSM-IV-TR adicionales) y síntomas de personas a las que se les diagnosticaron episodios recidivantes de depresión mayor. En todos los casos la frecuencia de los síntomas difirió en forma significativa entre los dos grupos de diagnóstico. El trastorno distímico, que tiende a ser crónico, persiste por largos periodos. En contraste, los periodos de depresión intensa se describen por lo regular como de tiempo limitado, lo cual significa que aun sin tratamiento los síntomas tienden a bajar de forma natural con el paso del tiempo.

## Trastorno depresivo mayor

La persona que tiene un **trastorno depresivo mayor** ha experimentado uno o más episodios depresivos mayores sin haber sufrido nunca un episodio maniaco o hipomaniaco. La tabla 11-5 resume los criterios para este diagnóstico.

**TABLA 11-5**

### Resumen de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor

- La presencia de un episodio depresivo mayor con o sin un historial de episodios depresivos mayores anteriores.
- El episodio no se explica mejor por la presencia de algún otro trastorno.
- Jamás ha existido un episodio maniaco o hipomaniaco a excepción de alguno que pudiera ser el resultado del abuso de sustancias, medicamentos o de los efectos psicológicos directos de una enfermedad médica general.
- Si están presentes alucinaciones o delirios, se diagnostica el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos.

FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.

**Episodio depresivo mayor** Un episodio depresivo mayor está marcado tanto por un estado de ánimo depresivo como por la pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades, así co-

mo, por lo menos, cuatro síntomas adicionales del siguiente grupo: pérdida o aumento marcado de peso sin estar a dieta; problemas de sueño constantes; conducta agitada o bastante lenta; fatiga; incapacidad para pensar con claridad; sentimientos de inutilidad; y pensamientos frecuentes sobre la muerte o el suicidio. Estos síntomas deben durar dos semanas y representar un cambio del funcionamiento normal de la persona.

*Es difícil expresar con palabras cómo me sentía en esa época. Creo que mi reacción principal fue de desesperación, desesperación por volver a ser humano. Sinceramente, me sentía infrahumano, inferior aun a la peor sabandija. Además, sentía desaprobación por mí mismo y no podía entender por qué alguien podría querer relacionarse conmigo, ya no digamos amarme. Me volví desconfiado y suspicaz con los demás y estaba seguro de que me observaban para probar que era incompetente [...] Me preocupaba cada vez más por las finanzas. Por una parte, creía que recibía dinero extra que no merecía y, por otra, estaba seguro de que íbamos a la bancarrota. En cualquier caso, estaba seguro de que terminaría en la cárcel. Cuando recibí mi salario de julio, me pareció que era más alto de lo que debía. Esto me asustó y dije a mi esposa que debíamos hablar de inmediato a la universidad y devolver el dinero extra, antes de que se presentaran los problemas. Con gentileza, mi esposa me dijo que creía que la cantidad era correcta y no había por qué preocuparse. Desde luego que tenía razón [...] No sólo dudaba de mi situación actual sino también de mi carrera. Estaba seguro de que era un fraude y un farsante y no merecía mi doctorado en filosofía. No merecía el cargo vitalicio; no merecía ser Profesor Titular [...] no merecía las donaciones que me habían otorgado para la investigación; no podía entender cómo había escrito libros y artículos para los periódicos y cómo los habían aceptado para su publicación. Debo haber engañado a muchas personas (Endler, 1990, pp. 41-42).*

Éstos eran los pensamientos y estado de ánimo de un reconocido psicólogo canadiense durante un periodo de depresión mayor los cuales ilustran la forma drástica en que la depresión puede alterar el estado de ánimo, la percepción y la conducta.

La señora B. ofrece un ejemplo típico de un episodio de depresión mayor experimentado por alguien que no sabía tanto sobre la psicología como Norman Endler. Su esposo la llevó al consultorio de un psiquiatra. Cuando llamó para pedir una cita y le dijeron que la primera que estaba disponible era después de diez días, contestó que no creía que su esposa pudiera esperar tanto. La señora B., madre de dos pequeños, tenía 45 años de edad y trabajaba como secretaria de un despacho de abogados.

*La señora B. vestía ropa arrugada y algo manchada. Llevaba el cabello mal peinado y su olor era peculiar. Tenía el rostro ojeroso e inexpressivo. Su esposo la ayudó a entrar al consultorio en donde se sentó inmóvil, mirando al piso y suspirando de vez en cuando. No decía nada, a menos que se le hiciera una pregunta sencilla y directa. Incluso entonces demoraba sus respuestas, las decía con lentitud y reflejaba indolencia y monotonía. Una parte de la entrevista transcurrió como sigue:*

**Dr. R:** *¿Cuál es el problema que le hace venir?*

**Sra. B:** *No me importa nada.*

**Dr. R:** *¿Qué quiere decir?*

**Sra. B:** *(no respondió)*

**Dr. R:** *Parece triste.*

**Sra. B:** *Sí... no triste... sólo nada.*

**Dr. R:** *¿Hace cuánto tiempo que está así?*

**Sra. B:** *Más o menos tres semanas... cada vez estoy peor.*

**Dr. R:** *¿Antes le había sucedido algo parecido?*

**Sra. B:** *No*

**Dr. R:** *¿Cómo está su apetito?*

**Sra. B:** *No tengo apetito.*

**Dr. R:** *¿Ha bajado de peso en estas tres semanas?*

**Sra. B:** *No sé... tal vez cinco o seis kilos.*

**Dr. R:** *¿Duerme bien?*

**Sra. B:** *No, duermo mal. Todos los días me despierto como a las tres y me quedo acostada.*

**Dr. R:** *¿Se siente mal por algo?*

**Sra. B:** *Por todo... desearía estar muerta*

*(Tomb y Christensen, 1987, p. 198)*

Después de la entrevista, el esposo de la señora B. platicó con el psiquiatra. Dijo que él y su esposa habían estado casados durante 26 años y que esta conducta era muy distinta a cualquier otro periodo anterior. Creía que el problema había empezado hacía más o menos un mes. Desde entonces, ella estaba demasiado cansada para participar en su actividad favorita, los paseos en bote.

*“Se aisló en forma gradual. No quiere ver a nadie, sólo desea descansar pero nunca la ve dormir. La obligo a comer. Creo que ayer, cuando dijo que deseaba morir, sentí pánico” (Tomb y Christensen, 1987, p. 198).*

Un episodio de depresión mayor puede terminar por completo en un par de semanas o meses o puede sencillamente disminuir, pero algunos síntomas continúan por un largo periodo. Para algunas personas los síntomas pueden continuar y alcanzar los criterios hasta un año después. Aunque el luto o la pérdida de una persona amada cercana pueden dar como resultado una conducta similar a la que se clasifica como trastorno depresivo, una persona en luto que experimenta dichos síntomas por dos meses o menos no se consi-

dera que haya experimentado un episodio depresivo mayor. Algunas personas pueden tener un solo episodio de trastorno depresivo mayor al principio, al cual le sigue un episodio maniaco o hipomaniaco. En ese caso, el primer diagnóstico de trastorno depresivo mayor cambia a trastorno bipolar.

**Trastorno depresivo mayor recidivante** Por lo menos la mitad de las personas que experimentan un episodio de depresión mayor tendrán una depresión mayor recidivante posteriormente (Thase y Sullivan, 1995). Si tienen tres o más episodios, la probabilidad de un episodio adicional o más dentro de los siguientes tres años es casi de 80% a menos que haya un tratamiento apropiado. Esto significa que para muchas personas un primer episodio de depresión mayor con el tiempo se convertirá en una enfermedad recurrente. Aunque un estrés de vida severo puede ser importante cuando se presenta el primero o hasta el segundo episodio depresivo, parece menos probable que los episodios posteriores estén relacionados con eventos estresantes adicionales.

### Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos

Aproximadamente 15% de las personas con depresión mayor tienen algunos síntomas psicóticos, por lo general delirios (falsas creencias sobre la realidad). Normalmente, los delirios incluyen culpa (“es mi culpa que ella esté enferma”); castigo (“estoy sufriendo porque soy una persona terrible”); o pobreza (“voy a la bancarrota y me moriré de hambre cuando sea un anciano”). Algunas veces, pero con menor frecuencia, los delirios no están relacionados con temas depresivos.

La conducta típica de la depresión con síntomas psicóticos se ilustra con el caso de un hombre de 58 años que fue llevado a la sala de urgencias por su esposa y su hijo:

*Trabajaba como arquitecto y todo iba muy bien hasta hace tres semanas. En ese momento se volvió mucho más callado y empezó a retirarse a su habitación después de la cena. Hace una semana se negó a ir a trabajar, dejó de comer y empezó a caminar por las noches. Movía las manos en forma nerviosa, apretaba los puños y lloraba. Hablaba de muchos sucesos insignificantes como si fueran “pecados graves” y hoy empezó a advertir a su familia que en realidad él era “el demonio”. “Todos estos años me han confundido con su padre. Soy el demonio, Satanás en persona. Nadie es más malo y despreciable que yo. Traigo la muerte y la enfermedad al mundo y me quemaré en el infierno para siempre”. Es la tercera vez en cinco años... que ha expresado la creencia de que se ha confundido su identidad y en realidad es el demonio (Tomb y Christensen, 1987, p. 49).*

Ya sea que estén presentes síntomas psicóticos o no, la depresión grave es muy visible para otros. Las personas que están severamente deprimidas no sólo no pueden trabajar o realizar otras actividades normales de la vida diaria, sino que también parecen estar inmersas en su propia desdicha. El reconocido artista estadounidense Jacob Lawrence describió estos atributos de la depresión grave en su cuadro de hombres deprimidos hospitalizados, obra que realizó después de ser hospitalizado por depresión (ver la figura 11-7).



**Figura 11-7** En su obra *Depression*, el artista Jacob Lawrence muestra la mirada baja, la cabeza y los hombros encorvados y la postura encogida de las personas que están profundamente deprimidas. Mientras que con frecuencia la depresión se presenta después de los fracasos de la vida, en ocasiones viene después del éxito. La depresión de Lawrence se produjo poco después de recibir un premio como un artista prometedor. Varios meses de psicoterapia en el Hillside Hospital le ayudaron y no tuvo recurrencia de la depresión. Las obras relacionadas con su estadía fueron vistas por los críticos de arte como un momento decisivo en su carrera, que lo llevó a una gran innovación artística y una elevada expresión emocional. Lawrence se convirtió en uno de los artistas estadounidenses más importantes del siglo xx.

FUENTE: Jacob Lawrence (nació en 1917), “Depression”, 1950, temple sobre papel, 220 × 30-1/2 pulgadas (55.9 × 77.5 cm.). Donación de David M. Solinger. Fotografía ©1997: Whitney Museum of American Art, Nueva York. Colección del Whitney Museum of American Art, Nueva York, número de acceso 66.98. ©2004 Gwendolyn Knight Lawrence/Artists Rights Society (ARS), Nueva York.

## Causas y tratamiento de la depresión

Las causas de la depresión aún no se entienden muy bien (*Mental Health: A Report of the Surgeon General*, 1999). Muchas veces se desencadena debido a eventos de vida estresantes, pero no todas las personas que los experimentan se deprimen, y como se observó con Jacob Lawrence, la depresión también puede suscitarse después del éxito personal.

Muchas perspectivas teóricas han contribuido a incrementar la comprensión de este padecimiento. Probablemente ninguna de ellas por sí sola puede explicar en forma adecuada las causas de él, pero cuando se consideran en conjunto los factores biológicos, genéticos y psicosociales se logra un avance en la comprensión y tratamiento de la depresión de varios tipos.

### Factores biológicos en la depresión

Aunque no se han definido todavía las causas genéticas específicas de la vulnerabilidad a la depresión, es evidente que está relacionada con factores bioquímicos. La falta o la insuficiencia de ciertos neurotransmisores químicos en regiones particulares del cerebro se relacionan con la depresión. A pesar de que la investigación inicial se enfocó en la actividad de los neurotransmisores **serotonina** y las **catecolaminas** (dopamina, norepinefrina y epinefrina), se sabe que



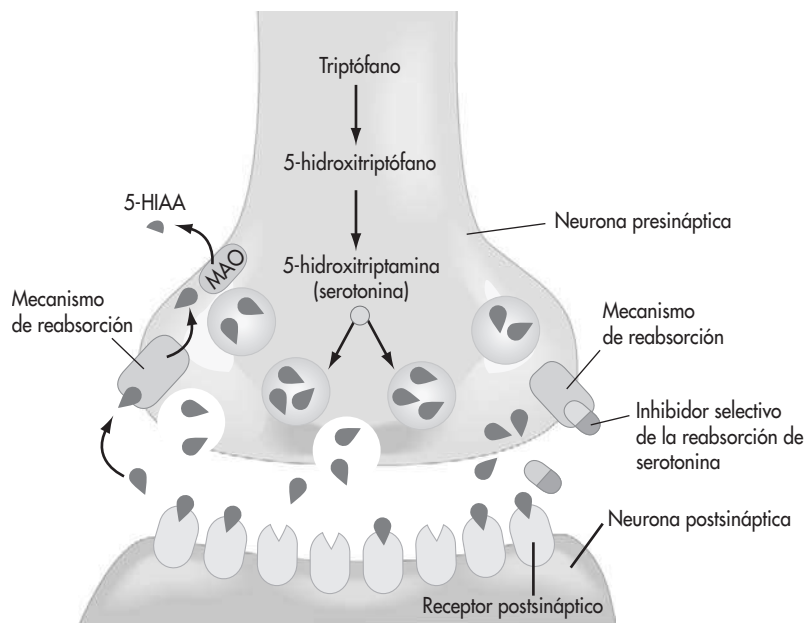


**Figura 11-8** Este diagrama simplificado de la sinapsis de la serotonina muestra la liberación y reabsorción de ésta así como su unión con los receptores postsinápticos.

FUENTE: Adaptación de Jacobs (1994).

otros neurotransmisores juegan un papel importante. Entre ellos está el **ácido gama-aminobutírico** (usualmente llamado **GABA**) y **acetilcolina**.

Los neurotransmisores son importantes porque cada una de las miles de millones de neuronas del cerebro interactúa con las demás por medios electroquímicos. Cuando la neurona es estimulada, libera una sustancia química (el neurotransmisor) de las vesículas o áreas de almacenamiento en una neurona, llamada neurona presináptica. El neurotransmisor se propaga a través del espacio sináptico o espacio entre dos neuronas (ver el capítulo 2), e interactúa con receptores ubicados en la superficie exterior de la neurona postsináptica. La figura 11-8 es un diagrama muy simplificado que ilustra la forma en que uno de estos neurotransmisores, la serotonina, cruza la sinapsis de una neurona a otra. La llegada de un impulso eléctrico o potencial de acción a la neurona presináptica da como resultado la liberación de serotonina de las vesículas donde se ha almacenado después de ser sintetizada por el aminoácido triptófano. La serotonina se desplaza entonces hacia la hendidura sináptica. Una parte encuentra el camino hacia los receptores especializados en la neurona postsináptica o receptora, y como resultado la neurona postsináptica altera su actividad eléctrica y química. También se puede eliminar la serotonina de la sinapsis en otras dos formas además de enviarla hacia la neurona postsináptica. Los mecanismos de reabsorción de la neurona presináptica pueden eliminar la serotonina de la sinapsis haciéndola regresar al lugar donde fue liberada. Otra forma de desactivar la serotonina es por medio de la enzima **monoamino oxidasa (MAO)**, que hace que la serotonina cambie de forma químicamente, a ácido 5-hidroxiindol acético (5-HIAA). Tanto la MAO como los mecanismos de reabsorción reducen la cantidad de serotonina disponible en la sinapsis.

Por medio de estudios de las acciones de diferentes tipos de antidepresivos se ha aprendido bastante sobre el papel de las monoaminas, en especial la serotonina. Cada grupo de drogas tiene una

manera diferente de regular la cantidad de serotonina en la sinapsis. Los antidepresivos llamados **inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO)** funcionan mediante la inhibición o reducción de la capacidad de la MAO de convertir la serotonina en 5-HIAA. Esta acción inhibitoria MAO provoca la concentración de serotonina en el cerebro. Sin embargo, la MAO lleva a cabo una cantidad de funciones químicas vitales en el cerebro, y por ello los inhibidores de la MAO pueden ser muy tóxicos, porque afectan otras funciones además de alterar la cantidad de serotonina disponible. Se han desarrollado nuevas versiones de los inhibidores de la MAO llamados **inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa (RIMAs)**, que parecen reducir en forma importante el riesgo de efectos secundarios peligrosos de los inhibidores de la MAO al tener efectos más focalizados y selectivos. Sin embargo, todavía no está claro si los RIMA son tan eficaces para reducir los síntomas de depresión, como lo son los inhibidores de la MAO.

A diferencia de los inhibidores de la MAO, los **antidepresivos tricíclicos** mediante el bloqueo de la reabsorción de serotonina por la neurona presináptica. Esto da como resultado una mayor existencia de serotonina en la sinapsis. Aunque los antidepresivos tricíclicos no tienen los efectos secundarios más peligrosos que los que tienen los inhibidores de la MAO, sí tienen efectos secundarios porque también bloquean la reabsorción de norepinefrina y dopamina. El aumento resultante de las otras monoaminas puede producir una variedad de efectos secundarios, entre otros, resequecedad de la boca, estreñimiento y dolores de cabeza. Un grupo más novedoso de drogas, llamados **inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina (SSRIs)** limitan su acción a la serotonina y por consiguiente producen menos efectos secundarios.

La investigación de fármacos antidepresivos ha demostrado que su uso cambia los niveles de norepinefrina y serotonina poco tiempo después de que se ingieren los fármacos. Sin embargo, con frecuencia los efectos de elevación del estado de ánimo de estos cambios no se puede observar por varias semanas.

**Indicadores de la depresión** Debido a que la mayoría de los científicos están de acuerdo en que no todas las depresiones tienen causas similares, se han hecho muchos esfuerzos para encontrar subgrupos de pacientes deprimidos que tengan características similares. El estudio de dichos subgrupos no sólo debería facilitar la comprensión de las causas de la depresión sino, más importante aún, proporcionar claves para el tratamiento más eficaz de un paciente en particular. Un punto importante de la investigación en esta área es el esfuerzo para desarrollar un procedimiento que se pueda utilizar para identificar varios subgrupos, del mismo modo en que se usan estudios de laboratorio para identificar cepas de bacterias para diagnosticar los tipos de infección.

**Técnicas de imagenología cerebral** Los descubrimientos por medio de una variedad de técnicas de imagenología cerebral (tomografía computarizada (TC), imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía de emisión de positrones (TEP) y tomografía computarizada de emisión de fotón (TCEF), que se realizaron a personas con depresión sugieren que el trastorno se relaciona con algún tipo de disfunción cerebral regional. Por medio de estas técnicas de escaneo se ha demostrado que el estado de ánimo disfórico, la incapacidad para experimentar placer, indefensión y sentimientos de tristeza se relacionan con los cambios en la circulación de la sangre en el cerebro y/o con diferencias en el metabolismo en las áreas fronto/temporales de la corteza y otras áreas específicas del cerebro.

El hecho de que la técnica IRM no expone a la persona examinada a ningún efecto dañino aun después de varias tomas, ha motivado que se realice una cantidad considerable de investigación sobre anomalías biológicas del cerebro, y la forma en que se correlacionan con los patrones conductuales y emocionales que distinguen diferentes patrones de síntomas de la depresión mayor. Un área importante de investigación futura mediante el empleo de estas técnicas de imagenología incluye descubrir si alguna de estas diferencias persiste después de que el paciente se ha recuperado de un episodio de depresión.

**Ritmos biológicos** El estudio de los ritmos biológicos puede ser otra forma de recopilar información sobre la depresión. Durante mucho tiempo, se han reconocido los **ritmos circadianos**, ritmos regulares diarios en el funcionamiento de los seres humanos y otros animales. Los cambios estacionales también influyen en los ritmos biológicos. El **trastorno afectivo estacional (SAD)**, que se describe en el cuadro 11-2, es un tipo de depresión relacionado con ritmos estacionales, más que con ritmos diarios.

Los ritmos biológicos son controlados o influidos por factores internos (entre ellos los neurotransmisores) y por factores externos (como la luz). Algunos ritmos circadianos (como la temperatura corporal y la actividad durante el sueño) por lo general están sincronizados de modo que sus puntos más elevados ocurren al mismo tiempo. Cuando estos ritmos pierden la sincronización, se presentan otros cambios. Por ejemplo, el sueño dura mucho tiempo si una persona se duerme en el punto más elevado de la curva de la temperatura corporal. Si, por el contrario, la persona se duerme cerca del punto más bajo de esta curva, el sueño dura menos. Los

investigadores de la depresión están interesados en la forma en que los ritmos biológicos afectan el sueño, ya que las alteraciones de éste son frecuentes en personas deprimidas, quienes tienden a presentar problemas para conciliar y mantener el sueño. Los investigadores que estudian las causas de la depresión han observado que el tratamiento con antidepresivos y también con terapia electroconvulsiva (TEC) hace desaparecer estas molestias. La tabla 11-7 menciona algunos de los tipos de alteraciones del sueño en las personas deprimidas.

## Tratamientos biológicos

La investigación básica sobre los compuestos químicos que modifican la acción de los neurotransmisores y sobre los cambios en la actividad cerebral que acompañan a la depresión han dado como resultado dos enfoques importantes de tratamiento con bases biológicas: *medicamentos antidepresivos* y *terapia electroconvulsiva*. El uso de medicamentos antidepresivos es mucho más común.

**Medicamentos antidepresivos** Los antidepresivos han ayudado a millones de personas, y tal vez 35-45% de aquellas que los toman experimentan un alivio completo de sus síntomas. Sin embargo, a millones más, tal vez 55-65%, no les ayuda o sólo les ayuda en menor grado. Hay tres grandes categorías de antidepresivos: inhibidores de la monoamino oxidasa (MAOI), antidepresivos tricíclicos (TCA) e inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina (SSRI).

Los MAOI, los primeros antidepresivos que se utilizaron extensamente, fueron descubiertos casi por accidente. A principios de los años cincuenta, los médicos observaron que los pacientes con tuberculosis mostraban una prolongada elevación del estado de ánimo cuando se les trataba con *iproniazida*, un MAOI que se pensaba era un agente contra la tuberculosis. Se comprobó que la iproniazida era eficaz contra la tuberculosis, pero su efecto sobre el estado de ánimo llevó a una investigación en la que ésta, y otros MAOI también, se utilizaron en pacientes deprimidos. Se encontró que eran bastante eficaces en varias pruebas clínicas, pero había varios efectos secundarios perturbadores. Además, se les pedía a los pacientes que tomaban MAOI que evitaran el queso, el vino tinto y otros alimentos que interactuaban con el fármaco, y que podían causar dolores de cabeza severos y, en algunos casos, derrames cerebrales.

La utilidad de los antidepresivos tricíclicos también se descubrió de forma inesperada, cuando se estudiaba la droga *imipramina* como tratamiento potencial para la esquizofrenia. Aunque no redujo los síntomas psicóticos, sí elevó el estado de ánimo de los pacientes. Como resultado de este descubrimiento, los antidepresivos tricíclicos (uno de los cuales es la imipramina) se comercializaron extensamente para el tratamiento de la depresión. Aunque son eficaces para mejorar el estado de ánimo de muchos pacientes deprimidos, los antidepresivos tricíclicos tienen varios efectos secundarios, que incluyen el estreñimiento, aumento de peso y, en ciertos casos, irregularidades cardíacas. Para algunos pacientes, pequeñas sobredosis fueron letales.

## INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

### Trastorno afectivo estacional

La mayoría de las personas se sentiría más alegre paseando entre flores de primavera, con brisas templadas y agradables y un sol brillante, que luchando contra una tormenta invernal de aguanieve en la tarde cuando la oscuridad se avecina. Muchas personas responden a los cambios estacionales con cambios en el interés, respuestas corporales y de conducta. Desde hace miles de años se ha reconocido este fenómeno estacional. Por ejemplo, lo mencionan tanto Aristóteles como Hipócrates. Sin embargo, estos cambios tal vez estén menos relacionados con la temperatura o el mal clima, que con la cantidad de luz del día en cada estación del año.

La mayoría de las personas viven en regiones del mundo, en las que el número de horas de luz del día varía con la estación. Esta circunstancia tiene su efecto mayor en las regiones más septentrionales y meridionales del mundo, donde la luz del día en invierno dura muy poco tiempo. En 1984 fue la primera vez que se reconoció, de manera formal, que algunas personas sufrían de una depresión recidivante que comenzaba en el otoño, duraba todo el invierno y terminaba en la primavera, en un patrón regular relacionado con el número de horas de luz y oscuridad estacionales (N. E. Rosenthal y cols., 1984). Los investigadores le dieron a este trastorno el nombre de *trastorno afectivo estacional* (SAD). La tabla 11-6 muestra los criterios actuales del DSM-IV-TR para el SAD, al que ahora se conoce como trastorno del estado de ánimo recidivante con patrón estacional. En Estados Unidos, la frecuencia del SAD es de cuatro a cinco veces mayor en la franja más septentrional de estados que en la banda más meridional. El efecto estacional de este trastorno está respaldado por los descubrimientos de que los síntomas mejoran si las personas más afectadas se mudan de latitudes septentrionales a latitudes meridionales (Partinen y Magnusson, 2001). El metabolismo de la serotonina parece jugar un papel importante en el SAD (Lambert y cols., 2002).

Para la típica persona con SAD, los síntomas pueden comenzar en noviembre y durar un promedio de cinco meses. La figura 11-9 muestra el perfil promedio anual de un

grupo de pacientes con SAD a quienes se estudió por un periodo de por lo menos siete años. Los síntomas del SAD incluyen ansiedad e irritabilidad acrecentada, aumento de peso (que aparentemente resulta por antojos de comida rica en carbohidratos) y un aumento del número de horas de sueño. El patrón de síntomas parece ser el reverso de algunos aspectos del patrón de síntomas más

**TABLA 11-6**

#### Resumen de los criterios para diagnosticar el trastorno del estado de ánimo recidivante con patrón estacional (SAD)

- Una relación temporal sostenida entre el inicio de un episodio depresivo mayor y una época del año en particular (no se incluyen casos en el que estresores psicosociales en particular, tales como una gran carga de trabajo, tienden a ocurrir en una época particular del año; por ejemplo, la carga de trabajo de los contadores antes del plazo de entrega de los impuestos sobre los ingresos). Estos episodios pueden ocurrir en personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor recidivante o en personas con trastorno bipolar.
- La remisión total (o la desaparición de los síntomas), o el cambio de depresión a episodios de manía o hipomanía que también ocurre en una época del año en particular.
- La presencia en los últimos dos años de dos episodios depresivos mayores que muestran la relación estacional temporal descrita anteriormente, pero ningún episodio depresivo mayor no estacional durante el mismo periodo.
- Muchos más episodios depresivos mayores estacionales en la vida de las personas que episodios depresivos no estacionales.

FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.

En los años setenta los investigadores de la depresión estudiaron el *clorhidrato de fluoxetina*, uno de los SSRI, y descubrieron que era eficaz y tenía menos efectos secundarios que los MAOI o los TCA. El clorhidrato de fluoxetina se comercializó como *Prozac*, que demostró tener algunas ventajas importantes sobre otros antidepresivos, incluyendo dosis estándares que lo hacían más fácil de usar en la práctica clínica diaria. A pesar de la seguridad y tolerancia mejorada de los SSRI, no han demostrado ser más eficaces que otros antidepresivos. El Prozac y medicamentos similares todavía se usan extensamente, y a veces se les ha visto como medios casi mágicos para lograr la felicidad y una sensación de bienestar (ver la figura 11-10).

Obviamente el antidepresivo perfecto aún no se ha encontrado. Debido a su seguridad, los SSRI son los medicamentos contra

la depresión de mayor uso. A pesar de que una gran cantidad de evidencia sugiere que los tres tipos de antidepresivos no difieren mucho en su eficacia promedio, la respuesta a medicamentos específicos varía de manera notable entre las personas (Simon, 2002). Esto significa que los clínicos deben usar su mejor juicio cuando prescriben un antidepresivo, y deben cambiar a otro si el medicamento que se prescribió inicialmente no es eficaz o tiene efectos secundarios inaceptables. Al prescribir antidepresivos, los clínicos deben tomar en cuenta su experiencia previa con fármacos específicos (incluyendo el efecto terapéutico y los efectos secundarios adversos) y la presencia de otros trastornos psiquiátricos potencialmente relevantes o enfermedades médicas. Aunque ningún estudio ha mostrado una conexión entre el suicidio y el uso de antidepresivos en adultos, en 2004 la U.S. Food and Drug Administration

## CUADRO 11-2

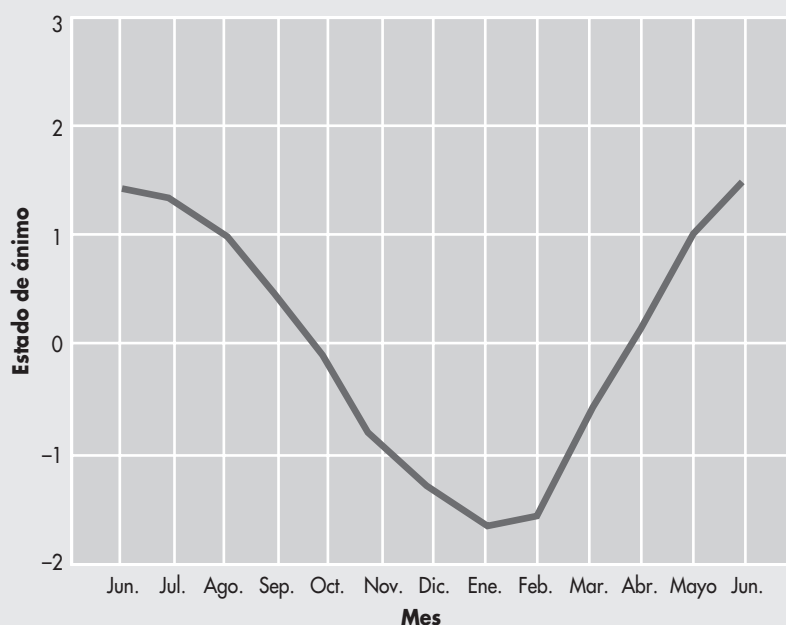


**Figura 11-9** Los pacientes con trastorno afectivo estacional, que tuvieron un seguimiento mínimo de siete años, mostraron este patrón de estado de ánimo promedio durante los meses del año.

FUENTE: Data from P. J. Schwartz y cols., (1996).

característico de la depresión, que por lo regular está acompañado por pérdida de peso y problemas de sueño.

Es más probable que el trastorno empiece al comienzo de la edad adulta, aunque parece que afecta a una cantidad considerable de niños y adolescentes. La mayoría de las personas diagnosticadas con este trastorno son mujeres. El porcentaje es mayor que la proporción 2 a 1 de mujeres en relación con

hombres que padecen trastornos depresivos. Es más probable que las familias de las personas que han sido diagnosticadas con SAD tengan un porcentaje más elevado de trastornos psiquiátricos que lo normal (Kasper y cols., 1989). Los estudios de gemelos demuestran que hay un fuerte efecto genético tanto en el caso de hombres como en el de mujeres (Sher y cols., 1999).

Varias teorías se han enfocado en los procesos fisiológicos. De éstos, los más probables parecen tener relación con la función neurotransmisora. Se piensa que la dopamina, la serotonina y la noradrenalina están relacionadas con el SAD. Otro tema de investigación es el estudio de los ritmos circadianos desfasados (Rosenthal y Wehr, 1992). Los estilos de pensamiento negativo y atribuciones depresivas también pueden prolongar la depresión estacional una vez que se presenta.

La terapia que se recomienda con más frecuencia para el tratamiento del SAD es la fototerapia (terapia de luz). Consiste en la exposición a una fuente de luz de alta intensidad una o dos veces al día por un periodo prescrito. Se sabe que la terapia de luz es muy eficaz para pacientes con síntomas típicos de SAD, y parece no tener efectos negativos a largo plazo aun si se utiliza por siete años o más (P.J. Schwartz y cols., 1996). Sin embargo, no hay acuerdo en cuál es el mejor patrón de exposición a la luz o qué parte de la longitud de onda es la más beneficiosa. Algunos investigadores consideran que la luz intensa temprano en la mañana es la mejor; otros prefieren luz que aumenta gradualmente su intensidad cada día para simular el amanecer. Sin embargo, los que tienen síntomas típicos muestran una mayor mejoría con luz más intensa. Para quienes presentan síntomas atípicos (por ejemplo, tener un patrón reverso de mayor depresión en el verano que en el invierno) la intensidad de la luz parece no tener ningún efecto (Lee y Chan, 1999). Para los pacientes que presentan síntomas severos de SAD, una combinación de tratamiento de luz y el uso de uno de los antidepresivos del grupo SSRI parece producir los mejores efectos a largo plazo (Thorell y cols., 1999).

(FDA) emitió un aviso que advertía que pueden presentarse pensamientos o conductas suicidas después del comienzo del tratamiento con antidepresivos, pero se cree que un evento de este tipo es raro. Cierta evidencia sugiere que estos efectos pueden presentarse en niños y adolescentes.

Al considerar un tratamiento para el trastorno depresivo es importante tomar en cuenta el patrón del trastorno. Con frecuencia, un patrón típico se compone de síntomas iniciales y una evolución hacia el trastorno, seguidos de una reducción de los síntomas sin volver completamente al funcionamiento normal. Si los síntomas aparecen nuevamente, se dice que la persona ha experimentado una **recaída**. Si los síntomas se reducen de manera que la persona regresa a su estado normal, se dice que la depresión está en **remisión**. Durante la remisión puede presentarse una recaída. Sin

embargo, si la remisión continúa por lo menos durante seis meses, se considera que el paciente se ha recuperado. Si se presenta otro episodio de depresión después de la recuperación, a los nuevos síntomas se les llama **recurrencia**. La figura 11-11 muestra estos periodos en forma gráfica.

El uso de antidepresivos, su combinación con psicoterapia u otra terapia psicosocial, o sólo el uso de terapia psicosocial puede diferir en eficacia a lo largo de estos periodos. Se recomienda la **terapia de mantenimiento**, es decir, continuar con los medicamentos por algún tiempo después de que el paciente muestra una mejoría de los síntomas o una remisión, se recomienda para aquéllos que hayan sufrido de tres o más episodios depresivos, que hayan tenido una depresión crónica o cuya depresión es parte de un trastorno bipolar (Prien y Kocsis, 1995). Aunque actualmente los antidepresi-



TABLA 11-7

Principales alteraciones del sueño en la depresión

Sueño poco profundo

- Reducción de las fases 3 y 4 del sueño (Delta)
- Aumento de la fase 1 del sueño
- Mayor sensibilidad al ruido

Sueño fragmentado

- Aumento de los despertares
- Aumento de los cambios de fase
- Reducción de la eficiencia del sueño

Sueño breve

- Reducción del tiempo total de sueño
- Aumento del tiempo para conciliar el sueño
- Aumento del despertar temprano por la mañana

Sueño REM "intenso"

- Aumento de la densidad de REM (aumento del movimiento ocular durante el sueño REM)

REM Sueño avanzado hacia el inicio del sueño

- El sueño REM comienza poco después de conciliar el sueño
- Aumento de la duración y la densidad del sueño REM durante el primer periodo de éste
- Aumento de la proporción del sueño REM durante la primera mitad de la noche

FUENTE: Adaptación de Campbell y Gillin (1987).

vos son el tratamiento a elegir en la fase aguda de un trastorno depresivo mayor, la investigación sugiere que otros tipos de terapia que se analizarán más tarde, ya sea terapia cognitivo-conductual o psicoterapia interpersonal (PTI), pueden ser eficaces para reducir el porcentaje de recaídas después de retirar los medicamentos, o puede ser un sustituto efectivo de los medicamentos durante una remisión. Los estudios han demostrado que la terapia cognitivo-conductual puede ser igual de eficaz que los medicamentos antidepresivos en el caso de pacientes que están severamente deprimidos pero que no requieren hospitalización (DeRubeis y cols., 1999).

Aunque los científicos han aprendido mucho acerca de la depresión, todavía no saben lo suficiente para seleccionar los medicamentos con precisión. Sin embargo, se realiza un progreso constante, como lo sugieren los avances recientes. Un desarrollo prometedor es la creciente razón para creer que la depresión es más un conjunto de síntomas que uno sólo, resultado de actividad neuronal en muchas áreas del cerebro mediadas por varios neurotransmisores. Esto sugiere que los antidepresivos pueden ser mejorados en forma significativa al hacerlos más complejos. Puede ser que se



“Mira que coincidencia: yo también tomo Prozac”

**Figura 11-10** Muchas personas tratan de conseguir recetas para Prozac debido a que se anuncia mucho y se ha escrito tanto sobre él que creen que podría ayudar a ser inmune al estrés.

FUENTE: Del *The Wall Street Journal*, con permiso de Cartoon Features Syndicate.

requiera una mayor complejidad para influir en dos o más neurotransmisores, más que sólo uno (como es el caso en este momento). Por ejemplo, las drogas *duloxetine* y *venlafaxina* influyen en múltiples transmisores que se cree influyen en la depresión. Estos fármacos pertenecen a la clase denominada *inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina y norepinefrina* (SSNRI) porque afectan tanto a la serotonina como a la norepinefrina (Schatzberg y cols., 2003).

**Terapia electroconvulsiva** Uno de los problemas que se presentan cuando se trata un episodio severo de depresión con antidepresivos es el tiempo que pasa entre el inicio de su uso y los primeros signos de mejoría en el estado de ánimo del paciente. Pueden pasar varias semanas antes de que se note un avance. Si hay preocupación por un suicidio, una espera de tres semanas o más puede representar un gran riesgo. En esas situaciones, o en caso de que las drogas no sean eficaces, la terapia electroconvulsiva puede ser el tratamiento adecuado porque produce un efecto más rápido. Es especialmente apropiada para los pacientes severamente deprimidos.

**La terapia electroconvulsiva (TEC)** consiste en producir una serie de breves crisis generalizadas al pasar una corriente por la cabeza del paciente, utilizando dos electrodos colocados en el cuero cabelludo. Un tratamiento de TEC típico implica seis a 12 sesiones con aproximadamente tres sesiones por semana. Aunque no está clara la forma precisa en la que la TEC afecta el proceso de la depresión, produce cambios en el cerebro, en especial en la actividad del hipotálamo (Fink, 1999, 2000). El tratamiento más eficaz para la depresión severa es la TEC y la depresión estudiada que no ha respondido al uso de antidepresivos. Sin embargo, sólo alrededor de la mitad de los casos de depresión estudiados que no respondieron a los antidepresivos sí lo hicieron con la TEC. Este tratamiento también es eficaz para tratar la depresión severa en la que existe una gran cantidad de pensamientos delirantes, y para los que no se puede identificar un evento o eventos que los precipitaran.

Actualmente se ha mejorado la seguridad de la TEC pues se utiliza estimulación de impulsos breves de electricidad que usa sólo alrededor de un tercio del voltaje que empleaban los métodos antiguos. Esta disminución de voltaje reduce el potencial de confusión y la alteración de la memoria. Por lo general, en la actualidad

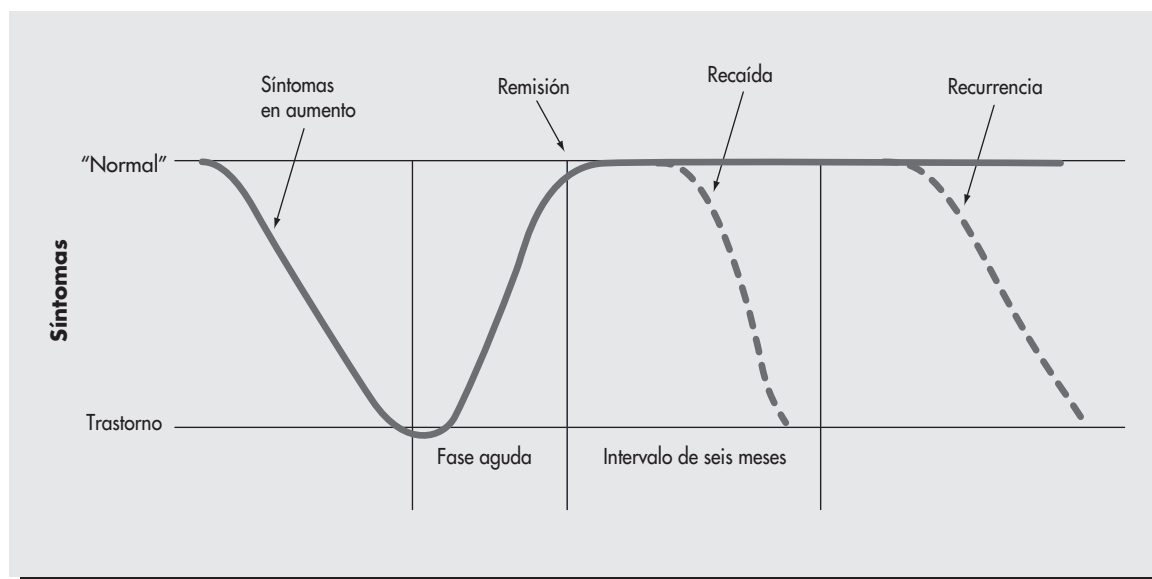


**Figura 11-11** Con o sin tratamiento, los trastornos del estado de ánimo por lo general tienen un patrón episódico. Esto significa que los síntomas aparecen y después de un tiempo disminuyen, ya sea como resultado de un tratamiento o como parte de la evolución natural del trastorno. Si la persona funciona nuevamente en el antiguo nivel "normal", se dice que está en remisión. Si después de alguna mejoría los síntomas vuelven a empeorar, se dice que la persona afectada ha sufrido una recaída. Una recaída también puede ocurrir durante la fase aguda, cuando los síntomas empeoran antes de llegar a la etapa de remisión. Si ésta dura por lo menos seis meses y luego los síntomas vuelven a aparecer, se dice que el paciente ha experimentado una recurrencia más que una recaída.

los electrodos de estímulo sólo se colocan en un solo lado de la cabeza (el hemisferio no dominante, que está lejos de los centros cerebrales primarios del aprendizaje y la memoria). Con estas modificaciones, el procedimiento de la TEC prácticamente no produce pérdida detectable de memoria. Otra manera que con frecuencia funciona bien es la colocación de los electrodos en ambos lados de la parte más frontal de la cabeza. Esta colocación bifrontal parece disminuir la depresión y al mismo tiempo tiene muy poco efecto en la memoria (Fink, 2000). La figura 11-12 presenta un diagrama de la colocación de los electrodos y una variedad de monitores fisiológicos en un paciente antes del tratamiento de TEC.

La TEC sólo se administra después de que el paciente da su consentimiento. Sin embargo, en los casos en los que se considera que no tiene capacidad para dar su consentimiento por la severidad de los síntomas, éste debe obtenerse por medio de una audiencia ante un tribunal en la que el paciente tiene derecho a un representante legal. La TEC tiende a disminuir el tiempo de hospitalización y los gastos médicos.

En ocasiones, la TEC puede producir cambios dramáticos en el estado de ánimo. Norman Endler, un reconocido psicólogo canadiense, describió su experiencia con la TEC después de que tanto los tricíclicos como los inhibidores de la MAO probaron ser ineficaces y de que su depresión siguió incapacitándolo por cinco meses más. Endler se enfrentó a la alternativa de elegir entre la TEC y la hospitalización; se decidió de mala gana por la TEC.

*El doctor Persad nos encontró en el sexto piso a las siete cuarenta y cinco. Trató de tranquilizarme y recuerdo que me dijo que nunca había visto a nadie tan agitado como yo. La perspectiva de la TEC en verdad me asustaba.*

*Beatty [la esposa de Endler] se quedó en el área de espera y el doctor Persad y yo entramos a la sala de la TEC. Me puse la pijama y una enfermera tomó algunos de mis signos vitales, tales como presión arterial, pulso y temperatura. La enfermera y otros asistentes eran amigables y me inspiraban seguridad. Empecé a tranquilizarme. La anestesióloga llegó y me informó que me iba a inyectar. Me pidieron que me recostara sobre una camilla y me llevaron a la sala de la TEC. Eran más o menos las ocho. Me inyectaron con una aguja en el brazo y me pidieron que contara en orden descendente empezando por el 100. Llegué más o menos al 91. Después de eso, todo lo que recuerdo es que estaba en la sala de recuperación y eran como las ocho quince. Estaba ligeramente aturdido y cansado, pero no me sentía confundido. Mi memoria no había sufrido ningún daño. Desde luego que sabía dónde estaba. Poco después de las ocho y media me vestí, bajé al vestíbulo para encontrarme con Beatty y me llevó a casa. Ahí disfruté del desayuno y después me recosté algunas horas. Más tarde en la mañana, me vestí. No sentía dolor, confusión ni agitación. No me sentía ni más ni menos deprimido que antes de la TEC [...] Después del tercer o cuarto tratamiento subí al consultorio del doctor Persad y platicué un rato con él. Me preguntó si había notado alguna mejoría y en qué grado. Yo creía que había mejorado de 35 a 40%. El doctor Persad pensó que la mejoría era más bien de 70 a 75% (Endler, 1990, pp. 74-75).*

Después de completó el quinto y sexto tratamientos, el doctor Endler regresó a su oficina. Ahí estaba la colega que le ayudó a manejar el departamento de psicología de la universidad durante su ausencia.

*Le pedí que se quedara. Contestó que estaría contenta de quedarse siempre que necesitara su ayuda. Temprano por la tarde, Kathy me miró y dijo, "Norm, estás perfectamente bien, no me necesitas aquí". Se fue*

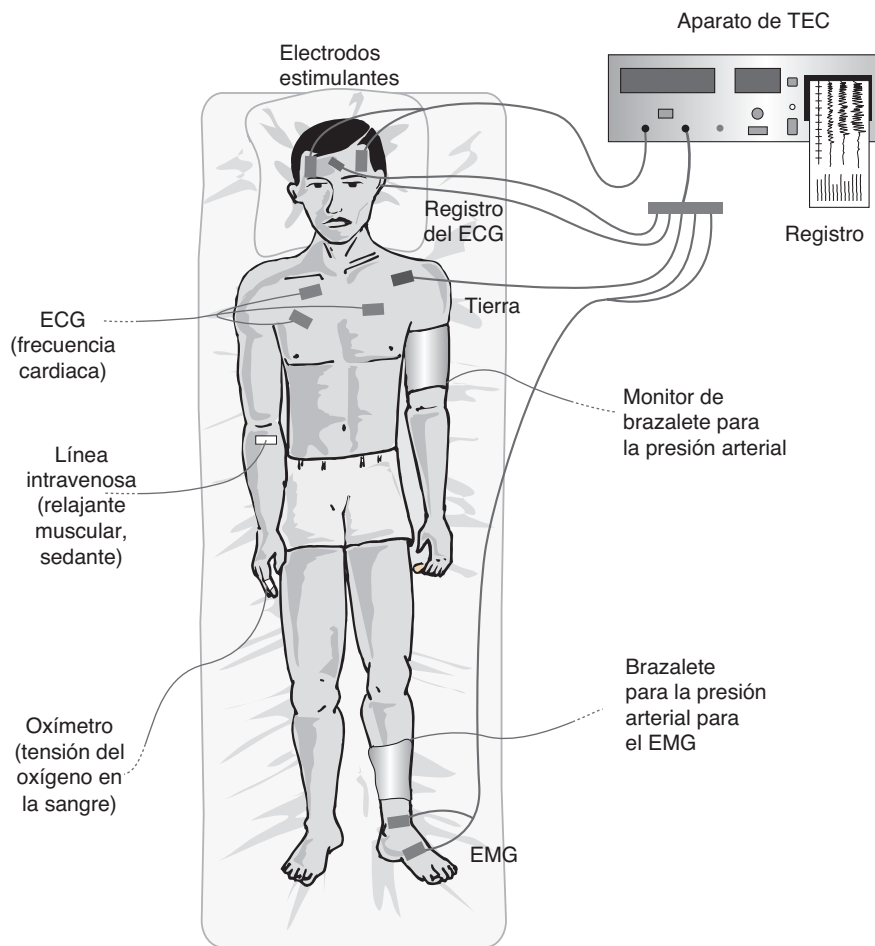


**Figura 11-12** Este diagrama muestra la organización para el TEC y los diversos métodos de monitoreo utilizados para evaluar el estado del paciente durante el tratamiento. En él los electrodos se colocan en ambos lados de la frente, una posición que se piensa disminuye en forma importante los efectos negativos del TEC sin reducir su eficacia.

FUENTE: M. Fink (2000). *Electroshock revisited*. *American Scientist*. 88, p. 165.

y yo me quedé el resto del día. Desde ese momento volví a asumir la dirección por tiempo completo. Un milagro había sucedido en dos semanas. Había pasado de sentirme un minusválido emocional a sentirme bien (Endler, 1990, p. 75).

La TEC sigue siendo un tratamiento importante, eficaz y relativamente seguro para muchos pacientes severamente deprimidos, 50 años después de haber sido desarrollada. En un principio, los pacientes experimentaban molestias debido a los procedimientos empleados, y corrían el riesgo de fracturas de huesos relacionadas con las convulsiones que provocaba el tratamiento. Como consecuencia, la TEC adquirió la reputación de ser un tratamiento inhumano (Kneeland y Warren, 2002). Estos problemas han sido eliminados en la actualidad con el desarrollo de nuevos anestésicos, relajantes musculares y otros avances.

Durante muchos años, haber sido sometido a TEC se sumaba al estigma de tener depresión. En el verano de 1972, el candidato presidencial George McGovern eligió al senador Thomas Eagleton como su candidato a la vicepresidencia. Sin embargo, fue eliminado del programa en cuestión de días cuando aparecieron reportes de que en alguna ocasión había estado deprimido y que se había sometido a TEC (ver la figura 11-13). Una encuesta telefónica llevada a cabo en 2002 descubrió que 24% de los encuestados no



**Figura 11-13** El senador Thomas Eagleton fue descartado como candidato a vicepresidente de la planilla demócrata durante la elección de 1972 después de que se reveló que en algún momento había estado deprimido y había sido sometido a TEC. Después de que dejó la planilla, Eagleton observó que cuando joven, en la década 1930 y 1940, nadie hablaba de la palabra "C" (cáncer), y que en las siguientes décadas nadie hablaba de la palabra "D" (depresión). Sin embargo, la opinión del público sobre la depresión puede estar cambiando. En 2002, el representante Patrick Kennedy, un demócrata de Rhode Island, le dijo a sus electores que había sido diagnosticado y tratado por depresión clínica. A pesar de haberlo admitido, los electores de Rhode Island lo regresaron al Congreso con 67% de los votos.

votarían por un candidato con un trastorno del estado de ánimo, y un porcentaje igual “podrían no votar” por un candidato así (*Psychiatric News*, 1 de noviembre de 2002, p. 8). Además, 25% dijo que consideraba que las personas con trastorno del estado de ánimo son peligrosas, que se podían identificar fácilmente en el lugar de trabajo y que no pueden formar y mantener relaciones estables a largo plazo. Veinte por ciento aseguró que las personas con trastornos del estado de ánimo no deberían tener hijos. Tal vez el estigma de la TEC se reducirá cuando más personas comprendan que en la actualidad la TEC es eficaz y segura, y que probablemente causa menos molestias que ir al dentista.

A pesar de su eficacia, un gran número de pacientes deprimidos no se benefician con la TEC. Los investigadores están explorando la posible utilidad clínica de formas alternativas de estimulación cerebral que pueden contribuir a recuperarse de los trastornos del estado de ánimo. Una de ellas es la *estimulación magnética transcranial* (EMT), que utiliza una bobina electromagnética aplicada al cuero cabelludo. La bobina produce un campo magnético de rápida fluctuación que afecta grupos de neuronas. La evidencia preliminar sugiere que la EMT produce cambios positivos del estado de ánimo y pocos efectos cognitivos y físicos no deseados (Dowd y cols., 2002). Se han realizado estudios de la EMT en relación con varias variables que pueden ser importantes para su utilidad clínica, entre las cuales se incluyen la posición e intensidad del estímulo y el número de estímulos.

## Tratamiento psicológico

Ningún problema de salud mental ha recibido más atención que la depresión. Los trastornos depresivos pueden ser caracterizados como el resfriado común de los problemas de salud mental. Aunque existe creciente evidencia de que con frecuencia la psicoterapia es útil para superar la depresión, la conexión entre los tratamientos específicos y la mejoría clínica no se ha establecido claramente (Lambert y Davis, 2002). Existe investigación considerable que muestra que, por lo regular, la psicoterapia da como resultado porcentajes más bajos de recaída que los tratamientos médicos (Sammons y Schmidt, 2001). Esta elevada prevención de recaída se podría atribuir a los cambios duraderos en los patrones cognitivos y conductuales resultado de la psicoterapia. Esta técnica se utiliza ya sea sola o combinada con terapias biológicas (antidepresivos y TEC) para tratar los trastornos del estado de ánimo.

El punto de vista psicodinámico de la depresión contempla las causas de los problemas de la persona deprimida, y el tratamiento para controlar esos problemas, de forma muy diferente a la perspectiva biológica. Aunque el enfoque psicodinámico, en especial en términos de las primeras teorías psicoanalíticas y los enfoques terapéuticos de Freud y otros, se utiliza muy raramente en la actualidad para tratar el trastorno depresivo, algunas de las ideas básicas de estas teorías han influido en los enfoques terapéuticos actuales (por ejemplo, la terapia interpersonal). Además, la importancia que otorga el enfoque psicodinámico a la relación terapéutica respecto de los resultados clínicos ha recibido apoyos relevantes (Wampold, 2001).

Los teóricos del psicoanálisis sugieren que estos episodios clínicos de depresión se presentan porque los eventos que la provo-

can reviven veladamente en la conciencia, y amenazan la idea de sí mismo y de los demás que se basan en las experiencias de la infancia. Parece que estas suposiciones se relacionan con la creencia durante la infancia de que a uno nunca lo amarán otras personas, nunca llegará a tener valor y siempre carecerá de capacidad para controlar lo que sucede. John Bowlby, un psicoanalista británico, fue uno de los teóricos más prominentes que hizo hincapié en la importancia de la pérdida o separación en la infancia en el desarrollo posterior. Bowlby (1980) creía que las experiencias de la infancia que contribuían a estos sentimientos no son eventos aislados, sino que se desarrollan a partir de patrones a largo plazo de la interacción familiar.

La investigación apoya el punto de vista de que una combinación de experiencias traumáticas en la infancia y eventos estresantes externos agudos en la edad adulta se relacionan con la aparición de un episodio depresivo mayor (Alnaes y Torgersen, 1993). El siguiente caso ilustra la forma en que las experiencias pasadas pueden contribuir a la depresión y ansiedad en el presente:

*Una mujer deprimida afirmó que había tenido conciencia de los síntomas cuando ya no pudo continuar con su trabajo y sintió que era una fracasada. Esta explicación era en parte cierta, pero no describe su situación real. Más adelante se descubrió que había empezado a sentirse ansiosa y disfórica cuando su jefe, de quien dependía su sentido de valor [...] contrató a otra asistente. Esto amenazó la condición especial imaginaria de la paciente ante su jefe y la hizo suponer que éste favorecería a la empleada nueva, que en forma equivocada percibía como más capaz, atractiva y agradable que ella. Gran parte de esta reacción era una recapitulación de los sucesos que rodearon el nacimiento de un hermano menor cuando la paciente tenía cinco años de edad. Al igual que en su niñez, intentó volver a captar la preferencia del padre al trabajar cada vez más, con el objeto de obtener reconocimiento y seguridad.*

*Sin embargo, al contrario que su padre, el jefe no reconoció su esfuerzo lo suficiente, lo que provocó que se concentrara aún más en su trabajo, hasta que se volvió demasiado para ella. Por lo tanto, se deprimió como resultado del trabajo excesivo; no obstante, la iniciativa de hacer cada vez más había sido suya y la razón básica para hacerlo era volver a ocupar el lugar de favorita del jefe/padre (Bemporad y Vasile, 1990, pp. 57-58).*

Con la ayuda del terapeuta, la cliente empezó a comprender en forma gradual que sus creencias se habían originado en la infancia. A medida que comenzaba a darse cuenta de sus puntos de vista distorsionados, aparecieron otras distorsiones en sus reacciones hacia el terapeuta, las cuales se conocen como “distorsiones de transferencia”, porque la cliente reaccionó ante el terapeuta como si éste se comportara como su padre, aunque éste no era el caso. A pesar de que no se daba cuenta de que lo hacía, empezó a considerar al terapeuta como una figura paterna. Pero éste, en lugar de representar un papel paternal como ella lo esperaba, le ayudó a identificar y analizar sus reacciones anticipadas. Conforme estos antiguos supuestos comenzaron a cambiar, la cliente pudo sentirse a gusto con la idea de que la perfección, ya sea desde el punto de vista de uno mismo o de los demás, no es necesaria para la felicidad ni el amor.



Dos ingredientes de la terapia psicodinámica, la expresión de sentimientos y emociones reprimidas, y el apoyo que proporciona el terapeuta, podrían ser especialmente importantes para lograr resultados terapéuticos positivos. Existe cierta evidencia de que la combinación de estos dos factores a veces produce beneficios imprevistos para recuperarse de la depresión (Tang y cols., 2002).

**Psicoterapia interpersonal** El interés actual en las terapias a corto plazo se enfoca en una variación de la terapia psicodinámica, la **psicoterapia interpersonal (PTI)**. La psicoterapia interpersonal se desarrolló inicialmente para prevenir la recaída después de un episodio agudo de depresión que había sido tratado con antidepresivos. Desde ese momento se ha convertido en una intervención psicoterapéutica muy investigada, útil tanto en el tratamiento de la depresión aguda como la prevención de la recaída de quienes se están recuperando de un episodio depresivo mayor (Stuart y O'Hara, 2002; Swartz y cols., 2002).

La PTI ayuda a una persona deprimida a resolver problemas que puedan tener con otras personas. Dichos problemas pueden incluir disputas, sentirse aislado, cambio de papeles o lidiar con dolor después de perder a un ser amado. A veces los problemas con otras personas pueden provocar depresión. Resolver esos problemas ayuda a recuperarse. Sin embargo, aun si la depresión es provocada por otra causa, resolver problemas que incluyen a otras personas puede ayudar (ver la figura 11-14). Los terapeutas interpersonales están interesados en 1) los detalles de las relaciones interpersonales del paciente, y 2) la exploración de sus opciones para lidiar con los problemas interpersonales.

La psicoterapia interpersonal se enfoca en enseñar a las personas a ser más eficaces socialmente como una forma de mejorar sus relaciones con las personas que aman. Integra la perspectiva psicodinámica (que destaca las experiencias de la infancia) tanto con la perspectiva cognitivo-conductual (que hace hincapié en los estresores psicosociales actuales, como los conflictos maritales cróni-

cos) como con la evidencia basada en la investigación para conectar las dificultades en el ambiente social inmediato con la aparición de la depresión. La PTI funciona bien cuando se usa en conjunto con antidepresivos, y se ha demostrado que es eficaz tanto para disminuir los síntomas depresivos como para prolongar el periodo de remisión en el caso de personas con antecedentes de depresiones recidivantes (Stuart y O'Hara, 2002). En la actualidad, con la terapia cognitivo-conductual, la PTI es una de las terapias psicológicas más eficaces utilizadas para tratar la depresión.

## La perspectiva humanista-existencial

En tanto que las ideas de los teóricos humanistas y existencialistas por lo regular se combinan en una **perspectiva humanista-existencial** porque tienen muchas similitudes, los teóricos de estos dos grupos difieren un poco en sus aspectos importantes. Los teóricos existencialistas tienden a enfocarse en la pérdida de autoestima, mientras que los humanistas lo hacen en las discrepancias entre los puntos de vista de una persona sobre el ideal y su yo actual.

Los teóricos existencialistas, en lugar de otorgar relevancia a la pérdida de un objeto amado o una persona importante como la causa central de la depresión, sostienen que la pérdida puede ser simbólica o real (poder, rango social o dinero, por ejemplo). Ya sea que el objeto perdido sea real o simbólico, la pérdida en sí no es tan importante como el cambio en la autoevaluación de la persona como resultado de ella. Muchas personas basan el concepto que tienen de sí mismas en quiénes son y qué tienen: soy el líder del equipo de ensamblaje de la fábrica; soy el jefe; soy miembro de un club atlético exclusivo; soy el esposo de una famosa estrella de cine. Las identificaciones de este tipo ofrecen una verificación externa del valor de la persona en su mente.

Los teóricos humanistas, como Carl Rogers (1951, 1980), hacen énfasis en la diferencia entre el yo ideal de una persona y su percepción del estado real de las cosas como la fuente de depresión y ansiedad. Creen que es probable que la depresión emerja cuando la diferencia entre el yo ideal y el real se hace tan grande que la persona no puede tolerarla. Esta discrepancia ocurre con frecuencia, en especial entre las personas que tienen grandes aspiraciones de logro y que tratan de cumplir con varios papeles en forma simultánea. Un ejemplo de este problema es el dilema que enfrentan muchas mujeres hoy en día. Es probable que ellas traten de cumplir con varios papeles: una carrera exitosa, una esposa que maneja el hogar con eficacia y una madre que proporciona a sus hijos la atención adecuada. En una situación así, es inevitable que cada papel no se desempeñe en su potencial más elevado y, por lo tanto, que la discrepancia entre el yo ideal y el real en cada uno de los papeles sea difícil de manejar y es posible que provoque estrés y sentimientos depresivos, así como una probable depresión clínica en las mujeres que son en especial vulnerables.

## Perspectiva conductual

Los conductistas ven la depresión en términos de las capacidades de las personas para lograr reforzamiento social y sus formas típicas para lidiar con las situaciones estresantes. Cuando las personas de-

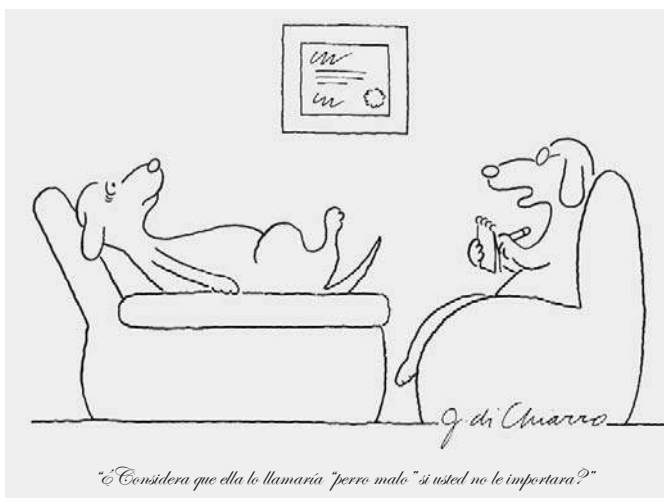


**Figura 11-14** Si hubiera una terapia interpersonal para perros, esta caricatura reflejaría ese enfoque. La terapia interpersonal ayuda a las personas a examinar sus relaciones conflictivas o que provocan ansiedad con los demás.

FUENTE: Del *The Wall Street Journal*, con permiso del Cartoon Features Syndicate.

primidas se encuentran en situaciones estresantes, tienden a afrontarlas mediante la postergación (buscar más información antes de tomar alguna acción) y el intento de obtener apoyo emocional por parte de otras personas. La necesidad excesiva de apoyo puede hacer que los demás se sientan incómodos y culpables. Es probable que además las personas deprimidas se quejen con frecuencia para ganar simpatía y afecto. Después de un tiempo es posible que quienes se encuentran en el lado receptor empiecen a sentirse molestos o frustrados. Con el tiempo se forma un círculo vicioso en el cual la demostración de los síntomas de la persona deprimida y la frustración de las personas que la acompañan aumentan hasta el punto en que los demás empiezan a decir, “Si lo intentaras, podrías sentirte mejor,” “¡Nadie tiene por qué actuar así!”. Estas afirmaciones sólo sirven para empeorar una situación que ya es negativa. Dichos sentimientos de frustración, ya sea que se expresen o no, son quizá una razón por la cual las personas tienden a evitar la compañía de personas deprimidas.

A pesar de que en muchos casos las personas deprimidas parecen tener un panorama negativo de sus interacciones con los demás, existen evidencias considerables de que también provocan una impresión negativa en otras personas debido a los déficit en sus habilidades sociales (Dowd, 2002). Se produce una espiral negativa. Las personas deprimidas no sólo son propensas a pensar que los demás responden ante ellas de manera negativa, sino que es más probable que las otras personas respondan en forma negativa debido a la carencia de habilidades sociales por parte de la persona deprimida.

## Tratamiento conductual de la depresión

Debido a que las personas deprimidas con frecuencia carecen de las habilidades necesarias para desarrollar relaciones satisfactorias con los demás, un enfoque conductual para solucionar este problema es mediante la capacitación en habilidades sociales. La **capacitación en habilidades sociales** consta de varias etapas. Primero, a los clientes se les enseñan habilidades verbales y no verbales básicas. Una vez que éstas han sido aprendidas, los clientes practican de manera gradual utilizando los principios básicos. Después, a los clientes se les asignan “tareas” en las cuales el objetivo es adaptarse a la nueva habilidad para que sea útil en el entorno diario. También se les capacita para que sean más receptivos sobre las señales que emiten otras personas dentro del entorno y aprenden cómo cambiar su propia conducta en respuesta a ellas. Por último, los clientes aprenden a adoptar criterios realistas para evaluar su desempeño y se les enseñan técnicas de autorrefuerzo. El siguiente caso ilustra la efectividad de la capacitación en habilidades sociales:

*La señorita S.J. es una mujer soltera de 43 años de edad con maestría en química. Durante varios años ha trabajado como asistente en un laboratorio. Llegó a la clínica quejándose de a) estado de ánimo triste, b) poca energía, c) dificultad para tomar decisiones, d) sensación de que no valía nada, e) pesimismo por el futuro y f) culpa por su pasado sin éxito. Estuvo involucrada en una relación íntima que duró tres años, que terminó hace poco tiempo. Este suceso reavivó los síntomas de depresión y el temor de que este nuevo episodio fuera tan malo como uno que tuvo lugar diez años antes.*

*La representación de papeles estandarizada reveló dificultades para demostrar afirmación positiva y negativa, así como para tener una buena conversación. No podía decir un cumplido a otra persona, en especial a un hombre y no podía tocar a nadie [...]*

*El primer objetivo del tratamiento clínico fue el saludo a las personas. La representación de papeles se concentró en hacer contacto visual con otra persona al decir “hola, soy Sara” y sonreír. Este comportamiento contrastaba en gran medida con su estilo actual de evitar el contacto visual, no sonreír y hablar sólo si se le hablaba de manera directa [...]*

*A medida que comenzó a mejorar su estabilidad, se agregó la conducta de tocar a la persona. Primero se emplearon representaciones de papeles a la inversa y su respuesta inicial cuando se le tocaba la mano era sentir mucho temor, quedarse callada y alejarse lo más rápido posible. Se llevaron a cabo varias prácticas junto con una tarea [...] Después de una semana de datos de observación, le sorprendía la frecuencia con que la gente se toca [...]*

*Se repitieron las representaciones de papeles en las conversaciones para agregar el contacto físico. Después de varias repeticiones, se sintió cómoda y empezó a disfrutar del contacto. Antes de la primera tarea, se le enseñaron dos comportamientos de conversación: en primer lugar, nunca portaba un gafete con su nombre porque creía que si alguien en realidad quería conocerla, lo investigaría. Y segundo, siempre se colocaba donde no estorbaba el paso de otras personas [...] Asistió a sus reuniones con instrucciones de a) presentarse a sí misma y decir “hola, soy Sara” a todos, b) ponerse el gafete con su nombre, c) colocarse en áreas donde pasara mucha gente y d) sonreír al saludar y al despedirse [...]*

*Esta tarea dio como resultado una respuesta sorprendente. La gente fue amigable con ella, la incluyó en sus conversaciones y la hizo participar en algunas de sus actividades [...] Fue tal el éxito para ella, que se preguntó por qué no lo había hecho antes (Becker, 1990, pp. 99-100).*

Los terapeutas que utilizan el enfoque de la capacitación en habilidades sociales generalmente encuentran que funciona bien con los clientes deprimidos (Becker, 1990; Dowd, 2002). La representación de papeles es necesaria para que el cliente obtenga la práctica necesaria a fin de utilizar los nuevos comportamientos en las situaciones reales que asignadas como tarea. A su vez, la práctica que se obtiene de estas tareas es crítica para el éxito en el aprendizaje de nuevos hábitos.

## Perspectiva cognitiva

Quizá las teorías psicológicas sobre la depresión que tienen mayor influencia en la actualidad se derivan de la perspectiva cognitiva. De acuerdo con este punto de vista, las personas que están deprimidas regularmente perciben las causas de los eventos en una forma que no es favorable para ellas. Por ejemplo, una persona que no recibe el ascenso que esperaba quizá piense: “No valgo nada. Todos tienen un concepto muy pobre de mí. Si no fuera así, me habrían escogido para el puesto”. Es probable que una segunda persona en la misma situación piense: “Eligieron a R. para el puesto que deseaba porque tiene más experiencia en las negociaciones. Sé que yo podría haber hecho el trabajo, pero mis cualidades no parecen tan impresionante en un papel”. La primera atribución causal es más característica de la depresión que la segunda.

TABLA 11-8

## Temas tratados con frecuencia en las sesiones de terapia cognitiva

1. Creencias sobre uno mismo, el mundo y el futuro
2. Cómo se organizan e interpretan las experiencias
3. Distorsiones cognitivas, como:
  - Llegar a conclusiones arbitrarias
  - Sobregeneralizar
  - Sobreestimar o subestimar el significado de un evento en particular
  - Enfocarse en un solo detalle, mientras se ignoran otros aspectos más importantes, de una situación
  - Colocar experiencias en categorías de todo o nada (como *bueno o malo*)
  - Personalizar las situaciones (verlas como relevantes para la persona cuando probablemente no sea el caso)

La presencia de **esquemas** o formas de codificar e interpretar la conducta puede ser una de las causas de las interpretaciones negativas injustificadas. Se cree que estos esquemas se originan en los primeros años de vida pero su influencia continúa hasta la edad adulta. Las técnicas de terapia cognitiva se utilizan para contrarrestar los efectos de estos esquemas, y para ayudar al cliente a crear nuevas propuestas de conducta y alterar los esquemas para hacerlos más adaptativos. La tabla 11-8 menciona algunos de los temas más importantes que manejan los terapeutas cognitivos. Aaron Beck (1967, 1976; Beck y cols., 1979), el más influyente de ellos, caracteriza las creencias que una persona mantiene en relación con el yo, el mundo y el futuro como la **triada cognitiva**.

Una persona que está deprimida malinterpreta los hechos de manera negativa, se enfoca en los aspectos negativos de cualquier situación, y también tiene expectativas pesimistas y sin esperanza sobre el futuro. Beck cree que una persona ansiosa se preocupa por

lo que *puede* suceder y *si* será capaz de enfrentarlo. En contraste, la persona deprimida piensa en cómo ha fallado antes, en lo terrible que será el futuro y que será *incapaz* de controlarlo o mejorarlo. Beck afirma que una persona deprimida culpa a sus defectos personales de cualquier desgracia. La conciencia de esos supuestos defectos se vuelve tan intensa que oscurece por completo cualquier concepto positivo de sí mismo. Cualquier situación ambigua se interpreta como una evidencia de un defecto, incluso cuando existen más explicaciones posibles.

Beck también considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce la autoestima. Cada encuentro con otra persona se convierte en una oportunidad de una autoevaluación negativa. Por ejemplo, al hablar con otros, la persona deprimida piensa: “No soy un buen conversador. No soy tan interesante como otras personas”. Beck cree que la tendencia a tener estos pensamientos negativos tal vez se relacione con formas particulares de evaluar las situaciones que provienen de experiencias durante la infancia. Estos esquemas afectan todos los elementos de la triada cognitiva en la vida posterior.

**Procesos de atribución y depresión** Una de las maniobras cognitivas que Beck analiza es la **atribución** o asignación a una causa. Él predice que las atribuciones de las personas deprimidas serán personales, es decir, las personas deprimidas se culparán a sí mismas por cualquier cosa mala que suceda. Cuando sucede algo bueno, por lo general se atribuye a la suerte. Por ejemplo, una mujer no se sentía especialmente complacida cuando se aceptó para su publicación un cuento corto que había escrito; atribuyó esta aceptación a la buena suerte. Por otra parte, cuando rechazaron uno de sus artículos, estaba afligida porque creía que el rechazo se debía a ella. La mayoría de las personas que no están deprimidas hacen lo contrario: aceptan la responsabilidad por los sucesos positivos en su vida y tienden a culpar a los demás cuando las cosas no salen bien. La figura 10-15 ilustra la diferencia en el pensamiento de atribución. El enfoque atribucional de la depresión no afirma que el estilo de atribución por sí solo sea suficiente para provocar la depresión. El estilo de atribución es especialmente importante só-

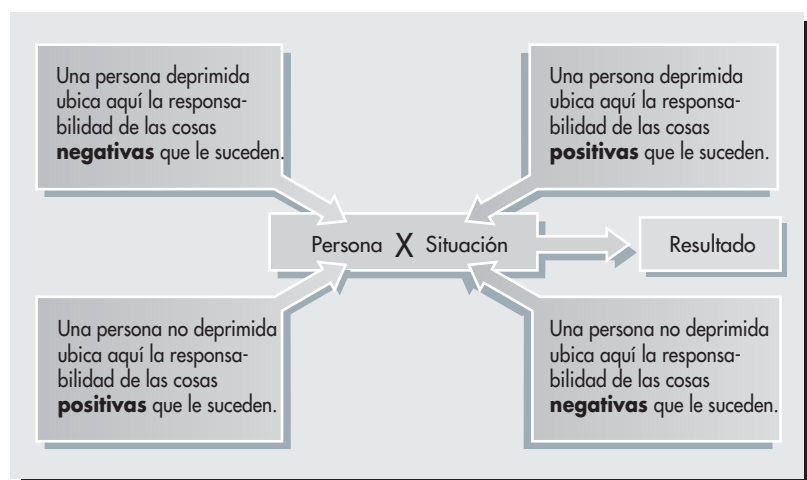


**Figura 11-15** Se considera que el proceso de atribución difiere entre las personas deprimidas y las no deprimidas. La responsabilidad personal que toman las personas deprimidas para las cosas negativas en su vida puede tener el efecto de prolongar su depresión.

lo cuando la persona experimenta sucesos intensos o con frecuencia negativos en su vida (Abramson y cols., 1989).

Las personas deprimidas parecen sentirse incapaces de controlar su entorno. Creen que, sin importar lo que hagan, no podrán transformar las cosas. Es posible que esas personas aprendan a sentirse desamparadas como resultado de ciertas situaciones que enfrentaron en el pasado. La investigación del concepto de **inde-fensión aprendida** pronto demostró que algunas personas se sienten por lo general indefensas y otras se sienten así sólo en determinadas situaciones. La explicación de esto parece encontrarse en la clase de atribuciones que las personas dan a las situaciones estresantes (Seligman, 1974, 1975).

## Terapia cognitivo-conductual

Las ideas de la terapia cognitiva se han combinado con otros enfoques terapéuticos. Más adelante en este capítulo se revisa la investigación en la que la terapia cognitiva ha sido utilizada de manera exitosa en combinación con antidepresivos. Las ideas cognitivas también se han integrado con las técnicas conductuales en el tratamiento de la depresión. La proporción de técnicas cognitivas y conductuales que se utilizan depende de las capacidades y el grado de depresión del cliente, así como de las metas de la terapia. En general, entre más deprimido esté el cliente, es más probable que el terapeuta utilice técnicas conductuales al comenzar el proceso del tratamiento. Se les enseña a los clientes a que ellos monitoreen sus experiencias, esto es, que observen lo que les causa placer y sentimientos de dominio y qué es lo que deteriora su estado de ánimo. Con base en esta información, se les pueden asignar tareas graduales para ayudarlos a aumentar su motivación para ocuparse en actividades o situaciones que pueden ser potencialmente gratificantes. El término **terapia cognitivo-conductual (TCC)** se utiliza para referirse a la fusión de estos enfoques psicológicos. El objetivo principal del TCC en personas deprimidas consiste en ayudarlas a pensar de manera más adaptada y como resultado, experimentar cambios positivos en su estado de ánimo (A.C. Butler y Beck, 1996).

A menudo, mediante TCC se les enseña a los pacientes a monitorear y registrar sus pensamientos negativos. Se hace especial hincapié en los **pensamientos automáticos**, ideas recurrentes que llegan a la mente de la persona casi como un hábito más que como una respuesta específica a lo que sucede en ese momento. Para que la terapia cognitiva sea eficaz, el cliente debe poder identificar estos pensamientos automáticos en el momento en que ocurren. Los terapeutas utilizan varias técnicas para ayudarlos a identificar esos pensamientos, incluyendo preguntas directas, pidiéndoles que usen imágenes para evocar pensamientos o producirlos por medio de representación de papeles. Estos pensamientos automáticos son importantes porque son la conexión entre un evento externo y la reacción del cliente ante éste. Sin embargo, debido a que estos pensamientos ocurren tan rápidamente y con tanta frecuencia, por lo regular pasan inadvertidos. Después de que los clientes aprenden a identificar estos pensamientos, se les pide que mantengan un registro diario de ellos. El registro incluye notas sobre las situaciones, emociones, pensamientos automáticos y el resultado. Después, el cliente y el terapeuta utilizan los registros

para abordar estos pensamientos como una hipótesis comprobable. De esta manera el cliente aprende que su punto de vista de la realidad puede ser bastante diferente de la realidad en sí. El terapeuta puede ayudar a cambiar el pensamiento disfuncional y de esa manera aliviar la depresión, al desafiar partes del sistema de creencias del cliente.

Las sesiones de terapia cognitivo-conductual tienden a ser activas, estructuradas y enfocadas en problemas específicos. Por lo regular implican revisar el estado de ánimo y síntomas del cliente en ese momento, establecer una agenda para la sesión y revisar las tareas que fueron acordadas durante la sesión anterior, un análisis de los temas de la agenda, acuerdo sobre la nueva tarea y retroalimentación del cliente sobre la sesión. Por lo regular se espera que la terapia incluya alrededor de 16 sesiones. En general se presenta una mejora por lo menos en la duodécima sesión. Con frecuencia los clientes regresan por unas sesiones de estímulo durante el primer año después de completada la terapia.

A pesar de que los clientes pueden identificar los pensamientos automáticos y reconocer y corregir sus distorsiones cognitivas, son vulnerables a un regreso de la depresión si no modifican sus esquemas desadaptados iniciales. El terapeuta trata de conectar las experiencias pasadas con emociones presentes al investigar la infancia del cliente e identificar los eventos relacionados con el inicio de dificultades de los problemas con la depresión. Por ejemplo, Michelle fue a la clínica después de dejar de trabajar y de que solamente salía de casa para ir de compras (J.E. Young y cols., 1993). Su depresión parece haber empezado cuando, después de ir a ver al ginecólogo, se enteró de que no estaba embarazada. Reportó haber estado felizmente casada hasta unos meses antes, y que era una exitosa vendedora de bienes raíces. También afirmó que se sentía como una persona sin valor, no querida y poco apreciada.

Su depresión disminuyó después de un periodo de tratamiento en el que aprendió a identificar y probar sus pensamientos disfuncionales y de completar sus tareas de manera exitosa. En ese punto el terapeuta empezó la fase del tratamiento enfocada en los esquemas, para ayudar a prevenir una recurrencia:

*Los recuerdos de Michelle respecto de su vida familiar temprana eran imprecisos. Recordaba a su padre como una persona muy brillante y un buen proveedor que “casi nunca estaba”. Ella recordaba a su madre como gentil pero aparentemente pasiva. Durante su crecimiento no pudo confiar en ninguno de los dos por miedo a crear enojo, ridículo o “algo peor”, en especial por parte de su padre. Su hermana, dos años menor que ella, era la favorita de sus padres “y sigue siendo la consentida”.*

*Michelle no reportó ningún episodio depresivo “verdadero” hasta que empezó a salir en citas y empezó a experimentar sentimientos de “sentirse terriblemente sola y excluida” cuando sus relaciones se deterioraban. Las preguntas adicionales sobre su pasado y su experiencia anterior con psicoterapia revelaron varios episodios menores de depresión y por lo menos un episodio depresivo mayor. Las fluctuaciones percibidas o reales en su relación con Jim, su esposo, parecían haber desencadenado muchas de sus reacciones depresivas, durante su matrimonio y su noviazgo. Su anterior depresión mayor fue desencadenada porque Jim anunció, después de meses de noviazgo, que iba a romper con ella (J.E. Young y cols., 1993, pp. 269-270).*



El terapeuta trabajó para cambiar los esquemas de Michelle mediante el examen de la evidencia de sus sentimientos sobre la posibilidad de que su esposo la abandonara:

**T:** *Basados en algunos de los esquemas que analizamos, sentirte defectuosa o sentir que las personas te van a abandonar, ¿es posible que hayas tendido a exagerar lo poco que le atraes a Jim?*

**M:** *Sería maravilloso si fuera cierto, pero no lo creo.*

**T:** *Veamos, ¿qué podrías mencionar como evidencia de que está encariñado y comprometido contigo?*

**M:** *Él dice que me ama. A menudo está contento de verme, de estar cerca de mí... Me elogia cuando salimos, por lo cual sé que le atraigo. Me compra regalos muy bonitos (anillos, joyería, bolsos) y salimos los fines de semana. Me pregunta adónde quiero que vayamos de vacaciones. Creo que sí piensa en mí.*

**T:** *¿Hay alguna evidencia de que te vaya a abandonar? ¿Te ha abandonado en alguna ocasión o te ha amenazado con irse?*

**M:** *Durante nuestro noviazgo me abandonó varias veces*

**T:** *¿Y desde que se casaron?*

**M:** *No, desde que nos casamos no, jamás me ha abandonado*

**T:** *¿En algún momento te habló sobre abandonarte?*

**M:** *No.*

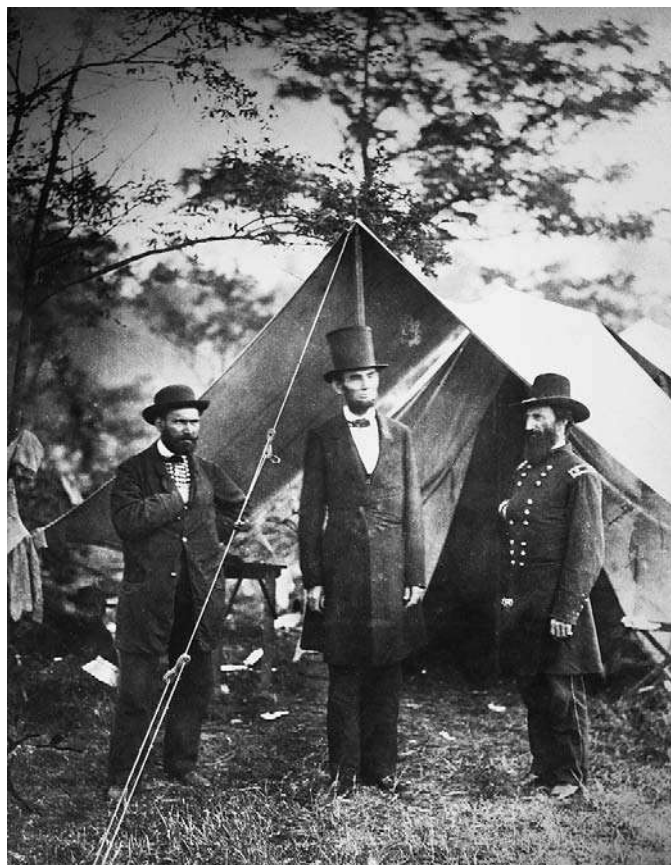
(*ibid.*, pp. 272-273)

El terapeuta también le pidió a Michelle que imaginara diálogos con su padre en el que ella expresaba enojo hacia él por haberla hecho sentirse abandonada. Esto le ayudó a ver la conexión entre esos sentimientos y cómo sus esquemas fueron activados, tanto con su esposo como en sus sesiones con el terapeuta.

## Perspectiva de la vulnerabilidad y la resiliencia

Hemos examinado los aspectos biológicos y psicológicos de la depresión. Los factores biológicos tales como la herencia, la actividad neurotransmisora, la estructura cerebral y el metabolismo deben ser considerados en los casos de depresión. También se deben evaluar los factores psicológicos como las ideas erróneas acerca de las causas de los eventos y la fuerza de las relaciones de apoyo. Tanto los factores biológicos como psicológicos contribuyen a la vulnerabilidad y a la resiliencia. Con frecuencia, juntas determinan el resultado cuando las personas enfrentan estresores ambientales (o lo que por lo regular llamamos eventos de vida negativos). Es muy probable que los eventos estresantes de gran relevancia personal, en especial aquellos que ocurren en un contexto de problemas crónicos o dificultades continuas y bajos niveles de apoyo, den como resultado la depresión.

Dos líderes nacionales son ejemplos de vulnerabilidad y en especial de resiliencia: uno, un presidente estadounidense del siglo XIX, Abraham Lincoln, y otro el Primer Ministro de Gran Bretaña del siglo XX, Winston Churchill (ver figura 11-16). Abraham Lincoln podía funcionar de manera eficaz en medio de un gran estrés



(a)



(b)

**Figura 11-16** A pesar de su tendencia a la depresión profunda, Abraham Lincoln y Winston Churchill llevaron de manera exitosa a sus países a través de períodos donde la sobrevivencia nacional estaba en juego. (a) Lincoln, en 1862, habla con dos oficiales en el campo de batalla de Antietam Creek durante la Guerra Civil. (b) Churchill inspecciona la destrucción después del bombardeo de la fuerza aérea nazi en Bristol, Inglaterra, en 1941.

(a pesar de toda una vida de lo que ahora se conoce como episodios depresivos mayores) para guiar con éxito a los Estados Unidos a través de uno de sus más difíciles periodos, la Guerra Civil. En 1841, Lincoln le escribió a su socio en Washington DC lo siguiente: “Si lo que siento pudiera ser repartido equitativamente entre toda la especie humana, no habría un rostro alegre sobre la Tierra. No les podría decir si estaré mejor en algún momento. Tengo el terrible presentimiento de que no.” (citado en Grinker, 1979).

A pesar de su temor por el futuro, Lincoln, por supuesto, continuó. Sin embargo, aun durante su presidencia experimentó periodos de depresión. La terrible pérdida de vidas en la Guerra Civil y las derrotas de las fuerzas de la Confederación en la primera parte de la guerra lo afectaron de manera notable. Durante este periodo, el público y muchos de los miembros del congreso se pasaron a la oposición y dudaron de su liderazgo. Sus visitas a los heridos en los hospitales militares también lo alteraban bastante. Con frecuencia se sentaba y estaba callado, “su espíritu lleno de tristeza”. Se sentía culpable y lleno de reproches para sí mismo, quería morir y soñaba con asesinatos.

La vida personal de Lincoln también estaba llena de eventos negativos. No era feliz en su matrimonio con Mary Todd, su esposa, quien fue criticada amargamente y calumniada por la sociedad de Washington, y dos de sus hijos murieron en la infancia. Los primeros años de su vida también fueron difíciles: creció en pobreza extrema, su madre murió cuando él era joven y su padre lo trataba duramente. A pesar de esas condiciones adversas, y de sus episodios de depresión, Lincoln mostró asombrosa resiliencia, tratando de educarse, convertirse en un abogado y político exitoso, ser elegido para el Congreso y la Presidencia y convertirse en uno de los presidentes estadounidenses más respetados.

Winston Churchill, aun cuando tenía un historial de crisis de depresión, alcanzó la cima del liderazgo durante la Segunda Guerra Mundial con base en su buen juicio, coraje y la capacidad para inspirar a los ciudadanos de su país. Había sufrido depresiones en varios momentos de su vida, por ejemplo, cuando fue prisionero de guerra en África durante la Guerra Boer y durante una campaña militar desafortunada que organizó en la Primera Guerra Mundial. En sus escritos, Churchill se refirió a su vulnerabilidad a la depresión como su “perro negro”. Sin embargo, durante la mayor parte de su vida la evitó con éxito. Durante las horas de vigilia rara vez estaba inactivo. Jamás intentó “relajarse” y prefería trabajar hasta que se iba a la cama (a menudo a las tres de la mañana). En periodos en los cuales no ejercía un puesto público se concentraba en la pintura y otros proyectos cuando la depresión lo amenazaba. Churchill peleó de manera activa y venció su tendencia hacia la depresión (Storr, 1969).

## Tratamiento combinado de la depresión

¿Qué es lo que se sabe sobre los diferentes tipos de tratamiento contra la depresión y las comparaciones entre ellos? Las limitaciones prácticas en términos de costo hacen imposible comparar todos los tipos de tratamiento e investigar sus efectos en todos los tipos de depresión. Hasta el momento, los esfuerzos de investigación más in-

tensos dirigidos a comparar los resultados de los diferentes enfoques terapéuticos se han concentrado en el tratamiento de personas que experimentan episodios depresivos graves (o que han experimentado varios de estos episodios).

El Programa de Investigación Cooperativa para el Tratamiento de la Depresión, fundado por el National Institute of Mental Health, es un estudio ambicioso e integral sobre la eficacia relativa de los medicamentos antidepresivos y de diferentes tipos de terapias psicológicas para el trastorno depresivo mayor (Elkin 1994; Elkin y cols., 1989). Este estudio fue realizado en tres lugares, en cada uno de los cuales se utilizaron protocolos de investigación idénticos. Hubo cuatro condiciones de tratamiento: 1) terapia cognitivo-conductual (TCC); 2) psicoterapia interpersonal (PTI); 3) el antidepresivo imipramina, combinado con manejo clínico; y 4) un placebo combinado con manejo clínico. (El “manejo clínico” se refiere a la atención normal que se les da a los pacientes que no son parte de un estudio especial. Incluye reuniones de apoyo con un clínico y revisiones de los síntomas y su evolución). Se inscribieron un total de 250 pacientes en el estudio. Cada lugar asignó en forma aleatoria a los pacientes a cada una de las cuatro condiciones de tratamiento. Todos ellos habían sido diagnosticados con un trastorno depresivo mayor. En cada una de las dos evaluaciones durante un intervalo de dos semanas, antes de ser admitidos en el estudio. Este procedimiento se utilizó para asegurar que los síntomas observados fueran relativamente estables a lo largo del tiempo. Se planeó que todos los tratamientos tuvieran una duración de 16 semanas y que incluyeran de 16 a 20 sesiones.

Las cuatro condiciones de tratamiento provocaron una reducción significativa de los síntomas de la depresión y la mejoría del funcionamiento general después del tratamiento. Sin embargo, los diferentes tratamientos presentaron pocas diferencias estadísticas significativas en términos de los resultados. Uno de los problemas del estudio de colaboración fue que el número de condiciones que se debían tratar y el número de lugares era muy grande en comparación con el número de participantes, por lo cual éste se tuvo que limitar debido al costo de tratar a cada uno. Esto significaba que la capacidad de las pruebas estadísticas para detectar las diferencias de grupo era relativamente débil. En contraste, otro estudio más grande pero menos complejo descubrió que, en el caso de las personas que tienen depresión crónica, una combinación de medicamentos y terapia cognitivo-conductual era más eficaz que los medicamentos o la terapia por separado (Rush y cols., 2003). Los pacientes a los que se les suministraron ambos tratamientos tuvieron 85% de mejoría comparado con un porcentaje de mejoría de aproximadamente 50% tanto en el caso de los medicamentos como en el de la terapia cognitivo-conductual.

A pesar de la gran cantidad de investigación comparativa, siguen surgiendo preguntas en relación con los méritos del tratamiento actual de la depresión grave, principalmente con antidepresivos. Algunas de estas preguntas son: Si se utilizan medicamentos, ¿por cuánto tiempo deben usarse? ¿Cuál es la dosis apropiada? ¿Una combinación de medicamento y un poco de terapia con bases psicológicas (por lo regular PTI o TCC) promueve una recuperación más rápida de un episodio agudo? ¿La PTI o la TCC juegan

un papel importante en la prevención de una recaída, ya sea después de dejar de utilizar el medicamento o si todavía se utiliza?

Otra pregunta importante es: ¿Cuál debería de ser la opción de tratamiento para aquellos que, por diversas razones, no deberían utilizar antidepresivos o aquellos para quienes no son eficaces? Un grupo considerable de pacientes (5 a 10%) se rehúsan a tomar medicamentos. Otros (10 a 15%) no toleran sus efectos secundarios. Algunos no mejoran con el medicamento; y a otros (por ejemplo, mujeres embarazadas, quienes tienen diversos problemas médicos y adultos mayores) no se les pueden prescribir estos medicamentos de manera segura (Clarkin y cols., 1996).

Para las personas con una depresión leve o distimia, el cuadro es todavía menos claro. Los méritos relativos de los enfoques de tratamiento con bases psicológicas y biológicas en diferentes tipos de depresión leve no han sido valorados de manera sistemática. Las personas que buscan tratamiento para el estado de ánimo disfórico, con frecuencia optan por la terapia psicológica. Las dos terapias psicológicas más usadas en casos leves son la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal. Tanto la TCC como la PTI parecen ser eficaces en esos casos. Existe una buena base para creer que se logra una mejoría perdurable cuando los pacientes pueden trabajar sus problemas sin drogas. Un paciente de psicoterapia observó: “El medicamento es bueno como una cura temporal para superar una crisis, pero si la puedo manejar yo mismo es mejor”.

Varios estudios de pacientes externos deprimidos han comprobado que la psicoterapia tiene efectos terapéuticos más duraderos que los antidepresivos y también son más económicos (Schulberg y cols., 2002). Pero la tendencia, en la actualidad, parece apuntar hacia un acrecentado uso de antidepresivos para los casos de distimia. Una razón de ello puede ser la mejoría de los cuidados médicos administrados en Estados Unidos. Cincuenta por ciento de las personas deprimidas que están en tratamiento reciben cuidados en entornos médicos generales y no son tratados por especialistas, por lo cual el medicamento es el primer tratamiento sugerido. En general, se ha observado que el tratamiento por un médico general, y no por un especialista, no es adecuado para las personas afectadas por la depresión. Un estudio concluyó que el tratamiento de la depresión por proveedores médicos generales empeora los resultados y disminuye el valor del gasto de los cuidados médicos, de acuerdo con las mediciones del mejoramiento de los cuidados médicos por dólar gastado (Sturm y Wells, 1995). Una combinación de psicoterapia y medicamentos reduce la probabilidad de una recaída en los casos menos severos (Fava y cols., 2002). Otro estudio demostró que estos resultados son ciertos, no sólo en el caso de la PTI y la TCC, sino también en el de la terapia psicodinámica (Burnand y cols., 2002). El siguiente caso muestra el valor de un enfoque de terapia combinada para tratar la depresión.

*Un psicólogo atendió a Jan Carroll, una mujer viuda de 50 años, debido a sentimientos de depresión. Después de morir su esposo, hace un año y medio, se deprimió y dormía poco, tenía poco apetito (perdió 6.8 kilos en seis semanas), poca energía y escasa concentración. Después de alrededor de tres meses, la depresión cedió bastante y decidió iniciar un negocio (una franquicia de restaurante) con el dinero que su esposo le*

*había dejado. Su expectativa era tener éxito financiero, por sí misma, y como resultado poder garantizar la seguridad y bienestar de su familia. Desafortunadamente, fue víctima de fraude cuando adquirió la franquicia (“Me robaron todo”) y tuvo que abandonar el negocio. Durante este periodo particularmente estresante y terrible, los problemas de la señora Carroll se complicaron por el robo que sufrió su departamento, en el cual muchos de sus apreciados bienes desaparecieron, incluyendo un collar de perlas que su esposo le había regalado. Se deprimió de nuevo. En este momento, su médico le prescribió un antidepresivo y mostró cierta mejoría. Debido a que sus finanzas se vieron diezgadas por el fallido negocio, decidió regresar a su ciudad natal donde todavía vivía la mayoría de su familia. A pesar de su deseo de ser económicamente independiente, se vio forzada a aceptar dinero de sus familiares (“Estaba viviendo de la caridad de mi familia”). Su confianza estaba destrozada y se sentía incapaz de cuidarse a sí misma y mucho menos atender a los demás.*

*Afortunadamente, la señora Carroll fue aceptada como paciente en el centro comunitario de salud mental. Le recetaron antidepresivos y un psicólogo clínico la vio durante 24 sesiones. La psicoterapia enfocó su atención en el duelo que experimentó por la muerte de su esposo, por tomar la enorme decisión de utilizar todo su dinero para incursionar en el negocio de los restaurantes mientras todavía estaba contrariada por la desaparición de su cónyuge (sin pensar claramente), por ser víctima de fraude, por regresar a su ciudad natal y por tener que depender económicamente de su familia. El terapeuta observó que había experimentado múltiples reveses y golpes, y que cualquiera de ellos podría ser un reto importante. Él y la señora Carroll hablaron sobre su incapacidad para aceptar la muerte de su esposo y sus pensamientos dolorosos de victimización y dependencia. El análisis de estos temas parecía ayudar. Con la ayuda del psicólogo decidió buscar trabajo y lo encontró en una tienda departamental que, aunque no proveía todo el dinero que sentía que necesitaba, permitió que ella y sus dos hijos adolescentes se mudaran a un modesto apartamento. Salió de la depresión y se dio cuenta de que disfrutaba su trabajo y dejó de tomar los antidepresivos. Aunque todavía enfrentó muchos retos, la señora Carroll dejó de angustiarse por desastres adicionales, como los que había sufrido y los que pudieran ocurrirle. Su vida parecía más manejable.*

## Trastornos bipolares

El **trastorno bipolar**, conocido con frecuencia en el pasado como enfermedad maniaco-depresiva, es una enfermedad mental que incluye episodios de manía y depresión. Las personas afectadas por este trastorno, por lo regular experimentan cambios de estado de ánimo de estar “elevados” (y a menudo irritables) a tristes y desesperados y nuevamente a estar elevados, con periodos intermedios de estados de ánimos normales a casi normales. La tabla 11-9 describe los estados de ánimo observados en los trastornos bipolares.

Los estudios epidemiológicos han dado como resultado porcentajes de prevalencia que van de 0.3 a 1.5% de los trastornos bipolares. La cifra más alta podría ser una estimación más exacta. En cualquier caso, el número de casos en Estados Unidos parece estar en aumento. Muchos epidemiólogos piensan que la cantidad de



TABLA 11-9

**Estados de ánimo observados en el trastorno bipolar**

**Manía**—episodios caracterizados por un estado de ánimo anormal o persistentemente elevado, expansivo o irritable, que incluye por lo menos tres de los siguientes síntomas: autoestima exagerada o grandiosidad, reducción del sueño, verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades dirigidas a una meta, participación excesiva en actividades placenteras.

**Hipomanía**—estado levemente elevado que puede no ser reconocido como disfuncional por el paciente y en ocasiones tampoco por otros.

**Depresión**—estado en el que la persona experimenta menor interés, energía y capacidad para experimentar placer y en ocasiones pesimismo profundo, desesperación, irritabilidad, enojo y ansiedad. Con frecuencia la actividad mental es más lenta, aparece sensación de fatiga, insomnio y pérdida del apetito.

**Manía mixta**—condición que afecta a alrededor de 40% de los pacientes bipolares, en la que la manía o hipomanía se presentan simultáneamente con síntomas depresivos.

**Ciclotimia**—cambios de estado de ánimo entre la hipomanía y depresión menos severa. A menudo, con el paso del tiempo, se convierte en una enfermedad bipolar más severa.

**Ciclos rápidos**—condición que afecta a 20% de los pacientes bipolares. Se caracteriza por cuatro o más episodios en los últimos 12 meses de depresión, manía o hipomanía, con intervalos entre cada uno caracterizados por periodos de estados de ánimo relativamente normales o que representan un cambio dramático de la manía a la depresión o viceversa.

personas afectadas es más alta debido a que algunas personas cuyos síntomas maníacos son relativamente leves y nunca son diagnosticados con este trastorno. Los síntomas del trastorno bipolar aparecen por lo general cuando la persona es joven. La edad más frecuente en la que surgen los síntomas es durante la adolescencia hasta alrededor de los 20 años. El número real de personas afectadas en este intervalo de edad puede ser mayor por dos razones. La primera, los síntomas iniciales a menudo son diagnosticados como un tipo de trastorno de la atención o hiperactividad (ver el capítulo 15). Segundo, el síntoma inicial de muchas personas es la depresión y sólo posteriormente, cuando experimentan algún tipo de manía, son reclasificados con trastorno unipolar o trastorno bipolar. En un estudio de seguimiento, 18% de los clasificados con un trastorno depresivo experimentaron un episodio maniaco dentro de los seis años siguientes y su clasificación cambió después a trastorno bipolar (Winokur y cols., 1995). Después de los 30 años, la probabilidad de desarrollar por primera vez este trastorno se reduce en gran medida.

Por lo general se considera que la manía y la depresión son polos opuestos de un continuo y que el estado de ánimo normal se encuentra en algún punto intermedio. Sin embargo, los síntomas maníacos y depresivos a menudo se presentan juntos en los pacientes y juntos pueden empeorar o mejorar. El DSM-IV-TR divide los trastornos bipolares en cuatro grupos: *trastorno bipolar I*, *trastorno bipolar II*, *trastorno ciclotímico* y una *categoría miscelánea* de trastornos bipolares que no encajan en ninguno de los otros grupos.

A menudo es difícil decidir si una persona tiene trastorno bipolar, depresión unipolar o cualquier otro trastorno, debido a la presencia frecuente de síntomas que se superponen (comorbilidad) (ver la figura 11-17). En la variedad bipolar son más comunes una edad de inicio temprana, una alta frecuencia de episodios depresivos y un comienzo relativamente repentino (Bowden, 2001). Cuando también están presentes otros problemas (por ejemplo un his-

**Figura 11-17** ¿Vincent van Gogh tuvo un trastorno bipolar? El gran pintor holandés Vincent van Gogh (1853-1890) tenía una personalidad excéntrica y estados de ánimo inestables. Sufrió de episodios psicóticos recurrentes durante los últimos dos años de su vida y se suicidó a la edad de 37 años. Se han realizado una docena de intentos de diagnosticar su condición, pero la limitada información disponible ha llevado a muchos desacuerdos. Existe consenso general de que van Gogh sufrió de una condición relacionada con la epilepsia, pero que sólo parecía tener convulsiones después de tomar un tipo de licor en particular, el ajeno, que tiene propiedades convulsivas en algunas personas. Una reseña reciente de la vida de van Gogh (Blumer, 2002) destaca que el pintor pudo haber sufrido de trastorno bipolar. Durante su vida van Gogh tuvo dos episodios claros de depresión profunda, seguidos de periodos sostenidos de mucha energía, entusiasmo y hasta frenesí. Los últimos dos años de su vida también estuvieron caracterizados por una enorme productividad y creatividad. "Starry Night", una de sus pinturas más admiradas, que terminó casi al final de su vida, muestra una de sus épocas de esta energía desbordada.

FUENTE: Vincent Van Gogh (1853-1890), "The Starry Night", 1889, óleo sobre lienzo, 29 × 36-1/4. Adquirida a través de Lillie P. Bliss Bequest (472.1941). Museo de Arte Moderno. Imagen digital ©The Museum of Modern Art/Licensed by SCALA / Art Resources. NY.





TABLA 11-10

Resumen de criterios para diagnosticar un episodio maniaco

- Un periodo claro de estado de ánimo normal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura por lo menos una semana (menos si es necesaria la hospitalización).
- Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, están presentes hasta cierto grado y persisten tres o más de los siguientes síntomas (si el estado de ánimo es sólo irritable, se requieren cuatro o más de estos síntomas).
  - Autoestima exagerada o grandiosidad
  - Disminución de la necesidad de dormir
  - Más hablador de lo habitual o verborreico
  - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamientos acelerados
  - Distraibilidad
  - Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
  - Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias negativas
- La alteración del estado de ánimo causa un deterioro marcado del funcionamiento laboral o social o de las relaciones con los demás, o requiere hospitalización para prevenir daños a sí mismo o existen síntomas psicóticos (alucinaciones o delirios)
- Los síntomas no son el resultado de los efectos directos de alguna sustancia (abuso de drogas o medicamentos) o de una enfermedad médica general.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

torial de crisis de pánico o de trastorno obsesivo-compulsivo), el pronóstico del trastorno bipolar es pobre (Frank y cols., 2002; Vieta y cols., 2001).

# Trastorno bipolar I

Una persona con trastorno bipolar I experimenta episodios de manía y por lo general también episodios depresivos mayores. Una cantidad muy pequeña de personas pueden experimentar uno o más periodos de manía pero nunca depresión. Debido a que esto sucede con muy poca frecuencia, las personas son clasificadas con trastorno bipolar después de un episodio de manía con la expectativa de que se presentará finalmente un periodo de depresión. La **manía** se caracteriza por una fuga de ideas, estado de ánimo elevado y aumento de la actividad psicomotora. La tabla 11-10 proporciona los criterios diagnósticos para los episodios maniacos.

La conducta maniaca se ilustra con la vida de un reconocido poeta estadounidense, Robert Lowell (1917-1977), quien sufrió de trastorno bipolar durante casi toda su vida. Durante un periodo de 15 años sus episodios maniacos siguieron un patrón repetitivo. Cada vez, justo cuando su conducta maníaca era evidente, Lowell,

un hombre casado, empezaba una aventura amorosa con una mujer joven.

*Con su inmenso encanto y erudición, su talla de famoso poeta y su entusiasmo contagioso, podía enamorar a una mujer mucho más joven. Siempre con éxito. [...] Invitaba a su círculo de amigos a una fiesta para anunciar el excitante cambio en su vida, y que dejaría a su esposa para siempre. En los siguientes días su júbilo se tornaba cada vez más frenético hasta que lo hospitalizaban. Después de 1953 fue tratado con clorpromazina [un fármaco antipsicótico], cuando esta droga estuvo disponible por primera vez. Al júbilo le seguían varias semanas o hasta meses de lo que el llamaba su “humillación oscura, postmaniaca y patológica”. Abandonaba a la joven y regresaba con su [esposa]. Ésta, por su parte, protestaba por la intensa humillación pública a la que era sometida, pero siempre lo aceptaba de regreso. Ninguna modalidad de tratamiento, incluyendo los intentos de psicoterapia, parece haber alterado su patrón hasta el momento en que finalmente le dieron litio (Powell, 1991, p. 378).*

El trastorno bipolar se presenta con una frecuencia relativamente más alta en personas altamente creativas, como artistas y poetas, que en la población general (Jamison, 1989). Por ejemplo, ocho de 36 poetas norteamericanos que nacieron a partir de 1900, que son reconocidos por su inclusión en el *New Oxford Book of American Verse*, han padecido historias de trastorno bipolar. Los datos epidemiológicos pueden llevarnos a esperar, a lo sumo, que sólo uno de este grupo reciba un diagnóstico de bipolaridad. El trastorno bipolar también se relaciona con un alto riesgo de suicidio. En la figura 11-18 se muestra a dos reconocidos escritores que sufrieron de la enfermedad bipolar.

Los extremos del estado de ánimo característicos de los trastornos bipolares pueden ser una forma de dar alas al proceso creativo. Por Virginia Woolf, una escritora altamente creativa que sufrió trastorno bipolar, y que finalmente se suicidó mientras estaba deprimida, describió la relación de su trastorno con su creatividad de esta manera:



**Figura 11-18** Virginia Woolf y Ernest Hemingway son dos reconocidos escritores que experimentaron cierta forma de enfermedad bipolar. Tanto Woolf como Hemingway se suicidaron durante la fase depresiva de este trastorno. El suicidio es frecuente en el trastorno bipolar, en especial en el trastorno bipolar II.

*Como experiencia, la locura es fantástica. Lo puedo asegurar y no sentirme despreciada; y en su lava aún encuentro la mayor parte de lo que escribo. Sale disparado, todo formado, no en simples gotas, como lo hace la cordura (V. Woolf, 1978, p. 180).*

Su esposo, Leonard Woolf parece estar de acuerdo.

*Estoy muy seguro de que el ingenio de Virginia se relacionaba de modo estrecho con lo que se manifestaba como inestabilidad mental y locura. La imaginación creativa en sus novelas, su capacidad de conversación para “dejar la tierra” y las ilusiones volubles de las crisis provenían del mismo lugar de su mente [...] que en realidad fue la cruz de su vida, la tragedia de su genio (L. Woolf, 1964, p. 80).*

Antes de clasificar como con trastorno bipolar a alguien que ha experimentado un episodio maniaco, es importante descartar otras causas de la conducta maníaca. La manía también puede ser causada por ciertos factores químicos que no se relacionan con el trastorno bipolar. Por ejemplo, determinados fármacos pueden hacer que personas que no tienen antecedentes de trastornos afectivos experimenten episodios de manía. Los fármacos que producen esta respuesta incluyen los esteroides, los inhibidores de la MAO y los tricíclicos que se emplean para el tratamiento de la depresión y la L-dopa (que se utiliza para el tratamiento del mal de Parkinson). La manía también puede ser el resultado de infecciones, desequilibrios metabólicos y el crecimiento de tumores. En estos casos, se considera que la manía es un síntoma del cambio del estado bioquímico de una persona y no se clasifica como un trastorno del estado de ánimo.

## Trastorno bipolar II

El **trastorno bipolar II** difiere del trastorno bipolar I en que la conducta maniaca está presente en un menor grado, llamado **hipomanía** o **episodio hipomaniaco**, en lugar de un episodio maniaco dramático y florido como los que experimentaba Robert Lowell. La tabla 11-11 resume los criterios para configurar el trastorno bipolar II. Un episodio hipomaniaco ocurre cuando existe un periodo claro de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y otros comportamientos maniacos, pero el funcionamiento social o laboral no se ven afectados en gran medida y la persona no tiene que ser hospitalizada. Esta capacidad para funcionar distingue a la hipomanía de la manía, pero en algunos casos es difícil hacer una distinción completamente segura. El cuadro bipolar II parece ser un tipo separado de trastorno y no un problema preliminar que más tarde se desarrolla y se convierte en un trastorno bipolar típico. Las personas que experimentan episodios maniaco hipomaniacos pueden no verlos como patológicos aunque quienes las rodean puedan estar preocupados sobre la conducta errática que perciben (ver el cuadro 11-3). Para la persona afectada, los sentimientos de júbilo y creatividad y la energía impulsiva que es característica de un estado hipomaniaco pueden ser una fuerza positiva.

Kay Redfield Jamison, una psicóloga que describió de manera intensa sus propios episodios maniacos y depresivos, sería diagnosticada con trastorno bipolar I debido a la intensidad de los pe-

**TABLA 11-11**

### Resumen de los criterios para diagnosticar el trastorno bipolar II

- Presencia o antecedentes de uno o más episodios depresivos mayores.
- Presencia o antecedentes de por lo menos un episodio hipomaniaco. Un episodio hipomaniaco es similar a un episodio maniaco pero no reúne todo los criterios: no es lo suficientemente severo para causar un deterioro marcado en el funcionamiento u hospitalización, pero puede ser visible para otros.
- Nunca ha existido un episodio maniaco o mixto.
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno.
- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.

riodos maniacos que experimentó. Ella también proporcionó una buena descripción de un episodio hipomaniaco que se presentó al inicio de su enfermedad:

*Era una estudiante de último año de preparatoria cuando tuve mi primer crisis de enfermedad maniaco-depresiva [...]. Al principio, todo parecía muy fácil. Corrí como una comadreja alocada, borboteaba con planes y entusiasmo, me sumergía en los deportes y me quedaba despierta toda la noche. Noche tras noche salía con amigos, leía todo lo que estaba a mi alcance, llenaba libros de manuscritos con poemas y fragmentos de obras de teatro, y haciendo planes extensos y completamente irreales para mi futuro. [...] Sentía que podía hacer cualquier cosa, que ninguna tarea era demasiado difícil. Mi mente parecía clara, fabulosamente enfocada y que podía dar brincos matemáticos intuitivos que hasta ese momento me habían eludido. Ciertamente todavía me eludían. En ese momento, sin embargo, no sólo todo tenía perfecto sentido, sino que todo empezó a encajar en un tipo maravilloso de relatividad cósmica [...] Acorralaba a mis amigos para decirles lo bello que era todo. Poco les faltó para paralizarse por mis “descubrimientos” [...] aunque considerablemente impresionados por lo agobiante que era estar alrededor de mis entusiastas divagaciones: Kay, estás hablando demasiado rápido. Me estás agotando, habla más lento, Kay. Y en los momentos en los que no me lo decían directamente, todavía podía ver que sus ojos me decían: Por Dios, Kay, habla más despacio [...].*

A diferencia de los episodios maniacos severos que sufrí años más tarde y que se intensificaron salvaje y psicóticamente, saliendo de control, la primera ola sostenida de manía leve fue ligera, con tintes de verdadera manía; como cientos de periodos subsecuentes de gran entusiasmo, fueron de poca duración y se consumieron: tal vez cansado para mis amigos; y definitivamente agotante y emocionante para mí; pero no perturbadoramente excesivos (Jamison, 1995, pp. 36-37).

## CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 11-3

## El trastorno bipolar y un formato de inversión

Alice Faye Redd fue sentenciada a 15 años de cárcel como resultado de lo que parecía ser, cuando los detalles fueron dados a conocer, un extraño formato de inversión. Más de cien personas, muchas de ellas de la tercera edad, invirtieron más de \$10 millones en lo que pensaban era una propiedad parcial de un complejo médico. En cierto momento, la señora Redd pagaba a los inversionistas casi 90% de intereses mensuales. Sin embargo, este dinero provenía de nuevos inversionistas, no de las ganancias. Mucho del sobrante del dinero que recolectaba lo usaba para entretenimiento y regalos espléndidos. Los inversionistas perdieron un total de \$3.6 millones de dólares en el ciclo de pagos de interés, préstamos y gastos espléndidos que se llevaron a cabo durante un periodo de nueve años.

La señora Redd no parecía ser una persona que pudiera crear tal formato. Fue presidenta de muchas organizaciones locales como la asociación de padres y maestros y la liga Junior. Tuvo éxito en la recolección de fondos para muchas causas cívicas, religiosas y políticas y la consideraban un pilar de la comunidad. Nixon la honró en la Casa Blanca como una de las diez mujeres jóvenes sobresalientes de Estados Unidos y hasta tuvo su propio programa de radio, *The Happy Homemaker*, en la estación de radio local. Su familia era adinerada y respetada en la comunidad. Para los que la conocían, la señora Redd parecía ser una “super mujer”. Todo fue bien hasta que un día empezó a llorar mientras almorzaba con su hija, a la que le dijo: “nadie me quiere, sería mejor que estuviera muerta”, y empezó a quebrantarse este mito. Cuando el esposo y la hija de la señora Redd empezaron a investigar la razón por la que se sentía tan afligida, em-

pezaron a preguntar a sus amigos y a revisar armarios y cajones. Una de las cosas que descubrieron fueron cuatro años de estados de cuenta del banco sin abrir. Después de descubrir algunos aspectos del formato de inversión de la señora Redd, convocaron a una reunión a los inversionistas para ver si podían llegar a algún acuerdo y la internaron en un hospital mental, porque consideraron que su conducta extraña sugería que había perdido contacto con la realidad. En el hospital la diagnosticaron con trastorno bipolar II. Más adelante, dos psiquiatras designados por el tribunal estuvieron de acuerdo con el diagnóstico. Aunque la evidencia psiquiátrica relacionada con su trastorno era fuerte, el tribunal no fue indulgente con ella debido a que el juez pensaba que los factores de su enfermedad no pesaban más que la cantidad de ahorros de toda una vida que perdieron las personas.

El caso de Alice Faye Redd muestra un fuerte factor genético en el trastorno bipolar. La investigación mostró que ella venía de una familia en la que la enfermedad mental podía rastrearse por cinco generaciones (ver la figura 11-19). También muestra la energía y logros que con frecuencia acompañan a la fase hipomaniaca del trastorno bipolar II, así como los errores de juicio que ocurren con frecuencia durante los periodos hipomaniacos. Una pregunta que nuestra sociedad encuentra difícil de responder es cómo deben ser tratadas estas personas si cometen un delito. ¿Debe tener preferencia el tratamiento para el trastorno en lugar de la prisión? ¿Qué grado de responsabilidad deben asumir quienes padecen trastornos mentales graves? El capítulo 17 analiza este tema con mayor detenimiento.

FUENTE: Basado en Butterfield 1996, p. 104.

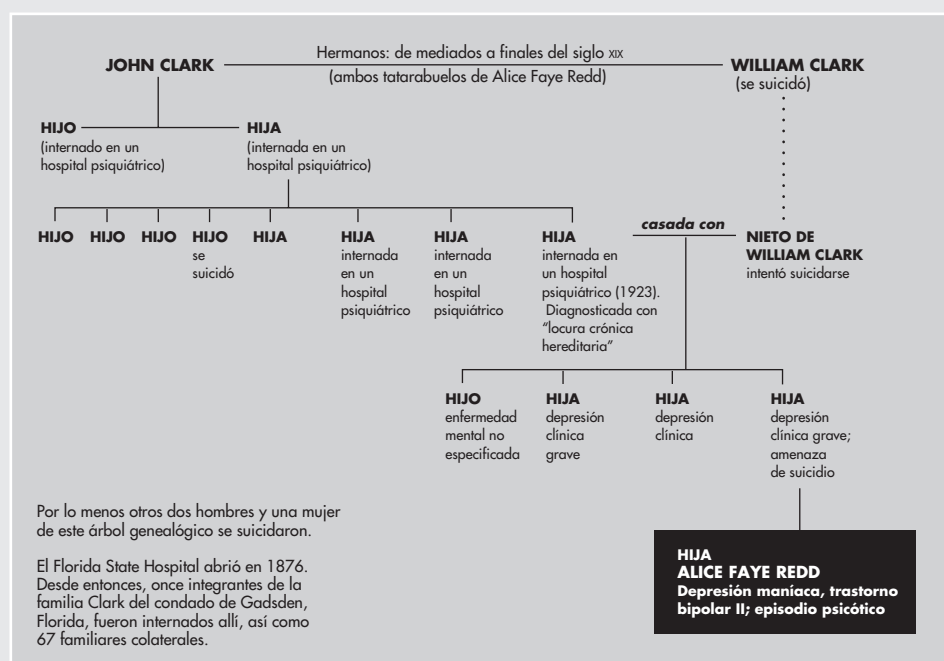


**Figura 11-19** La familia de Alice Faye Redd (quien se declaró culpable de llevar a cabo un formato de inversión ilegal y quien fue diagnosticada con trastorno bipolar) muestra un patrón de enfermedad mental a través de varias generaciones. Desde que abrió el Florida State Hospital en 1876, 11 miembros de la familia Clark así como 67 familiares lejanos han sido hospitalizados allí.

FUENTE: *New York Times*, 12 de abril de 1996, p. 10Y. Gráfica realizada por Rebecca Hagelen.

TABLA 11-12

**Resumen de criterios para diagnosticar  
el trastorno ciclotímico**

- Presencia de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y numerosos periodos de síntomas depresivos durante dos años a lo menos.<sup>a</sup> Los síntomas depresivos no deben reunir los criterios para configurar un episodio depresivo mayor.
- Los síntomas descritos anteriormente jamás han estado ausentes por periodos de más de dos meses durante un periodo de dos años.<sup>a</sup>
- Durante los dos primeros años del trastorno no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto.

<sup>a</sup>Un año en los casos de niños y adolescentes.

FUENTE: Adaptación de DSM-IV-TR.

## Trastorno ciclotímico

Igual que el *trastorno distímico*, un tipo de trastorno depresivo que se analizó anteriormente en este capítulo, el **trastorno ciclotímico**, es un estado crónico de alteración del estado de ánimo, que es más notorio como cambio del nivel de energía. En el trastorno ciclotímico, tanto la conducta hipomaniaca como la conducta depresiva se presentan y continúan durante un periodo de por lo menos dos años, pero ninguno de ellos cumple con los criterios del DSM-IV-TR para episodio maniaco o depresivo mayor. La tabla 11-12 define las características de la conducta ciclotímica. Con frecuencia, los episodios de ciclotimia tienen un patrón estacional y son más comunes en primavera o en otoño. Aunque el primer episodio se relaciona con una situación estresante, los siguientes episodios parecen no estar relacionados con el nivel de estrés. En algunos casos se alternan los síntomas de la hipomanía y los depresivos, mientras que en otros uno de estos estados de ánimo es predominante y otro se presenta con menor frecuencia.

Las personas a las que se clasifica con trastorno ciclotímico parecen constituir un grupo heterogéneo. Algunos desarrollarán posteriormente trastorno bipolar (Thase y Howland, 1995). Es más probable que las personas que son diagnosticadas con trastorno ciclotímico tengan un familiar cercano con un trastorno bipolar, que las personas normales o con diagnóstico de trastorno unipolar. Esta diferencia sugiere que el trastorno bipolar puede tener causas genéticas diferentes de la depresión unipolar.

## Causas y tratamiento del trastorno bipolar

### Factores genéticos

Parece existir gran evidencia de la presencia de un factor hereditario en los trastornos bipolares. Casi dos terceras partes de quienes desarrollan este trastorno tienen antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. El riesgo puede ser aún mayor si los

miembros de la familia de generaciones anteriores también tuvieron trastorno bipolar. La importancia de los factores genéticos se muestra en un estudio de gemelos MC, en los que por lo menos uno de ellos tiene un trastorno bipolar. En estos pares de gemelos, la probabilidad de que el otro también pueda tener trastorno bipolar es muy alta (40 a 70%). Este riesgo de trastorno bipolar es más alto que en el caso de los gemelos DC, cuando el otro gemelo tiene el diagnóstico. El riesgo de los gemelos DC es igual al de hermanos comunes y corrientes (5 a 10%) (Plomin y cols., 2003).

Sin embargo, lo que se puede heredar no es el trastorno en sí, sino la *vulnerabilidad* hacia el trastorno. A pesar de un riesgo hereditario real, el estrés también influye en el trastorno bipolar. Las personas que padecen esta vulnerabilidad genética tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas del trastorno si hay una gran cantidad de estrés en sus vidas. Por ejemplo, en el caso de gemelos MC que fueron discordantes para el trastorno bipolar (discordante significa que uno tenía el trastorno y el otro no), sus hijos que no desarrollaron el trastorno todavía tienen el mismo riesgo del trastorno que sus primos, hijos del gemelo que sí desarrolló el trastorno (Bertelsen y Gottesman, 1986). El hecho de que el gemelo no afectado no desarrollara síntomas pero que podría transmitir la vulnerabilidad genética a la siguiente generación muestra de manera clara que ciertos factores situacionales, entre ellos el estrés, influye en el trastorno bipolar. De la misma manera, el estrés también puede provocar nuevos episodios bipolares en personas con historia del trastorno, pero que funcionan de manera normal en la actualidad.

Aunque la genética parece jugar un papel importante en el desencadenamiento de trastornos bipolares, los investigadores todavía intentan determinar detalles importantes en relación con la herencia genética y el desarrollo de este trastorno. Los estudios de trastorno bipolar I muestran que hay un fuerte componente hereditario que es específico del trastorno bipolar (Winokur y cols., 1995). Los pacientes con un diagnóstico bipolar I tenían mucho más familiares cercanos con trastorno bipolar que los miembros del grupo de control integrado por pacientes con trastorno unipolar del estado de ánimo. Sin embargo, el mismo estudio mostró que las familias de pacientes tanto unipolares como bipolares tenían la misma probabilidad de tener miembros con un trastorno unipolar grave. Estos descubrimientos sugieren que hay una superposición entre los dos trastornos.

Otra pregunta sin responder es si hay ubicaciones de genes en cromosomas específicos que estén relacionados con el trastorno bipolar. Para poder entender más sobre los genes que causan el trastorno bipolar, los investigadores han estudiado a muchas familias extensas que tienen más miembros con este trastorno que lo que podría esperarse. Las familias que se seleccionaron para el estudio tendían a casarse dentro de su propio grupo étnico o religioso, para que su herencia genética estuviera más concentrada. Por medio del uso de la tecnología del ADN se compararon los genes tanto de los miembros de la familia afectados como de los que no estaban afectados. Varios estudios de los grupos familiares han apuntado hacia un cromosoma en particular que pudiera ser la ubicación de los genes identificados, pero en los diferentes grupos familiares no se distinguió el mismo cromosoma. Por ejemplo, en un grupo familiar de Quebec, donde los registros disponibles datan de la década



de 1830, varias ubicaciones genéticas en el cromosoma 12 parecen predecir la herencia de trastorno bipolar (Morissette y cols., 1999). La evidencia disponible sugiere ya sea que varias combinaciones diferentes de genes pueden interactuar para producir los síntomas de trastorno bipolar, o que los factores genéticos implicados son muy complejos. Lo que sí es evidente es que ningún gen por sí solo puede justificar la susceptibilidad hacia este trastorno.

Los estudios familiares sugieren que los miembros de las familias en las que el trastorno bipolar es un alto riesgo, también tienen un riesgo más elevado que el normal de padecer varios otros trastornos (Edmonds y cols., 1998). En promedio, los familiares de quienes sufren trastorno bipolar tienen mayor probabilidad de sufrir una depresión unipolar, trastornos de abuso de sustancias incluyendo trastornos relacionados con el alcohol, trastornos de angustia, fobias y alguna combinación de estos trastornos.

## Tratamiento con bases biológicas del trastorno bipolar

El trastorno bipolar no se puede curar; es una condición de por vida o crónica. Sin embargo, en muchos casos existe la posibilidad de un tratamiento eficaz, aunque aun el tratamiento más promisorio no puede evitar nuevos episodios. Por lo general, la frecuencia de éstos se reduce, lo cual es importante porque mientras más episodios experimente la persona, peores serán los resultados a largo plazo.

En la actualidad, el tratamiento más común para el trastorno bipolar es el litio. Es particularmente eficaz para reducir la actividad maníaca, pero también puede disminuir la depresión que se experimenta en el trastorno bipolar. Sin embargo, el tratamiento con litio tiene varias limitaciones importantes, pues puede tener efectos secundarios peligrosos. Sólo hay una diferencia mínima entre una dosis eficaz y una tóxica, la diferencia más pequeña observada en cualquier otro fármaco prescrito de manera rutinaria para una enfermedad psiquiátrica. Además de este peligro, el tratamiento con litio es inapropiado para 50% de las personas afectadas por este trastorno. El litio también tiene efectos secundarios desagradables y como resultado muchos pacientes dejan de usarlo completa o temporalmente en contra de las advertencias de su médico. En algunas ocasiones suelen abandonar el litio durante los periodos de decaimiento, aunque no de depresión, con la esperanza de que dejar de consumirlo mejorará su estado de ánimo. También puede ser que no quieran renunciar a los placenteros cambios cognitivos y conductuales que se presentan con un estado de ánimo elevado. Estos cambios incluyen una mayor sensibilidad al entorno, intensidad sexual, creatividad y tranquilidad social. Kay Redfield Jamison ha dado una visión clara de su renuencia, por muchos años después de que comenzó su enfermedad, a tomar litio de manera regular:

*Aunque era clínica y científica, y aunque podía leer la literatura de investigación y ver las consecuencias inevitables, las sombrías consecuencias de no tomar el litio, durante muchos años después de mi diagnóstico inicial me rehusaba a tomar los medicamentos como me los prescribieron. ¿Por qué me rehusaba? ¿Por qué tuve que sufrir más episodios de manía, seguidos por largas depresiones suicidas, antes de tomar el litio de manera médicamente sensata? [...]*

*Mi familia y amigos esperaban que le diera la bienvenida a ser “normal”, que agradeciera la existencia del litio y que tuviese energía y sueño normales. Pero si usted ha tenido todo a sus pies, está acostumbrado a dormir sólo cuatro o cinco horas en la noche y ahora duerme ocho, está acostumbrado a quedarse despierto todas las noches durante días y semanas consecutivas y ahora ya no puede, es un verdadero ajuste integrarse a un horario ejecutivo, el cual es agradable para muchos, es nuevo, restrictivo y al parecer menos productivo, y enloquecedoramente menos intoxicante. Las personas dicen, cuando me quejo de ser menos jovial, menos energética, menos avivada, “Bueno, ahora eres como el resto de nosotros”, tratando entre otras cosas, de darme confianza. Pero me comparo conmigo misma como era antes y no con los demás. Y no sólo eso: tengo la tendencia de comparar mi yo actual con mi mejor estado, que es cuando he estado levemente maníaca. Cuando soy mi yo “normal”, estoy bastante lejos de cuando he estado lo más avivada, lo más productiva, lo más intensa, lo más extrovertida y efervescente. En resumen, para mí, soy alguien difícil de seguir (Jamison, 1995, pp. 91-92).*

A pesar de las limitaciones del tratamiento con litio, se considera que aún es uno de los tratamientos de elección más eficaces para reducir el número de episodios de trastorno bipolar, y también lo es para reducir el porcentaje de mortalidad en pacientes con trastorno bipolar (Baldessarini y cols., 2002). Se ha empezado a utilizar extensamente una droga más reciente, divalproex, con menos efectos secundarios, como sustituto del litio. Sin embargo, la investigación reciente sugiere que el litio es mucho más seguro porque reduce los riesgos de suicidio (FK. Goodwin y cols., 2003). En un estudio de expedientes médicos de más de 20 000 estadounidenses que fueron tratados por trastorno bipolar después de 1994, a los que se les prescribió divalproex tenían 2.7 veces más probabilidad de suicidarse que los que tomaban litio. Aunque pudieran necesitarse estudios prospectivos, estos resultados sostienen que el litio es el mejor tratamiento.

En ocasiones se han utilizado antidepresivos para tratar el trastorno bipolar, en especial cuando el primer episodio es la depresión. Éste es un enfoque riesgoso debido a que, en lugar de disminuir la depresión, el antidepresivo puede acelerar el cambio a una conducta maníaca. El desarrollo de estos cambios tan rápidos hace que el resultado a largo plazo sea mucho menos favorable, debido a que el medicamento no ayuda a ese tipo de trastorno bipolar.

## Factores psicosociales y episodios bipolares

Aunque por lo general el trastorno bipolar se considera un trastorno con bases biológicas, los factores psicosociales juegan un papel tanto como desencadenantes de nuevos episodios como en la prevención de éstos. Aun cuando los pacientes reciben la mejor farmacoterapia los porcentajes de recaída son altos. Varían desde 40% en el primer año después de terminado un episodio, hasta 73% durante los cinco años posteriores (Gitlin y cols., 1995). Aunque no haya una recaída, por lo menos la mitad de los pacientes no funcionan tan bien como lo hacían antes del primer episodio, debido a que todavía tienen algunos síntomas. Sólo 20% desempeña su trabajo tan

bien como lo hacían antes. El porcentaje de divorcio es alto entre los pacientes bipolares, y con frecuencia sus hijos tienen problemas de ajuste (Miklowitz y Alloy, 1999). Otro riesgo de los pacientes bipolares es el suicidio. El porcentaje de suicidio en este grupo es mucho mayor que el que predomina en la población normal.

**Estresores ambientales** En ocasiones, los estresores ambientales pueden ser importantes para desencadenar ya sea el primer episodio maniaco o episodios adicionales maníacos en una persona vulnerable. Un estudio descubrió que dos terceras partes de los episodios maníacos que los pacientes experimentaron fueron precedidos por algún tipo de estrés de vida (Ambelas, 1987). Aunque muchos de los estresores que pueden causar un episodio maníaco involucran relaciones con otras personas, en ocasiones un suceso ambiental como un tornado, un huracán o una inundación puede ser el desencadenante. Es más probable que los episodios maníacos o hipomaniacos aparezcan después de estresores que desorganizan el ciclo sueño-vigilia de una persona, así como que los síntomas depresivos se presenten después de eventos de pérdida (Malkoff-Schwartz y cols. 1998).

Los eventos estresantes también pueden causar un episodio maníaco en personas con antecedentes de episodios maníacos o trastorno bipolar. Por ejemplo, cuando un fuerte huracán golpeó a Long Island, Nueva York, en 1985, hubo un aumento dramático de episodios maníacos entre los pacientes que eran tratados por trastorno bipolar (Aronson y Shukla, 1987). Toda las personas que recayeron ya habían tenido un alto nivel de estrés en sus vidas, y la mayoría de ellas no tenían el apoyo social que significa una relación cercana y de confianza. Para cada una de estas personas, el huracán tuvo como resultado estrés adicional, además del estrés mismo de la tormenta. Dos personas tuvieron que mudarse a la casa de sus padres, donde había un alto nivel de tensión; otra persona fue a un refugio temporal donde no conocía a nadie; y otro más destruyó el automóvil nuevo de su novio durante la tormenta, lo que provocó que su relación se deteriorara. Existe la necesidad de realizar nuevos estudios sobre la interacción entre la vulnerabilidad genética al trastorno bipolar y los factores ambientales estresantes.

**Estresores familiares** Los eventos positivos y negativos en las relaciones pueden ser importantes en el desarrollo de síntomas bipolares. La mayoría de las personas que padecen trastorno bipolar tienen escaso apoyo social (S.L. Johnson y cols., 1999). A pesar de que no están experimentando un episodio de manía o depresión, las personas con este trastorno reportan tener menos contacto con sus amigos que un grupo de control o un grupo de personas con depresión unipolar. Desafortunadamente, la naturaleza episódica del trastorno bipolar puede hacer que el apoyo social sea más necesario. Aunque en este estudio el apoyo social no parece reducir el estrés de vida, las personas que tuvieron un apoyo social más alto se recuperaron con mayor rapidez de los episodios de depresión o manía que experimentaron y sus episodios de depresión posteriores tendieron a ser menos graves, en comparación con quienes contaban con un apoyo social escaso. En particular, las interacciones y actitudes familiares negativas predicen un porcentaje mayor de recaída en pacientes bipolares (Hooley y Hiller, 2001).

Tanto la manía como la depresión grave pueden hacer más estresantes las relaciones familiares. Además, la naturaleza episódica del trastorno bipolar dificulta saber lo que sucederá después. La manía puede ser difícil de tolerar: “Ninguna otra dificultad, ni siquiera el homicidio en la familia, tiene una probabilidad tan elevada de provocar un caos familiar, ni tan alta probabilidad de que la familia no pueda tolerar al paciente y abandonarlo” (Lansky, 1988, p. 216). Vivir con una persona que experimenta episodios depresivos también es estresante.

## Enfoques psicológicos de pacientes bipolares y sus familias

Aunque los principales enfoques para tratar trastornos bipolares son biológicos, han comenzado a reconocerse cada vez más las contribuciones psicológicas para lograr alguna mejoría. Por ejemplo, se está estudiando la terapia cognitiva como un componente del tratamiento para pacientes bipolares (C. Newman y cols., 2002). Con frecuencia, a estos pacientes les perjudica la poca información que se les proporciona sobre su condición y tratamiento. La psicoeducación puede ser de gran valor para las familias de los pacientes, así como para éstos.

Un problema que se presenta en el tratamiento de los trastornos bipolares es que los pacientes no toman con regularidad, o directamente abandonan, los medicamentos que se les prescriben. La información en videos, folletos, conferencias y sesiones individuales pueden ser útiles para promover la adherencia al medicamento. La psicoterapia también puede ser útil para enseñar a los pacientes a emplear capacidades de afrontamiento del estrés, aumentar su conciencia sobre los efectos relacionados con la conducta bipolar en los miembros de la familia y los compañeros de trabajo, y analizar las relaciones interpersonales problemáticas (Craighead y cols. 2002).

Los programas de tratamiento psicoeducativo para la familia puede ser un complemento útil para el tratamiento del paciente con litio u otros medicamentos. Se sabe, desde hace algún tiempo, que las intervenciones familiares psicoeducativas ayudan a prevenir recaídas de los pacientes afectados por la esquizofrenia. Estos programas ayudan a la familia a aprender sobre el trastorno y a capacitar a sus miembros sobre la forma de interactuar con el paciente. Las familias que tienen un paciente bipolar, al igual que en las que hay un miembro esquizofrénico, con frecuencia muestran altos niveles de discordia familiar, pero hasta hace poco nadie había utilizado el enfoque psicoeducativo con ellas.

En uno de los pocos estudios que han investigado el efecto del tratamiento psicoeducativo en familias, los investigadores de la Universidad de Colorado reclutaron a familias de pacientes bajo tratamiento con medicamentos estándares para el trastorno bipolar (Simoneau y cols., 1999). Algunas de las familias participaron en 21 sesiones de terapia familiar en sus hogares durante un periodo de nueve meses. Estas sesiones involucraban a los pacientes así como a sus familiares cercanos (padres, hermanos o cónyuges). Durante las sesiones se analizó la naturaleza de los síntomas, el pronóstico y el tratamiento del trastorno bipolar. También se les proporcionó a los participantes capacitación para mejorar la co-

municación, lo que implicó dar retroalimentación positiva y negativa, formas para pedir cambios de conducta de otros miembros de la familia y capacitación en habilidades de resolución de problemas. Como parte de esta capacitación, los miembros de la familia participaron en sesiones de capacitación de modelamiento y entrenamiento conductual en las que representan papeles en diferentes situaciones y tareas para practicar las capacidades de las sesiones de capacitación. Un grupo control de familias sólo recibió ayuda estándar para el manejo de las crisis cuando era necesario. Los pacientes en ambos grupos continuaron recibiendo el medicamento apropiado. Un año después del inicio del estudio, las conductas tanto verbales como no verbales positivas y negativas se expusieron durante la interacción familiar. Las familias del grupo de tratamiento psicoeducativo tuvieron conductas significativamente más positivas durante la interacción, pero el número de conductas negativas no cambió. Cuando los investigadores observaron los resultados más a fondo, descubrieron que la diferencia entre los grupos se debía mayormente al aumento de las conductas no verbales positivas de los pacientes bipolares. Estas mismas conductas también cambiaron en el caso de los familiares, pero no de manera significativa. Aun más importante, el cambio de las conductas no verbales positivas de los pacientes del grupo psicoeducativo al inicio del estudio hasta ese primer año, también predijo una disminución de los síntomas del trastorno del estado de ánimo hasta ese mismo momento. La razón por la que sólo las conductas no verbales positivas fueron afectadas por este tipo de intervención, no es clara; ésta es una pregunta que sólo se podrá responder por medio de mayor investigación. Lo importante es que la intervención psicosocial con un grupo familiar puede ayudar a los efectos del medicamento para el trastorno bipolar para producir una mejoría en los síntomas.

Un problema con este tipo de intervención es que muchos pacientes bipolares son solteros, divorciados o separados de sus familias. Esto no es sorprendente, si se considera el estrés que la enfermedad bipolar puede provocar en las relaciones. Con frecuencia, los miembros de la familia creen que una persona con trastorno bipolar o unipolar puede controlar sus sentimientos y conductas. Este malentendido puede causar enojo y una sensación de fracaso para todos los que están involucrados. Los miembros de la familia también pueden convertirse en personas hipervigilantes e interpretar cualquier expresión de emoción como una señal de que está por comenzar otro episodio de manía o de depresión.

## Suicidio

El *suicidio* (la palabra deriva del latín, que significa “autoasesinato”) es una de las 10 causas principales de muerte en Estados Unidos. Cada año más de 30 000 personas mueren por suicidio, y hay alrededor de 650 000 intentos de cometerlo. El porcentaje de suicidios en Estados Unidos tuvo un promedio en el siglo XX de 12.5 por cada 100 000 personas. Este porcentaje está aproximadamente en el punto medio de los porcentajes de los países industrializados. Japón tiene más suicidios que Estados Unidos aún cuando tiene menos de la mitad de la población. Alrededor de medio millón de personas en todo el mundo se suicidan cada año.

## Enfermedad mental y suicidio

Aunque no todos los que intentan suicidarse son enfermos mentales, las enfermedades mentales, en particular aquellas que presentan síntomas psicóticos, aumentan en gran medida la probabilidad de un intento de suicidio (Radomsky y cols., 1999). Entre los trastornos del estado de ánimo, el riesgo de intento de suicidio es mayor en el caso del trastorno bipolar II, intermedio en el del bipolar I, y menor en el de la depresión unipolar (Rihmer y Pestalitiy, 1999).

El **parasuicidio** es un término que se utiliza para describir la conducta suicida que no culmina con la muerte. Un estudio descubrió que en el caso de las personas que han tenido una episodio de parasuicidio, el porcentaje de suicidio en el año posterior al episodio es 100 veces más alto que el de la población en general (Jenkins y cols., 2002). Una pregunta que se plantea es si los sobrevivientes a un intento de suicidio tienen una motivación diferente que los que no sobreviven (tal vez para llamar la atención o pedir ayuda, más que acabar con sus vidas). En general, esta suposición parece no ser cierta. Las razones dadas por los parasuicidas para sus intentos y las razones inferidas por la información disponible sobre los que murieron son muy similares. La diferencia parece estar en la letalidad del método utilizado. El uso de armas de fuego es la más letal; por su parte, los medicamentos no prescritos, como la aspirina, están entre las menos amenazantes, aun sin atención médica.

## Factores de riesgo para el suicidio

Varios factores de riesgo, además del estado de salud mental, predicen la probabilidad de suicidio. Entre ellos se pueden mencionar la edad, género, estado civil, origen étnico o raza y la presencia reciente de eventos de vida severos, en particular los relacionados con una pérdida. También son importantes otros factores como las características de la personalidad, el estilo cognitivo, el fácil acceso a los medios para suicidarse y la presencia o ausencia de apoyo social. El abuso de drogas y alcohol hacen que el suicidio sea más probable. Debido a que los factores que determinan si una persona va a cometer suicidio son complejos, tiene sentido un modelo que incluya la vulnerabilidad y la resiliencia personales (ver la figura 11-20).

**Edad** Dos grupos de edad están particularmente en riesgo de suicidio: 1) adolescentes y adultos jóvenes, y 2) los mayores de 70 años. En el caso de la población de Estados Unidos como un todo, el suicidio en la tercera causa más frecuente de muerte de las personas de entre 10 a 14 años y de 15 a 24 años. Sube al segundo lugar en el grupo de personas de 25 a 34 años y baja al sexto en las edades de 45 a 54 años y al noveno en el caso de las personas de entre 55 a 64 años. Aunque el suicidio no está entre las 10 principales causas de muerte de las personas de más de 65 años, esto no se debe a que el número del suicidio sea menor, sino debido a que en este intervalo de edad, el porcentaje de muerte por diversas enfermedades es mayor, principalmente enfermedades cardíacas y cáncer. Por ejemplo, el número de suicidios entre los hombres blancos mayores de 85 años es seis veces más alto que el porcentaje nacional de suicidio.

Durante varios años, el porcentaje de suicidio ha aumentado rápidamente entre los jóvenes, en particular hombres de 15 a 24

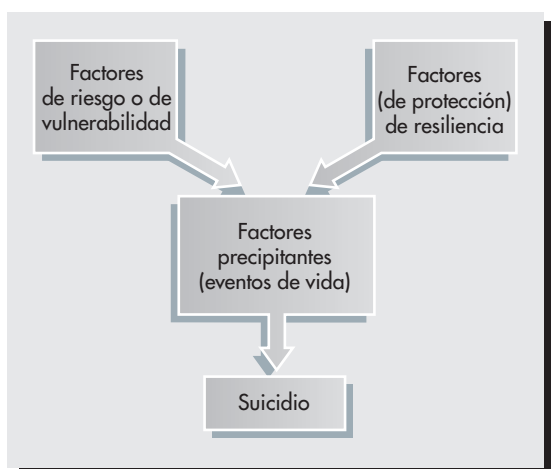


**Figura 11-20** El hecho de que suceda o no un suicidio está relacionado con la vulnerabilidad y resiliencia de una persona así como con los eventos de vida negativos.

años de edad. En el grupo de hombres entre 15 y 24 años, el suicidio está detrás de los accidentes y homicidios como causa de muerte. Durante los últimos cincuenta años, el número de suicidios entre los adolescentes ha aumentado y se ha triplicado desde 1970 (Portner, 2001). Varios grupos de adolescente están en particular riesgo de intentos de suicidio: 1) homosexuales, lesbianas y bisexuales jóvenes, 2) los que no tienen hogar, los que huyeron de sus casa y delincuentes, 3) los que han estado encarcelados o que están actualmente encarcelados, y 4) los que han estado expuestos a conductas suicidas de otros (por ejemplo, de miembros de la familia o amigos) (Spirito y Overholser, 2003). El retraimiento social y el aislamiento son característicos de muchos adolescentes que intentan suicidarse.

Se considera que, en particular, los estudiantes universitarios tienen un alto riesgo de cometer suicidio. Sin embargo, después de revisar todos los estudios disponibles sobre el tema entre estudiantes en Estados Unidos, el porcentaje promedio de suicidio entre los universitarios, fue de aproximadamente la mitad del porcentaje de las personas del mismo rango de edad que no estudiaban (Schwartz y Whitaker, 1990). Sin embargo, es posible que el porcentaje de los estudiantes sea más alto de lo que parece. En un estudio de suicidios en la Oxford University, los investigadores observaron que hay una mayor probabilidad de que las autoridades clasifiquen las muertes de estudiantes como “por causa no determinada” o accidental, que clasificar de esa manera las muertes de la población en general (Hawton y cols. 1995).

**Género** En Estados Unidos los porcentajes de suicidio de hombres y mujeres son muy diferentes. Aunque éstas intentan suicidarse más veces, es más factible que ellos lo logren. Las armas de fuego son el método más común de suicidio tanto de hombres como de mujeres, pues fueron responsables de 58% de todos los suicidios en 1997 (National Institute of Mental Health, 2002); sin embargo, es más probable que los hombres las utilicen más que las mujeres. La adquisición reciente se relaciona fuertemente con el suicidio. Un estudio comparó los porcentajes de suicidio de las personas que habían comprado una pistola en California en 1991 con los porcentajes de la población adulta general de ese estado (Win-

temute y cols. 1999). Durante la primera semana después de la adquisición de la pistola, el porcentaje de suicidio por medio de armas de fuego entre los compradores fue 57 veces más alto que el porcentaje de la población en general. Durante el primer año después de la compra, estas pistolas fueron las responsables de 25% de todas las muertes por suicidio. Estos resultados sugieren que muchas personas que piensan en suicidarse realizan la compra de una pistola con el suicidio en mente.

En Estados Unidos, al igual que en el resto del mundo, las mujeres parecen escoger medios potencialmente menos letales (una sobredosis de drogas o veneno) como el método preferido de suicidio. Esta diferencia al escoger el método también resulta en una diferencia en la probabilidad de suicidio en hombres y mujeres, dependiendo en la disponibilidad de las armas de fuego y venenos letales. En los países en donde las armas de fuego no son tan accesibles, los venenos son más fáciles de comprar y la posibilidad de ayuda médica es menor, el porcentaje de suicidio es mayor para las mujeres que para los hombres (el reverso del patrón observado en Estados Unidos).

**Raza y origen étnico** El porcentaje de suicidio difiere de manera consistente entre la raza y grupos étnicos. La figura 11-21 muestra el porcentaje promedio de suicidio para hombres y mujeres por grupos más específicos de raza/origen étnico. La figura hace evidente que el porcentaje para mujeres en todos los grupos raciales/étnicos es menor que el de los hombres. Lo que llama la atención en esta figura, es el porcentaje tan alto para los hombres amerindios y nativos de Alaska. No es evidente el porqué estas diferencias raciales/étnicas existen, pero son consistentes para todas las épocas. Ninguno de los pronósticos de suicidio sugeridos con frecuencia, puede relacionarse de manera consistente con estas diferencias raciales/étnicas.

**Actitudes culturales** Los factores culturales pueden justificar algunas diferencias en el porcentaje de suicidio, pero esto puede ser más real cuando se comparan los porcentajes nacionales de suicidio, que cuando se compraran los porcentajes dentro de un país. Por ejemplo, en Japón, el suicidio tradicionalmente es visto como una forma culturalmente apropiada de manejar los sentimientos de vergüenza y de ser personalmente deshonrados, tal vez por no lograr el éxito o haberse comportado de manera poco ética. Visto de esta manera, el suicidio puede compensar por la vergüenza que una persona, los miembros de su familia y otros sufrirán por su conducta. En un estudio que compara a estudiantes universitarios japoneses y canadienses, era más probable que los estudiantes japoneses pensaran en el suicidio, que hubieran formulado un plan de suicidio y haberlo intentado en el pasado (Heisal y Fuse, 1999). Era más probable que los estudiantes canadienses, más que los japoneses, buscaran ayuda de un profesional de la salud mental.

**Desesperanza** Las expectativas negativas y la desesperanza son temas importantes para aquéllos que tienen preocupaciones suicidas. Estas personas pueden llegar a creer que el suicidio es la única estrategia posible para manejar los problemas sin solución. La Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale) se ha utilizado en pacientes internos y externos, para predecir si una persona está en un mayor riesgo para de suicidarse (Beck y Emery, 1985; Beck y cols., 1990). En un estudio de pacientes no hospita-



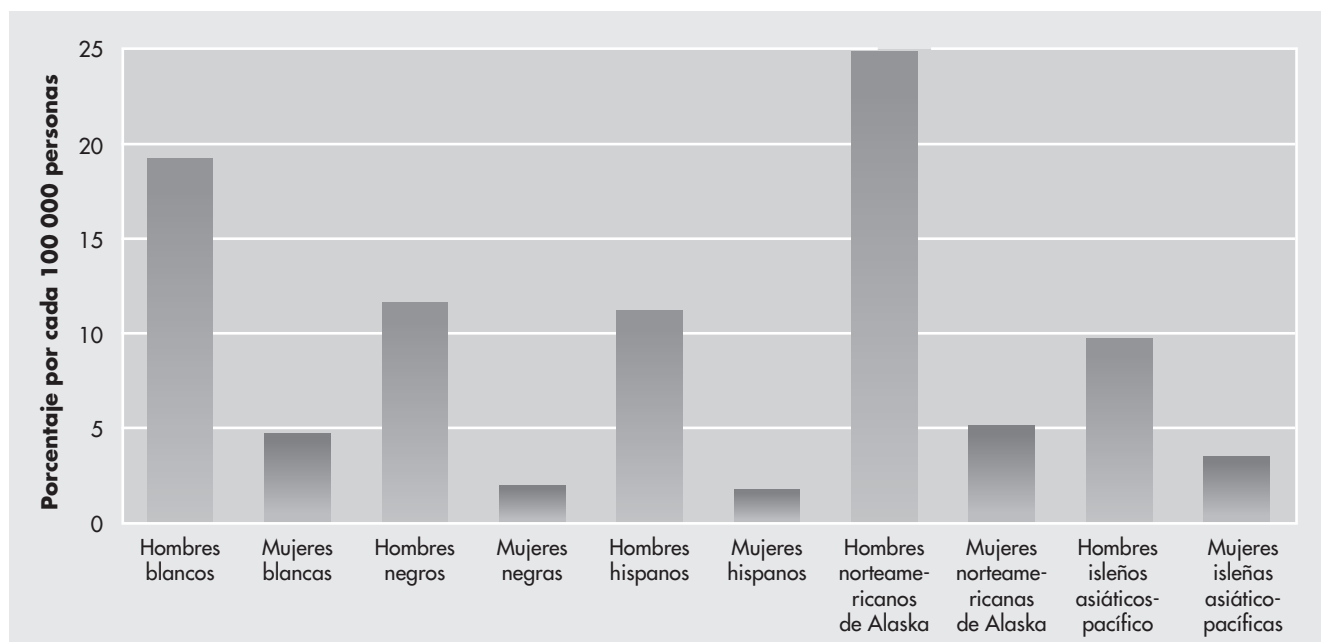


**Figura 11-21** Porcentajes de suicidio ajustados por edad para hombres y mujeres de varios grupos raciales/étnicos.

FUENTE: National Center for Health Statistics, 2000.

lizados, quienes obtuvieron puntuaciones mayores a nueve en esta escala, tenían 11 veces más probabilidad de suicidarse que quienes obtuvieron puntuaciones más bajas. Aunque muchas personas que obtienen una calificación alta en esta escala no se suicidan, es útil para hacer notar la posibilidad de un riesgo creciente. También ha ayudado a comprender los aspectos del pensamiento depresivo que pueden estar relacionados con el riesgo de suicidio. Siendo que Beck y sus compañeros de trabajo han demostrado que la desesperanza puede ser modificada con la terapia cognitiva, su enfoque también ha promovido un tratamiento más eficaz.

**Perfeccionismo** Algunas personas tienen una tendencia a establecer estándares imposibles de alcanzar para ellos mismos y es más probable que sean demasiado críticos en sus autoevaluaciones. El perfeccionismo puede aumentar la probabilidad de suicidio, más que la desesperanza (Flett y Hewitt, 2002). Por ejemplo, el perfeccionismo parece haber influido en la muerte del escritor británico Alasdair Clayre.

Clayre acabó con su vida al brincar frente a un tren subterráneo el día en que su nuevo libro, en el que había trabajado durante años, iba a ser publicado. Según sus amigos, Clayre, un hombre con muchos logros anteriores y ganador de una prestigiada beca, tenía demasiado miedo de lo que los críticos pudieran decir sobre su libro.

Roy Baumeister (1990) desarrolló la **teoría de escape del suicidio**, la cual lo ve como un intento para escapar la conciencia repugnante de uno mismo. Él cree que una cadena causal de eventos lleva al suicidio. La cadena comienza con uno o más eventos de vida estresantes en los que no se cumplen los estándares y expectativas de la persona. Ésta se atribuye internamente estos fracasos, que después generan emociones negativas y pueden producir depre-

sión. Se busca escapar de estas emociones negativas por medio de un retiro hacia un estado cognitivo, enfocándose sólo en las metas inmediatas o a corto plazo. Como resultado de la separación entre sentimientos y cognición, se vuelven aceptables medidas drásticas como el suicidio. La teoría de escape de Baumeister ha sido apoyada por investigaciones en una población de pacientes clínicos no hospitalizados (Dean y Range, 1999). El nivel de perfeccionismo de los pacientes predijo el nivel de depresión, que después predijo la desesperanza. El nivel de desesperanza, a su vez, predijo un aumento de la evaluación negativa de la vida y de los pensamientos suicidas. Esta evaluación negativa de los beneficios de continuar viviendo también contribuyó directamente a los pensamientos suicidas.

## Eventos de vida y suicidio

Tal como los eventos de vida muy estresantes han sido relacionados con la depresión, en ocasiones también son factores que precipitan el suicidio. Los eventos de vida que involucran pérdida son particularmente devastadores para muchas personas. Por supuesto muchas de las personas que experimentan estos eventos no tratan de suicidarse; no obstante en una persona vulnerable puede dar como resultado el suicidio. Uno de los factores más importantes es la terminación de un romance o un matrimonio. En conjunto, las personas divorciadas tienen un porcentaje de suicidio mayor que las personas casadas; sin embargo, los estudios epidemiológicos que consideran muchos factores adicionales en la predicción, muestran que el porcentaje de muerte por suicidio aumenta por el divorcio sólo entre los hombres (Kposowa, 2000). La pérdida de un trabajo es otro evento de vida que aumenta la probabilidad de suicidio. Aún sin la pérdida, el estrés en el trabajo también es un predictor de

suicidio. Hay una diferencia a largo plazo en los porcentajes de suicidio entre las profesiones que parecen estar relacionadas con el estrés del trabajo (M.J. Murphy, 1985). Médicos, dentistas y abogados están entre los profesionales mejor preparados, cuyos porcentajes de suicidio son altos. Un grupo bastante diferente, los trabajadores no calificados, también han tenido tradicionalmente un porcentaje alto de suicidio. Desde luego, también es posible que algunas de las características personales que llevan a escoger alguna de estas profesiones sean las responsables, más que el trabajo en sí.

## Suicidio por contagio

Algunas veces, cuando el suicidio de una persona reconocida está entre los titulares de las noticias, poco tiempo después ocurre un aumento de suicidios. A esto se le conoce como **suicidio por contagio**, o el *efecto de imitación*. Este fenómeno se ha investigado científicamente, utilizando análisis de series cronológicas de los suicidios diarios generales y relacionando los resultados con los suicidios de personas prominentes que fueron extensamente publicados en la prensa (Jonas, 1992). El análisis apoya la idea de un efecto de imitación. Sin embargo, en ocasiones la intervención puede contrarrestar este efecto. Por ejemplo después del muy publicitado suicidio de Kurt Cobain, una estrella de rock, en Seattle en 1994, las autoridades se prepararon para un desencadenamiento similar de suicidios por contagio, pero éstos no ocurrieron. Es posible que el énfasis de los medios en sus esfuerzos por ayudar a los más necesitados de los centros de crisis de Seattle, proporcionaran un camino a los imitadores potenciales para manejar sus sentimientos.

Un suicidio puede provocar un efecto de imitación aún si la persona involucrada no era famosa (ver la figura 11-22). En lo que pudiera llamarse una epidemia de suicidios, durante un periodo de ocho meses, seis hombres jóvenes del sur de Boston se suicidaron colgándose. Además, aproximadamente 70 adolescentes del área, en su mayoría hombres, fueron hospitalizados en el mismo periodo por intentos de suicidio o pensamientos suicidas agudos. Aunque



**Figura 11-22** La muerte de seis hombres jóvenes por colgarse a sí mismos en un periodo corto en el sur de Boston, ilustran el efecto de imitación que es común que ocurra después de un suicidio muy difundido. En una situación como estas, los porcentajes de suicidio, intentos de suicidio y pensamientos suicidas tienden a elevarse de manera abrupta durante algún tiempo.

otros factores podrían estar involucrados, este enorme aumento en los suicidios, muchos por medio del mismo método, así como intentos de suicidio, son una clara ilustración del efecto de imitación.

Algunos otros ejemplos de suicidios múltiples parecen estar relacionadas, más con las creencias compartidas y la presión de grupo, que con el contagio. Estos ejemplos incluyen la muerte de 39 miembros del culto Heaven's Gate en California, y el suicidio masivo de los miembros del Peoples Temple en Guyana, América del Sur.

## Prevención del suicidio

Existen varios enfoques para la prevención del suicidio: una mayor conciencia de posible pensamiento suicida, proveer centros de atención de crisis y otras instituciones, y cambiar las expectativas culturales sobre la forma en que la gente debe manejar sus problemas. La tabla 11-13 menciona algunas señales de alerta de que los adolescentes pueden estar considerando el suicidio. Muchos de estas mismas señales aplican a todas las edades (Lester, 2001).

Los centros de atención de crisis pueden jugar un papel importante en la prevención del suicidio, al darle a la persona con problemas una oportunidad para expresar sus preocupaciones y asegurarle que están disponibles ayuda eficaz y tratamiento, y al hacer canalizaciones a hospitales y clínicas que ofrecen ayuda inmediata. También son importantes los cambios en las actitudes culturales en relación con el manejo del estrés, para que las personas no interpreten sus sentimientos de desesperanza como debilidad, sino más bien como una señal de que es importante y aceptable buscar ayuda. Un buen ejemplo de esta necesidad de cambio se refleja en el alto porcentaje de suicidio entre los policías. No solamente el porcentaje es más del doble que el de la población total, sino que más del doble de policías mueren por causa del suicidio que por muerte en el desempeño de sus deberes, incluyendo el asesinato a manos de criminales (Violanti y cols., 1996). Sin embargo, los policías se rehúsan a buscar ayuda, y sus departamentos por lo general, no los motivan a hacerlo (Karel, 1995). Los críticos argumentan que la subcultura de la policía enseña a los oficiales a suprimir las emociones como una forma psicológicamente necesaria para lidiar con la violencia que enfrentan regularmente.

La fuerza aérea de Estados Unidos desarrolló un programa dirigido a reducir la resistencia del personal de la fuerza aérea para ver a un terapeuta y hablar de sus problemas personales. El programa, obligatorio para todo el personal, también proporcionó capacitación para tomar conciencia del suicidio. Después de iniciar el programa, el porcentaje de suicidio del personal de la fuerza aérea se redujo a la mitad durante un periodo de cinco años. El suicidio había sido la segunda causa principal de muerte en la fuerza aérea, pero como resultado del programa el porcentaje se redujo a un nivel por debajo del promedio nacional (*New York Times*, Noviembre 26, 1999).

Los programas de **postvención** que se instituyen después de que ha tenido lugar un suicidio pueden ser útiles para prevenir suicidios adicionales. La postvención puede ayudar a los sobrevivientes a manejar su aflicción y posibles sentimientos de responsabilidad y culpa, además de que sirve como una forma de evitar que vean al suicidio como una manera de lidiar con las dificultades personales.

**TABLA 11-13**

**Señales de advertencia de suicidio  
en la conducta adolescente**

Debido a que los suicidios entre las personas jóvenes han aumentado de manera dramática en los últimos años, las posibles señales de advertencia han sido mencionadas para ayudar a los padres y otros a reconocer las indicaciones de que alguien pueda estar pensando en el suicidio. Muchas de las señales pueden ser señales de depresión o sentimientos suicidas para los que hay tratamientos apropiados.

**Señales importantes**

- Cambios en los hábitos alimenticios y de sueño.
- Aislamiento de las amistades, familia y actividades regulares.
- Acciones violentas, conducta rebelde, escaparse
- Uso de drogas y alcohol
- Descuido inusual de la apariencia personal
- Cambio notorio en la personalidad
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, baja calidad en las tareas escolares
- Quejas de síntomas físicos como dolores de estómago y cabeza
- Pérdida de interés de actividades placenteras
- Inhabilidad para tolerar halagos y premios

**Señales adicionales**

- Quejas de ser una mala persona
- Indicios verbales como "Ya nada importa" y "Pronto no seré un problema para ti"
- Arreglar sus pendientes, por ejemplo, regalar o descartar las posesiones favoritas
- Volverse alegre de repente después de un periodo de depresión
- Señales de alucinaciones o pensamientos extravagantes

El suicidio tiene un fuerte impacto en la familia de aquellos que lo cometen y en las personas que los conocieron. Es más doloroso para la familia que otros tipos de muerte y con frecuencia más difícil de aceptar o reconocer. Los padres quizá consideren que el suicidio de su hijo adolescente fue una muerte accidental. Tal vez la familia experimente fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que hacen que sea imposible un duelo normal. Los hijos pequeños de un padre que comete suicidio también son propensos a sufrir graves desequilibrios. Es probable que el padre que sobrevive asegure que el suicidio fue un accidente. Entonces, el niño empieza desconfiar del padre, duda de la realidad de lo que observó o ambas situaciones. Muy a menudo los niños se sienten responsables del suicidio de uno de los padres o piensan que debieron evitarlo. El resultado de estas percepciones erróneas es un niño deprimido, pasivo y autodestructivo. Debido al estigma social que rodea al sui-

cidio, con frecuencia los sobrevivientes evitan hablar con otras personas, y esto puede aumentar su estrés.

En los párrafos siguientes, una esposa describe sus reacciones y las de su hijo de 12 años, Richard, ante la muerte de su esposo.

*Para mí los días que siguieron [a la muerte de su esposo] estuvieron llenos de dolor. Las preguntas me abrumaban. ¿Por qué? ¿Por qué? Pero la impresión paraliza; de alguna manera pude manejar los arreglos del funeral. Como un robot, hice lo que tenía que hacer. La gente iba y venía y yo permanecí sentada durante horas sin moverme mucho. Recuerdo que no me cambié de ropa durante dos días. No quería mover ni cambiar nada. Hablar representaba un gran esfuerzo. Comer era un gran esfuerzo.*

*Al final de la primera semana, después que terminó el funeral, los familiares se habían ido y llegó la verdadera soledad y la culpa. Cada noche, soñaba que tranquilizaba a Dick, le decía lo mucho que lo amaba y lo seguía amando, sintiendo en mis sueños que si lo supiera, regresaría y estaría a salvo [...] Dos meses después, mientras regresábamos en el avión de un viaje que hicimos en Navidad para visitar a la familia de Dick, Richard dijo, "Siento que en verdad extraño a alguien y no sé a quién". Dije, "¿No crees que es a papá?" y surgieron las únicas lágrimas que lo vi derramar. Hablamos con frecuencia y me dice que ahora se siente enojado más que nada. "Cuando empiezo sentirme enojado o triste," – dice – "trato de concentrarme en realidad en lo que estoy haciendo en ese momento, como jugar con la pelota o andar en bicicleta".*

*Encuentro difícil ser tan sensible, evitar la culpa y la duda constante. Las notas que Dick dejó dicen que fue por su trabajo, que yo no tuve nada que ver con lo que hizo. Aún así, ¿por qué no pude ver lo que sucedía? ¿Por qué no lo pude salvar? Es el mejor amigo que he tenido. Tal vez no fui una amiga lo suficientemente buena para él. Deseaba juntar todas las piezas; revivía cada conversación. Pero no había respuestas y las piezas no ajustaban (Kenyon, 1979, p.17).*

Para muchas personas puede ser útil proporcionar información y contestar preguntas acerca del suicidio.

## El mensaje con el que nos quedamos

Los trastornos del estado de ánimo muestran por qué defendemos el enfoque interaccionista de la conducta desadaptada. Estos trastornos tienen al mismo tiempo condiciones tanto psicológicas como fisiológicas. Además, hay una creciente evidencia, no sólo de que los tratamientos físicos y psicológicos juegan un papel positivo para ayudar a que las personas logren la recuperación sino que al combinarlos dan mejores resultados. Hay más razones para ser optimistas sobre el tratamiento de trastornos del estado de ánimo que en cualquier época anterior en la historia de su estudio clínico. A pesar de eso, se necesitan responder numerosas preguntas importantes, incluyendo estas dos:

1. ¿Cuál es la eficacia relativa de los diferentes enfoques de tratamiento (por ejemplo, antidepresivos, TEC, psicoterapia), y cuándo son más eficaces ya sea solos o combinados?

2. ¿Cuáles son los mecanismos para que los enfoques del tratamiento alcancen el éxito?

Estas preguntas se podrán responder mejor cuando se descubran mejores explicaciones de las causas de los trastornos del estado de ánimo que las que disponemos en la actualidad. La evidencia de que múltiples neurotransmisores están involucrados en la regulación del estado de ánimo debe llevar a un mejor entendimiento de la etiología de algunos trastornos del estado de ánimo y mejores tratamientos. Es probable que una mejor descripción de la naturaleza de la relación paciente-terapeuta aumente la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas. Un mejor entendi-

miento de los eventos que desencadenan estos trastornos, sería útil tanto en los enfoques físicos como psicológicos de los trastornos del estado de ánimo. ¿Porque algunos trastornos del estado de ánimo parecen estar claramente conectados a ciertos eventos recientes, mientras que otros parecen aparecer de la nada? Se conocen varias de las causas de los trastornos del estado de ánimo, éstas incluyen la composición genética, rasgos de personalidad, factores ambientales y la biología celular. Un reto actual es descubrir cómo se combinan y cómo debemos tratar a las personas cuyos trastornos del estado de ánimo son causados por una combinación particular de estos factores.

## R esumen del capítulo

### Estado de ánimo depresivo

Aunque la palabra depresión es parte de nuestro vocabulario, sentirse deprimido no es lo mismo que padecer un trastorno del estado de ánimo. Los eventos de la vida pueden causar un estado de ánimo depresivo. Si este estado no es causa del luto se puede clasificar como un **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo**.

### Trastornos del estado de ánimo

Hay tres tipos de trastornos de estado de ánimo: **trastornos depresivos**, **trastornos bipolares** y el tercero causado por algún otro factor que incluye enfermedad médica, medicamentos o abuso de drogas. Los trastornos del estado de ánimo, en especial la depresión, también son comórbidas con otros trastornos tales como trastornos de la ansiedad y trastornos de la personalidad.

### Depresión

La depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno. El síntoma del estado de ánimo depresivo no necesariamente significa que una persona padece un trastorno del estado de ánimo. Quienes cumplen con el criterio del DSM-IV-TR experimentan más síntomas que son más graves. Los trastornos depresivos en ocasiones se refieren como **trastornos unipolares** para diferenciar los tipos de depresión de los que se encuentran en el trastorno bipolar. Hay varias categorías de trastornos depresivos.

**Factores de vulnerabilidad para la depresión** La estructura genética o herencia, es un factor de riesgo importante para la depresión mayor y el trastorno bipolar. La edad también es un factor de riesgo: las mujeres se someten a mayor riesgo durante la adultez temprana mientras que para los hombres es mayor en la edad intermedia. En el siglo XX la frecuencia de la depresión ha aumentado, por lo que la generación (cohorte) a la que pertenece la persona también es un factor de riesgo. El género también es muy importante: el doble de mujeres que de hombres en la población en general reportan un trastorno depresivo. Otros factores de riesgo son experimentar eventos de vida negativos y una falta de apoyo social, en particular de las relaciones cercanas. Este apoyo puede ser especialmente valioso si los eventos estresantes han ocurrido recientemente.

### Trastornos depresivos

**Trastorno distímico** Un **trastorno distímico** es una condición estable en la cual el estado de ánimo deprimido domina durante largos periodos, incluso cuando se interrumpe por periodos breves de estado de ánimo normal.

**Trastorno depresivo mayor** Un **trastorno depresivo mayor** se diagnostica cuando una persona ha experimentado uno o más episodios depresivos mayores pero nunca ha experimentado ya sea un episodio maniaco o hipomaniaco. Un **episodio depresivo mayor** se define como un periodo ya sea de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés y placer en la mayor parte de las actividades o de ambas condiciones, junto con otros síntomas que pueden incluir un cambio muy notorio en el peso corporal, problemas de sueño constantes, cansancio, incapacidad para pensar con claridad, agitación o conducta demasiado aletargado y pensamientos de muerte. Cuando una persona que ha experimentado un episodio depresivo mayor presenta los síntomas nuevamente en otro momento, el diagnóstico se cambia a trastorno depresivo mayor recidivante. Por lo menos la mitad de los que experimentan el primer episodio experimentan un episodio recidivante. Si una persona experimenta delirio u otros síntomas psicóticos durante un episodio depresivo mayor, el diagnóstico se vuelve en un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos.

### Causas y tratamiento de la depresión

Por lo general se considera la depresión como resultado de una interacción entre características biológicas, vulnerabilidad psicológica y sucesos o situaciones estresantes. Cada una de las perspectivas teóricas contribuye en la comprensión y en los tratamientos disponibles para la depresión.

**Factores biológicos en la depresión** El mecanismo para la conducta depresiva o maniaca puede ser la actividad de los sistemas neurotransmisores. Una teoría temprana, la hipótesis de la monoamina, se enfocaba en los neurotransmisores **serotonina** y **catecolaminas**, pero otros neurotransmisores incluyendo **GABA** y **acetilcolina** también parecen estar involucrados en la depresión. El estudio de los efectos de varios antidepresivos (incluyendo los **inhibidores de la MAO** y los nuevos **inhibidores reversibles de monoamino oxidasa**, así como los **tricíclicos**).



clicos y los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina) ha llevado a hipótesis acerca de la influencia de los neurotransmisores en la producción de conductas asociadas con la depresión. El estudio de los indicadores de la depresión ha sido una estrategia importante de investigación. Los indicadores investigados incluyen lugares específicos de recepción en el cerebro, estudiados por varios dispositivos de imagen cerebral y el papel de los ritmos biológicos en especial en el **trastorno afectivo estacional (SAD)**.

**Tratamiento biológico** Los dos tratamientos importantes en las teorías biológicas incluyen **antidepresivos** y la **terapia electroconvulsiva (TEC)**. Los tratamientos biológicos a menudo son exitosos para disminuir la depresión. La TEC actúa más rápido que los antidepresivos y se utiliza con frecuencia cuando no se encuentra un medicamento efectivo.

**Tratamiento psicológico** La psicoterapia se utiliza ya sea sola o en combinación con terapias biológicas. La psicoterapia lleva a un porcentaje menor de recaída que el medicamento solo. El punto de vista de Freud con respecto a la depresión se centraba en una reducción del cuidado de sí mismo y una conciencia castigadora que constituyan un intento por controlar los sentimientos de enojo y agresión. Los teóricos de orientación psicodinámica posteriores creían que los sentimientos de indefensión para afrontar la pérdida eran cruciales para la depresión. También dan énfasis en la importancia de las expectativas basadas en las primeras relaciones para el desarrollo de relaciones satisfactorias posteriores. La **psicoterapia interpersonal (PTI)** es una terapia basada en ideas psicodinámicas que se basan en la importancia de las relaciones y el papel protector del apoyo social cuando el estrés de vida ocurre. La PTI se utiliza con frecuencia para ayudar a prevenir la recaída después de la recuperación de un episodio depresivo.

**Perspectiva humanista-existencial** Los teóricos existenciales ven la depresión como una pérdida de la autoestima. Los teóricos humanistas destacan la diferencia entre el yo ideal de la persona y su percepción de su yo real. Si la diferencia es demasiado grande, es probable que aparezca la depresión.

**Perspectiva conductual** Los conductistas se preocupan por las habilidades de las personas para obtener un reforzamiento social, en particular el relacionado al estrés. Las personas deprimidas se concentran en la búsqueda excesiva de apoyo, lo que a la larga provoca molestias en quienes están en contacto con ellas. Algunas de las personas deprimidas pueden no tener habilidades sociales.

**Tratamiento conductual para la depresión** Un enfoque conductual efectivo en el tratamiento de la depresión es la capacitación en habilidades sociales, que se concentran tanto en la conducta apropiada como en mejorar las habilidades para comprender las señales que dan otras personas en las interacciones sociales.

**Perspectiva cognitiva** Las interpretaciones negativas injustificadas de eventos o interacciones es muy probable que estén causadas por **esquemas** o formas acostumbradas de interpretar la conducta basados en las primeras experiencias de vida. Beck desarrolló el primer enfoque cognitivo de la depresión, el cual sigue siendo muy importante. El modelo explica la depresión como una **triada cognitiva** de pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro. Beck pensó que la **atribución** (la asignación de la causa que hacen las personas) es importante para la depresión. Las personas deprimidas tienden a culparse por los resultados negativos. El interés en estas atribuciones se originó de la idea de la **indefensión aprendida**.

**Terapia cognitivo-conductual** La terapia desde la perspectiva cognitiva utiliza los elementos cognitivos y conductuales y por lo general se le llama **terapia cognitivo-conductual (TCC)**. Los terapeutas trabajan con el cliente para cambiar sus patrones de pensamiento disfuncional. Se presta especial atención a la identificación de los **pensamientos automáticos** de los clientes y eventualmente la modificación de sus primeros esquemas desadaptados.

**Perspectiva de la vulnerabilidad y la resiliencia** Los factores biológicos y personales se combinan para producir vulnerabilidad o resiliencia a eventos estresantes de vida. Eventos estresantes para la persona, en especial en el contexto de los problemas en curso y crónicos y la falta de apoyo social pueden provocar la depresión.

**Tratamiento combinado de la depresión** Los antidepresivos son en ocasiones eficaces para el tratamiento de la depresión. Poca investigación ha comparado la eficacia de los medicamentos y otras terapias diferentes en el trastorno distímico o estado de ánimo depresivo leve. En trastornos depresivos mayores, la evidencia sugiere que una combinación de medicamentos con TEC o PTI es más eficaz en la prevención de las recaídas que el medicamento solo.

## Trastornos bipolares

Los **trastornos bipolares**, que en ocasiones se conocen como trastornos maniaco-depresivos, incluyen etapas tanto de depresión como de manía o hipomanía. El DSM-IV-TR enumera cuatro trastornos bipolares: *trastorno bipolar I*, *trastorno bipolar II*, *trastorno ciclotímico* y una categoría miscelánea.

**Trastorno bipolar I** El **trastorno bipolar I** incluye episodios de manía y, a menudo, episodios depresivos mayores. La manía es una condición de estado de ánimo elevado, fuga de ideas y aumento de la actividad psicomotora.

**Trastorno bipolar II** El **trastorno bipolar II** es una variante del trastorno bipolar, en la cual no existió un episodio maniaco pero sí al menos un periodo hipomaniaco, así como un episodio de depresión mayor. Un **episodio hipomaniaco** se refiere a un periodo de conducta maniaca que no es lo suficientemente extrema para deteriorar en gran medida el funcionamiento.

**Trastorno ciclotímico** El **trastorno ciclotímico** incluye conductas hipomaniacas y depresivas que se extiende al menos por un periodo de dos años.

## Causas y tratamiento del trastorno bipolar

**Factores genéticos** Los estudios de gemelos muestran que los factores genéticos crean una vulnerabilidad al trastorno bipolar. Los estudios familiares han identificado ciertas ubicaciones de genes que pueden influir, aunque dichas ubicaciones pueden diferir de un estudio a otro.

**Tratamiento biológico del trastorno bipolar** El trastorno bipolar se trata comúnmente con **litio**, pero en algunas ocasiones con fármacos anticonvulsivos. El litio puede desanimar los estados de ánimo agradables y puede tener efectos secundarios peligrosos pero continúa siendo el tratamiento más efectivo.

**Factores psicosociales y episodios bipolares** Los factores psicosociales influyen como desencadenantes de episodios de trastornos bipolares y también en su prevención. Los estresores ambientales y familiares pueden causar nuevos episodios.

**Enfoques psicológicos para los pacientes bipolares y sus familias**

Los programas psicoeducativos pueden ser útiles en la reducción de estrés para los pacientes y los miembros de su familia. Este tipo de intervención puede mejorar la cooperación de los pacientes para continuar con su medicamento y también pueden aumentar los efectos para mejorar los síntomas del trastorno bipolar al reducir el estrés familiar.

**Suicidio**

El *suicidio* es una de las causas principales de muerte en los Estados Unidos así como en muchos otros países industrializados.

**Enfermedad mental y suicidio** La enfermedad mental aumenta en gran medida la probabilidad de intento de suicidio. Entre los trastornos del estado de ánimo, el porcentaje en trastorno bipolar II es mayor y el de depresión unipolar es menor. El **parasuicidio** es el término que se utiliza para la conducta suicida que no tiene como resultado la muerte.

**Factores de riesgo para el suicidio** Los adolescentes y adultos jóvenes están en alto riesgo para suicidio así como los que son mayores de 70 años de edad. El género es un factor: los hombres tienen

un porcentaje mayor de éxito que las mujeres. El porcentaje de suicidio también difiere entre los grupos raciales y étnicos. Los grupos de amerindios y nativos de Alaska (en especial los hombres) tienen el riesgo más alto, le sigue el de los estadounidenses blancos. Otros factores que afectan el porcentaje de suicidio son las actitudes culturales hacia el suicidio, los sentimientos de desesperanza y el perfeccionismo.

**Eventos de vida y suicidio** Los eventos de vida estresantes son en ocasiones factores precipitantes del suicidio. Los eventos que involucran una pérdida son particularmente importantes.

**Suicidio por contagio** Cuando el suicidio de una persona reconocida es ampliamente difundido, poco después ocurre un aumento en los suicidios. Esto se llama **suicidio por contagio** o el *efecto de imitación*. Este contagio también puede ocurrir dentro de los miembros de un grupo.

**Prevención del suicidio**

La prevención del suicidio involucra una conciencia pública creciente de los signos de alerta, proporcionando centros de atención de crisis y de otro tipo de ayuda, y cambiando las expectativas culturales sobre como las personas deberían de resolver sus problemas. Los programas de **postvención** se utilizan con frecuencia para ayudar a los sobrevivientes a afrontar el impacto del suicidio de un miembro de su grupo.

**Conceptos clave**

Antidepresivos, p. 343  
Antidepresivos tricíclicos, p. 342  
Atribución, p. 352  
Capacitación de habilidades sociales, p. 351  
Catecolaminas, p. 341  
Depresión, p. 333  
Episodio depresivo mayor, p. 339  
Esquemas, p. 351  
Hipomanía, p. 359  
Indefensión aprendida, p. 352  
Indicadores, p. 343  
Inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO), p. 342

Inhibidores reversibles de monoamino oxidasa (RIMAs), p. 342  
Inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina (SSRIS), p. 342  
Manía, p. 356  
Parasuicidio, p. 364  
Pensamientos automáticos, p. 353  
Postvención, p. 367  
Psicoterapia interpersonal (PTI), p. 350  
Recaída, p. 345  
Remisión, p. 345  
Serotonina, p. 341  
Suicidio por contagio, p. 367  
Terapia cognitivo-conductual (TCC), p. 353

Terapia de mantenimiento, p. 345  
Terapia electroconvulsiva (TEC), p. 346  
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, p. 332  
Trastorno afectivo estacional (SAD), p. 343  
Trastorno bipolar I, p. 356  
Trastorno bipolar II, p. 359  
Trastorno ciclotímico, p. 361  
Trastorno depresivo mayor, p. 339  
Trastorno distímico, p. 337  
Trastorno unipolar, p. 334  
Trastornos del estado de ánimo, p. 332  
Tríada cognitiva, p. 352

**Un buen libro**

Kay Redfield Jamison, ahora profesor en la Universidad Johns Hopkins, empezó a experimentar cambios de estado de ánimo durante su adolescencia pero no buscó ayuda hasta que terminó su doctorado y empezó a enseñar en UCLA. Como muchos otros que sufrieron de trastorno bipolar, ella sintió inicialmente que sus depresiones en etapas temporales que podía manejar. Vea los periodos maníacos como periodos de creatividad y logro excepcional. Sólo más tarde reconoció las bases biológicas de estos cambios de estado de ánimo. Su padre tam-

bién había tenido periodos de depresión seguidos por gran exuberancia y reconoció que lo que estaba experimentando era más bien una manifestación severa de esos mismos problemas. Jamison finalmente controló su condición por medio de los medicamentos apropiados y psicoterapia. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness* es su relato de las experiencias que devastaron su vida y de las cuales se recuperó. Otro libro, *Night Falls Fast: Understanding Suicide* es un intento polémico para entender por qué las personas jóvenes se suicidan.

# Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos



Diana Ong (n. 1940) "Confusión de formas". Colección privado.

SuperStock, Inc.

## Trastornos psicóticos

### Esquizofrenia

Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR  
Síntomas positivos y negativos

### Trastornos del espectro esquizofrénico

#### Desarrollo de la esquizofrenia

Factores genéticos  
Factores prenatales

#### Estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia

Estudios familiares  
Estudios de gemelos  
Estudios de adopción

Vulnerabilidad y características de las familias adoptivas

Estudios de alto riesgo y búsqueda de indicadores

### Enfoques terapéuticos

Antipsicóticos  
Enfoques psicosociales  
Programas familiares  
Apoyo de la comunidad  
Enfoque de tratamiento combinado

### Otros trastornos psicóticos

Trastorno esquizoafectivo  
Trastorno delirante  
Trastorno psicótico compartido

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

## DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

En este capítulo se incluye la explicación de varios trastornos del pensamiento y la percepción, pero enfocado principalmente en la esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia sufren de delirio, alucinaciones y confusión tanto en los procesos mentales como en la conducta. Ellas y otras personas se sienten asustadas y perturbadas por su conducta. Se examina tanto la vulnerabilidad personal como las condiciones ambientales que pueden incrementar la posibilidad del desarrollo de uno de estos trastornos. En el pasado, se pensó que la esquizofrenia era cuestión de un deterioro continuo y que requería de una prolongada hospitalización, pero el conocimiento y las teorías recientes han alentado la esperanza de que surjan tratamientos eficaces, y por qué no, de lograr prevenirla algún día.

Vivo en un armario. A diferencia de la mayoría de los armarios el mío es invisible. (...) Sin embargo sus paredes y su aterradora oscuridad son muy reales.

"El 'armario' es la esquizofrenia, una grave enfermedad mental o, como algunos profesionales se refieren a ella, un trastorno neurobiológico. He padecido de esquizofrenia durante una buena parte de mi vida adulta. Es tratable, pero hasta ahora no existe cura. (...)

"A pesar de haber estado hospitalizada en dos ocasiones, logré obtener el Phi Beta Kappa en la Brown University y después asistir a la Escuela de Medicina de la Universidad de Connecticut. Sin embargo, poco después de un año, ya no pude funcionar. En ese momento, las voces hicieron su aparición. (...) Hasta el día de hoy, no estoy muy segura de no haber sido responsable del asesinato de Kennedy así como de otras catástrofes internacionales. (...) En una ocasión, el título de un libro me preocupó y me alteró tanto que gasté casi hasta mi último centavo en viajar a Orlando, Florida, porque creía que el libro me había dicho que eso era lo que debía hacer.

"Era, y a pesar de los medicamentos algunas veces aún lo soy, sensible a los comentarios casuales. Algunas veces incluso un 'Hola' o un '¿Cómo estás?' puede parecer amenazador o de una exagerada importancia. Escucho las voces de personas terriblemente crueles que me hablan constantemente, incluso cuando nadie está presente. (...) Escuchar la radio es algo imposible debido a los mensajes personales que recibo, bien sea del DJ o de la secuencia de la música y los anuncios.

"Aunque continúo presentando síntomas, no he sido hospitalizada (excepto brevemente por una reacción a un medicamento) desde hace un año. (...) A los 42 años, pienso que estoy mejorando poco a poco o cuando menos enfrento mejor las dificultades que todavía están presentes. Me siento más fuerte y más estable ahora que antes. Los días malos, días en los que no puedo escribir o incluso leer una sola palabra, son cada vez más raros mientras que los días buenos, llenos de horas de escritura productiva son cada vez más frecuentes. De hecho, publicaron recientemente un artículo mío en el Hartford Courant, mientras que uno que escribí en 1993 ganó el Premio de Medios de Salud Mental de Connecticut, un reconocimiento que sólo se otorga a periodistas profesionales" (Wagner, 1996, pp. 399-401).

Aunque continúa severamente afectada por los síntomas de la esquizofrenia, la mujer del relato que acaba de leer es capaz de llevar una vida productiva. Aunque los medicamentos, el tratamiento y el apoyo no la han liberado por completo de algunas manifestaciones de su trastorno, ha aprendido formas de enfrentarlas de manera que es capaz de funcionar. No todas las personas que desarrollan esquizofrenia tienen tan buenos resultados, como se verá en otros ejemplos que trataremos más adelante en este mismo capítulo.

## Trastornos psicóticos

Las personas en estado psicótico tienen dificultad para pensar de forma racional y organizada. Un **trastorno psicótico** se define por alteraciones de la percepción, el pensamiento o la conciencia, alteraciones que son denominadas alucinaciones o delirios. Alguien que hace inferencias incorrectas acerca de la realidad con base en estas alteraciones, y cree son reales, padece un trastorno psicótico. Además, los síntomas de los trastornos psicóticos pueden incluir conducta y lenguaje desorganizados. Los síntomas psicóticos muchas veces producen la clase de conductas que antiguamente se denominaban locura o demencia. En la tabla 12-1 se enumeran los principales trastornos psicóticos de acuerdo con la clasificación de DSM-IV-TR. El carácter incoherente y extravagante de la psicosis se ilustra en siguiente relato proporcionado por un hombre psicótico hospitalizado:

*El aspecto más gracioso del hospital es el baño. ¿Por qué le piden a Dios que se bañe? Eso me hace reír. He escuchado las voces de grandes hombres de la historia y he visto el arco iris de la esperanza. Estoy deseoso de enfrentar a Da Vinci y golpearlo, pero el ritmo de la construcción es hipnótico y me saca de balance. Si tan sólo me realizaran electroencefalogramas y pruebas de IQ, podría probarles que soy Dios. Mi barba ha crecido lo suficiente para cumplir la profecía de un Rey de Reyes, y sé que mis poderes se perderán el día que cumpla 33 años. Anticipo mi crucifixión. Pero buscaré al demonio y lo destruiré. Quizá si mato a*



| TABLA 12-1                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Los principales trastornos psicóticos          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Nombre                                         | Características                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Esquizofrenia                                  | La alteración dura seis meses o más. Cuando menos un mes de fase activa, que normalmente incluye, cuando menos, dos síntomas positivos, enumerados en la tabla 12-4 o un síntoma positivo y uno negativo. También se presenta una reducción de la función social u ocupacional. (Existen cinco subtipos: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.) |
| Trastorno esquizofreniforme                    | Presenta los mismos síntomas que la esquizofrenia, pero dura entre uno y seis meses. No es necesario que haya una reducción de la función para poder diagnosticarlo.                                                                                                                                                                                                       |
| Trastorno esquizoafectivo                      | Se presentan los síntomas de la fase activa del trastorno esquizofrénico, junto con un episodio característico de un trastorno del estado de ánimo. Éstos están precedidos o seguidos por, cuando menos, dos semanas de delirios o alucinaciones.                                                                                                                          |
| Trastorno delirante                            | Delirios no excéntricos que duran cuando menos un mes sin otro síntoma que caracterice la fase activa de la esquizofrenia.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Trastorno psicótico breve                      | Alteración psicótica que dura más de un día pero menos de un mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Trastorno psicótico compartido                 | Alteración que se desarrolla en una persona bajo la influencia de alguien más que sufre de delirio con contenido similar.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Trastorno psicótico debido a enfermedad médica | Síntomas psicóticos que se piensa son resultado fisiológico del estado médico general o enfermedad.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Trastorno psicótico inducido por sustancias    | Síntomas psicóticos que se piensa son el resultado fisiológico de la exposición a sustancias, medicamentos o abuso de drogas.                                                                                                                                                                                                                                              |

*mi hermano me convertiré en el único hijo a los ojos de mi Padre. Sí, debo ir y buscar a mi hermano el demonio (Heinricks, 2001. p 4).*

No todas las alucinaciones y delirios indican la presencia de un trastorno psicológico. Algunas veces provienen de causas temporales, como efectos de un medicamento, oxigenación reducida del cerebro durante una fiebre elevada o deficiencias vitamínicas extremas. En otros casos, los síntomas son provocados por cambios permanentes generados por infecciones como la sífilis. Algunas veces se presentan también en trastornos depresivos graves. Sin embargo, si no existe una causa específica de las percepciones y pensamientos trastornados, son considerados como las características que definen uno de los trastornos psicóticos que se comentan en este capítulo: la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante y el trastorno psicótico compartido.

## Esquizofrenia

De todos los trastornos psicóticos, la esquizofrenia tiene el efecto más severo sobre la vida de las personas y el sistema de salud. En Estados Unidos, más de dos millones de personas al año, esto es, más de 1% de la población, padecen de esta enfermedad incapacitante y crónica (Sperling, 1999). A pesar del relativamente bajo porcentaje de la población estadounidense afectada, la seriedad y las consecuencias incapacitantes de la esquizofrenia significan que cerca de 50% de los afectados se verán incapacitados permanente-

mente y dependerán de la asistencia pública. Las personas diagnosticadas con esquizofrenia constituyen hoy 10% del total de la población incapacitada, y constituyen un porcentaje significativo de la población sin hogar de los grandes centros urbanos (Rupp y Keith, 1993).

Además del costo económico, las repercusiones psicológicas y sociales de la esquizofrenia son tremendas, tanto para los pacientes como para sus familias y para la sociedad. La repercusión psicológica para los pacientes se demuestra por los altos porcentajes de suicidios perpetrados e intentados por quienes son diagnosticados con esquizofrenia. Casi uno de cada cuatro pacientes con esquizofrenia trata de suicidarse y uno de cada 10 lo logra (Roy, 1992). Los pacientes que se suicidan son en cierta forma muy similares a los suicidas de la población en general. Tienden a quedarse solteros y desempleados, a vivir solos, a sentirse desesperanzados y a haber hecho intentos previos de suicidio. Sin embargo, las personas con esquizofrenia que se suicidan también tienen algunas características adicionales que no son típicas de otros suicidas. Por lo general son personas jóvenes con educación universitaria, han padecido la enfermedad de manera crónica con muchos periodos de mejoría y recaída, tienen miedo de otra desintegración mental, y tienen un punto de vista negativo y no delirante respecto al futuro (Caldwell y Gottesman, 1990).

La **esquizofrenia**, como la define DSM-IV-TR, probablemente incluye muchos trastornos con diferentes causas que se agrupan actualmente porque no existe suficiente conocimiento de los fac-

tores críticos que pueden diferenciarlos. La forma tradicional de categorizar la esquizofrenia es dividirla en sus tipos derivados de puntos de vista históricos sobre el trastorno. En el cuadro 12-1 se comentan tres perspectivas históricas en la evolución del concepto de la esquizofrenia. Sin importar la forma en que se le conceptualice, dos grupos de síntomas caracterizan a los individuos con esquizofrenia. Éstos son los síntomas denominados *positivos* y *negativos*. En las secciones siguientes se expondrán primero las categorías DSM-IV-TR y después se hablará de los grupos de síntomas positivos y negativos.

## Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR

Las clasificaciones actuales de los subtipos de esquizofrenia aparecen tanto en las pasadas formulaciones como en las investigaciones recientes. En la tabla 12-2 se enumeran y describen brevemente. Aunque los subtipos tienen una base histórica, presentan limitaciones importantes para los investigadores interesados en comprender las causas más aceptadas de la esquizofrenia. La clasificación por subtipo es sólo moderadamente estable a lo largo del curso de la enfermedad de los individuos, debido que los tipos de síntomas que muestran tienden a ir desde lo paranoide a lo desorganizado e indiferenciado, y de los síntomas positivos hacia los negativos, a medida que pasa el tiempo. Estos cambios parecen estar asociados con una reducción funcional y un deterioro neurológico cada vez mayores. La mayor parte del deterioro de la conducta se presenta durante el primer año después de la aparición de los

síntomas, pero después de tres a cinco años los síntomas parecen estabilizarse, o incluso disminuir. Algunos investigadores piensan que el agrupamiento de síntomas en tipos positivos y negativos puede ayudar a los investigadores a comprender más acerca de las causas y procesos de la esquizofrenia.

La **esquizofrenia paranoide** se caracteriza por delirios y desconfianza extrema y continua. También pueden presentarse sistemas bien definidos de pensamiento paranoide delirante en personas que, en otros aspectos, muestran una conducta bien integrada. Dichas personas son diagnosticadas con *trastorno delirante* más que con esquizofrenia del tipo paranoide. El trastorno delirante se comenta más adelante en este capítulo.

El pensamiento paranoide puede considerarse un estilo cognitivo particular que puede expresarse como un continuo que se va desde los tipos diarios de pensamientos fugaces hasta un pensamiento delirante severo que afecta por completo la vida de la persona. (El caso que se comentó al principio del capítulo describe el relato de una persona acerca de su pensamiento delirante). La enfermedad, los medicamentos, los daños cerebrales, algunos efectos de la edad y experiencias de estrés severo también pueden producir un pensamiento paranoide aun cuando no exista un trastorno.

La **esquizofrenia catatónica** se caracteriza por una alteración psicomotriz que puede ir desde la inmovilidad o estupor, hasta la actividad motora excesiva que parece no tener propósito alguno y que no está relacionada con lo que sucede en el ambiente. Una persona con este tipo de esquizofrenia puede rehusarse a hablar, y puede mantenerse totalmente inmóvil o en movimiento continuo. La *flexibilidad cerosa* es una forma extrema de inmovilidad en la cual el brazo o la pierna de la persona permanecen pasivamente

TABLA 12-2

| Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Subtipo <sup>a</sup>                    | Características                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Tipo paranoide                          | Preocupación con delirios o alucinaciones auditivas. Lenguaje escaso o desorganizado, conducta desorganizada o catatónica o afecto aplanado o inapropiado.                                                                                                                                                                  |
| Tipo desorganizado                      | Todos los siguientes —lenguaje desorganizado, conducta desorganizada, afecto aplanado o inapropiado— son importantes en la conducta, pero no se cumplen los criterios del tipo catatónico. Las delirios o alucinaciones pueden estar presentes, pero sólo de forma fragmentaria o no coherente.                             |
| Tipo catatónico                         | Cuando menos dos de las siguientes: inmovilidad motora extrema, actividad motora excesiva carente de propósito, negativismo extremo (resistencia inmóvil a todas las instrucciones) o mutismo (rehusarse a hablar), movimiento voluntario extraño o peculiar, ecolalia o ecopraxia.                                         |
| Tipo indiferenciado                     | No cumplen con las características de ninguno de los subtipos arriba mencionados, pero cumple con los criterios de la esquizofrenia.                                                                                                                                                                                        |
| Tipo residual                           | Ha experimentado cuando menos un episodio de esquizofrenia, pero actualmente no tiene síntomas positivos prominentes (delirios, alucinaciones, lenguaje o conducta desorganizados). Sin embargo, aún muestra síntomas negativos y una variación más ligera de síntomas positivos (creencias extrañas, conducta excéntrica). |

<sup>a</sup>Al asignar un subtipo al diagnóstico, el DSM-IV-TR utiliza las siguientes reglas: tipo paranoide se asigna en caso de que los delirios o alucinaciones sean prominentes, a menos que la persona cumpla también con los criterios del tipo desorganizado o catatónico. Si se cumplen los criterios de cualquiera de estos dos tipos, entonces ese diagnóstico tiene prioridad. Si se cumplen los criterios de ambos tipos, se asigna el tipo catatónico. Esto significa que el diagnóstico del tipo catatónico se utiliza si están presentes los síntomas catatónicos, aun cuando también se observen conductas características de otro tipo. Si una persona muestra síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia pero no cumple con los criterios de ninguno de estos tres tipos, se hace el diagnóstico del tipo indiferenciado.

FUENTE: Adaptado de *DSM-IV-TR*.

## INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

### Hechos memorables conceptuales en el estudio de la esquizofrenia

A pesar de que muchos de los puntos de vista históricos concernientes a la esquizofrenia ya no son aceptados, las primeras ideas —tales como los subgrupos o tipos de trastorno, y las características de los síntomas esenciales para el diagnóstico— todavía tienen influencia, lo cual se puede apreciar tanto en el DSM-IV-TR como en la forma que los investigadores se plantean preguntas para sus estudios.

#### Demencia precoz

Uno de los primeros investigadores en clasificar la esquizofrenia como un trastorno preciso fue Emil Kraepelin (1856-1926) (ver la figura 12-1a), médico alemán, quien la llamó **dementia praecox** (demencia precoz) debido a que la enfermedad se presentaba en etapas tempranas de la vida, normalmente en la adolescencia. Observó que un signo del trastorno era la pérdida de la propensión y de la capacidad para mantener la atención fija. Creía que la causa de la demencia praecox era un deterioro irreversible, y que con el

tiempo se encontraría que tiene que una causa orgánica específica.

Kraepelin tendió ignorar la historia de la persona, su personalidad y sus experiencias con la enfermedad, porque pensaba que los hallazgos provenientes de microscopios y tubos de ensayo harían posible investigar la enfermedad con objetividad. Dividió la esquizofrenia en tres tipos: *paranoide*, *hebefrénica* y *catatónica*. Estas categorías han influido en los sistemas de diagnóstico hasta nuestros días.

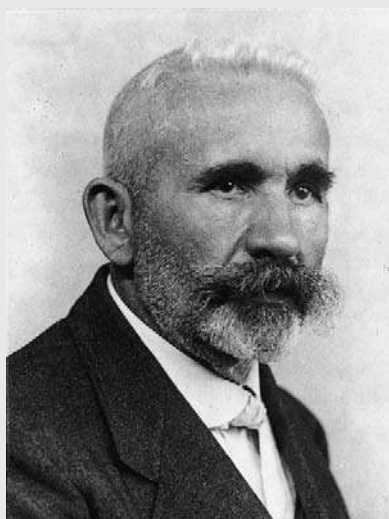
#### Las esquizofrenias

Una de las primeras personas que otorgó importancia a los aspectos psicológicos del trastorno fue Eugen Bleuler (1857-1939, ver la figura 12-b), un médico suizo que argumentó que sin importar cuál pudiera ser el proceso subyacente, muchos de los síntomas tenían una causa psicológica. Bleuler habló de “las esquizofrenias” en vez utilizar el término de demencia praecox, con lo cual amplió el concepto del trastorno además de cambiarle el nombre. También agregó otro subtipo del trastorno a los tres que Kraepelin había sugerido, y lo que denominó esquizofrenia simple. Bleuler creyó que los síntomas podían representar un grupo de trastornos con diferentes causas y resultados, no una

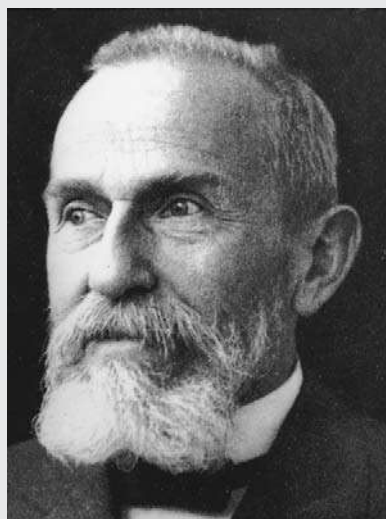
misma causa y resultado, como Kraepelin había pensado.

Bleuler observó que, aunque algunas personas con trastorno psicótico mostraban cierto deterioro, otras permanecieron sin cambio, y que algunos de ellos incluso presentaban alguna mejoría. Hizo hincapié en el papel del ambiente. Desde su punto de vista, algunas personas podían tener el potencial para desarrollar estos trastornos, pero debido a ciertos tipos de situaciones ambientales, éstos no se presentaban, la enfermedad permanecía latente y estas personas nunca mostraban signos visibles de esquizofrenia. Esta idea prevalece hasta nuestros días en el concepto de *vulnerabilidad* que se comenta más adelante en este capítulo.

Bleuler habló de la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por la pérdida de la integración de pensamiento, emoción y motivación más que como un deterioro gradual. Resumió las características principales en la conducta esquizofrénica como las **cuatro “A”**: alteraciones del *afecto* (estado de ánimo), alteraciones de la *asociación* (cognición), *ambivalencia* y *autismo*. Argumentó que, aunque alucinaciones y delirios eran las características más dramáticas y notorias del trastorno esquizofrénico, éstas eran secundarias ante las características primarias y no



(a)



(b)



(c)

**Figura 12-1** (a) Emil Kraepelin, (b) Eugen Bleuler y (c) Kurt Schneider, tres investigadores clínicos pioneros, cuya influencia continúa presente en las definiciones actuales de la esquizofrenia.

reflejaban las causas reales del trastorno. Por lo tanto, utilizar un sistema de clasificación que haga hincapié en esos aspectos no será de ayuda ni para tratar pacientes ni para aumentar la comprensión de las causas del proceso esquizofrénico.

### Síntomas de primer orden

Kurt Schneider (1887,1967; ver la figura 12-1c), fue uno de los líderes en el esfuerzo para realizar la definición de la esquizofrenia de una forma más concisa y sencilla para lograr consenso. Schneider no negó que fuera correcta la idea del deterioro orgánico de Kraepelin, pero pensó que, debido a que estos cambios no habían sido identificados, era más útil dividir a las personas en tipos con base en sus síntomas psicológicos. Pensó que el sistema de caracterización de las cuatro “A” de Bleuler era demasiado vago para ser confiable.

Schneider enfrentó estos problemas mediante la descripción de una serie de síntomas de primero y segundo orden. Si estaban presentes los síntomas de primer orden y no había una causa orgánica evidente, se justificaba un diagnóstico de esquizofrenia. Los **síntomas de primer orden**, que estaban relacionados con alucinaciones y pensamientos delirantes, ahora son descritos como *síntomas positivos*. Era más probable que las alucinaciones fueran auditivas (tales como voces que hablaban constantemente acerca de la conducta de la persona), y los delirios incluían la creencia de que los pensamientos ya no están confinados sólo a la mente de las personas sino que se transmiten simultáneamente para que todos los escuchen. Por ejemplo, Schneider debió considerar el siguiente relato de un estudiante de veintinueve años como un buen ejemplo de síntomas de primer orden:

*Conforme pienso, mis pensamientos dejan mi cabeza en un tipo de cinta mental telegráfica. Todos los que están a mi alrededor sólo tienen que pasar la cinta a través de su mente y conocerán lo que pienso (Mellor, 1970, p.17).*

Los síntomas de primer orden de Schneider incluyeron también experiencias de control externo, tales como tener pensamientos insertados en la cabeza o sacados de manera arbitraria. Los pacientes pueden reportar sentirse hipnotizados o actuar como robots, bajo el control de otros, como informa esta paciente:

**TABLA 12-3**

### Ejemplos de síntomas de primer orden

Escuchar voces que comentan las acciones propias.

Escuchar dos o más voces que comentan las acciones o pensamientos propios.

Creer que los pensamientos son insertados en la mente por una fuente externa (por ejemplo, por otra persona o la televisión).

Creer que los pensamientos propios son transmitidos de manera que otras personas puedan tener acceso a ellos.

Experimentar emociones que la persona cree que no le pertenecen, por lo que se atribuyen a una fuente externa.

*Lloro, las lágrimas ruedan por mis mejillas y parezco infeliz, pero por dentro tengo sentimientos de furia hacia quienes me están usando de esta forma, y no soy yo quien está infeliz, sino que están proyectando infelicidad dentro de mi cerebro. Proyectan sobre mí la risa, y no tienen idea de lo terrible que es reír o verse feliz sabiendo que no eres tú, sino sus emociones (Mellor, 1970, p.17).*

La tabla 12-3 proporciona ejemplos de síntomas de primer orden.

Los síntomas de primer orden son fácilmente observables y es fácil que los examinadores lleguen a un consenso. Sin embargo, aunque se presentan con frecuencia en la esquizofrenia, no son privativos de ella. Cuando menos una cuarta parte de los pacientes con trastorno bipolar muestran también algunos de estos síntomas (Hoenig, 1984).

### Implicaciones de estos enfoques

Al ver los cambios de las ideas referentes a la esquizofrenia a lo largo del tiempo, resulta claro que cada conceptualización tiene implicaciones diferentes para la clasificación, el tratamiento y la investigación. El punto de vista de Kraepelin implicaba que los investigadores debían estar más interesados en examinar el tejido cerebral de los pacientes muertos para comprender mejor la forma en la que la anatomía cerebral se relacionaba con los síntomas. Este punto de vista no alentó el tratamiento ya que se pensaba que era inútil, pero fue el principio del proceso de clasificación formal de los trastornos men-

tales, debido a que distinguió la demencia praecox de los trastornos que incluían depresión y quizás manía. Bleuler, por su parte, tenía una visión con implicaciones totalmente diferentes, que incluían enfoques de tratamiento que se concentraron en disminuir el estrés ambiental. Aún se puede apreciar la influencia de este punto de vista en la importancia que se otorga a la vulnerabilidad, a los factores ambientales y a los aspectos de las relaciones interpersonales. Sus ideas también estimularon la investigación, particularmente de las relaciones familiares (como puede ser el trabajo sobre la *emoción expresada*, que se comenta más adelante en el capítulo). Por su parte, el énfasis de Schneider en el mejoramiento de la descripción de los síntomas —y el desarrollo de un sistema de clasificación confiable para ello—, fue precursor del amplio trabajo sobre los sistemas de clasificación que continúa hasta nuestros días. El amplio uso de un sistema de clasificación como el DSM-IV-TR ha facilitado la comunicación entre los clínicos y ha permitido a los investigadores aprovechar los hallazgos anteriores.

La investigación de hoy en día está enlazada de manera muy estrecha a la influencia continua de ésta y otras teorías del pasado. En el campo de la psicopatología (como en otras áreas de investigación), el foco de atención cambia constantemente entre los procesos biológicos y los sociopsicológicos. La visión interaccionista y el enfoque de vulnerabilidad y resiliencia, en los cuales se enfoca este libro, combinan ambos tipos de procesos.



en la posición en la que se les coloca. En contraste, una persona con conducta catatónica agitada muestra una excitación psicomotora extrema, a la vez que habla y grita casi ininterrumpidamente. Los pacientes que experimentan excitación catatónica prolongada pueden ser muy destructivos y violentos hacia los demás.

Una persona diagnosticada con **esquizofrenia desorganizada** muestra una expresión incoherente, conducta casi completamente desorganizada y reacciones emocionales totalmente aplanadas o extremadamente inadecuadas. Dichas personas se comportan activamente pero sin propósito definido, y pueden mostrar un descuido casi infantil ante las convenciones sociales y resistirse a utilizar ropa, así como orinar o defecar en lugares inadecuados. Normalmente, la perspectiva de recuperación a largo plazo es muy pobre. Con frecuencia las personas con esquizofrenia desorganizada presentan síntomas desde una edad temprana y su adaptación es deficiente incluso antes de ello.

Si una persona ha cumplido con los criterios de diagnóstico de esquizofrenia y ya no tiene síntomas positivos prominentes, pero continúa con síntomas negativos o positivos residuales muy ligeros (tales como conducta excéntrica o creencias extrañas), se clasifica como una persona que sufre de un trastorno esquizofrénico de tipo **residual**. Este tipo puede representar cualquiera de las siguientes situaciones: una transición entre un episodio psicótico activo y una completa remisión, un interludio entre dos episodios psicóticos, o un estado a largo plazo que puede durar muchos años.

Una persona con el **tipo indiferenciado de esquizofrenia** no cumple con los criterios de los tipos desorganizado, catatónico o paranoide, pero cuenta con los síntomas característicos de la esquizofrenia, los cuales incluyen alucinaciones y delirios extravagantes o una combinación de lenguaje desorganizado, conducta desorganizada, aplanamiento afectivo, y cuando menos un síntoma más.

## Síntomas positivos y negativos

Los **síntomas positivos** reflejan una distorsión o exceso de las funciones normales, y tienden a ser más frecuentes en las primeras etapas o episodios tempranos de la esquizofrenia. Los **síntomas negativos**, que son déficit de conducta o pérdida o disminución de las funciones normales, tienden a ser poco frecuentes al principio del trastorno, pero alcanzan mayor prominencia con el paso del

**TABLA 12-4**

### Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

#### Síntomas positivos

- Delirio
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado
- Conducta extravagante y desorganizada

#### Síntomas negativos

- Aplanamiento afectivo
- Pobreza de lenguaje
- Pérdida de motivación o ubicación
- Pérdida de energía
- Pérdida de sentimientos de placer

tiempo. En las primeras etapas de la esquizofrenia tanto los síntomas positivos como los negativos parecen fluctuar en severidad y pueden responder al tratamiento. En etapas posteriores de la esquizofrenia, los síntomas negativos normalmente son los que predominan y tienden a ser más o menos estables. En la tabla 12-4 se enumeran las categorías de conducta clasificadas como síntomas positivos o negativos.

**Síntomas positivos** Cuando menos, un síntoma positivo debe estar presente en la fase activa o aguda de la esquizofrenia, para que ésta pueda ser diagnosticada. Los síntomas positivos más importantes de la esquizofrenia son los delirios y las alucinaciones.

**Delirios** Un **delirio** es esencialmente una interpretación incorrecta de la realidad, y no puede eliminarse a pesar de la evidencia clara de lo contrario. Los delirios se presentan en otros trastornos además de la esquizofrenia, pero en cada trastorno tiene un contenido diferente (ver la tabla 12-5). En la esquizofrenia el con-

**TABLA 12-5**

### Contenido típico de los delirios en diferentes tipos de psicosis

| Trastorno                                         | Contenido delirante típico                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Esquizofrenia                                     | Variedad de contenido extravagante: ser controlado por otros; ser perseguido por otros; encontrar referencias a uno mismo en la conducta de los demás y en materiales impresos o transmitidos por los medios de comunicación |
| Depresión (bien sea trastorno bipolar o unipolar) | Culpa injustificada; cambios orgánicos percibidos, por ejemplo, descomposición, putrefacción                                                                                                                                 |
| Manía                                             | Gran autoimportancia; grandiosidad                                                                                                                                                                                           |
| Trastorno delirante                               | Ser amado por una persona de nivel social alto/celebridad; conducta infiel por parte del cónyuge/amante; posesión de talento especial (no reconocido)                                                                        |

tenido de las creencias delirantes, muchas veces contiene contradicciones, y la relación entre ellas y cualquier acción que puedan generar es impredecible.

Los delirios pueden expresarse en muchas formas. Algunos tipos de delirio ocurren con mayor frecuencia en la esquizofrenia que en cualquier otro tipo de psicosis. Entre éstas están los delirios extravagantes, por ejemplo, la creencia de que todo el mundo puede oír los pensamientos de quien padece los síntomas; la creencia de que otros están insertando pensamientos en su mente o bien extra-yéndolos, y la creencia de que sus pensamientos, sentimientos e impulsos están controlados por una fuerza externa. Los delirios extravagantes son considerados como características de la esquizofrenia, por lo que, incluso con la presencia de uno solo de ellos se satisfacen los criterios del DSM-IV-TR. Otra clase de delirios es referencial. La persona cree que ciertos gestos o comentarios, la letra de las canciones, pasajes de libros, etc., están dirigidos a ella específicamente. Otros delirios, típicos de la esquizofrenia pero que se presentan con menos frecuencia, incluyen la creencia de ser perseguido, pensamientos acerca de ser una persona extremadamente importante e ideas sobre un tema religioso. Por ejemplo, un delirio relativamente común es la creencia de ser una figura religiosa importante, como Jesucristo.

Los delirios pueden dar como resultado una conducta violenta que dañe a otros. En 1994, un tramoyista que estaba trabajando en el programa *Today* recibió un disparo y murió después de tratar de alertar a la policía sobre un hombre armado que intentaba entrar a los estudios de NBC en el centro de Manhattan (ver la figura 12-2). William Tager, el hombre de 46 años que fue encarcelado más tarde por el disparo, le dijo a la policía que las redes de televisión lo espiaban y enviaban rayos a su cerebro través de su televisor. Llevó un rifle de asalto al estudio como resultado de estos pensamientos delirantes y, en el momento de ser arrestado, también dijo a la policía que había sido el responsable del ataque al locutor de noticias Dan Rather ocho años antes. Aunque su declaración no fue investigada en ese momento debido a que habían pasado muchos años, el psiquiatra que lo examinó sintió curiosidad por saber si era cierto. Equiparó detalles proporcionados por Tager con los da-

dos por Rather, quien más tarde identificó en una fotografía a Tager como su agresor. En ambos casos, el motivo pareció ser la sospecha hacia los medios. El agresor pensó que los medios se habían introducido en su coche, su casa y su lugar trabajo (Bruni, 1997). Este ejemplo ilustra el nivel de estabilidad y persistencia que pueden alcanzar los delirios.

Aunque delirios como los de Tager pueden parecer sumamente ilógicos, cierta conducta basada en el pensamiento delirante puede estar altamente organizada y parecer sumamente lógica. Por ejemplo, el periódico del ejército *Military Review* publicó un artículo, llamado "Infierno en una canasta de mano: la amenaza de las armas nucleares portátiles" que se enfocaba en el creciente peligro de las armas nucleares manuales que podían ser fácilmente adquiridas por terroristas. C.T. Harrison, el autor, fue descrito en el periódico con un piloto comercial con una licenciatura en ciencias, miembro de MENSA, una organización a la que sólo pueden ingresar individuos con altos niveles de CI, e investigador independiente de diferentes agencias del gobierno. Para vergüenza de los editores del periódico, se descubrió más tarde que Harrison era paciente en una institución de salud mental con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Después de haber sido declarado como no culpable por causas de demencia, fue internado por el asesinato de su madre nueve años antes. Después de que el personal del periódico recibió esta información, se abocaron a realizar mayores investigaciones acerca del autor. Descubrieron que tanto el FBI como el Servicio Secreto lo habían investigado durante al menos 12 años en relación con amenazas de muerte contra figuras políticas y como autor de una serie de cartas en las que se identificaba a sí mismo como miembro de un grupo terrorista ficticio que reclamaba la responsabilidad de complotos para asesinar a muchos líderes mundiales, entre ellos, el Papa. En realidad, a pesar de la aparentemente naturaleza delirante de su pensamiento, era capaz de comunicarse con claridad y lógica suficientes para convencer al periódico de que su artículo merecía ser publicado. En el momento de considerar la publicación del artículo, el editor habló por teléfono con Harrison en varias ocasiones, pero nunca se percató de que conversaba con alguien que estaba hospitalizado.

**Figura 12-2** William Tager, escoltado por la policía después de haber sido acusado de la muerte por disparo de un tramoyista de la NBC fuera del programa *Today*, fue identificado más tarde como el agresor del comunicador Dan Rather en un ataque anterior.



**Alucinaciones** Las alucinaciones representan la mayoría de las dificultades que experimenta una persona con esquizofrenia al percibir la realidad. Las **alucinaciones** son proyecciones de impulsos internos y experiencias en las imágenes perceptuales del mundo externo. Aunque pueden presentarse en otros trastornos, por ejemplo, durante el delirio asociado con la fiebre elevada, o como resultado de los efectos de drogas o de otros productos químicos en el sistema nervioso, sólo en el caso de la esquizofrenia puede decirse que las alucinaciones se presentan cuando la persona está en un estado claro y consciente. Además, pueden asociarse con cualquiera de los sentidos. Las alucinaciones auditivas son las que comúnmente se encuentran en la esquizofrenia. Muchas personas con esquizofrenia reportan voces que hacen comentarios acerca de su conducta, o que les hablan directamente y les dan órdenes, o que los acusan de crímenes o acciones terribles. Por otra parte, también pueden estar relacionadas con el tacto. Por ejemplo, la persona puede sentir que se quema o tener sensaciones de hormigueo. Las alucinaciones relacionadas con el olfato, aunque menos comunes, también son típicas. Los olores fétidos pueden ser percibidos como provenientes del cuerpo de la persona, como señal de putrefacción y muerte o de un cambio sexual.

Aunque muchas alucinaciones son atemorizantes, no todas son acusatorias o desagradables. Algunas veces las personas experimentan alucinaciones tan confortables que no quieren salir de ellas debido a que le sirven como protección de los aspectos negativos de la realidad.

La actividad cerebral durante las alucinaciones ha sido investigada mediante técnicas de exploración computarizada. Los resultados mostraron que, durante las alucinaciones auditivas, el flujo sanguíneo en el área de Broca (el centro de lenguaje del cerebro) era significativamente más grande que cuando no había alucinaciones (McGuire y cols., 1993). Los investigadores descubrieron también que la actividad disminuía en el área de Wernicke (el centro auditivo del cerebro) durante la alucinación. La figura 12-3 muestra la ubicación de estas dos áreas del cerebro. Estos hallazgos sorprendieron a los investigadores debido a que sugerían que las alucinaciones auditivas provocadas por la esquizofrenia estaban relacionadas con una mayor actividad de las áreas corticales especializadas en la producción de lenguaje, y no en la audición, como se podía esperar. En las personas que no presentaban esquizofrenia, el área de Broca se agitaba cuando hablaban silenciosamente para sí mismas. Parece que, según los hallazgos de investigación, el proceso esquizofrénico de alguna manera dificulta la posibilidad de distinguir entre el discurso silencioso propio de la persona y la audición de palabras que provienen de los demás.

En el capítulo 11 se describió el uso de la estimulación transcraneal con individuos deprimidos. También se ha utilizado con los pacientes esquizofrénicos (ver la figura 12-4). En la estimulación transcraneal se sostiene una bobina con forma de ocho sobre la cabeza del paciente. La bobina produce un campo magnético del tamaño de una moneda de 25 centavos de dólar que se enciende y se apaga rápidamente, y produce un campo eléctrico en la materia gris de la corteza cerebral. En un estudio reciente, pacientes esquizofrénicos recibieron 132 minutos de estimulación magnética transcraneal durante nueve días (Hoffman y cols., 2003). Los pacientes tratados mostraron una significativa reducción de las alucinaciones

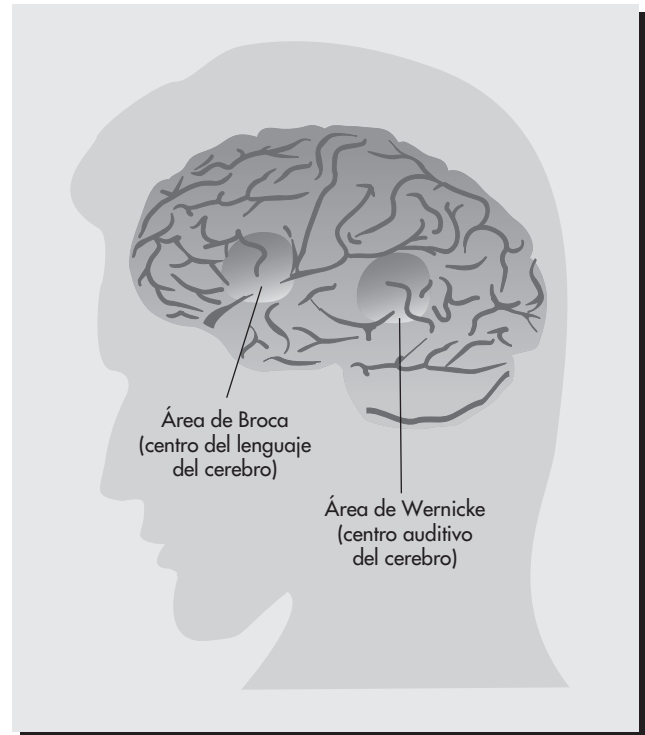


**Figura 12-3** Las alucinaciones auditivas, como escuchar voces, son comunes en la esquizofrenia. Las investigaciones que utilizan técnicas de exploración (escaneo) para rastrear el flujo sanguíneo en el cerebro, muestran que la mayor actividad cerebral durante las alucinaciones auditivas es en el área de Broca, el centro del lenguaje del cerebro. Al mismo tiempo, la imagen muestra una reducción de la actividad en el área de Wernicke, el centro de auditivo del cerebro.

auditivas cuando se les comparó con sujetos de control que habían recibido lo que ellos pensaban era el mismo tratamiento. La mitad de los sujetos tratados experimentaron un regreso de sus síntomas antes de 12 semanas, aunque en algunos casos las alucinaciones desaparecieron durante casi un año. Los científicos no saben exactamente cómo funciona el tratamiento, pero creen que disminuye la reactividad de las neuronas, un efecto que pasa entonces a otras regiones conectadas del cerebro.

**Lenguaje desordenado** Con frecuencia, el pensamiento desordenado ha sido considerado como la característica más importante de la esquizofrenia. Debido a que el pensamiento desordenado es difícil de medir objetivamente, el DSM-IV-TR pone mayor atención en el lenguaje. El **lenguaje desordenado** muchas veces se describe como un relajamiento de las asociaciones, pues las ideas del orador pasan de un tema a otro de manera que parecen no tener relación para la persona que escucha. Cuando el relajamiento de las asociaciones es muy severo, el lenguaje de la persona se vuelve incomprensible. Un ejemplo de asociaciones desligadas es la respuesta dada por esta persona a la pregunta: “¿Qué significa este proverbio: ‘A hierro caliente batir de repente?’”

*Podría significar [pausa] ¡Hércules! (¿Puede decirse más?) Vi la película la Hércules. (Sí...) y significa que no planches sobre tus manos y no golpees a nadie antes de lanzar la primera piedra (Marengo y cols., 1986, p. 498).*



**Figura 12-4** Una asistente de investigación muestra cómo se utiliza la estimulación magnética transcranial en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos que tienen alucinaciones auditivas. Los diodos en las manos monitorean al paciente ayudándolo a prevenir crisis de epilepsia.

FUENTE: *New York Times Pictures*.

La dificultad para comprender el significado del lenguaje esquizofrénico proviene de la tendencia hacia el **lenguaje perseverante**, o la repetición de palabras o frases, insertándolas muchas veces en afirmaciones subsecuentes. El lenguaje incoherente del paciente que se cita, aquí ilustra esta tendencia perseverativa:

*Sí, quiero decir eh, digo eso es del hombre, quiero decir le gusta Londres, lo particular de Londres, pienso que Londres es autobuses locos, autobuses locos en Londres y trenes locos bajo tierra es loco en Londres autobús quiero decir es un autobús del Líbano un autobús de Londres y Líbano creen de Londres así que somos el canciller está bajo tierra (Cutting, 1985, p. 250).*

Los mensajes difíciles de seguir también pueden provenir de personas a las que se les ha dado un diagnóstico distinto a la esquizofrenia. El siguiente extracto fue producido por un paciente que experimentaba un episodio hipomaniaco (la conducta hipomaniaca se puede ver en el trastorno bipolar que se trata en el capítulo 11):

*Mujeres de Estados Unidos, les incumbe a cada una y todas deben ayudar en esto, la época más interesante de la historia del mundo, en toda forma posible, la marcha de la civilización, la marcha de la victoria, ejecutaré con ustedes la Gran Sinfonía de Beethoven con sus cuatro fatídicas notas de apertura: sol, sol, sol, mi [...] V.V.V.V., el día del siglo ha despertado (R.A. Cohen, 1975, p. 1020).*

Es importante recordar que no todas las personas con esquizofrenia presentan una forma extraña de hablar. La mayoría habla coherentemente casi todo el tiempo, y el lenguaje extravagante se

encuentra en otros pacientes casi con tanta frecuencia como en los que padecen esquizofrenia. Para apreciar este punto, clasifique los siguientes ejemplos en una escala de cinco. Donde 1 es esquizofrénico y 5 es normal:

*Entonces, siempre me ha gustado la geografía. Mi último profesor de la materia fue el maestro August A. Era un hombre de ojos negros. También me gustan los ojos negros. También hay ojos azules y grises y de cualquier otro tipo. He escuchado que dicen que las serpientes tienen ojos grandes. Las personas tienen ojos. Hay algunas, también, que son ciegas. Estas personas ciegas son guiadas por un niño. Debe ser terrible no poder ver. Hay personas que no pueden ver y que además no pueden oír. Conozco a algunos que escuchan demasiado. Uno puede escuchar demasiado. Hay muchas personas enfermas en Bùrgholzli; se les llama pacientes (Bleuler, 1915/1950, p. 17).*

*Si desde luego, no todo fue mi idea. Así que supongo que estaré perfectamente feliz si él regresa y decide hacerlo por sí mismo. Si yo puedo hacer dos viajes, no veo porque él no (Laffal, 1965, p.309).*

Cuando esos extractos fueron clasificados de manera informal por parte de varios psicólogos, el primer ejemplo normalmente fue clasificado como lenguaje esquizofrénico. Representa la forma de hablar que la mayoría de las personas piensa, es característica de los que padecen de este trastorno. El segundo ejemplo fue clasificado como normal debido a que no era ni extraño ni oscuro. ¿Cómo concuerdan estas clasificaciones con la suya? Los resultados pueden



provocar que usted reajuste sus ideas acerca de los que padecen esquizofrenia, debido a que ambos ejemplos fueron producidos por pacientes que tenían un diagnóstico de esquizofrenia.

**Conducta desorganizada** La conducta de los que sufren esquizofrenia varía de forma muy amplia, es impredecible y puede parecer poco relacionada con su medio. Esta **conducta desorganizada** pueden deberse a alucinaciones, experiencias que el observador no comparte. Otra respuesta emocional inapropiada que puede presentarse en la esquizofrenia es el surgimiento de sentimientos de ira repentinos, impredecibles y aparentemente inexplicables. Hasta el momento se desconoce si estas expresiones inadecuadas de las emociones están relacionadas o no con las alucinaciones que acompañan a los delirios. Algunos de los exabruptos de ira pueden ser resultado de ideas de referencias mencionadas anteriormente, en las cuales la conducta de los demás o la presencia de materiales escritos puede ser interpretada erróneamente por la persona con esquizofrenia como si se refirieran a ella, normalmente, en forma despectiva. El ejemplo con el que comenzó este capítulo ilustra las interpretaciones erróneas, aunque en ese caso la autora podía controlarlas. Sin embargo, algunas personas pueden volverse sumamente agresivas como resultado de dicha interpretación. Existe una relación significativa, aunque pequeña, entre la violencia y la esquizofrenia. Gran parte de esta relación se debe al abuso de sustancias por parte de personas que sufren esquizofrenia (Walsh y cols., 2002).

**Síntomas negativos** Las características comentadas hasta ahora, alucinaciones, delirios, lenguaje y conducta desorganizados, se conocen normalmente como síntomas positivos de la esquizofrenia. Los síntomas negativos pueden describirse como déficit de la conducta, e incluyen aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje y del contenido del discurso, y falta de ubicación. Estos síntomas, aunque no se encuentran exclusivamente en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, aparecen con mayor frecuencia en éstas que en otros grupos diagnóstico. La tabla 12-6 proporciona ejemplos de varias categorías de síntomas negativos enumerados en la tabla 12-4. La siguiente descripción caracteriza a un paciente con síntomas negativos predominantes:

*Es un hombre soltero que ha presentado problemas para socializar a lo largo de toda la adolescencia y no tiene citas románticas. Presenta un aprovechamiento escolar de mediocre a pobre y, cuando mucho, un registro esporádico de trabajo. Muestra falta de coordinación física y transmite un aura de ser diferente o inusual. Aunque puede presentar tanto síntomas positivos como negativos en un patrón fluctuante cuando el trastorno comienza a aparecer, más adelante se observa un bajo nivel de funcionamiento y un predominio de síntomas negativos. Este trastorno da como resultado una condición incapacitante crónica que parece requerir de cierta forma de hospitalización en un ambiente protegido, como puede ser un hogar grupal, durante el resto de su vida.*

A medida que los síntomas negativos empiezan a predominar en el cuadro clínico, el pronóstico se vuelve cada vez más desfavorable. El siguiente caso ilustra este proceso y muestra un efecto profundo de los síntomas negativos.

**TABLA 12-6**

**Ejemplos conductuales de síntomas negativos**

**Aplanamiento afectivo**

- Evita tener contacto visual
- Rostro inexpresivo, inmóvil
- Muestra poca emoción cuando se habla sobre material emocional
- Apatía y desinterés
- Voz monótona
- Voz baja, difícil de escuchar

**Limitaciones del lenguaje**

- Lapsos prolongados antes de responder a las preguntas
- Restricción en la cantidad del lenguaje
- Falta de respuesta
- Lentitud en el lenguaje
- Bloqueo

**Retraso psicomotor**

- Movimientos lentos
- Reducción de los movimientos voluntarios
- Incapacidad para iniciar
- Poco interés en la participación social

*Ronald, un hombre soltero de 42 años ha vivido en hospitales estatales más o menos desde la muerte de su padre, cinco años atrás. Como hermano menor, su familia observó que era extremadamente tímido y retraído. Aunque claramente unido a ellos, no le gustaba abrazar, besar o alguna otra expresión de efecto. En la escuela tendía a ser solitario, y aunque funcionaba en un nivel promedio, sus padres lo consideraban como brillante y creativo porque había leído una gran cantidad de libros, poseía un amplio vocabulario y disfrutaba de diversos juegos intelectuales. También le gustaba inventar cosas. En preparatoria, inventó un nuevo alfabeto que se suponía sería más funcional fonéticamente que el de uso actual. Aunque trató de explicar sus principios básicos, nadie pareció entenderlo. Algunas veces sus padres no podían determinar si era difícil entenderlo debido a que era mucho más inteligente que ellos o si su pensamiento era desorganizado simplemente.*

Durante la preparatoria, Ronald no participó en ninguna liga, no tenía amigos y nunca tuvo una cita romántica. Ingresó a la universidad, pero se dio de baja al finalizar el primer semestre debido a sus malas calificaciones. Regresó a vivir con sus padres, pero a pesar de los repetidos esfuerzos por sacarlo de casa y de que realizara diversos tipos de trabajos, nunca fue capaz de persistir y de llevar a cabo alguna tarea de forma confiable. Se vio cada vez más absorbido por un mundo de fantasías y pasaba la mayor parte de su tiempo en una “comunicación intergaláctica”. Decía que recibía mensajes de una galaxia desconocida en un lenguaje especial que sólo él podía entender. Estos mensajes que escuchaba como si fueran voces, que le hablaban desde dentro de su cabeza,

TABLA 12-7

| Predictores de un pronóstico relativamente bueno o malo |                                                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Pronóstico bueno                                        | Pronóstico malo                                   |
| Síntomas positivos                                      | Síntomas negativos                                |
| Surgimiento tardío                                      | Surgimiento temprano                              |
| Factores precipitantes identificables                   | Sin factores precipitantes                        |
| Surgimiento agudo                                       | Surgimiento gradual                               |
| Ajuste premórbido bueno                                 | Ajuste premórbido malo                            |
| Buen sistema de apoyo                                   | Mal sistema de apoyo                              |
| Casado                                                  | Soltero, divorciado o viudo                       |
|                                                         | Historial traumático en el momento del nacimiento |
|                                                         | Muchas recaídas                                   |
|                                                         | Anormalidades neurológicas                        |

describían eventos en la lejana galaxia de Atán. A medida que crecía, parecía perder interés en comentar con otras personas acerca de su mundo interior y de las voces que escuchaba. Nunca le interesó su apariencia y se volvió descuidado. Mostró tendencia a usar ropa y estilos de peinado muy extraños. [...]

Ronald fue hospitalizado brevemente después de volver a casa de la universidad, y se le administraron antipsicóticos que lo ayudaron muy poco. Era incapaz de dar seguimiento a las tareas, desarrolló un retiro social extremo y se preocupó completamente por su mundo de fantasías. Después de la muerte de su madre, cuando él tenía 32 años, requirió una nueva hospitalización. Altas dosis de antipsicóticos parecieron ayudarlo temporalmente, pero no tuvieron efectos duraderos. Tenía 36 años en el momento de fallecer su padre. Vivió solo en su casa durante el siguiente año, pero fue finalmente hospitalizado, después de que varias quejas de los vecinos atrajeron la atención de agencias comunitarias. Había vivido en la casa durante el último año sin haber lavado nada de ropa, sin sacar la basura o lavado los platos. La casa gradualmente se llenó de comida podrida, desperdicios y periódicos viejos. Se internó en una institución de cuidado crónico porque era incapaz de funcionar de manera independiente (Ho y cols., 2003, pp. 390-391).

Junto con los síntomas positivos y negativos, existen otros indicadores del pronóstico en el caso de la esquizofrenia, los cuales se enumeran en la tabla 12-7.

## Trastornos del espectro esquizofrénico

Los **trastornos del espectro esquizofrénico** incluyen condiciones que comparten algunas características con la esquizofrenia pero que no cumplen completamente con los criterios para diagnosticarla. Estos trastornos del espectro incluyen algunos trastornos de la personalidad. De todos los trastornos del espectro, el *trastorno de la*

*personalidad esquizotípica* parece ser el que más se acerca genéticamente a la esquizofrenia. Los patrones de lenguaje desordenado, disfunción social y retraimiento, la comunicación rara y la desconfianza, sugieren formas ligeras de síntomas de esquizofrenia. La excentricidad, el afecto y la emoción restringidos y la ansiedad social excesiva en este trastorno pueden tener los mismos orígenes biológicos que en la esquizofrenia. Otros trastornos de personalidad —*trastorno de personalidad paranoide* y *trastorno de personalidad esquizoide*— pueden presentarse con mayor frecuencia también en las familias de personas que han sido diagnosticados con esquizofrenia. Además de estos trastornos de la personalidad, el espectro de la esquizofrenia incluye el *trastorno esquizoafectivo*, categoría que incluye a personas que muestran una depresión significativa o síntomas maniáticos, junto con el desarrollo de un trastorno del pensamiento y de otros tipos de trastornos psicóticos. El trastorno esquizoafectivo se comenta más adelante en este mismo capítulo.

La idea de trastorno del espectro es coherente con un modelo teórico que incluye dos niveles diferentes de predisposición familiar. La figura 12-5 ilustra dicho modelo. Las personas situadas del lado derecho del umbral de la derecha (para síntomas severos) desarrollan una forma severa de esquizofrenia, mientras que las que se encuentran a la izquierda del umbral de la izquierda (para síntomas ligeros) no muestran síntomas de esquizofrenia. Quienes están entre los dos umbrales desarrollan una forma ligera del trastorno. La idea de una predisposición a la esquizofrenia que se incrementa con la presencia de ciertos factores genéticos y ambientales puede ayudar a explicar la presencia cada vez mayor de trastornos ligeros del pensamiento en la familia extensa de las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

## Desarrollo de la esquizofrenia

Se desconoce la causa de la esquizofrenia, aunque parece probable que sus síntomas sean producidos por la interacción de factores de vulnerabilidad con cierta clase de estrés ambiental (Hirsch y Weinberger, 2003). Por lo tanto, al estudiar la esquizofrenia es importante utilizar muchas perspectivas: buscar los factores genéticos, otras variables biológicas y condiciones ambientales que puedan estar o no relacionadas con la aparición de los síntomas del trastorno. También es importante considerar los efectos interactivos de la vulnerabilidad con otros factores. El estudio de caso que aparece en el cuadro 12-2 describe a cuatrillizos con esquizofrenia, cuyas vidas fueron investigadas desde muchas perspectivas. Sugiere la importancia de la interacción entre la vulnerabilidad y las experiencias de vida en la esquizofrenia.

## Factores genéticos

La importancia de los factores genéticos en el desarrollo de la esquizofrenia ha surgido de los resultados de muchos estudios familiares, de gemelos y de adopción realizados durante los últimos 75 años. Estos estudios han demostrado que el riesgo de desarrollar esquizofrenia está correlacionado con la cercanía de la relación ge-

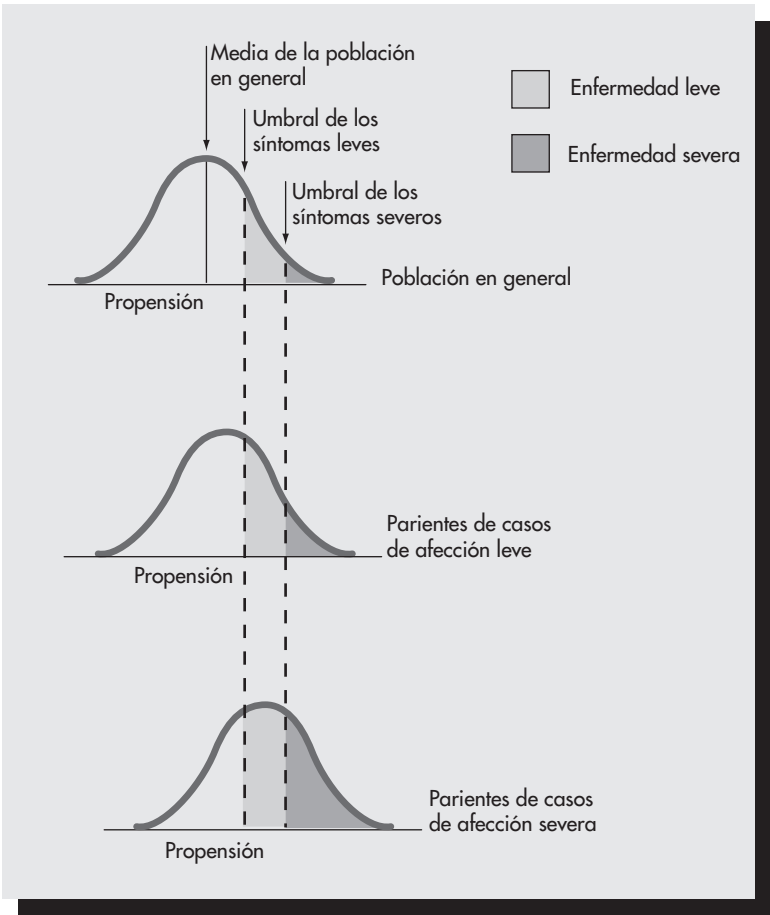


**Figura 12-5** Estas distribuciones muestran la probabilidad de los trastornos ligeros y severos dentro del espectro esquizofrénico entre la población en general, y entre parientes de individuos con trastornos leves y severos. Si la probabilidad es mayor que el umbral, puede observarse el trastorno. Los parientes de quienes están severamente afectados tienen un riesgo mayor tanto de diagnóstico severo como ligero que el que presentan los parientes de los que sólo están ligeramente afectados.

FUENTE: Adaptado de Baron y Risch, 1987.

nética, o con la superposición con el **caso índice**, como se llama frecuentemente a la persona que se encuentra bajo estudio. La superposición genética, o porcentaje de genes que el pariente tiene en común con el caso índice, varía de 100% en el caso de los gemelos idénticos a 12.5% en el caso de los bisnietos, primos en primer grado y sobrinos-nietos.

En la tabla 12-8 se muestra el riesgo promedio de desarrollar esquizofrenia cuando los miembros de la familia con diferentes grados de relación han sido diagnosticados con el trastorno. El riesgo a lo largo de la vida de desarrollar esquizofrenia correlaciona de manera muy alta con la proporción de genes compartidos con un pariente afectado (Gottesman, 2001). En otras palabras, mientras más se parezcan los genes de dos personas, mayor será el riesgo.

Sin embargo, parece que existen otros factores que juegan alguna función además de la desempeñada por la herencia. En un importante estudio realizado entre gemelos finlandeses se encontró que la mayor parte del riesgo de desarrollar esquizofrenia podía atribuirse a efectos genéticos, mientras que el riesgo restante no parecía provenir de experiencias ambientales compartidas por los gemelos, sino de efectos ambientales específicos de la persona (Canon y cols., 1998). Otro importante y sólido hallazgo de la investigación muestra también que la herencia genética no es suficiente para explicar la esquizofrenia. Ochenta y nueve por ciento de las personas con diagnóstico de esquizofrenia no conocen a ningún

pariente con este trastorno, lo que sugiere que si la herencia está involucrada no forma parte del trastorno en sí (Cromwell, 1993).

A pesar de que, como se ilustra en la tabla 12-8, la transmisión genética parece ser un factor dentro la esquizofrenia, no se ha identificado un modo específico de transmisión genética. Esto significa que no se ha detectado la ubicación específica de genes asociados con la esquizofrenia en cuando menos varios estudios de di-

**TABLA 12-8**

| Prevalencia de la esquizofrenia en poblaciones específicas |                 |
|------------------------------------------------------------|-----------------|
| Población                                                  | Prevalencia (%) |
| Población en general                                       | 1.0             |
| Hermano no gemelo de un paciente esquizofrénico            | 8.0             |
| Hijo de un padre con esquizofrenia                         | 12.0            |
| Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico            | 12.0            |
| Hijo de dos padres con esquizofrenia                       | 40.0            |
| Gemelo monocigótico de un paciente con esquizofrenia       | 47.0            |

FUENTE: Basado en Sadock y Sadock, 2003, p. 482.

ferentes grupos familiares. Puede ser que muchos genes que actúen de manera conjunta constituyan un factor de riesgo para la esquizofrenia, y que diferentes combinaciones de genes puedan producir vulnerabilidad. El hecho de que una persona con cierta herencia genética experimente algún trastorno en el espectro esquizofrénico depende de la interacción de esta herencia genética tanto con factores físicos como psicosociales en el ambiente (Jablensky y Klaydjieva, 2003).

**Modelos de transmisión genética** Existen varios modelos de la herencia de los rasgos. La más sencilla es el **modelo monogénico**, en el cual un par de genes es todo lo que se necesita para determinar una característica particular. Esto se llama *patrón mendeliano de herencia*.

Algunos genes son **dominantes** y otros son **recesivos**. Debido a que un gen de cada par de genes se hereda de cada uno de los padres, el patrón mendeliano puede expresarse en una de tres formas posibles. Consideremos el siguiente ejemplo de un patrón mendeliano, el caso del color de los ojos. Si ambos padres tienen ojos café (el café es dominante), esto significa que cada uno de ellos debe tener un gen de ojos café. Sin embargo, cuando un gen dominante se aparea con un gen recesivo, se dice que el gen dominante debe *expresarse*. En este caso, significa que si el padre tiene ojos café no sabemos si el otro gen del padre es de ojos azules o cafés. Por lo tanto, si cada uno de los padres tiene un gen recesivo de ojos azules apareado con su gen dominante de ojos cafés, su hijo puede tener dos genes de ojos cafés; o tener un gen de ojos cafés y un gen de ojos azules, y por lo tanto tener el **rasgo expresado** de ojos café como los padres. Por otra parte, el hijo puede recibir el gen recesivo de cada uno de los padres y por lo tanto tener ojos azules. En este caso, el niño no tendría la posibilidad de pasar el gen de ojos cafés a sus hijos. Los primeros investigadores que revisaron la genética de la esquizofrenia buscaron resultados que apoyaran un modelo monogénico pero no pudieron encontrarlo. Descubrieron que el número de casos de esquizofrenia en parientes de personas aquejadas por este padecimiento fue siempre menor al que hubiese sido precedido por un modelo monogénico.

Otro modelo posible, el **modelo poligénico**, supone que varios pares de genes encontrados en una parte precisa de cromosomas específicos, pueden interactuar para producir un rasgo o un trastorno. Se piensa que muchas características básicas de los seres humanos —como puede ser la estatura, el peso y el color de piel— están influidas por más de un par de genes, y por lo tanto pueden predecirse a partir de un modelo poligénico. Algunos de estos modelos sugieren que participan un número limitado de ubicaciones en los genes y que éstas pueden ser identificadas.

Modelos poligénicos más complejos o multifactoriales parecen ser los que mejor se ajustan a los hallazgos provenientes de la investigación genética relacionadas con la esquizofrenia. Los **modelos poligénicos multifactoriales** no especifican cuáles o cuántas son las ubicaciones en genes (llamadas loci) involucradas. Estos modelos suponen que los pares de genes de cualquier número y combinación de loci pueden estar involucrados, y que cada par puede tener un pequeño efecto aditivo en la vulnerabilidad de una persona a la esquizofrenia. De acuerdo con este punto de vista, mu-

chas personas pueden tener cierta predisposición a desarrollar esquizofrenia. Aunque esta vulnerabilidad integrada no es en sí misma suficiente para determinar quién desarrollará el trastorno, cuanto mayor sea la carga genética, mayor será el riesgo.

Avances recientes en biología molecular han hecho posible estudiar variaciones en la secuencia de ADN para identificar ubicaciones de genes relacionadas con trastornos particulares. Esta nueva tecnología se ha utilizado para comprender las contribuciones genéticas a diversas enfermedades (tales como la enfermedad de Huntington y la distrofia muscular). Varios estudios han identificado ubicaciones de genes asociadas con esquizofrenia mediante el estudio de ADN de varias generaciones de grupos familiares en los que ha existido más de un miembro con un diagnóstico de esquizofrenia (Owen y O'Donovan, 2003). Sin embargo, todavía hay mucho que aprender acerca de las muchas ubicaciones genéticas. Aunque otro estudio del genoma sostiene la promesa de comprender más acerca de las causas genéticas de la esquizofrenia, todavía estamos muy lejos de identificar los componentes genéticos de este trastorno.

## Factores prenatales

De acuerdo con ciertos estudios, los niños nacidos entre enero y marzo —en áreas urbanas, y no en las rurales— parecen tener un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia que los niños nacidos en otra época del año (Verdoux y cols., 1997). Una posible causa de este efecto puede ser la mayor prevalencia de influenza y de otras enfermedades virales durante el invierno y la primavera. Otras investigaciones han descubierto que si la madre sufrió de influenza mientras estaba embarazada, el niño nacido de ese embarazo tiene un mayor riesgo de esquizofrenia. Una prueba de esta hipótesis fue posible debido al desencadenamiento de una epidemia de influenza, inusualmente severa y durante un periodo muy preciso, que se presentó en Helsinki, Finlandia, en 1957. Aproximadamente dos tercios de la población presentaron algunos signos de influenza durante un periodo de cinco semanas. Los investigadores determinaron los porcentajes de esquizofrenia en la edad adulta de bebés nacidos de mujeres de Helsinki en los nueve meses posteriores a la epidemia de 1957 (Mednick y cols., 1988).

Debido a las fechas precisas de inicio y terminación de la epidemia fue posible dividir estos nacimientos en tres grupos. Los que se encontraban en el primer grupo nacieron en los tres meses posteriores a la epidemia, por lo que sus madres podrían haber contraído la gripe durante el tercer trimestre del embarazo. El segundo grupo, que nació entre cuatro y seis meses después de la epidemia, podría haber estado expuesto a la gripe en el segundo trimestre de embarazo, y los que lo hicieron entre los siete y nueve meses más tarde podrían haber estado expuestos en el primer trimestre. La posibilidad de dividir a los sujetos de esta forma fue muy importante debido a los diferentes aspectos de desarrollo que se presentan en cada trimestre y que han sido estudiados de forma muy extensa. Lo que demostró el estudio fue que el riesgo durante el primer y tercer trimestres fue el mismo que para los involucrados en la epidemia y para un grupo de control (ver la figura 12-10). Sin embargo, en el caso de los nacidos entre cuatro y seis meses después de la epidemia y expuestos a la gripe en el segundo trimestre del em-



## CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

## Investigación de la esquizofrenia desde diversas perspectivas

La investigación de la conducta esquizofrénica desde varias perspectivas puede ayudar a comprender tanto el trastorno como sus síntomas. El caso de las hermanas Genain ilustra la forma en que las investigaciones de la herencia, actividad y anatomía cerebral, las medidas psicofisiológicas y las interacciones familiares pueden complementarse unas con otras.

Las hermanas, que eran cuatrillizas idénticas, compartieron la misma herencia (ver las figuras 12-6 y 12-7). Debido a que las posibilidades de nacimiento de cuatrillizas idénticas es de 1 en 16 millones, se convirtieron en una celebridad en su lugar de origen, después de haber nacido en 1930. Durante su infancia, realizaron rutinas de baile y canto y fueron tan populares que tenían una escolta policial en cada una de sus giras. Sin embargo, a medida que crecían se volvió cada vez más evidente que no estaban desarrollándose de manera normal. Una de las hermanas dejó el bachillerato. Las otras tres se graduaron pero tuvieron problemas para retener el empleo. Cuando tenían veintitantos años, las cuatro hermanas desarrollaron esquizofrenia.

Debido a la singularidad de este caso (cuatro personas con herencia genética idéntica que mostraron conducta esquizofrénica, era algo que podía esperarse que ocurriera sólo una vez en decenas de miles de millones de nacimientos), un médico local alertó a los científicos del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). Las hermanas llegaron a Washington D.C. y fueron hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos a mediados de los años cincuenta. Durante los tres años que estuvieron en el Instituto, fueron examinadas desde diferentes perspectivas. Para proteger su privacidad, se les bautizó con una serie de seudónimos, que correspondían a las iniciales de NIMH—Nora, Iris, Myra y Hester—y a la familia se le dio el nombre de Genain proveniente de la palabra griega que significa “espantoso nacimiento”.

Varios de los miembros de la familia de las cuatrillizas tenían algún historial de problemas psicológicos. No sólo se trataba de la conducta, en muchas ocasiones extravagante, de su padre, sino que también de que el hermano, la madre y un tío paterno habían sufrido colapsos nerviosos (D. Rosenthal, 1963).

Aun cuando tenían el mismo riesgo genético, la esquizofrenia en las hermanas podía ser, al menos en parte, resultado de factores ambientales. Por ejemplo, como sucede con frecuencia en los nacimientos múltiples, fueron muy pequeñas en el momento de nacer. Todas ellas pasaron tiempo en incubadoras y salieron del hospital seis semanas des-



Figura 12-6 Las hermanas Genain cuando eran pequeñas.

pues de haber nacido. Crecieron sometidas a la publicidad y escuchaban comentarios constantes acerca de su similitud. Su padre limitó su interacción con otras personas, rehusándose a permitirles que jugaran con otros niños, o, después, a que participaran en las actividades escolares o tuvieran citas románticas.

El padre de las niñas también se oponía a la estancia de sus hijas en el NIMH, y constantemente amenazaba con frecuencia con sacarlas del hospital. Aunque mostraba una actitud de cooperación y hasta cordial en algunas ocasiones, también tenía una considerable hostilidad hacia las personas. Su

esposa informó que había tratado de estrangularla en varias ocasiones y que había considerado abandonarlo. En algunas oportunidades, el padre acusó a su esposa de tener relaciones sexuales con los psiquiatras de sus hijas. Falleció durante el tercer año de estancia de las cuatrillizas en el hospital.

La calidad de la relación madre-hija variaba entre las cuatro niñas. Por ejemplo, la señora Genain tendía a buscar apoyo en Myra en momentos de tensión y a sentirse quizá más cerca de Nora.

Las Genain fueron invitadas a regresar al NIMH para una visita de seguimiento en 1981. Durante el periodo intermedio, Myra



Figura 12-7 Las hermanas Genain de adultas actuando en una fiesta del NIMH.

## CUADRO 12-2

fue la que logró vivir con mayor normalidad. Acudió a la escuela de administración de empresas y más tarde trabajó como secretaria. Fue la única de las cuatro hermanas que se casó y tuvo hijos. Nora fue la siguiente en tener un mejor ajuste. Trabajó durante cuando menos siete años, parcialmente en programas de capacitación del gobierno. Hester e Iris pasaron más de quince años en hospitales y recibieron mayor tratamiento con antipsicóticos que Myra y Nora.

Los investigadores se preguntaron si las técnicas de exploración, desarrolladas después del estudio anterior realizado a las hermanas, podrían arrojar algo de luz sobre las diferencias en sus conductas. Las TC realizadas a las hermanas fueron normales, pero otros tipos de exploración mostraron patrones anormales. La Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) que se llevó a cabo cuando las mujeres descansaban, mostró activi-

dad en las áreas visuales (ver la figura 12-8). Los científicos se preguntaron si esto era un indicador de alucinaciones. Las TEP de Myra y Nora, las dos hermanas que habían tenido un mejor ajuste, estuvieron más cerca de las TEP normales que los de las dos hermanas cuyas conductas eran menos adaptativas. Las hermanas Genain también mostraron menos actividad de ondas cerebrales alfa de la que se considera normal. Debido a que las ondas alfa aparecen cuando las personas se relajan o ponen su mente en blanco, la menor frecuencia de ondas alfa también puede sugerir alucinaciones.

A las hermanas se le sometió también a una tomografía electroencefalográfica (TEE). Las exploraciones TEE se refieren a la actividad eléctrica en el cerebro en contraste con las TEP en el cerebro que muestran la actividad química (ver la figura 12-9). Debido a que las TEE son mucho más baratas y

seguras para el sujeto que las TEP, pueden repetirse en intervalos frecuentes. Las cuatro hermanas Genain mostraron bajos niveles de ondas alfa en las TEE al compararlas con las de un sujeto de control. La correlación entre los patrones de TEE y TEP, en este caso y en el de los hallazgos de investigación general, parece ser muy alta. Si se comparan estos hallazgos con los historiales de conducta de las hermanas y con datos de pruebas anteriores, pueden probar su utilidad en la relación de conductas específicas con factores ambientales y funcionamiento biológico.

Los exámenes neuropsicológicos llevados a cabo cuando las hermanas Genain tenían 66 años proporcionaron resultados similares a los obtenidos cuando tenían veintitantos años. Se encontró una disminución cognitiva relativamente pequeña durante este periodo. (Mirsky y cols., 2000).

*continúa*

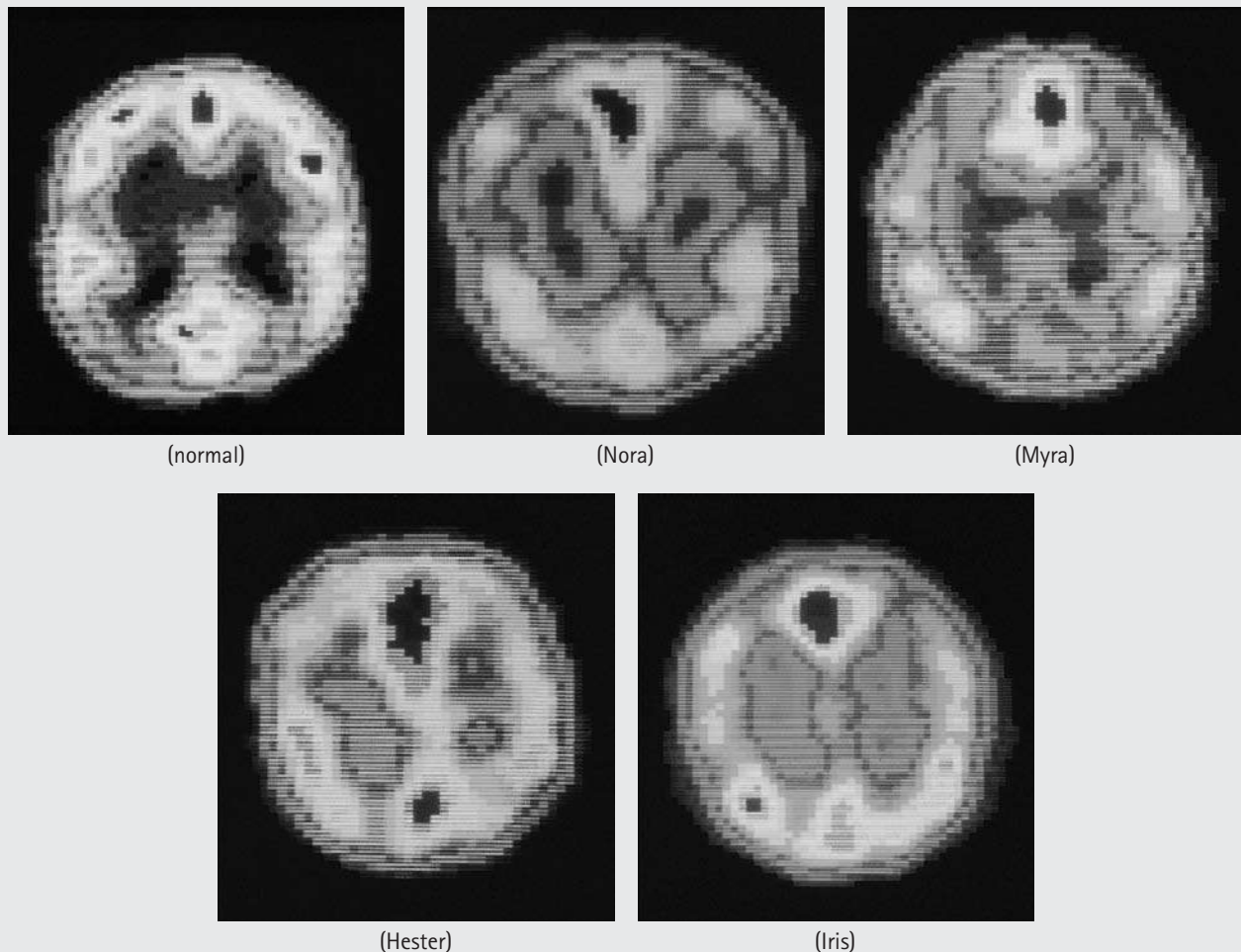


**Figura 12-8** Las exploraciones con TEP de las hermanas Genain difieren de los resultados normales. El uso de energía es más alto en los lóbulos frontales de la imagen normal (la energía alta se indica por la parte de amarilla-naranja-roja del espectro y la energía baja por los colores azul-verde-morado). En contraste, las áreas visuales de las tomografías de las hermanas son más activas, posiblemente como resultado de las alucinaciones.

CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN *continúa*

## CUADRO 12-2

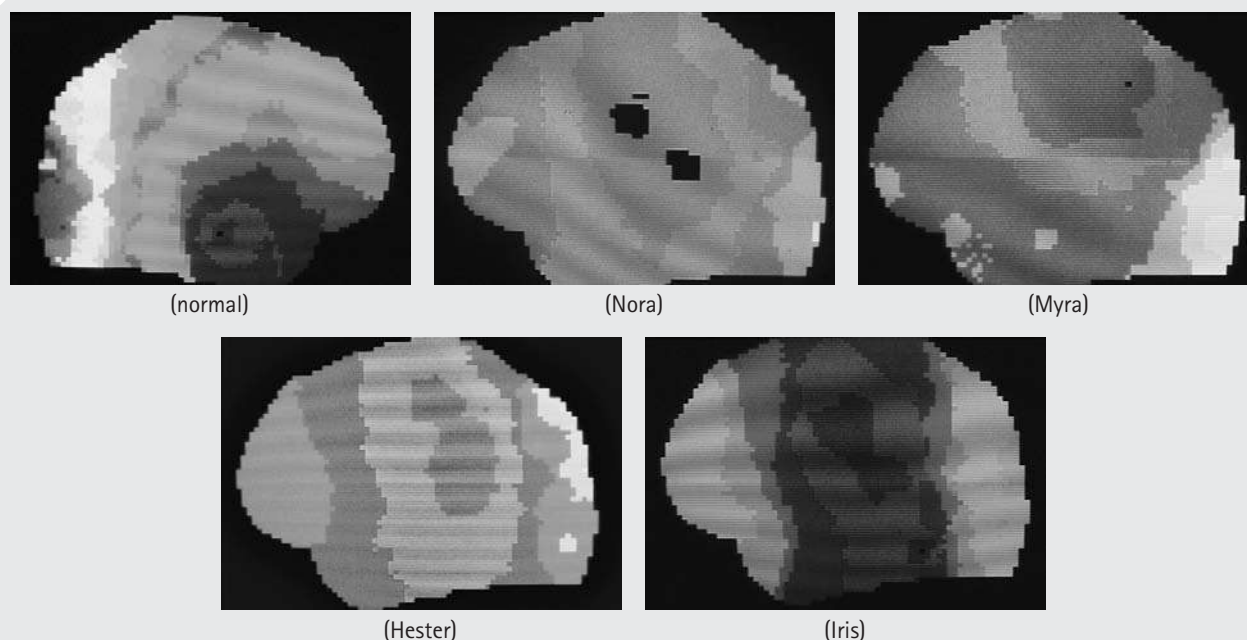


**Figura 12-9** Las exploraciones con TEE de las cuatrillizas Genain mostraron bajos niveles de ritmo alfa al comparárseles con la exploración normal. Todos estas exploraciones TEE se realizaron mientras los sujetos descansaban con los ojos cerrados.

barazo, el riesgo de diagnóstico de esquizofrenia fue mucho más alto que en el caso del grupo de control. Los resultados de este estudio no sólo esclarecieron los hallazgos previos relacionados con la esquizofrenia y con el mes de nacimiento, sino que ayudaron a establecer la fase de desarrollo prenatal en la que se presentaban los efectos. La exposición al virus de la influenza puede provocar una alteración del desarrollo neuronal que se lleva a cabo durante el segundo trimestre, alteración que puede afectar la vulnerabilidad a la esquizofrenia en la edad adulta.

Otras clases de estrés experimentados por una madre durante el segundo trimestre de embarazo también parecieron crear una vulnerabilidad adicional a la esquizofrenia. En 1939, el ejército ruso invadió Finlandia, y poco más de tres meses después habían

muerto 25 000 soldados finlandeses. Los investigadores compararon las consecuencias en niños de mujeres embarazadas en ese momento, cuyos esposos habían sido asesinados en la batalla, con las consecuencias en otras cuyos esposos habían estado en el ejército pero habían sobrevivido (Huttunen y Niskanen, 1978). Se presentaron significativamente más casos de esquizofrenia entre los niños de las mujeres viudas que estaban en el segundo trimestre de embarazo cuando recibieron la noticia de la muerte de su pareja. Al igual que en el estudio de la influenza, la investigación finlandesa indica que lo que ocurre en el segundo trimestre del embarazo puede estar implicado con la vulnerabilidad a la esquizofrenia.

En algunos estudios —aunque no en todos—, personas diagnosticadas con esquizofrenia en la edad adulta también resultaron

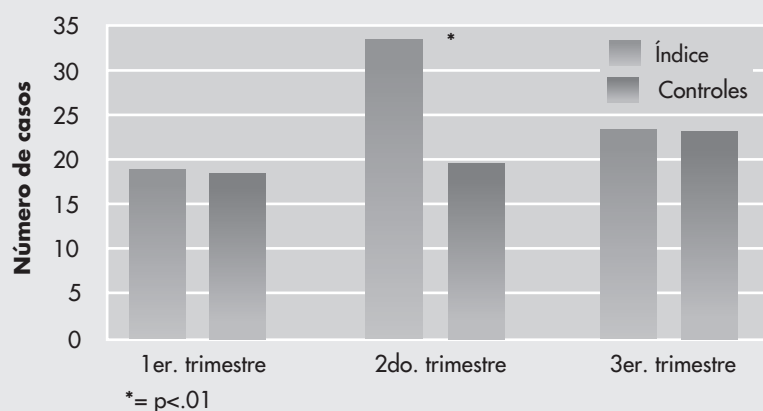


**Figura 12-10** Los adultos, cuya madre estuvo expuesta al virus de influenza durante el segundo trimestre del embarazo, estaban en un riesgo significativamente mayor de desarrollar esquizofrenia que los adultos cuyas madres estuvieron expuestas al virus durante el primer o tercer trimestres. Estos dos grupos no tenían mayor riesgo que si sus madres no hubieran sido expuestas al virus de la influenza durante su embarazo.

FUENTE: De Mednick y cols., 1988, pp. 189-192.



tener mayor propensión a complicaciones obstétricas durante el parto (O'Callaghan y cols., 1992). Estas complicaciones pueden haber sido factor causal por sí mismas, o ser el resultado de otros problemas ambientales y de desarrollo experimentados por el feto. A pesar de ello, las complicaciones durante el nacimiento sugieren posible daño al cerebro o al sistema nervioso.

**Procesos del desarrollo prenatal** Durante el segundo trimestre de embarazo, las células cerebrales migran de su posición original a una ubicación más remota, donde pueden establecer conexiones con otras neuronas. Esto hace que los investigadores se pregunten si el cerebro de los pacientes, que han sido diagnosticados con esquizofrenia, podría mostrar una organización celular diferente a la que normalmente se espera. A pesar de la existencia de complejos métodos para tomar neuroimágenes como los que se han comentado en este libro, la principal forma de responder a esta pregunta sigue siendo el examen de tejido cerebral en la autopsia. Varios estudios de tejido cerebral han demostrado el desplazamiento de neuronas en el cerebro de pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia. En cada uno de los casos, los investigadores encontraron que si se les compara con pacientes de control, la distribución de las neuronas era diferente. Existe un mayor número de células en las capas más profundas de la corteza y menor hacia la superficie (Akbarian y cols., 1996). Debido a que la corteza se desarrolla de adentro hacia afuera, este hallazgo sugiere que muchas neuronas no pudieron migrar de la forma en que debieron haber-

lo hecho. Esto a su vez puede alterar el proceso de depuración sináptica. La **depuración sináptica** es un proceso de desarrollo en el cual las neuronas reducen de manera selectiva el número de ramas de sus dendritas. Si esta reducción sucede de manera anormal, puede dar como resultado demasiadas sinapsis o demasiado pocas, y los problemas correspondientes en la función cognitiva, una importante dificultad en la esquizofrenia. La depuración sináptica comienza al final de la infancia, y los científicos creen que el proceso es esencial para manejar el crecimiento explosivo de la información a la cual están expuestos los niños, especialmente durante sus años de adolescente. La depuración prepara al cerebro para actividades mentales más complejas demandadas por los adultos. El **modelo de desarrollo neurológico** de la esquizofrenia sugiere que el cerebro de personas que desarrollan este trastorno puede experimentar una depuración excesiva o bien, debido a problemas de desarrollo durante el segundo trimestre del embarazo, sus cerebros pueden tener menos dendritas desde el principio. En el último caso, el proceso normal de depuración los deja con un número insuficiente (McGlashan y Hoffman, 2001). En la figura 12-11 se muestran algunas de las áreas del cerebro donde se piensa que ocurre esta depuración. Si esta teoría es correcta, entonces la intervención durante la aparición de los primeros síntomas de la esquizofrenia puede ayudar a evitar una mayor destrucción de esas conexiones neuronales. El tratamiento basado en esta idea se comentará más adelante en este mismo capítulo.

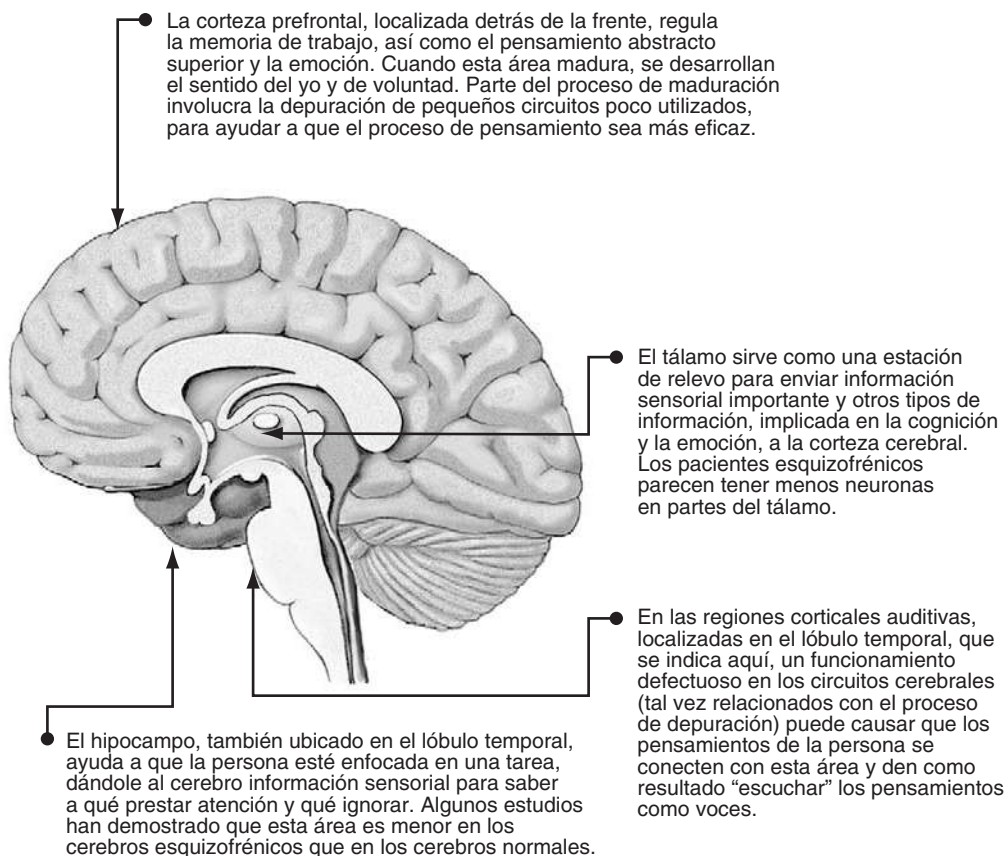


**Figura 12-11** La vista de la línea media interior del cerebro muestra las regiones que se considera que están involucradas en el "proceso de depuración", que es parte del desarrollo de la adolescencia tardía y la edad adulta.



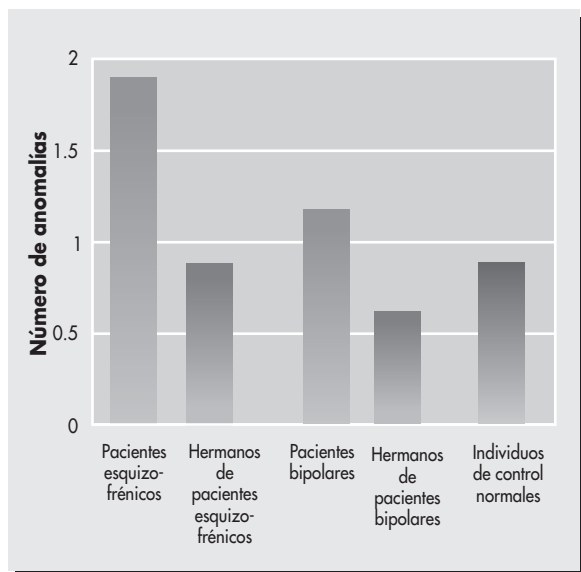


**Figura 12-12** Las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienden a mostrar un mayor número de anomalías físicas que sus hermanos, lo que sugiere que pueden estar involucrados otros factores además de los genéticos. También presentan más anomalías que los diagnosticados con un trastorno bipolar y los individuos de control. Se piensa que estas anomalías reflejan procesos que se presentan durante el segundo trimestre del embarazo.

FUENTE: De M. F. Green (1998), p. 12.

Las anomalías del desarrollo prenatal se reflejan frecuentemente en anomalías físicas menores, a las que muchas veces se les denomina **anomalías físicas**, que pueden detectarse desde casi el momento del nacimiento y en etapas posteriores. Estas anomalías incluyen anomalías menores de la cabeza, los pies, las manos o el rostro (por ejemplo, orejas mal formadas, un espacio inusual de conductos lagrimales o anomalías en el interior de la boca, como puede ser un paladar arqueado en exceso). Muchos niños tienen una sola anomalía, pero a los que más tarde se les diagnostica con esquizofrenia, pueden tener varias de ellas (ver la figura 12-12). Aunque no se conoce exactamente en qué etapa del desarrollo prenatal se presentan estas anomalías, se piensa que están asociadas con procesos del desarrollo neuronal que suceden en el segundo trimestre del embarazo (M.F. Green, y cols., 1994). El número de anomalías parece no tener una base genética, pues los hermanos de pacientes con esquizofrenia no las tienen en exceso. El exceso de anomalías, que muchas veces se encuentra en la esquizofrenia, no se presenta en otros trastornos psicóticos, pero sí en otros en los que la participación neuronal prenatal es sumamente clara, por ejemplo, en el síndrome de Down.

Además de las anomalías de desarrollo en el cerebro, el desarrollo del sistema neuromotor también parece estar afectado en la esquizofrenia. Los niños que pueden desarrollar más adelante esquizofrenia muchas veces muestran expresiones de emociones y conductas motoras poco usuales, por ejemplo, posturas atípicas de las manos, como las que se muestran en la figura 12-13. Estas conductas pueden ser relativamente sutiles y pasarse por alto en el momento de su primera aparición.



**Figura 12-13** Este pequeño muestra algunas de las posturas anormales de las manos que pueden indicar vulnerabilidad a la esquizofrenia.

Un hallazgo que ha surgido del uso de técnicas de exploración es que algunas personas con esquizofrenia tienen **ventrículos cerebrales** (cavidades que contienen fluido cerebroespinal) significativamente más grandes que los que se encuentran en el cerebro de personas sin este diagnóstico. Sin embargo, cierto agrandamiento de los ventrículos parece presentarse de forma natural; en general, los ventrículos de las personas se van agrandando con la edad. También se encuentran ventrículos agrandados en otras condiciones como el alcoholismo, lesiones traumáticas en la cabeza y trastornos graves del estado de ánimo que involucran psicosis. Otra dificultad para comprender el significado de ventrículos agrandados es que éstos y otros efectos cerebrales significativos se presentan en aproximadamente en una tercera parte de personas que tienen esquizofrenia, cuyas tomografías cerebrales han sido estudiadas.

El resultado de un estudio de 15 pares de gemelos MC, en los que sólo uno de cada par había sido diagnosticado con esquizofrenia, fue de particular interés para comprender el papel de los ventrículos agrandados. Se esperaba que la anatomía de los cerebros de cada par podía fuera muy similar (Suddath y cols., 1990). Sin embargo, los gemelos con esquizofrenia tenían más grandes los ventrículos tercero y lateral si se les comparaba con los gemelos que no tenían el diagnóstico (ver la figura 12-14). También se descubrió que existía una reducción del tamaño de las áreas del cerebro que participaban en el pensamiento, la concentración, la memoria y la percepción. Todos estos aspectos de la conducta están afectados en la esquizofrenia. En todos los pares de gemelos, excepto en uno, el gemelo diagnosticado con esquizofrenia presentó también un volumen cerebral reducido al compararse con su gemelo sano. Un hallazgo particularmente importante en este estudio fue que, en muchos casos, el agrandamiento ventricular encontrado en el gemelo con diagnóstico de esquizofrenia no era suficiente para ser considerado como anormal por un especialista. Dicho agranda-

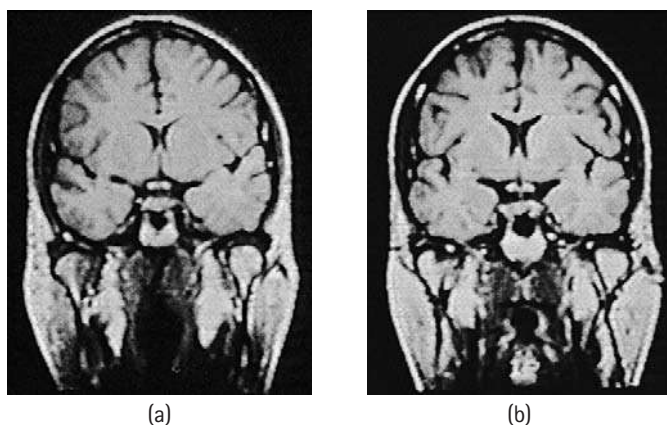


**Figura 12-14** Cuando un gemelo idéntico (MC) desarrolla esquizofrenia y el otro no, una diferencia que se encontró entre ellos es que el gemelo afectado tiende a mostrar ventrículo más grandes. La exploración IRM muestra las diferencias de tamaño de los ventrículos entre el gemelo no afectado (a) y su hermana gemela (b), que tiene el diagnóstico de esquizofrenia. Una explicación posible de esta diferencia entre las gemelas MC es que la gemela con los ventrículos agrandados pueda haber experimentado algún daño antes de nacer.

miento podía observarse únicamente al compararlo con el del gemelo sano. Esto sugiere que inclusive variaciones sumamente ligeras en el tamaño del ventrículo pueden ser importantes en cuanto a la vulnerabilidad a la esquizofrenia. El incremento del uso del ultrasonido y de la exploración IRM en fetos condujo al hallazgo de que incluso en los gemelos MC, el desarrollo cerebral no es idéntico. Además de las diferencias en el tamaño ventricular, existe una diferencia en la cantidad de pliegue cortical. (Kulynych y cols., 1997). Un pliegue cortical poco profundo, que significa que existe un área cortical total menor, se ha relacionado también con vulnerabilidad a la esquizofrenia.

El uso de técnicas mucho menos complejas como pueden ser las películas caseras viejas (por ejemplo, las de los primeros cumpleaños), también puede mostrar claras diferencias entre un niño que más tarde desarrolló esquizofrenia y sus hermanos. El siguiente relato acerca de un hermano que posteriormente se vio afectado por la esquizofrenia lo ilustra de manera muy clara:

*A pesar de las diferencias en la forma que percibimos y enfrentamos el mundo, Andy y yo estábamos inusualmente unidos cuando éramos pequeños. [...] yo adoraba e imitaba a mi hermano mayor [...] era mi compañero diario, mi compañero de juegos, y también pensaba en él como mi protector.*

*Sin embargo, una reciente mirada a viejas fotos familiares [...] contradijo mis recuerdos acerca de Andy como mi cuidador. [...] en todas y cada una de las fotografías [...] aparezco robusto y sonriendo; Andy se ve endeble y con el ceño fruncido. Se ve de pie en una postura cóncava, chupada en el centro, precipitado desmañadamente hacia el frente. Brazos delgados, doblados en los codos, colgaban a los lados de su torso como si se sostuvieran en un conjunto de barras de apoyo invisibles. Ocasionalmente, sonreía pero [...] la sonrisa cerrada y tiesa de mi hermano, que dejaba al descubierto la mayor parte de sus dientes frontales superiores e inferiores, transmite únicamente una gran tensión y dolor. [...] (Brodoff, 1988), pp. 114-115).*

Se piensa que estas anomalías en la conducta motora son resultado de una falta de regulación del sistema de dopamina, que más adelante en la vida puede llevar al desarrollo de síntomas psicóticos (Walker y Diforio, 1997). En un estudio de cinco familias donde sólo uno de los hermanos fue diagnosticado con esquizofrenia en la edad adulta, los observadores capacitados estudiaron películas caseras de los hermanos que cubrían un periodo cuando menos hasta los cinco años de edad (Walker y Lewine, 1990). Aunque a los observadores no se les informó sobre el estado psiquiátrico posterior de los niños, pudieron identificar de manera confiable cuál de ellos recibiría el diagnóstico de esquizofrenia, simplemente con base en su grado de reacción ante los demás, la cantidad de contacto visual, afecto positivo y coordinación motora, tanto de movimientos finos como gruesos. Estas diferencias se hicieron evidentes a los clasificadores antes de que los niños tuvieran ocho años de edad. En muchas ocasiones estas conductas inusuales fueron menos notorias a medida que el niño crecía, pero permanecía el problema subyacente.

**Anormalidades bioquímicas del cerebro** Existen sólidos argumentos para suponer que los factores bioquímicos tienen un cierto papel en la esquizofrenia. Los desarrollos recientes y la tecnología de la exploración computarizada han permitido a los investigadores buscar anomalías en el funcionamiento bioquímico. Por ejemplo, la investigación mediante exploración TEP muestra que las personas cuya conducta esquizofrénica es crónica y de larga duración tienden a presentar un nivel menor de metabolismo en sus lóbulos frontales y temporal, y un flujo relativamente mayor en la base del cerebro en comparación con los sujetos de control (ver la figura 12-15). Se sabe que los antipsicóticos producen ciertos cambios bioquímicos en el cerebro, así como cambios positivos en la conducta.

**La hipótesis de la dopamina y más allá** Al igual que actualmente se piensa que los neurotransmisores juegan un papel en cuando menos algunos de los trastornos del estado de ánimo (ver el capítulo 11), la investigación de la esquizofrenia que tiene orientación biológica también destaca la importancia del funcionamiento de los neurotransmisores. Durante muchos años la *hipótesis de la dopamina* fue la explicación más ampliamente aceptada de la patología bioquímica de la esquizofrenia. La **hipótesis de la dopamina**, dicho de manera simple, sostiene que un exceso de dopamina en ciertas sinapsis del cerebro se relaciona con la esquizofrenia.

El soporte más sólido de la relación entre la función de la dopamina y la esquizofrenia proviene de la investigación de los años setenta, que demostró que la eficacia clínica de ciertos antipsicóticos (la clorpromacina fue el primero de ellos) depende de su capacidad para bloquear los receptores de la dopamina. Investigaciones recientes, sin embargo, han demostrado que 1) existen en realidad cinco tipos de receptores de la dopamina que difieren en su distribución cerebral, y 2) que otros procesos (y sustancias) bioquímicos, distintos de aquellos en los que participa la dopamina, también desempeñan un importante papel en la esquizofrenia y su tratamiento (Bradford, y cols., 2002). Una sustancia de este tipo es la *serotonina*, que puede ser importante, pero que ha sido mucho menos investigada en relación con la esquizofrenia que la dopami-

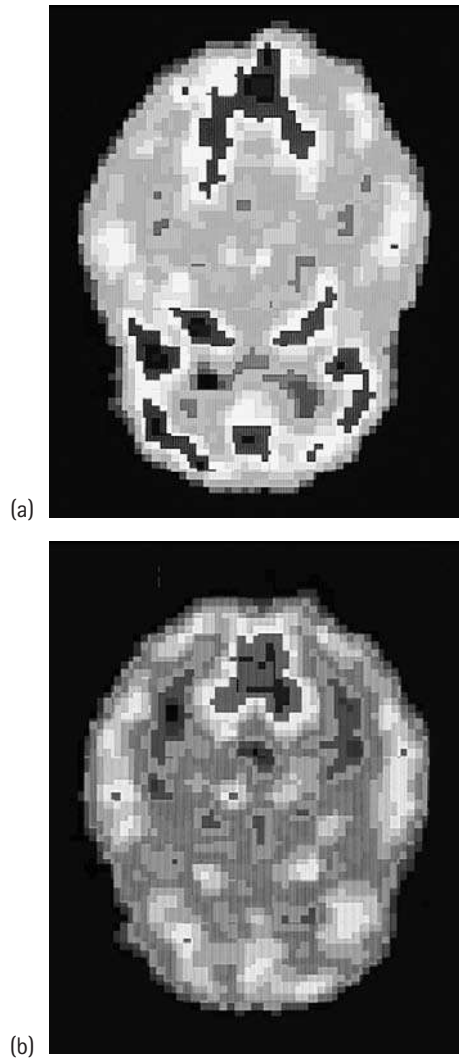


**Figura 12-15** Las fotografías de la exploración TEP muestran el metabolismo cerebral, la actividad química que tiene lugar en un cerebro vivo. La fotografía (a) muestra un cerebro normal y la (b) el cerebro de una persona afectada con esquizofrenia, que no está recibiendo antipsicóticos. Los colores tendientes al extremo amarillo-naranja-rojo del espectro indican un índice más alto de actividad metabólica, mientras que los del extremo verde-azul-morado muestran un índice menor. Observe el metabolismo frontal relativamente mayor en la persona normal y el metabolismo posterior mayor en el paciente.

na. Otra es el *glutamato*, el neurotransmisor más ampliamente distribuido en el cerebro. Debido a la dificultad de confirmar la hipótesis de la dopamina sin ambigüedad alguna, es probable que en el futuro se desarrollen hipótesis más complejas que incorporen el papel desempeñado por los neurotransmisores recientemente identificados y los procesos relacionados con ellos.

## Estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia

Hasta ahora en este capítulo se ha hablado tanto de factores genéticos como no genéticos —aunque biológicos— que contribuyen

a la esquizofrenia. ¿Cuál es el papel que desempeña cada uno de ellos en el desarrollo de la esquizofrenia? Es posible que tengan papeles independientes y que la esquizofrenia pueda desarrollarse como resultado de cualquiera de ellos, pero lo que sabemos hasta ahora sugiere que los problemas de desarrollo prenatal neuronal en particular, pueden sumarse a la vulnerabilidad genética para hacer más probable la esquizofrenia. Por otro lado, un tercer factor, el grado de estrés en el ambiente, también tiene un papel importante. Los investigadores han trabajado durante muchos años para comprender la contribución de cada factor al desarrollo de la esquizofrenia. En esta sección se destacan algunos de los principales métodos de investigación utilizados para estudiar el efecto combinado.

Se han empleado distintos métodos para estudiar el papel de la genética en la esquizofrenia, entre ellos, estudios familiares, de gemelos y de adopción. Las serias consecuencias de la esquizofrenia han estimulado muchos estudios importantes, de los cuales una gran cantidad involucra un seguimiento a largo plazo.

## Estudios familiares

El primer paso común en el estudio de la genética de cualquiera trastorno es determinar si los parientes de una persona afectada tienen mayor probabilidad de sufrir el mismo trastorno que otros miembros de la población en general. Una forma de comenzar un estudio familiar es construir un diagrama del árbol genealógico y remontarse a varias generaciones anteriores. Después, se identifica a todas las personas que hayan mostrado síntomas del trastorno que se está estudiando. De esta forma es posible ver si el trastorno parece presentarse en un patrón particular a lo largo de las generaciones. Este patrón puede compararse con las predicciones basadas en los modelos teóricos.

Además de resaltar los patrones de herencia de trastornos específicos, los **estudios familiares** proporcionan información acerca de la relación de la esquizofrenia con otros trastornos. Si varios trastornos diferentes se presentan normalmente en una misma familia, significa que esos trastornos pueden ser genéticamente similares y representar un espectro de trastornos que pueden estar relacionados de manera muy cercana. Esto es lo que se conoce como *concepto espectro*, que se comentó antes en este capítulo.

Un factor que quizás afecta el riesgo de padecer esquizofrenia u otros trastornos es la **unión selectiva**. Este término se refiere a la tendencia que tienen las personas a elegir una pareja que frecuentemente tiene similitudes genéticas mayores a lo que se esperarían por el simple azar. La unión selectiva se presenta en los rasgos físicos y psicológicos, y en los trastornos de la conducta. Debido a este fenómeno, los cónyuges de los individuos esquizofrénicos tienen mayor probabilidad de portar genes asociados con la esquizofrenia que las personas de la población general. Por lo tanto, los hijos de estas parejas pueden recibir “dosis dobles” de genes asociados con la esquizofrenia.

Aunque es raro encontrar familias en las que tanto el padre como la madre hayan sido diagnosticados con esquizofrenia, se han realizado estudios de la descendencia adulta de dichas parejas. Los resultados de todos estos estudios son similares. En cada estudio, cerca de una tercera parte de los niños de estos padres habían desarrollado esquizofrenia. Debido a que algunos de los niños estudia-



dos todavía no tenían la edad suficiente para haber pasado a través de todo el periodo de riesgo de desarrollar esquizofrenia, el riesgo máximo a lo largo de la vida estimado para el grupo fue de 46%. Este riesgo es mucho más alto que el 17% en el caso de los niños con sólo uno de los padres afectados. (Estos porcentajes son un poco más elevados que los que se encuentran en la tabla 12-8, pero estos últimos representan los índices promedio de muchos estudios). Incluso los hijos de estos matrimonios que no desarrollaron esquizofrenia, tuvieron un riesgo considerablemente mayor de presentar otro diagnóstico psiquiátrico en comparación con los niños promedio. Estos estudios estuvieron también de acuerdo acerca de otro hallazgo, en cierta forma sorprendente: cerca de 25% de los niños de estas familias no presentaron esquizofrenia o algún otro tipo de trastorno de la conducta. Este hallazgo es asombroso, no sólo en vista de la herencia genética, sino también por la posibilidad de que estos niños hayan experimentado una buena dosis de estrés por el hecho de vivir en una familia con dos padres que presentaban este trastorno (Gottesman, 2001).

A continuación presentamos el relato de estrés que se muestra un entorno familiar en el que la madre tenía esquizofrenia:

*Mi madre es una esquizofrénica paranoide. En el pasado me daba miedo admitirlo, pero ahora que lo he escrito, podré repetirlo una y otra vez. [...]*

*He estado enseñando a niños internos del hospital psiquiátrico de Bellevue de la ciudad de Nueva York durante 13 años, y aún me siento recelosa de revelar la naturaleza de la enfermedad de mi madre. [...]*

*De afuera, nuestra casa era muy parecida a cualquiera de las de nuestros vecinos, pero en el interior era tan distinta que no había punto de comparación. Nuestra casa era un desastre. Todo estaba revuelto. [...] me daba vergüenza. Era imposible invitar amigos a casa. Era imposible imaginarme lo que mi madre estaría haciendo o cuál sería su apariencia.*

*Era totalmente imprevisible. Con suerte, estaría trabajando en escultura, o practicando al piano, fumando como una chimenea y tomando litros de café, con un vestido todo roído que hubiese sido imposible donar a la beneficencia colgando de su escuálido cuerpo. Por otro lado, lo peor que podía suceder era encontrarla gritándole a mi padre, vestida todavía con su camión a las 6 de la tarde y con una expresión de fiereza en su rostro. Nunca fui una joven muy popular, y siempre culpé de ello a mi madre. [...]*

*Mi madre estaba muy interesada en la música y el ballet, y me llevaba a todo concierto y función de ballet de la ciudad de Kansas. Siempre se veía terrible cuando salía, y más de una vez se presentó en el teatro calzando pantuflas. Me daba mucha vergüenza verla, [pero] amaba la música y el baile tanto como ella. Incluso sacrifiqué mis tardes del sábado para quedarme en casa con ella y escuchar las transmisiones desde el Metropolitan Opera, y era cuando más la quería y más cercana me sentía a ella [...] cuando escuchábamos la música juntas. [...]*

*Cuando estaba en preparatoria, mi madre y yo compartíamos una habitación con camas gemelas. Cuando ella estaba acostada, podía empezar a lamentarse como si estuviera hablando en sueños. “No puedo soportar a esa niña. Es malvada; es una perra. Es igual a su padre” [...] solía quedarme en cama, deseando estar muerta, creyendo que era yo la niña despreciable que ella describía (Adaptado de Lanquelot, 1984, pp. 467-471).*

## Estudios de gemelos

Mientras que los estudios familiares nos pueden proporcionar una imagen global de los riesgos hereditarios de la esquizofrenia y las posibles relaciones genéticas entre los trastornos, los estudios de gemelos proporcionan una forma para enfocarse en los factores ambientales que contribuyen a la esquizofrenia al mismo tiempo que controlan los factores hereditarios. Esto es posible debido a que los gemelos *dicigóticos* (DC) se producen a partir de dos huevos fertilizados. Como resultado tienen la misma relación genética que cualquier otro par de hermanos. En contraste, los gemelos *monocigóticos* (MC) se producen del mismo huevo fertilizado y como resultado se puede esperar que comiencen la vida con las mismas características genéticas. Es posible que un pequeño porcentaje de gemelos MC pueda no ser genéticamente idéntico, debido a alteraciones de los cromosomas o a una mutación genética que puede presentarse en uno solo en los gemelos después de la primera división celular. Sin embargo, este tipo de mutación es muy rara, y debe tener muy poco efecto en los hallazgos basados en amplias muestras de gemelos.

Los **estudios de gemelos** muestran que los gemelos MC tienen una probabilidad mucho mayor de compartir características de la esquizofrenia, que la que tienen los gemelos DC. Sin embargo, como se puede ver en la tabla 12-8, el porcentaje de concordancia en gemelos MC es menor a 50%. Este hallazgo deja en claro que la herencia por sí sola generalmente no es suficiente para producir este trastorno.

Una forma de aprender más acerca de los factores biológicos no genéticos y de los factores ambientales que pueden incrementar la vulnerabilidad a la esquizofrenia es a través del estudio de los gemelos MC, de los cuales uno está afectado por el trastorno y el otro no. Un estudio de seis años a 27 pares de gemelos MC que diferían o eran **discordantes** en el caso de la esquizofrenia fue realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (Torrey y cols., 1994). Estos pares discordantes se compararon con 13 pares de gemelos en los cuales ambos habían sido diagnosticados con esquizofrenia, y ocho pares normales que sirvieron como grupo control. Este estudio presentó una oportunidad para aprender más acerca de los factores de riesgo, la vulnerabilidad y la resiliencia, aun en el caso de que estos gemelos representaran un grupo único, y los hallazgos no pudieran generalizarse a una población mayor. Una cuestión que interesó a los investigadores en este estudio fue la edad en la que el gemelo afectado fue observado por vez primera como “diferente”. Esta información es importante para comprender el desarrollo de la esquizofrenia. En muchos casos la diferencia fue evidente en una etapa temprana. Veinticinco por ciento de los pares de gemelos discordantes de esquizofrenia se catalogó como diferente a la edad de cinco años. Sin embargo, el resto no mostró diferencia sino hasta los 13 años o más, y la edad más común para el surgimiento de una diferencia oscilaba entre los 14 y 16 años, que fue el momento en el que existía mayor probabilidad de que surgieran por vez primera los síntomas de la esquizofrenia. Estos resultados sugieren que algunos procesos neurocognitivos relacionados con la esquizofrenia, aunque basados probablemente en un desarrollo prenatal anormal, no muestran sus efectos hasta que han sido activados por una etapa de desarrollo posterior (Green, 1998).



## Estudios de adopción

Otra forma de investigar los efectos de la herencia en el desarrollo de la esquizofrenia es a través de los estudios de adopción. Los estudios de adopción pueden dar a los investigadores una comprensión más clara de los papeles que pueden desempeñar la herencia y el ambiente en la esquizofrenia. Existen dos clases básicas de **estudio de adopción** en la investigación de la esquizofrenia. El primer tipo compara a los niños adoptados, cuyos padres biológicos fueron diagnosticados con esquizofrenia, con los hijos adoptados por padres que no tenían este trastorno. El segundo examina la incidencia de esquizofrenia en las familias adoptivas y biológicas de los niños que más tarde desarrollaron este trastorno.

Uno de los primeros grandes estudios de adopción que se realizaron fue reportado por un grupo de investigadores daneses y estadounidenses que trabajaban en Dinamarca (Cannon y Mednick, 1993; D. Rosenthal y cols., 1968, 1975). Debido a que Dinamarca y algunos otros países cuentan con excelentes registros nacionales médicos y psiquiátricos, así como archivos de adopción, de matrimonio y de otro tipo, muchas de las grandes investigaciones para rastrear la herencia de los trastornos han sido realizadas en estos países. En el estudio, los investigadores buscaron en principio el registro del gobierno del área de Copenhague para encontrar los nombres de padres que habían entregado a sus hijos en adopción a personas ajenas a su familia. Luego buscaron en el registro psiquiátrico oficial para ver si podían encontrar los nombres de algunos de esos padres. Se clasificaron los registros de los que se encontraron, y se seleccionó a los padres que claramente encajaban en una estricta definición de esquizofrenia. Los niños que habían sido dados en adopción por parte de estos padres fueron denominados casos índice. El grupo control consistió en niños adoptados cuyos padres no tenían historial psiquiátrico. Tres de los 39 casos índice y ninguno de los 47 de control tuvieron un diagnóstico definitivo de esquizofrenia al llegar a la edad adulta. Este alto porcentaje (8%) del grupo índice comparado con la ausencia de casos en el grupo de control, señala un factor hereditario.

En otra clase de estudio de adopción, Seymour Kety y sus colegas (1978, 1994) aprovecharon los amplios registros del gobierno danés para ubicar a personas en Dinamarca que hubiesen sido adoptados y que más tarde hubiesen desarrollado esquizofrenia. Se compararon las frecuencias de la esquizofrenia o de otros trastornos en los padres adoptivos y biológicos de las personas adoptadas. En dos estudios —uno limitado al área urbana de Copenhague y otro que cubría un área de Dinamarca que incluía zonas menos urbanizadas— los investigadores encontraron que las personas adoptadas que desarrollaron esquizofrenia, tenían dos veces más probabilidades de tener padres biológicos con diagnósticos de esquizofrenia, que de tener padres adoptivos con ese diagnóstico.

El estudio de 1978 contenía también una importante submuestra: medios hermanos que tenían el mismo padre, pero no la misma madre, como los hijos adoptados. Los medios hermanos comparten 25% de sus genes, en lugar de 50% como en el caso de los hermanos de padre y madre. Lo que es más importante, los medios hermanos con un padre en común no compartieron el ambiente en el útero antes del nacimiento, ni la misma experiencia temprana

de cuidados maternos. Se descubrió que los medios hermanos de padre tenían un mayor riesgo de esquizofrenia y de trastornos del espectro esquizofrénico que los del grupo control. Este hallazgo dio un mayor peso a la importancia de los factores genéticos en la esquizofrenia en comparación con los factores prenatales. En realidad, los factores genéticos y la vulnerabilidad biológica en general interactúan con los factores ambientales que desempeñan un papel en el hecho de que los individuos biológicamente vulnerables desarrollen o no esquizofrenia o alguno de los trastornos del espectro esquizofrénico. Puede pensarse en la esquizofrenia, no como un trastorno permanente sino como una vulnerabilidad permanente al trastorno. Cada persona tiene un cierto nivel de vulnerabilidad a la esquizofrenia determinado tanto por herencia genética como por factores prenatales y posnatales. Este nivel de vulnerabilidad, que puede variar de la ausencia de riesgo a un elevado riesgo, interactúa con eventos o condiciones estresantes en la vida de una persona. Si la combinación excede un cierto nivel crítico o umbral de bienestar/enfermedad, se presenta la conducta esquizofrénica. Este concepto de vulnerabilidad ofrece una forma de comprender por qué, si un gemelo idéntico tiene esquizofrenia, la probabilidad de que el otro presente el trastorno no es de 100%, sino apenas de 50%.

## Vulnerabilidad y características de las familias adoptivas

La complejidad y el valor de los estudios de adopción se ilustran en un estudio realizado en Finlandia (Tienari, y cols., 1990, 1994). Los hijos adoptados cuyas madres biológicas fueron diagnosticadas con esquizofrenia fueron comparados con niños adoptados cuyos padres biológicos no tenían este diagnóstico. Con el fin de llevar a cabo este estudio, los investigadores recabaron información de cerca de 20 000 mujeres que habían sido tratadas en hospitales psiquiátricos de Finlandia en algún momento durante un periodo de 10 años. De este grupo, encontraron a 171 mujeres que habían sido diagnosticadas con esquizofrenia, y que habían dado a luz un hijo que había sido adoptado antes de cumplir cuatro años por otra familia finlandesa. Calificaron menos de 1% de los casos originales.

Otras de las tareas que enfrentaron los investigadores fueron las siguientes:

1. Seleccionar dos niños adoptados como controles emparejados para cada caso índice (un niño adoptado cuya madre hubiese sido diagnosticada con esquizofrenia).
2. Revisar el historial psiquiátrico de los padres de los niños del grupo control.
3. Llevar a cabo entrevistas estructuradas a todas las madres biológicas, para obtener un diagnóstico para compararlo con el diagnóstico asentado en los registros hospitalarios.
4. Entrevistas con el padre biológico de cada miembro del grupo índice para evaluar si presentaba también un trastorno psiquiátrico que pudiera agregar algún riesgo al niño.

Además, el equipo de investigación realizó una evaluación del ambiente de crianza en cada familia adoptiva de los niños adoptivos de los grupos índice y control, lo que incluyó los siguientes pasos:

1. Una entrevista con toda la familia.
2. Una entrevista conjunta con ambos padres adoptivos.
3. Pruebas psicológicas de los padres adoptivos juntos, y después también con el niño adoptado.
4. Una amplia batería de pruebas para cada niño y cada padre adoptivo, por separado.
5. Evaluaciones de seguimiento de cinco a siete años después de la evaluación inicial.

Cómo podía esperarse, debido a la importancia de los factores biológicos en la esquizofrenia, los investigadores descubrieron que las personas que se encontraban en el grupo control eran mucho más sanas que las que se encontraban en el grupo índice. Sólo 1.5% del grupo control desarrolló un trastorno psicótico, a diferencia de más de 7% del grupo índice. Además, 15% de los que se encontraban en el grupo control presentaron un trastorno del espectro esquizofrénico, y 30% en el grupo índice. Sin embargo, el hallazgo más interesante de este estudio es la relación entre el ambiente familiar adoptivo y la frecuencia de problemas psicológicos de los casos índice.

Los hallazgos del estudio, que se muestran en la figura 12-16, apoyan la idea de que un ambiente familiar sano tiene un efecto protector para los niños que pueden estar en riesgo de esquizofrenia. En el grupo de niños índice rodeados por familias psicológica-

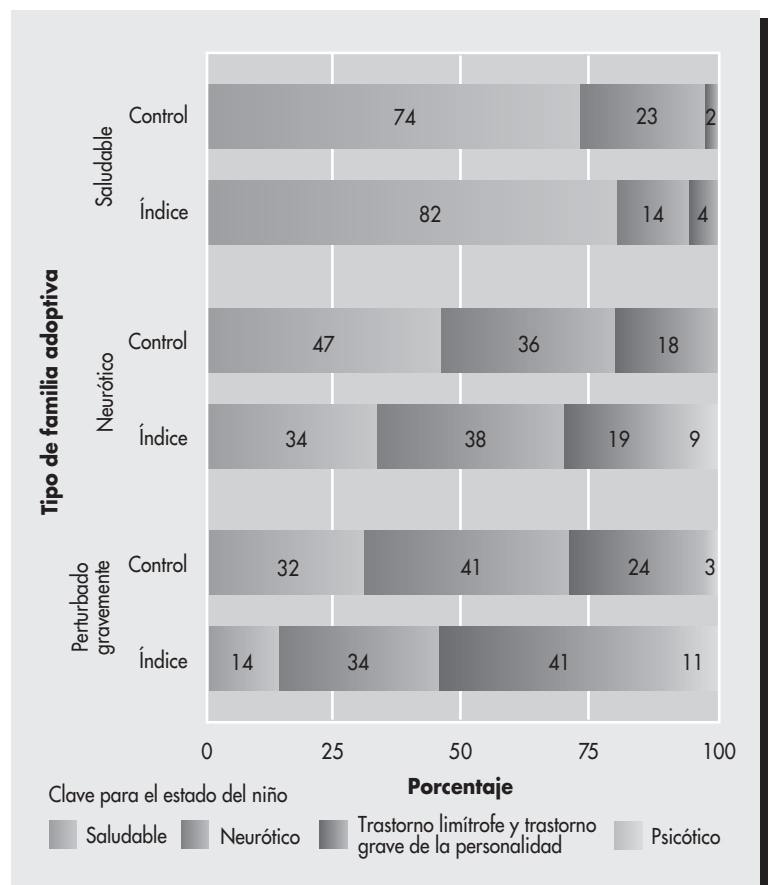
mente sanas, ninguno presentó psicosis, y sólo 4% tuvo un trastorno psicológico grave. En el caso de los niños índice que crecieron en familias con trastornos severos, 11% padeció de psicosis y 41% presentó un trastorno psicológico grave. Los niños índice mostraron menor probabilidad de ser psicológicamente sanos y también una mayor probabilidad de tener psicosis, en comparación con los niños de control, dentro de cada tipo de familia. Estos hallazgos apoyan el punto de vista de que la vulnerabilidad transmitida genéticamente puede ser necesaria para crear, o cuando menos incrementar, la probabilidad de la presencia de esquizofrenia, pero que un ambiente familiar trastornado puede jugar un papel importante en la expresión de esa vulnerabilidad como esquizofrenia.

## Estudios de alto riesgo y búsqueda de indicadores

Los déficit prenatales, genéticos, bioquímicos y cognitivos observados en etapas tempranas de la vida pueden predecir futuras dificultades. Cuando estas anomalías se presentan pueden considerarse como **indicadores** de alto riesgo o señales de futuros problemas. El conocimiento de estos indicadores puede ser importante en lo que se denomina *prevención primaria*: una intervención que puede ayudar a evitar que se desarrolle el trastorno. Los investigadores interesados en la prevención tienen problemas para enfocar sus es-

**Figura 12-16** Aun cuando los niños adoptados, cuyas madres biológicas fueron diagnosticadas con esquizofrenia (el grupo índice), están en mayor riesgo de esquizofrenia y otros trastornos que los niños que fueron adoptados, cuyas madres biológicas no tienen tal diagnóstico (el grupo de control), la atmósfera en las familias adoptivas es importante para su resultado psicológico.

FUENTE: Adaptación de Tienari y cols. (1990), p. 327.



fuerzos, debido a que sólo 1 de cada 100 personas en la población general puede desarrollar esquizofrenia. Esto significa que los investigadores que toman una muestra de la población en su conjunto deberían incluir inicialmente a muchos miles de personas con el fin de encontrar un número suficiente de individuos que posteriormente desarrollen el trastorno, y lograr que estos resultados sean estadísticamente significativos.

Los estudios del riesgo alto resuelven este problema de baja incidencia en la población general mediante la selección de un grupo que se considere con un mayor potencial o riesgo de sufrir esquizofrenia, de manera que para el mismo número de sujetos estudiados se espere la presencia de un mayor número de casos del trastorno. Una dificultad con este método de selección de sujetos es que, se espera que la población estudiada tenga riesgo elevado, pues es un grupo especial, y surge la pregunta de qué tanto se pueden generalizar o extender los resultados a la población general.

Aunque los estudios del riesgo alto pueden tener algunas desventajas, tienen una gran ventaja sobre otros tipos de estudios debido a que son *prospectivos*, esto es, que seleccionan y comienzan el estudio con participantes que aún no han presentado síntomas. Este método prospectivo es mucho mejor que el enfoque retrospectivo en el cual se pide a los pacientes y a sus familias que recuerden conductas anteriores y eventos del pasado. Esto es especialmente importante debido a que, una vez hecho el diagnóstico de la esquizofrenia, cualquier persona de la familia puede ver los eventos pasados desde una perspectiva distinta. Estudiar a la persona y su familia después de haberse desarrollado la esquizofrenia nos dice más acerca de la consecuencia de tener el trastorno que acerca de sus causas. El diagnóstico de la esquizofrenia significa que la persona pudo haber sufrido algunos fracasos educativos, económicos y sociales, y también haber experimentado una extensa terapia con medicamentos y hospitalización. Estos factores aislados pueden explicar muchas de las diferencias que los investigadores encuentran entre grupos con un diagnóstico de esquizofrenia y los grupos control.

Muchos estudios del riesgo alto definen el estado de riesgo en términos genéticos; esto es, se selecciona a niños de padres biológicos que han sido diagnosticados con esquizofrenia. Una ventaja de este tipo de estudio es que proporciona casos de control ideales: niños dentro de la población de estudio que no desarrollan esquizofrenia pero que han sido seleccionados de acuerdo con la misma base genética de niños que sí la han desarrollado. Los estudios del riesgo alto alientan también el estudio de la interacción ambiente-genes, como la describe el estudio de adopción finlandés que se describió anteriormente. Es importante en el estudio de trastornos como la esquizofrenia, en los cuales los síntomas no aparecen con claridad, sino hasta los primeros años de edad adulta, continuar con un estudio longitudinal de individuos con alto riesgo a lo largo del periodo de riesgo del trastorno. Hasta ahora sólo se han realizado algunos estudios de esa duración. Los participantes en el estudio del riesgo alto de Copenhague, cuyas madres habían sido diagnosticadas con esquizofrenia severa, fueron estudiados cuando menos hasta que cumplieron 40 años (Mednick y cols. 1987; Parnas y cols., 1993). A esa edad, cerca de 20% de ellos había desarrollado esquizofrenia o alguna psicosis asociada con ella. Sin embargo, de igual importancia fue el hecho de que un número aún

mayor de este grupo haya sido diagnosticado con un trastorno paranoide o esquizotípico. Todos estos trastornos se presentaron con mucha mayor frecuencia en el grupo de alto riesgo que en el grupo control, donde sólo cerca de 1% de los participantes fue diagnosticado con una psicosis de cualquier tipo, y sólo 5% fue diagnosticado con un trastorno de personalidad paranoide o esquizotípico. Los resultados de éste y otros estudios del riesgo alto demuestran que la herencia genética incrementa en gran medida el riesgo de desarrollar esquizofrenia o algunos de los trastornos del espectro esquizofrénico, aun cuando el niño no es criado por un padre con esquizofrenia o con un trastorno del espectro esquizofrénico.

Los resultados de los estudios daneses del riesgo alto han identificado varias características distintivas entre los niños que tienen un padre con esquizofrenia y que finalmente la desarrollan. Entre estas características, la que mejor predice es la deficiencia en la atención. La disfunción social y la desviación de conducta, reportada por profesores, también fueron factores confiables como predictores de una esquizofrenia posterior (Cannon y cols., 1990). Otras características, que incrementaron el riesgo de desarrollar esquizofrenia, incluyeron la presencia de influenza en la madre durante el segundo trimestre del embarazo, complicaciones durante el parto y la separación temprana del niño y la madre (Olin y Mednick, 1996). Sin embargo, ninguna de este último grupo de características predijo la esquizofrenia en el grupo de control. Esto sugiere que se agregaron al riesgo de desarrollar esquizofrenia sólo en los que ya presentaban vulnerabilidad genética.

Un estudio longitudinal bien conocido, el Proyecto del Alto Riesgo de Nueva York, estudió dos grupos de niños seleccionados de manera tal que los investigadores pudieran buscar si un trastorno del estado de ánimo o esquizofrenia de los padres tenían efectos similares o diferentes en los niños participantes. Los niños de un grupo estaban en riesgo debido a que uno de sus padres tenía esquizofrenia, mientras que los que pertenecían al segundo grupo, debido a que sus padres tenían una forma severa de trastornos del estado de ánimo, una depresión mayor o un trastorno bipolar I (trastornos que se comentaron en el capítulo 11). También incluyó a un grupo de niños de bajo riesgo como grupo control. El estudio comenzó en 1971 y dio seguimiento a los niños desde su infancia hasta la edad adulta media.

Un hallazgo longitudinal a partir del estudio fue el hecho de que los hijos de un padre con un trastorno del estado de ánimo no compartían los síntomas de los niños que tenían un padre con esquizofrenia (Erlenmeyer-Kimling y cols., 1995). Esto sugiere que las causas básicas de los dos tipos de trastorno son diferentes; los trastornos no tienen solamente síntomas diferentes que provienen de una categoría general de trastornos psicológicos serios. En el momento de llegar a la edad adulta, 11% de los hijos de padres esquizofrénicos fue diagnosticado como esquizofrénico, y 5% adicional fue diagnosticado con una psicosis no especificada. Este porcentaje de diagnóstico es mucho más elevado que el porcentaje de 1% que se encontró en la población en general. Ninguno de los otros niños del estudio, del grupo de padres con trastornos del estado de ánimo o del grupo de control, recibieron alguno de estos diagnósticos.

Se han encontrado déficit cognitivos en personas que más tarde desarrollaron esquizofrenia (Harvey, 2001). Estos déficits,

principalmente en la atención y la percepción exacta de la información (sobre todo bajo condiciones de distracción), también se han encontrado en personas que están en alto riesgo de esquizofrenia. Por esta razón, se administraron varias medidas respecto de la disfunción de la atención cuando los niños del estudio de Nueva York tenían siete años de edad. Estas medidas de déficit de atención detectadas aparecieron varios años antes que otros indicadores de riesgo, como puede ser la insensibilidad social, la indiferencia hacia los demás y el aislamiento social. Una de las medidas utilizadas se obtuvo mediante *Retención de Dígitos, subprueba* de la Escala de Inteligencia Weschler para Niños. Esta subprueba requiere que los niños repitan secuencias de números en el mismo orden o en orden inverso. Cuanto más larga sea la secuencia que el niño pueda repetir de manera correcta, más alta será la calificación. Las calificaciones bajas en estas subpruebas fueron asociadas con el desarrollo posterior de la esquizofrenia.

Estos hallazgos provenientes del Proyecto de Alto Riesgo de Nueva York confirmaron la idea de que la atención anormal en la infancia puede ser un indicador importante de la susceptibilidad biológica a la esquizofrenia (Cornblatt y cols., 1996). Este descubrimiento se adapta bien a la investigación de la distribución anormal de neuronas en el segundo trimestre del embarazo. Esta anomalía se piensa que interrumpe el proceso de depuración sináptica que comienza al final de la infancia, y se cree que es un factor de peso en los problemas de atención. La desviación de la atención parece ser un factor clave en la relación entre el riesgo de esquizofrenia y una disfunción social posterior (Freedman, y cols. 1998).

Otra medida utilizada en el Proyecto del Alto Riesgo de Nueva York fue la **Prueba de Ejecución Continua (CPT)**. Esta prueba mide la atención visual sostenida durante periodos de hasta 20 minutos (Rosvold y cols., 1956). A la persona que se somete a la prueba se le solicita que responda a un tipo particular de estímulo presionando una tecla, y después se le expone a una serie de estímulos diferentes. Por ejemplo, los estímulos posibles pueden incluir números de 0 a 9, y en cada ensayo, un monitor presenta tres de estos números en secuencia aleatoria. La tarea de los participantes es presionar el botón de respuesta sólo cuando un 1, en la posición media de la secuencia de números, es seguido por un 9 en la misma posición en la siguiente secuencia. Los números de la derecha y de la izquierda sirven meramente como distractores. Se registran dos clases de errores. Si la persona que realiza la prueba no presiona el botón cuando aparecen el 1 y el 9 en la posición media, se le denomina *error por omisión*. Si presiona el botón de respuesta después de una secuencia diferente de números (digamos, 7 y 1) en la posición media, o después de que aparece la secuencia correcta de números en las posiciones derecha o izquierda en lugar de la posición media, se le llama *error por comisión*.

Los hijos de madres que han sido diagnosticadas con esquizofrenia obtuvieron peores calificaciones en la CPT, que aquellos cuyas madres estaban severamente deprimidas o los niños del grupo control cuyas madres no tenían ningún trastorno conocido (Nuechterlein, 1983). Estos resultados sugieren que las dificultades de atención que mide la CPT son características relacionadas a un rasgo, y no están determinadas por un proceso psicótico actual, pues ninguno de los niños mostró síntomas de psicosis cuando se sometieron por

primera vez a esta prueba. Las puntuaciones del CPT de los niños que participaron en el Proyecto del Alto Riesgo de Nueva York también predijeron si era probable o no que fueran diagnosticados más tarde con esquizofrenia o con un trastorno del espectro esquizofrénico (Erlenmeyer-Kimling y cols. 1995). Este estudio mostró que las puntuaciones del CPT pueden ser indicadores para determinar cuáles son los niños que tienen mayor riesgo de desarrollar posteriormente esquizofrenia.

La idea de que los problemas de atención revelados por la prueba CPT indican un rasgo permanente más que un resultado de los síntomas psicóticos actuales, es apoyada por un estudio del desempeño en la CPT, tanto de pacientes adultos diagnosticados con esquizofrenia como de sus familiares (Finkelstein y cols., 1997). Este estudio comparó a pacientes, sus hermanos e individuos normales como grupo control. En la figura 12-17 se muestra que, tanto los pacientes como sus hermanos cometieron significativamente más errores que los que pertenecían al grupo control. Estos errores fueron tanto por omisión (no responder cuando se mostraba un estímulo correcto) como por comisión (responder a un estímulo que era incorrecto y que por lo tanto debió haber sido ignorado).

Otro tipo de respuesta que puede ser indicativa de vulnerabilidad a la esquizofrenia es una medida de rastreo ocular. El rastreo ocular es una medida de **movimientos oculares de búsqueda suave**, movimientos oculares que no parecen estar bajo el control de

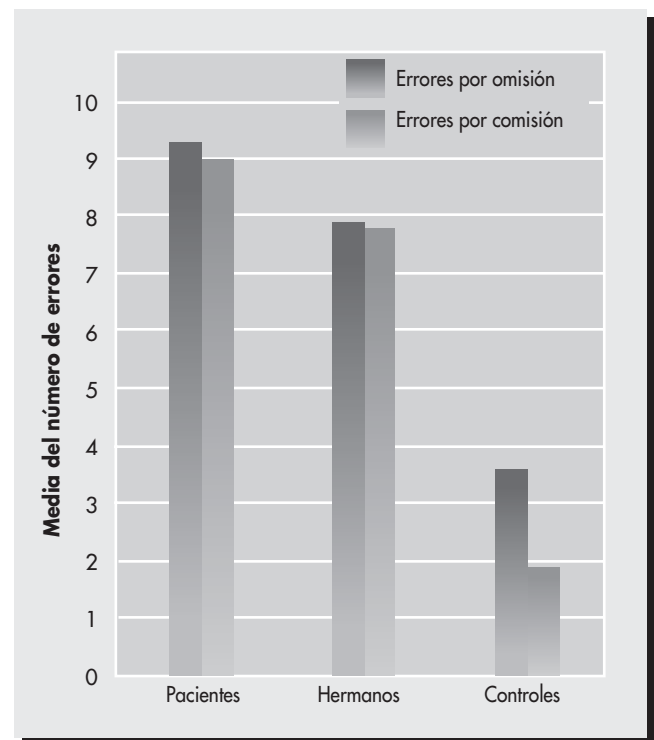


**Figura 12-17** La media de los errores por omisión y comisión, como una medida de disfunción de la atención en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sus hermanos y un grupo control sin diagnóstico. La media de los errores de los pacientes y de sus hermanos difiere significativamente de la media del grupo control.

FUENTE: Adaptación de Finkelstein y cols. (1997), pp. 203-212.



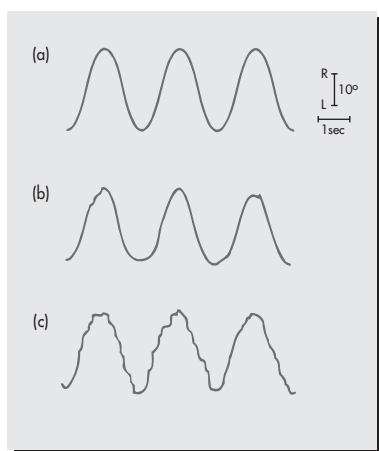


**Figura 12-18** Rastreo ocular normal y anormal. La figura (a) muestra el movimiento del objetivo; la (b) un registro del rastreo ocular normal. La figura (c) muestra el rastreo anormal, del tipo que puede sugerir vulnerabilidad a la esquizofrenia.

FUENTE: De Levy y cols. (1993), pp. 461-536.

una conducta voluntaria. Esto normalmente ocurre sólo cuando una persona sigue el movimiento lento de un objetivo, como puede ser un péndulo. Las pruebas realizadas a pacientes diagnosticados con esquizofrenia mostraron que cerca de 85% de ellos tenían patrones anormales de movimiento ocular de búsqueda suave (Siever y Coursey, 1985). La figura 12-18 ilustra la diferencia entre el patrón de rastreo típico de un individuo normal y el patrón que se encuentra por lo general en alguien con esquizofrenia. Cerca de 50% de los parientes cercanos de estos pacientes mostraron también este patrón desviado, en contraste, sólo 13% de los parientes de otros tipos de pacientes mostraron patrones de seguimiento anormal.

El estudio del rastreo ocular y otras anomalías del movimiento ocular de los pacientes con esquizofrenia mostró patrones hereditarios consistentes (Grove y cols., 1992). Sin embargo, este lazo genético puede no ser específico de la esquizofrenia, o incluso de los trastornos del espectro esquizofrénico, sino que puede indicar un control motor deficiente, lo cual predice varios trastornos. Los rastreadores deficientes, incluso personas que no han recibido diagnóstico psiquiátrico, tienen probabilidad de mostrar dificultades interpersonales y deterioro neurológico.

A pesar de la falta de especificidad de los problemas de seguimiento ocular respecto de la esquizofrenia, un patrón anormal de rastreo ocular puede servir como indicador de vulnerabilidad a la esquizofrenia de niños en riesgo. Al igual que los problemas de atención en la CPT, los patrones de rastreo ocular anormales parecen ser una medida de rasgos más que una medida del estado clínico de una persona (Schlenker y Cohen, 1995).

Los déficits cognitivos de personas con esquizofrenia requieren de un mayor estudio, pero algunas evidencias disponibles sugieren que estas personas muestran con frecuencia disfunciones cognitivas específicas. Esto no significa que la esquizofrenia sea un simple asunto de baja inteligencia. Aunque se ha encontrado que se presenta con mayor frecuencia entre quienes obtienen calificaciones bajas de CI, existen muchas personas con una alta inteligencia

que se ven afectados por ella (Fearon y Murray, 2002). Es mejor pensar en la esquizofrenia como resultado de varios déficit neuropsicológicos graves medianamente específicos (Hoff y Kremen, 2003).

## Enfoques terapéuticos

Hemos descrito la forma en que algunas personas son vulnerables a desarrollar esquizofrenia debido a la herencia genética, problemas durante el desarrollo prenatal, o ambas circunstancias, y que esta vulnerabilidad puede interactuar con el estrés para producir los síntomas del trastorno. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad, menor será el estrés que se necesita para producir este resultado. Sin embargo, debido a que se desconocen las causas biológicas específicas de la vulnerabilidad y a que la categoría de esquizofrenia del DSM-IV-TR puede incluir trastornos con distintas causas, se ha desarrollado una amplia gama de enfoques de tratamiento a lo largo del tiempo que reflejan varias de las perspectivas consideradas en este libro —biológicas, conductuales, cognitivas y psicodinámicas— así como varios enfoques centrados en la familia. Actualmente, los enfoques centrados en la familia, conductuales y biológicos parecen ser los más prometedores, aunque no se puede decir que alguno de ellos, aislado o en combinación, cure la esquizofrenia. Lo que pueden hacer es distinguir los síntomas, particularmente los positivos, de muchos pacientes, permitiéndoles así funcionar de una manera más eficaz. Sin embargo, para muchos de los pacientes, la recaída y el empeoramiento de los síntomas se presentan periódicamente, aun sin haberse interrumpido el tratamiento.

A pesar de la impresionante y dramática naturaleza de algunos de los síntomas de la esquizofrenia, con frecuencia se presenta un periodo sustancial entre el surgimiento de los primeros síntomas y el diagnóstico y el comienzo del tratamiento. Por lo general, en los casos de primer episodio, el tratamiento comienza después de un año o más después de haberse observado por primera vez en forma clara los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado). Esta fase no tiene una etiqueta de diagnóstico oficial, pero muchas veces se denomina *periodo prodromal*, que se deriva de una palabra griega que significa “ir hacia adelante”. El retraso para reconocer en estos síntomas tempranos el comienzo de un proceso crónico, puede tener un efecto negativo en el grado final de mejoramiento del paciente. Un número cada vez mayor de investigadores piensa que la psicosis que no se trata es “biológicamente tóxica” y que el retraso del tratamiento da como resultado una calidad de vida peor que cuando se trata de manera temprana, aun cuando el tratamiento posterior también da resultados (Bustillo y cols., 1999). Algunos obstáculos que provocan el retraso incluyen la imposibilidad por parte de la persona y de su familia de reconocer la seriedad de los síntomas, su apatía y la esperanza de que los síntomas sean temporales. Si los síntomas se desarrollan en forma gradual, es posible que durante algún tiempo no se note su importancia.

El siguiente relato, escrito por un psicoanalista, muestra qué tan difícil puede ser, incluso para un observador experto, comprender las implicaciones de estos cambios tempranos hasta después de haberse realizado el diagnóstico. El psicoanalista y su esposa, cono-

cedores y cercanos a sus hijos, vieron sólo en retrospectiva que, lo que en ese momento parecía ser una conducta explicable de uno de éstos, era en realidad el inicio de un proceso esquizofrénico:

*Muchas veces me han preguntado, ¿cuando comenzó la enfermedad de Gary? Si yo fuera su psiquiatra y escribiera el historial de su caso, diría: “cuando se dio de baja en Harvard durante su segundo año de estudios” o “cuando se hospitalizó por primera vez dos años más tarde”. Pero cuando el surgimiento de la enfermedad es tan insidioso [...] es una pregunta imposible de responder. En retrospectiva, tenemos razones para pensar que la enfermedad comenzó mucho tiempo antes.*

Cuando Gary tenía 13 años, mientras estaba en un campamento de verano, se deprimió durante un mes aproximadamente. A los 14 años acudió a un psiquiatra, que lo trató durante cuatro años. Más tarde comprendí que Gary experimentaba cierta imaginación visual poco común en su vida de fantasía en ese tiempo. Por otro lado, el psiquiatra pensó que tenía conflictos de adolescencia típicos, y nunca [...] sospechó de ninguna clase de psicosis. Durante la preparatoria, Gary se dio de baja del equipo de tenis con el pretexto de que quería concentrarse en tocar el tambor en la banda. En ese momento parecía razonable, pero pensando en retrospectiva fue el comienzo de una tendencia hacia el aislamiento. Pidió un cuarto individual en Harvard, aun cuando siempre había sido muy sociable. En el último año de la preparatoria envió tarde su solicitud a la Universidad Amherst; algo nada extraño en muchos adolescentes, pero sí en su caso. [...] Su bien escrito ensayo universitario mostraba preocupación por cuestiones de integridad moral y preocupaciones de ser falso. ¿No eran estas preocupaciones clásicas de un adolescente?

No fue sino hasta que su enfermedad se reveló completamente que nos dimos cuenta de que su ambivalencia respecto de la elección de su universidad fue una manifestación temprana de la profunda ambivalencia tan característica de su enfermedad. En los momentos graves, podía pasar muchos minutos abriendo y cerrando la puerta del refrigerador, acompañando cada acción con un miedo delirante y el intento de evitarlo. Sólo cuando su enfermedad fue diagnosticada nos dimos cuenta de que la preocupación que había mostrado por la moralidad y la falsedad que expresó en su ensayo, fue una forma temprana de los delirios típicos, con los que aún sigue luchando. A pesar del hecho de que estos síntomas comenzaban a apoderarse de él, fue seleccionado como el ejecutante de tambor líder de la banda de jazz de Harvard durante su primer año y mantuvo un promedio de B. Sin embargo, el siguiente año ya no pudo realizar el trabajo y se deterioró su condición (Willick, 1994, pp. 708-709).

Gary fue hospitalizado en tres ocasiones, recibió diversos antipsicóticos y diez años después de haber dejado Harvard vivió en una casa de medio internamiento.

Los cambios en el funcionamiento del sistema nervioso que se asocian con la esquizofrenia parecen ser más dañinos en las etapas del surgimiento temprano. Por esta razón, un enfoque reciente, y en cierta forma controvertido, ha sido el de recetar bajas dosis de antipsicóticos a personas jóvenes que están en alto riesgo, aun cuando no presenten síntomas claros. Quienes se oponen a este enfoque están preocupados porque, debido a que hasta ahora se desconoce exactamente cuáles son los síntomas tempranos de la esquizofrenia, muchas de las personas tratadas de esta manera podrían recibir medicamentos innecesarios o el tratamiento equivocado.

Debido a que se desconocen los efectos a largo plazo de dichos tratamientos sobre las personas que no tienen esquizofrenia, es posible que puedan tener efectos negativos permanentes. A pesar de estas preocupaciones, debido a que muchos investigadores piensan que la esquizofrenia puede provenir de cambios neuronales que se presentan en el cerebro durante el final de la adolescencia y el principio de la edad adulta (la llamada “depuración natural” que se comentó anteriormente), se piensa que el uso de los antipsicóticos puede ser una forma útil de modificar estos cambios en personas de alto riesgo (McGlashan y Hoffman, 2000).

Se han realizado avances en la detección de signos tempranos que predigan una esquizofrenia posterior. Los investigadores examinaron los resultados de una serie de pruebas obligatorias a jóvenes israelíes de entre 16 y 17 años por parte del Israeli Draft Board Registry (Davidson y cols., 1999). Descubrieron que podían identificar de forma exacta 88% de los que más tarde desarrollaron esquizofrenia mediante diferencias sutiles en el funcionamiento social e intelectual encontrado en las pruebas. Éstas trataban sobre relaciones personales, capacidad para organizar las actividades de la vida y evidencia de madurez, mediante preguntas tales como: “¿Cuántos buenos amigos tienes?” “¿Cuántas veces llegas tarde a la escuela?” “¿Quién limpia tu habitación?” y “¿Sueles ser el centro de atención en las fiestas?”. Aunque es necesario realizar mayor investigación, y los predictores tienen que ser probados en otros grupos, es importante para el tratamiento el desarrollo de medidas válidas de los síntomas tempranos de la esquizofrenia.

Cuando se presenta el primer episodio de esquizofrenia o uno posterior, los profesionales clínicos muchas veces deben responder estas preguntas: ¿Requiere el paciente de atención en un hospital?, ¿puede manejarse el problema como paciente externo? La hospitalización tiene muchas ventajas:

1. La oportunidad de observar la forma en que funciona el paciente.
2. Oportunidades para evitar o para enfrentar emergencias.
3. Provisión de seguridad y soporte para una persona que puede estar muy desequilibrada.

En la tabla 12-9 se enumeran varias de las consideraciones actuales que sugieren la conveniencia de la hospitalización.

**TABLA 12-9**

**Consideraciones que apoyan la decisión de hospitalización**

1. Estado mental inestable que incluye ira o desconfianza
2. Alucinaciones auditivas que pueden llevar a dañarse a sí mismo o a los demás
3. Conducta desorganizada
4. Déficit cognitivos importantes, que incluyen falta de discernimiento, atención deteriorada e incapacidad para comunicarse de manera coherente con los demás
5. Apoyo social e inadecuado (vivir solo, descuidado)

## Antipsicóticos

Los medicamentos antipsicóticos son la base del tratamiento de la esquizofrenia, y reflejan la importancia de la perspectiva biológica para comprender y tratar este trastorno. Sin embargo, al mismo tiempo existe evidencia considerable de que las intervenciones psicosociales que acompañan a estos medicamentos —especialmente después de un episodio agudo del trastorno— son de mucha ayuda para evitar las recaídas y para mejorar el funcionamiento social.

Los primeros antipsicóticos eficaces (tales como la clorpromacina) aparecieron hace más de 40 años. Estos medicamentos suprimieron los delirios y las alucinaciones, y redujeron la conducta destructiva y extravagante. Como consecuencia, desempeñaron un papel importante en la reducción del número de pacientes esquizofrénicos que fueron confinados en hospitales mentales para su protección o tratamiento. Pero hasta hace pocos años, los antipsicóticos, aunque en muchas ocasiones eficaces para moderar los síntomas de la esquizofrenia, tenían dos desventajas importantes relacionadas con la acción del bloqueo a los receptores de dopamina. Una de estas desventajas fue el efecto negativo de los medicamentos en la motivación de las personas y el aturdimiento de las entradas sensoriales. Además, los pacientes que utilizaron los antipsicóticos “antiguos” o “convencionales” muchas veces estaban aletargados o estreñidos, la resequedad de su boca podía llegar a ser muy molesta, y su visión era muchas veces borrosa. Podían sentirse mareados y caerse al cambiar de posición. Otro inconveniente importante fue un efecto secundario deformante o socialmente incapacitante (y en muchas ocasiones irreversible), la **disquinesia tardía**, movimiento involuntario de boca, labios, lengua, piernas y cuerpo. Cerca de una tercera parte de los pacientes tratados durante largo tiempo con estos antipsicóticos desarrollaron cuando menos una forma ligera de disquinesia. Debido a que no existe un tratamiento confiable para la disquinesia tardía, ésta persiste frecuentemente aun después de haberse interrumpido el tratamiento.

Debido a los efectos negativos de los antipsicóticos tradicionales, se han desarrollado nuevos medicamentos de este tipo. El primero de ellos en volverse de uso común fue la clozapina (Clozaril). La clozapina disminuyó algunos de los problemas de los antipsicóticos tradicionales debido a que era más selectiva en los tipos de receptores que afectaba. Parecía ser eficaz para un gran número de pacientes cuyos síntomas no habían podido mejorar a través de los antipsicóticos tradicionales, y en general fue más eficaz para todos los pacientes (Wahlbeck y cols., 1999). Sin embargo, en casi 10% de aquellos a los que se les administró, tuvo un efecto potencialmente fatal en la producción de glóbulos blancos. Por lo tanto, no es seguro utilizarlo a menos de que se realicen pruebas sanguíneas con regularidad. Debido a este peligro fue adoptándose con lentitud. Se han desarrollado otros medicamentos nuevos o *atípicos* que tienen menos efectos colaterales dañinos que los antipsicóticos convencionales, entre ellos, la risperidona, la olanzapina y la quetiapina.

Muchos pacientes consideran que estos nuevos medicamentos son más tolerables que los anteriores, y numerosos expertos piensan que son mejores para tratar algunos tipos de esquizofrenia. Sin embargo, la investigación ha demostrado que su superioridad

es modesta y sus efectos colaterales potenciales, muy serios, pues, por ejemplo, pueden provocar diabetes. En conclusión, los antipsicóticos más recientes pueden ser mejores que los convencionales, pero no por un amplio margen, y no están libres de efectos secundarios (Shatzberg y Nemeroff, 2004). En realidad, todos los medicamentos —tanto los convencionales como los atípicos— contribuyen a reducir los síntomas esquizofrénicos. Debido a que cada episodio esquizofrénico puede elevar la vulnerabilidad del cerebro, exponiéndolo a una psicosis y un deterioro ulteriores, existe consenso general de que el tratamiento con antipsicóticos debe comenzar tan pronto como sea posible después de haberse realizado el diagnóstico. Una vez que se presentan episodios psicóticos repentinos o prolongados, es más difícil lograr un ajuste social y personal satisfactorio.

A quienes mejoran con ayuda de los antipsicóticos se puede recomendar que continúen en un programa de tratamiento médico después de haber salido del hospital, con la esperanza de disminuir los síntomas y evitar una posible recaída. A pesar de esta recomendación, cerca de la mitad de los pacientes a los que se da de alta, interrumpen el uso del medicamento recetado (Herz y Marder, 2002). Un desarrollo reciente que puede ayudar en esta situación, cuando menos en el caso de pacientes dados de alta dispuestos a tomar antipsicóticos, es la disponibilidad de algunos de éstos en forma inyectable de larga duración, de manera que los pacientes no tienen que recordar tomarlo oralmente todos los días. Otra forma de lograr que los pacientes continúen el tratamiento después de haberse reducido los síntomas, puede ser disminuir la cantidad de las dosis recetadas. Numerosos estudios han demostrado que a los pacientes dados de alta, cuyos síntomas agudos han retrocedido, se les receta una dosis más alta del medicamento de la que es necesaria para mantener su sintomatología bajo control (Schulz, 2000). Una disminución adecuada en la dosis recetada puede reducir los efectos secundarios y lograr que el consumo del medicamento sea más aceptable.

Un problema importante para llevar el tratamiento basado en medicamentos es determinar si los pacientes tienen o no la capacidad de decidir si aceptan o rechazan el medicamento. Aunque la ley es clara en el caso de que ningún paciente debe recibir ningún medicamento sin su consentimiento informado, el deterioro cognitivo y la pérdida de discernimiento, que son los principales efectos de la esquizofrenia, dificultan la cuestión de la capacidad. Por tanto surge la pregunta: ¿Cuándo tiene una persona el derecho a rehusarse a recibir el tratamiento? Debido a la cuestión de la capacidad sobre consentimiento informado, las familias de pacientes que se rehúsan a recibir medicamento, y los profesionales clínicos que piensan que éste es necesario para el bienestar del paciente, se ven muchas veces forzados a esperar hasta que se interrumpa la medicación y la psicosis empeore y los pacientes se vuelvan un peligro para sí mismos o para los demás. Sólo en ese momento puede requerirse una nueva hospitalización y tratamiento con medicamentos. Cuando dichos pacientes mejoran nuevamente con el medicamento y se consideran como legalmente capaces, pueden rehusarse de nuevo a tomarlo y reiterar el ciclo de empeoramiento de síntomas y psicosis activa.

Una madre describió elocuentemente esta situación. Su hijo fue hospitalizado por primera vez doce años antes, pero actualmente vive en una casa de medio internamiento. Los medicamentos actuales parecen no tener efecto, y con mucha frecuencia se rehúsa a tomarlos durante largos periodos.

*Durante el pasado año, mi esposo y yo hemos observado un mayor deterioro de la conducta y el pensamiento de nuestro hijo, a pesar de que toma sus medicamentos. Dejó de visitarnos semanalmente en nuestro departamento de Manhattan después de que las voces le prohibieron tomar el elevador al octavo piso. Nos dijo que no podríamos verlo más debido a que la CIA se preparaba para sacarlo del país.*

*La única esperanza que tenía era probar uno de los nuevos medicamentos [...] que podía ser más eficaz en la disminución de los síntomas psicóticos. Sin embargo, se rehusó a volver al hospital, donde los medicamentos que recibía le serían administrados y se vigilarían los efectos secundarios potenciales. Fue el estándar círculo vicioso: cuando estaba tomando el antiguo medicamento, no sintió la necesidad de ser hospitalizado; cuando la medicina perdió gradualmente su eficacia, o dejó de tomarla, perdió la capacidad de reconocer su propio deterioro y se rehusó completamente a hospitalizarse. Aprendimos que la hospitalización involuntaria no estaba en nuestras manos. Debido a que Serge no era peligroso, sus derechos civiles eran inviolables. Aunque estaba completamente loco, tenía el derecho de permanecer sin el tratamiento apropiado. Sólo podría internarse si se dañaba a sí mismo o a alguien más (Lanquenet, 1994, p. A12).*

Aunque se han presentado ciertos progresos en la búsqueda de antipsicóticos más eficaces y con menos efectos secundarios, por lo general se presentan recaídas frecuentes en los primeros años de la esquizofrenia. Esto es cierto incluso cuando se encuentra un tratamiento en curso con los medicamentos más eficaces que se disponen, y aun entre aquellas personas que inicialmente muestran una buena respuesta a la medicación. Por lo tanto, aunque los antipsicóticos se consideran como el tratamiento básico estándar, otros enfoques que acompañan a la terapia con medicamentos pueden mejorar la calidad de vida de algunas personas afectadas con esquizofrenia. Los enfoques de tratamiento adicionales se concentran en mejorar las capacidades cognitivas, de cuidado personal y social del paciente, mediante la educación tanto de la familia como de la persona afectada acerca de la esquizofrenia. Estas medidas tienden a mejorar las relaciones dentro la familia y proporcionan una red de apoyo social que permite a la persona afectada funcionar en el mejor nivel posible.

## Enfoques psicosociales

Saber que muchos pacientes continúan sufriendo síntomas perdurables, a pesar de los medicamentos, ha representado un desafío para los proveedores de servicios de salud mental. Afortunadamente, existe cada vez mayor evidencia de la eficacia de diversos tipos de tratamiento psicosocial para la esquizofrenia (Williams y cols., 2002). Aunque la psicoterapia convencional se utiliza pocas veces, diversas estrategias e intervenciones psicoterapéuticas pueden ser útiles (Hales y Yudofsky, 2003). Éstas incluyen la resolución de problemas, la pruebas de realidad, psicoeducación y técnicas cog-

nitivo-conductuales y de apoyo para lograr una alianza terapéutica con el paciente. El enfoque específico o la combinación de enfoques depende el estado clínico del paciente. Las metas de las intervenciones psicosociales son mejorar la adherencia a los medicamentos prescritos, mejorar el funcionamiento ocupacional y social, y evitar una recaída. El aprendizaje de habilidades cognitivas y sociales puede ser de especial ayuda en los casos agudos y en los crónicos. Una de las metas de los enfoques cognitivo-conductuales de la esquizofrenia es disminuir la angustia relacionada con los síntomas psicóticos, mediante el incremento de estrategias de tratamiento, la disminución de la tensión y el incremento de la autoestima (Lecomte y Lecomte, 2002).

**Capacidades sociales** Las personas con esquizofrenia tienen déficit de habilidades en diferentes áreas: interacción social; habilidades cognitivas, especialmente las relacionadas con la atención; habilidades de cuidado personal y de identificar síntomas relacionados con la vida independiente; y finalmente el afrontamiento del estrés en general. Cerca de dos terceras partes de quienes sufren esquizofrenia crónica son seriamente deficientes en habilidades sociales generales tales como la asertividad, ceder cuando resulta socialmente apropiado y el manejo de síntomas (Mueser y cols., 1991). Las habilidades de percepción social que son importantes en la interacción con otras personas también pueden ser inadecuadas. Éstas incluyen autoconciencia, regulación emociones y el reconocimiento de señales sociales. Además, la esquizofrenia parece encabezar los déficit en habilidades de resolución de problemas sociales, entre los cuales se pueden mencionar la valoración de situaciones sociales y de otro tipo, pensar en respuestas alternativas posibles y predecir sus efectos.

Existen tres categorías generales de entrenamiento en habilidades sociales: *habilidades básicas, resolución de problemas sociales y eficacia cognitiva*. Los primeros esfuerzos realizados en el área del entrenamiento en habilidades tendieron a concentrarse en un programa de capacitación que combinaba la instrucción, el modelamiento, el ensayo de conductas y el reforzamiento verbal. Por lo general, los estudios mostraron que, a corto plazo, estas intervenciones mejoraban las habilidades en las que los pacientes fueron puestos a prueba utilizando tareas muy similares a las del entrenamiento. Una cuestión importante es si esta técnica ayuda a evitar una recaída y un incremento de síntomas después de haber terminado el entrenamiento.

Un amplio enfoque de las habilidades sociales incluye el control de medicamentos, el manejo de los síntomas, y habilidades básicas de conversación y de cuidado personal, dependiendo de las necesidades del paciente. Este tipo de entrenamiento puede producir ganancias en algunos aspectos del ajuste social al compararse con el resultado de la terapia grupal de apoyo, pero las diferencias fueron muy pequeñas (Marder y cols., 1996).

**Habilidades cognitivas** El entrenamiento en habilidades cognitivas también se ha probado como un medio para mejorar el resultado de la esquizofrenia. Parece claro a partir de los resultados de estudios del alto riesgo que los deterioros de las habilidades cognitivas de atención, memoria y planeación no son simplemente resultado de síntomas de la medicación o del proceso activo de la



| Estrategias correctivas para algunos déficit cognitivos de la esquizofrenia |                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Déficit cognitivo                                                           | Estrategia correctiva                                                                                                                                                                                                                          |
| Sobrecitación por una sobreestimulación ambiental                           | Disminuya los distractores externos, ruido ambiental y cualquier probable interrupción                                                                                                                                                         |
| Dificultad para mantener la atención durante cierto tiempo                  | Mantenga las actividades de entrenamiento cortas y enfocadas. Use recordatorios frecuentes para recobrar la atención. Use programas de incentivo y técnicas de autocontrol para mejorar las metas de atención planeadas                        |
| Distracciones por señales irrelevantes                                      | Mantenga el lugar de entrenamiento ordenado retirando los estímulos no relacionados con las habilidades de cada módulo                                                                                                                         |
| Mala interpretación de los temas de aprendizaje                             | Pegue gráficas que expliquen las habilidades                                                                                                                                                                                                   |
| Dificultades con las actividades rápidas                                    | Trabaje de manera lenta en cada etapa del entrenamiento                                                                                                                                                                                        |
| Sobrecarga por la complejidad de las tareas                                 | Realice un análisis de las tareas y divídalas en sus partes más simples                                                                                                                                                                        |
| Distracción por los estímulos inmediatos del ambiente                       | Evite el apareamiento accidental de variables extrañas mediante retroalimentación inmediata y reforzamiento. Después de que el reaprendizaje ha ocurrido es necesario hacer desaparecer la retroalimentación y los refuerzos de manera gradual |
| Distracción por alucinaciones y asociaciones                                | Adopte técnicas para detener el pensamiento. Automonitoreo del pensamiento desordenado y alucinaciones, y evite estresores que pudieran exacerbarlos.                                                                                          |
| FUENTE: Basado en Liberman y Corrigan (1993), p. 246.                       |                                                                                                                                                                                                                                                |

esquizofrenia, sino que son características generales de quienes están en riesgo. Un enfoque para ayudar a las personas con esquizofrenia se basa no en corregir o disminuir los déficits cognitivos característicos del trastorno, sino en desarrollar estrategias para tratar sus efectos. Algunas de esas estrategias aparecen en la tabla 12-10.

La terapia cognitivo-conductual se ha utilizado de manera experimental para tratar algunos de estos déficit en las habilidades de procesamiento, por ejemplo, disminuir las alucinaciones auditivas crónicas para hacerlas menos molestas. Estos esfuerzos se enfocan en la idea de que las alucinaciones, aunque surgen del interior del paciente, éste puede atribuirlos erróneamente a una fuente externa (Norman y Townsend,1999). Por ejemplo, al utilizar este enfoque cognitivo, algunos pacientes se dieron cuenta de que las voces no eran tan estresantes, sino sus propios pensamientos acerca de ellas. Cuando pudieron reconocer las situaciones que provocaban que las voces empeoraran, en muchas ocasiones fueron capaces de comprender que las voces reflejaban sentimientos que ellos eran incapaces de expresar. Este descubrimiento les permitió comenzar a tratar algunos de estos problemas con el terapeuta. Aunque todavía la aplicación de técnicas de terapia cognitiva para tratar la esquizofrenia no se ha demostrado adecuadamente, el enfoque cognitivo en la reducción de estrés puede ayudar a que los individuos vulnerables eviten o reduzcan sus pensamientos delirantes.

**Cuidado personal y habilidades de identificación de síntomas** Además de habilidades sociales deficientes, los pacientes crónicos parecen presentar habilidades inadecuadas para cuidarse a sí mismos, y una conciencia insuficiente de los síntomas que tienden a predecir una recaída. Muchas veces se muestran

descuidados en su aseo personal, dejan de limpiarse con regularidad, muestran malos modales en la mesa y son incapaces de utilizar el transporte público, manejar su dinero o preparar sus alimentos. Los métodos de entrenamiento conductual pueden enfocarse en el mejoramiento de estas habilidades. Una exitosa transición desde el hospital hacia la comunidad se predice mejor por medio de estas habilidades que a través de las características de conducta durante la hospitalización. El centro de investigación clínica de la UCLA desarrolló una serie de módulos, enfocados en diferentes habilidades de cuidado personal y social que se requerían para vivir de manera independiente. Esto incluye mejorar el manejo de medicamentos por parte del paciente, el automonitoreo de síntomas de una recaída, habilidades de aseo personal y de conversación, así como las relacionadas con las actividades recreativas. La tabla 12-11 ilustra las áreas de habilidades para el manejo de síntomas y medicamentos. Ambos conjuntos de habilidades son importantes para ayudar al paciente a evitar una recaída en la conducta psicótica, o, si se presenta una recaída, para ayudarlo a reconocer los síntomas y buscar ayuda.

**Habilidades de afrontamiento del estrés** Un enfoque en cierta forma diferente sobre el entrenamiento en habilidades de los que sufren esquizofrenia se centra en la respuesta característica de cada persona al estrés en general, más que en una categoría específica de estrés (Hogarty y cols., 1997a). En este enfoque los participantes aprenden a identificar sus propios indicadores cognitivos, afectivos y orgánicos de angustia, y las técnicas cognitivas y de relajación adecuadas para utilizarlas en el momento en que estas señales de estrés aparezcan. Este enfoque sobre cómo enfrentar

TABLA 12-11

**Área de habilidades y metas de dos módulos de la UCLA de entrenamiento de habilidades sociales y para vivir de manera independiente**

**Áreas de habilidades y metas para el manejo de medicamentos**

| Áreas de habilidad                                                                  | Metas                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Obtener la información sobre los antipsicóticos                                  | Comprender cómo funcionan estos medicamentos, por qué se utiliza la terapia de mantenimiento de medicamentos y cuáles son sus beneficios                                               |
| 2. Saber la correcta autoadministración y evaluación del medicamento                | Aprender los procedimientos apropiados para tomar el medicamento y cómo evaluar las reacciones ante la medicación diaria                                                               |
| 3. Identificar los efectos secundarios de la medicación                             | Identificar los efectos secundarios que, en ocasiones, son el resultado de tomar el medicamento y qué se puede hacer para aliviar estos problemas                                      |
| 4. Negociar los temas del medicamento con los proveedores de los servicios de salud | Practicar las formas de obtener asistencia cuando se presentan problemas con un medicamento; por ejemplo, cómo hablar al hospital o al médico y cómo reportar los síntomas y el avance |
| 5. Utilizar medicamentos inyectables de larga acción                                | Disminuir el miedo a las inyecciones y conocer los beneficios de medicamentos inyectables de manera quincenal o mensual                                                                |

**Área de habilidades y metas para el manejo de los síntomas**

| Áreas de habilidad                                       | Metas                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Identificar las señales de advertencia de una recaída | Aprender cómo identificar las señales de advertencia y monitorearlas con la ayuda de otros                                  |
| 2. Manejo de las señales de advertencia                  | Aprender a utilizar técnicas específicas para manejar las señales de advertencia y desarrollar un <i>plan de emergencia</i> |
| 3. Manejar los síntomas persistentes                     | Aprender cómo reconocer los síntomas persistentes y a utilizar técnicas para controlarlos                                   |
| 4. Evitar el alcohol y las drogas ilícitas               | Aprender sobre los efectos adversos del alcohol y las drogas ilícitas y cómo evitarlas                                      |

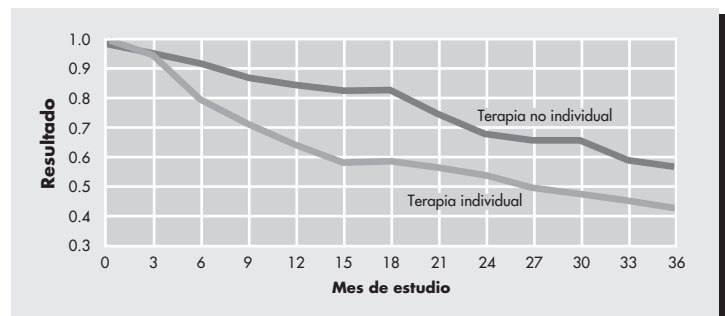
FUENTE: Basado en Liberman y Corrigan (1993), p. 242.

el estrés tiene mucho éxito para reducir la probabilidad de recaída, pero sólo en el caso de los participantes que vivían con sus familias (ver la figura 12-19). Los que vivían de manera independiente se vieron afectados negativamente por este enfoque terapéutico y experimentaron un porcentaje significativo de incremento de recaídas en comparación con el grupo control. La evidencia su-

girió que este resultado negativo se debía a una sobrecarga cognitiva. El grupo que vivía lejos de sus familias experimentó mayor inestabilidad en sus condiciones de vida y mayores estresores, y como resultado probablemente encontraron que las demandas agregadas del programa de entrenamiento eran más de lo que podían manejar.

**Figura 12-19** Entre los pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que vivían con sus familias, los que recibieron terapia individual, que se enfocaba en manejar el estrés tenían menos recaídas, episodios afectivos y abandono del tratamiento, que los pacientes que recibieron terapia familiar o de apoyo. Todos los pacientes recibieron antipsicóticos durante este periodo.

FUENTE: De Hogarty y cols. (1997b), p. 1510.





## RELATOS PERSONALES

## CUADRO 12-3

## Reducción de la culpa que siente la familia por la esquizofrenia

Donna Lee tiene dos hijos gemelos de 25 años de edad, Malcolm y Michael. Malcolm ha estado hospitalizado con un diagnóstico de esquizofrenia. Donna, Malcolm y Michael participaron en un estudio de gemelos en el National Institute of Mental Health (NIMH). El NIMH localizó aproximadamente 150 pares de gemelos en Canadá y Estados Unidos, de los que uno había sido diagnosticado con esquizofrenia o trastorno bipolar y el otro no había desarrollado el trastorno. Sesenta y cuatro de estos pares de gemelos y sus padres fueron a Washington, D.C., para someterse a una intensa batería de pruebas y entrevistas. Entre ellos estaban los Lee.

Algunos de los comentarios que hicieron los Lee durante sus entrevistas muestran lo importante que es, para las familias en las cuales hay un miembro afectado por el trastorno, tener información sobre la esquizofrenia:

*Donna comentó: “Cuando hospitalizaron a Malcolm la primera vez, me llevaron a una habitación, me dijeron que tenía esquizofrenia y me preguntaron si tenía alguna duda. En ese momento uno experimenta un estado total de shock, y nadie se sienta y le explica a uno qué es la esquizofrenia exactamente.*

*Ella dijo: “Los parientes deberían recibir una explicación precisa sobre la enfermedad después de recuperarse del shock inicial, porque en ese momento uno no escucha nada, todo lo que escucha es sólo esa palabra y no puede pensar en nada más. ...*

*Michael dijo firmemente: “No culpen a las familias”, y enfatizó el “daño psicológico y emocional” que provocan este tipo de enfoques. “Están haciendo de una mala situación algo terrible”. Su madre estuvo de acuerdo [...] “yo no sabía nada acerca de la esquizofrenia y me culpaba total y completamente... yo pensaba, que yo le había hecho eso”.*

*En Washington los Lee hablaron abiertamente sobre sus experiencias con la enfermedad mental. Pero en casa, Michael dijo: “yo realmente no hablo de eso para nada. Si debo decir algo, sólo digo que [Malcolm] tiene una enfermedad cerebral”.*

*Donna agregó: “Tengo parientes con los cuales no he tenido ningún contacto, porque sé ... que tienen el punto de vista general de que una mala madre causa el trastorno... y además no aceptarían a Malcolm cerca de ellos”.*

*Luego comentó: “Venir aquí, de verdad, nos ha ayudado a todos en la familia. Descubrir que la esquizofrenia tiene una causa biológica me hizo sentir mejor y también a mi ex esposo. Hasta mi hijo menor está empezando a aceptarlo. Darle cuenta que es sólo una enfermedad me ha hecho sentirme más tranquila con Malcolm”.*

Sin embargo, Donna y Michael Lee experimentaron muchas frustraciones al tratar de lidiar con Malcolm después de que se evi-

denció su trastorno, pero también estaban conscientes de que había sido mucho más difícil para él que para ellos.

*“No importa lo que cada uno de nosotros haya experimentado, para Malcolm ha sido diez veces peor”, dijo su madre. “No se cuántas veces trató de suicidarse desde que le dieron el diagnóstico. Porque cuando piensas que eres diferente y la gente te evade y algunos hasta te tienen miedo... ¿qué tipo de vida te espera?”*

*Sin embargo, Michael observó que su gemelo recientemente obtuvo su diploma de la secundaria [...] “está mejor que muchas personas que no están afectadas por una enfermedad mental”.*

La experiencia de los Lee muestra la importancia de ayudar a los miembros de la familia para comprender que existen causas biológicas de la esquizofrenia, para evitar la culpa innecesaria e incapacitante. Ilustra cómo el conocimiento puede ayudar a las familias a lidiar, en forma más eficaz, con los problemas creados por el trastorno esquizofrénico, pues de esa forma se ayuda tanto a la persona con el trastorno como a ellas mismas.

FUENTE: Extractos adaptados de *Psychiatric News*, 17 de marzo de 1989, pp. 2, 23.

## Programas familiares

Tal como lo demostró el resultado del estudio de habilidades para manejar el estrés, la familia del paciente puede jugar un papel importante en la reducción de la frecuencia de las recaídas en síntomas psicóticos. Al combinarse con un antipsicótico, los programas familiares han demostrado que reducen los porcentajes de recaída de la esquizofrenia (Carpenter, 1996). Un enfoque para ayudar a la familia a apoyar al paciente es a través de intervenciones familiares psicoeducativas relacionadas con temas que explican cómo convencer al paciente para que tome su medicamento. Estas intervenciones parecen mejorar el bienestar global de la familia. Las intervenciones familiares normalmente incluyen diferentes combinaciones de varios elementos: 1) educación acerca de qué es la esquizofrenia (criterios de diagnóstico, síntomas, curso futuro), 2) información sobre la forma en que se trata (manejo familiar y de medicamentos), 3) identificación de causas probables y 4) instrucción en habilidades para el manejo de crisis y resolución de problemas para ca-

da uno los miembros de la familia. En algunos programas de intervención familiar se incluye al paciente en algunas o en todas las sesiones. Algunas veces el programa se realiza con una familia a la vez; en otros casos se reúnen varias familias.

La información proporcionada a las familias acerca de la psicobiología de la esquizofrenia parece ser particularmente útil. Los ayuda a comprender los mecanismos subyacentes que crean vulnerabilidad y producen los síntomas que se observan en el miembro afectado. Una de las principales metas de estos programas es disminuir los sentimientos de culpa de los miembros de la familia que piensan que su conducta puede de alguna forma haber provocado la enfermedad. Como resultado de esta premisa, la mayoría de los programas hace hincapié en los aspectos genéticos de la esquizofrenia y exponen la dificultad que tienen estos pacientes vulnerables para enfrentarse al estrés (ver el cuadro 12-3). El papel de la familia para ayudar a manejar el estrés que experimenta el paciente se destaca como una posible forma de disminuir los síntomas y evitar una recaída.

La intervención familiar más eficaz parece ser una combinación de un enfoque positivo centrado en el presente; la importancia de la reestructuración cognitiva de los miembros de la familia, con respecto a sus atribuciones hacia el paciente; un enfoque conductual; y atención a una mejor comunicación dentro de la familia. Esta clase de intervención puede ayudar a los participantes a aprender cómo enfrentar la esquizofrenia. Pueden aprender formas constructivas de manejar la culpa, la vergüenza, la frustración y la ira ante la conducta de su familiar. También pueden aprender a evaluar sus tácticas conductuales para tratar al paciente y a comprender por qué algunas de las tácticas que utilizan pueden no funcionar tan bien como otras, además de medios más eficaces de interactuar.

**Emoción expresada** Muchos de los primeros estudios que se utilizaron para elaborar los enfoques de la intervención familiar se refirieron a los efectos de la emoción expresada. La **emoción expresada (EE)** es una medida de las actitudes expresadas por los miembros de la familia al hablar acerca de la persona cuya conducta está trastornada (Leff y Vaughn, 1985). La tabla 12-12 menciona las categorías de emoción expresada que se miden. Mientras que la calidez y las expresiones positivas de los miembros de la familia tienen un efecto positivo sobre los pacientes, los comentarios críticos, la hostilidad y el sobreinvolucramiento emocional parecen tener efectos negativos. Los investigadores han descubierto que, por lo general, los pacientes hospitalizados por esquizofrenia que fueron dados de alta y que regresaron a familias con una alta EE negativa no podían permanecer fuera del hospital tanto tiempo como los pacientes cuyas familias eran menos críticas.

La EE negativa incluye la crítica, la hostilidad, y el sobreinvolucramiento emocional (respuesta emocional exagerada a la enfermedad o sobreprotección extrema). Los familiares que recibieron una alta clasificación en EE negativa realizaban comentarios como:

*“Yo siempre le digo: ‘Por qué no tomas un libro, haces un crucigrama, o algo que mantenga tu mente alejada de ello.’ Hasta eso parece ser demasiado problema” (Hooley, 1985, p.134).*

*“Le dio 90 vueltas al jardín, entrada, volvía a salir. Le dije ‘Siéntate en esa silla, quédate un rato al sol.’ Casi me desquicia.” (ibid)*

Los parientes que tuvieron baja calificación en EE negativa hicieron, en cambio, comentarios como éstos:

*“Sé que es mejor para ella estar sola, es mejor que se aleje de mí y trate de hacer las cosas por sí misma” (Hooley, 1985, p.134).*

*“Tiendo a no prestar atención porque me doy cuenta de que cuando ella quiere hablar... habla.” (ibid)*

A medida que ha avanzado la investigación en la EE, se han encontrado los siguientes aspectos:

1. La EE en una familia puede cambiar a lo largo del tiempo. Puede ser producto tanto de un grado de agitación en el paciente como de un estilo de interacción familiar. La EE puede considerarse como parte de un marco de trabajo interaccional (Hooley y Richters, 1995). Ciertas características hasta ahora no identificadas de algunos miembros de la familia pueden colocarlos en un mayor riesgo de desarrollar una actitud crítica en el momento de ser expuestos a la conducta trastornada del pariente que padece esquizofrenia. A medida que se incrementa la exposición a la conducta trastornada, cada vez más familiares pueden ser clasificados como con alta EE negativa. Durante los periodos de la enfermedad en los que existe una disminución de síntomas, los niveles negativos de EE también pueden disminuir. La EE refleja una interacción de factores de características de los familiares, el estado clínico actual del paciente y otras influencias, como puede ser la duración de la exposición a la conducta patológica.
2. La cultura en la que viven las personas, o de dónde provienen, desempeña un papel en el nivel de EE que expresan. En la India, los parientes muestran niveles relativamente bajos de EE negativa hacia los pacientes en comparación con los que muestran los familiares de pacientes de raza blanca en Estados Unidos. Los mexico-estadounidenses que siguen prácticas culturales tradicionales también muestran menores niveles de EE negativa hacia sus parientes que la que muestran los angloamericanos (Jenkins y cols., 1986; Leff y Vaughn, 1985). Sin embargo, a pesar de estas diferencias culturales, la asociación entre las EE negativas y el riesgo elevado de una recaída de la esquizofrenia se han replicado en muchos escenarios culturales (Hooley y Hiller, 1997).
3. La investigación en EE tiene también implicaciones para pacientes que no viven con sus familias. Una EE negativa elevada está asociada a un tratamiento de altas demandas y muchas expectativas en cuanto a la conducta en casas hogar y centros de tratamiento diario, que a su vez pueden llevar a altos porcentajes de recaída.

**TABLA 12-12**

**Aspectos de la emoción expresada**

1. **Comentarios críticos sobre el familiar.** El descontento se expresa de manera intensa y enfática con frases como “me molesta” o “no me gusta”.
2. **Hostilidad.** Sentimientos negativos expresados sobre la personas más que sobre la conducta específica.
3. **Sobreinvolucramiento emocional.** Respuesta emocional exagerada a la enfermedad del paciente, una preocupación notoria que se refleja en conductas devotas y de autosacrificio inusual, o conductas de sobreprotección extrema.
4. **Calidez.** Simpatía, preocupación, empatía expresada cuando se habla sobre el paciente, entusiasmo e interés en sus actividades, expresiones espontáneas de afecto y tono de voz que se utiliza cuando se habla sobre él.
5. **Comentarios positivos.** Elogio, aprobación o apreciación de la conducta o personalidad del paciente.



La investigación de EE se ha convertido en un foco de controversia, debido a que muchos profesionales y algunos miembros de la familia piensan que se acusa a ésta por el desarrollo de la esquizofrenia en uno de sus miembros. La investigación no debe pensarse de esta manera. No se enfoca en la causa de la esquizofrenia, sino en las condiciones que incrementan la posibilidad de una nueva hospitalización. El término *emoción expresada* se asoció con un estilo de interacción negativo debido a que los primeros trabajos mostraron la forma en que los aspectos negativos de la EE predijeron un alto porcentaje de recaídas. Investigaciones posteriores han demostrado que los comentarios positivos y la calidez pueden ayudar a proteger de una recaída (Leff y Vaughn, 1985). El resultado más importante del trabajo sobre la EE ha sido el desarrollo de programas de entrenamiento que ayuden a las familias a aprender la forma en que pueden interactuar con mayor eficiencia con sus familiares cuando regresan del hospital después de un episodio agudo de esquizofrenia.

El término *emoción expresada* también puede ser engañoso debido a que la investigación sobre la EE negativa puede sugerir que en las familias no se deberían manifestar las reacciones emocionales unos a otros. Lo que se ha encontrado es totalmente lo contrario: en general, la manifestación de ciertos sentimientos crea una atmósfera emocional más sana para todos y evita el encono de ira e irritación que conduce a una explosión emocional incontrolable.

## Apoyo de la comunidad

Debido a que es posible los antiguos pacientes no tengan una familia para reincorporarse a ella, son necesarios los programas de apoyo basados en la comunidad. Estos programas —como casas de medio internamiento, o casas grupales, instalaciones de cuidado diario y clínicas de salud mental— pueden ser fuentes tanto de tratamiento como de ayuda práctica. Algunas formas de este apoyo pueden ser del tipo transitivo, pues ayudan al paciente que ha sido dado de alta a reajustarse a la vida en comunidad. Otros pueden ayudar a las personas que funcionan en un bajo nivel a permanecer fuera del hospital. La mayoría de los programas de apoyo tiene la intención de ayudar a las personas a mantener el mismo nivel de conducta adaptativa que tuvieron en el momento de su alta, pero no esperan incrementar sus niveles de desempeño.

Las **instalaciones residenciales**, tales como casas de medio internamiento o casas grupales, proporcionan un ambiente cómodo que reduce la necesidad de los residentes de enfrentar muchos de los estresores financieros y sociales que tendrían si trataran de funcionar por sí solos en la comunidad. En condiciones ideales, estas instalaciones residenciales también deberían ofrecer un ambiente familiar y terapéutico que proporcione apoyo y protección a los residentes junto con cierta estructura para desarrollar su vida cotidiana. El personal que trabaja en estas instalaciones puede proporcionar la supervisión necesaria para asegurarse de que los residentes sigan sus planes de medicamentos antipsicóticos. Este control es importante pues su objetivo es combatir la tendencia de muchos pacientes a dejar de tomar su medicamento, con lo cual se incrementan las probabilidades de experimentar una recaída. En un sistema de salud mental que funcione adecuadamente, estas instalaciones de tratamiento residenciales, en combinación con equipos de crisis, deben ser capaces de asumir las funciones del hospital psiquiátrico tradicional. Desafortunadamente, estas instalaciones muestran muchas carencias.

## Enfoque de tratamiento combinado

¿Cuál es el programa de tratamiento óptimo para la esquizofrenia? Aunque no existe una respuesta definitiva a esta pregunta, parece claro que el tratamiento preferido incluye tanto medicamentos como intervenciones basadas en varias perspectivas psicosociales. Los esfuerzos para mejorar ciertas habilidades del paciente, para educarlo a él y a su familia acerca de la esquizofrenia, y para proporcionar apoyo familiar y una red de seguridad social para todos los pacientes, especialmente para los muchos individuos con una forma crónica del trastorno y sus familias, son importantes para asegurar el mejor resultado posible. Desafortunadamente, dichas combinaciones de tratamiento son muy raras. Sin embargo, incluso intervenciones familiares relativamente sencillas, así como programas de tratamiento comunitario más amplios, han demostrado que son eficaces para evitar la recaída y reducir el “síndrome de la puerta giratoria”. Cuando padece este síndrome, la persona afectada va hacia delante y hacia atrás entre la vida en comunidad y la hospitalización, y experimenta poca coordinación en el tratamiento que le dan diferentes instituciones y proveedores de otros servicios. Los síntomas de un gran grupo de pacientes no se reducen con el medicamento, así que para ellos el enfoque del tratamiento psicosocial es aún más importante (Bustillo y cols., 1999).

El tratamiento psicosocial puede variar en complejidad: desde el que proporcionan instituciones de gran tamaño que tienen programas de psicología, psiquiatría, trabajo social y capacitación, hasta aquellos que proporcionan profesionales individuales. A continuación se presenta la forma en que un psiquiatra de práctica privada describió su trabajo con una mujer de 47 años con esquizofrenia paranoide:

*He visto a Miriam durante ocho años. Claramente sufre de esquizofrenia paranoide y estuvo hospitalizada en seis ocasiones antes de verme por vez primera. La primera hospitalización ocurrió cuando tenía 22 años y la última un año antes de que empezara a tratarse conmigo. Sus primeros síntomas psicóticos incluían escuchar voces que parecían provenir de dentro o de atrás de su cabeza. Las voces podían decirle que fuera al baño, se acostara y se masturbara. Está graduada en una universidad altamente selectiva, mientras estaba en ella mostró cierta promiscuidad sexual y utilizó diferentes drogas como LSD y bebidas alcohólicas. Después de graduarse su condición aparentemente empeoró, por lo que hubo que hospitalizarla por vez primera.*

*Dados sus delirios y desorganización conductual, me siento feliz de que no haya requerido hospitalización desde que la trato. La considero una persona altamente inteligente que trata de enfrentar sus dificultades. La he sometido a tratamiento con media docena de antipsicóticos que parecen ser de ayuda aunque con algunos de ellos mostró importantes aumentos de peso. En una etapa más temprana de su vida tuvo varios empleos, tales como técnico en computación. Vivió con su padre hasta dos años atrás, cuando él falleció. Ahora vive sola y no trabaja. Le gusta leer, ver televisión e ir al centro comercial. La veo aproximadamente cada dos meses. Tiene coche y maneja hasta mi consultorio para las visitas. Aún padece experiencias psicóticas. De pronto hace algunos meses mencionó una alucinación visual de un sartén derritiéndose. Tiene fantasías sexuales en las que participa su padre y voces que le dicen que*

dibuje imágenes obscenas. Una vez vino a mi consultorio con la cabeza totalmente rapada.

*Pienso que la razón por la que es capaz de vivir en la comunidad es por los medicamentos que toma y por el hecho de que me considera una persona interesada en ella. En alguna ocasión me dijo: “Tú estás de mi lado.” Llama a mi consultorio para hacer la cita, pero yo le telefoneo algunas veces durante el año para ver cómo se siente. Burlonamente se refiere a mis llamados como “checadoras”. A ella le gusta que la “cheque”. Es capaz de vivir una vida prácticamente solitaria, pero con frecuencia satisfactoria. Mientras en el pasado era posible que respondiera a las voces que escuchaba, es algo que ha dejado de hacer. Asiste a la iglesia con regularidad y tiene tres amigos (parecen ser conocidos más que personas a las que se sienta cercana). Pienso que puede continuar con la vida que actualmente lleva.*

Este caso muestra el valor de combinar las terapias psicológicas con las biológicas. El interés de este psiquiatra en Miriam y su deseo de hacer cosas como llamarla por teléfono para ver cómo se siente son probablemente características muy positivas de su vida. Sus expectativas en cuanto a la paciente parecen ser realistas considerando la evidencia de la investigación que sugiere que aunque una recuperación completa o casi completa de la esquizofrenia es muy rara, es razonable esperar una recuperación parcial y que el paciente aprenda a vivir con síntomas psicóticos (Hafner y An der Heiden, 2003).

La mayoría de los estudios sobre resultados del tratamiento se enfocan en la reducción de síntomas. Aunque esto es ciertamente importante, el ajuste psicosocial, particularmente entre recaídas, es también de gran relevancia. Para las personas que viven de manera independiente de sus familias, las terapias psicosociales combinadas con medicamentos han logrado una mejoría en el desempeño laboral y en la relación con los demás (Hogarty y cols. 1997a). Entre los que viven separados de sus familias, los que recibieron terapias psicológicas mostraron mayor competencia y eficacia interpersonal. Otro aspecto de importancia fueron la duración de los efectos de estos cambios. Mientras que los cambios basados en medicamentos tendieron a durar un año o menos después de la hospitalización, los cambios relacionados con el tratamiento psicosocial combinado con el medicamento continuaron siendo evidentes después de varios años. La tabla 12-13 resume varias características de manejo integral de casos de esquizofrenia.

**TABLA 12-13**

**Características del manejo integral de casos de esquizofrenia**

1. Medicamentos antipsicóticos
2. Buena relación entre el profesional y el paciente
3. Ayuda práctica con los problemas que importan al paciente
4. Entrenamiento en habilidades cognitivas y sociales según se requiera
5. Arreglos laborales, sociales y de alojamiento adecuados
6. Apoyo familiar para el paciente que vive en casa

## Otros trastornos psicóticos

Existen otros trastornos psicóticos que se describen en DSM-IV-TR. En esta sección se describirán brevemente tres de ellos, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante y el trastorno psicótico compartido. Las características clínicas de cada uno, según se describe en el DSM-IV-TR, se muestran en la tabla 12-1.

### Trastorno esquizoafectivo

Algunas personas presentan conductas y síntomas que no encajan en ninguna categoría de los principales trastornos del estado de ánimo ni de la esquizofrenia. En lugar de eso, parecen tener características que pertenecen a ambas categorías. El **trastorno esquizoafectivo** es la categoría de diagnóstico relacionada con este “desorden del mundo real” observado por los profesionales debido a que combina algunas de las características de la psicosis con algunas de los trastornos principales del estado de ánimo. En un estudio en el que se compararon tres grupos de pacientes externos a los que se les asignó el diagnóstico respectivo de trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno del estado de ánimo, se encontró que los pacientes con trastorno esquizoafectivo o deprimidos estaban aún más deprimidos que los que tenían esquizofrenia, y tenían menos síntomas positivos severos (Evans y cols., 1999). Los pacientes externos con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo tenían un rendimiento neuropsicológico más deficiente (medidas de habilidades psicomotoras, atención, aprendizaje y memoria) que los pacientes externos deprimidos.

Para poder diagnosticar un trastorno esquizoafectivo, las alucinaciones o los delirios deben presentarse aun cuando no estén presentes los síntomas de estado maniaco o depresivo. Además debe haber un periodo ininterrumpido de la enfermedad en el cual se presente, durante el mismo periodo en el que la persona cumpla con los criterios de la esquizofrenia, un episodio depresivo mayor, un episodio maniaco o uno en el que haya tanto manía como depresión. Las características del estado de ánimo deben estar presentes en los periodos tanto activos como agudos del trastorno y en periodos en los que los síntomas agudos hayan disminuido.

Se estima que la prevalencia de por vida del trastorno esquizoafectivo está entre 0.5 y 0.8%, un poco menos que la prevalencia de la esquizofrenia. Al igual que en la esquizofrenia, la edad en la que comienza normalmente el trastorno esquizoafectivo es la adolescencia tardía o los primeros años de edad adulta, pero, en general, el resultado de él es mucho más favorable del que se tiene en el caso de la esquizofrenia (J.H. Stephens y cols., 1997). Este trastorno puede considerarse como una parte del espectro esquizofrénico descrito por el mismo modelo que constituye la base del punto de vista interaccionista de la esquizofrenia. Puede presentarse en personas que tienen vulnerabilidad moderada a la esquizofrenia y quienes, en el momento de experimentar el estrés de un trastorno mayor del estado de ánimo, muestran también algunos síntomas de esquizofrenia. Los antipsicóticos y el litio son los tratamientos biológicos que se usan con más frecuencia cuando hay claros síntomas maníacos en el trastorno esquizoafectivo. Basado en esta observación, puede parecer lógico, si la persona tiene síntomas depresivos prominentes, agregar un medicamento antide-

presivo durante la etapa aguda del trastorno esquizoafectivo quizá resulte de utilidad, pero esto no es cierto. Durante estos periodos de síntomas agudos, el trastorno esquizoafectivo, con depresión como el estado de ánimo predominante, parece tratarse mejor mediante la utilización de algunos antipsicóticos que se usan en la esquizofrenia. Sólo después de que los síntomas agudos disminuyen, resulta útil la administración de antidepresivos.

Trastorno delirante

El trastorno delirante se considera como un padecimiento extraño que se presenta con mucho menos frecuencia que la esquizofrenia. Tiene una incidencia anual que cerca de uno a tres nuevos casos por cada 100 000 personas, y se desconoce qué es lo que lo provoca (Sadock y Sadock, 2003). De acuerdo con la definición del DSM-IV-TR, el **trastorno delirante** incluye lo que antes se conocía como paranoia, pero no se limita únicamente a delirios con elementos acusatorios o paranoides. Mientras que los delirios en la esquizofrenia son generalmente extravagantes (creencias que la cultura considera como totalmente inverosímiles), en el trastorno delirante, aunque no son una representación exacta de la situaciones, reflejan situaciones que pueden presentarse en la vida real. Para poder diagnosticar un trastorno delirante, la persona no debe haber cumplido nunca con los criterios de la esquizofrenia. El caso que presentamos a continuación es ejemplo de un trastorno delirante, marcado por la grandiosidad. En la tabla 12-14 se enumeran algunos de los tipos de delirios normales en el trastorno delirante.

*Un hombre de 51 años fue arrestado por alterar el orden. Se llamó a la policía para que se presentara en un parque local con el fin de evitar que marcara sus iniciales y las de un culto religioso recién formado en diferentes árboles que rodeaban un lago en el parque. Cuando se le enfrentó, comentó despreciativamente que había sido elegido para comenzar una resurrección religiosa en toda la ciudad, y que era necesario que hiciera público su intento de una forma permanente. La policía no tuvo éxito en evitar que el hombre marcara los árboles y lo arrestó. Se ordenó un examen psiquiátrico en el hospital estatal y el paciente fue observado durante varias semanas. Negó la presencia de cualquier dificultad emocional y nunca había recibido un tratamiento psiquiátrico.*

*No existía historial de euforia o de vaivenes emocionales. El paciente estaba enojado por estar hospitalizado y sólo permitió gradualmente que el doctor lo entrevistara. En pocos días, sin embargo, ya estaba sumamente ocupado predicando entre sus compañeros pacientes y haciéndoles saber que Dios le había dado un mandato especial para lograr nuevas conversiones a través de su capacidad para sanar. Finalmente, su preocupación por poderes especiales disminuyó, y no se encontró evidencia de ninguna otra psicopatología. El paciente fue dado de alta, sin recetarle ningún medicamento. Dos meses más tarde fue arrestado en un teatro local, esta vez por interrumpir la presentación de una película en la que se mostraba a personas que él consideraba como satánicas (Sadock y Sadock, 2003. p. 517)*

Los delirios que se observan en los trastornos delirantes son estables y bien sistematizados. Esto significa que, aparte de cualquier tema particular involucrado en el delirio, el pensamiento de la persona parece seguir patrones lógicos y que es capaz de funcionar cuando menos de forma relativamente eficaz en otras áreas de la vida.

Es posible que la categoría de trastorno delirante consista en un grupo de trastornos con diferentes causas, aunque algunos investigadores piensan en el aislamiento social o en ciertas experiencias estresantes, tales como la inmigración, pueden influir en muchos de los casos. Otra causa posible es el flujo sanguíneo reducido hacia los lóbulos parietales o temporales del cerebro (Wada y cols. 1999b). Debido a que el trastorno delirante es relativamente raro, no existen estudios controlados que evalúen los diferentes tratamientos. Un antidepresivo tricíclico, clomipramina, ha probado ser eficaz en algunos casos, especialmente en los de tipo somático (Wada y cols. 1999a). Entre los tratamientos psicosociales apropiados se incluye la terapia cognitiva y la terapia general de apoyo con el fin de mejorar la frágil autoestima común de estas personas. Un grupo particularmente afectado por trastorno delirante es el de los adultos mayores. Esta circunstancia puede estar relacionada con el estrés creado por un impedimento sensorial cada vez mayor (como puede ser la pérdida de la audición) y al aislamiento social. Es posible que la mayoría de las personas con trastornos delirantes permanezcan en la sociedad, funcionen en diversos grados, incluso en caso de estar discapacitados y sufriendo, y en pocas ocasiones aceptan ser revisados por un profesional clínico.

| TABLA 12-14      |                                                                                                                                               |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipos de delirio |                                                                                                                                               |
| 1.               | <b>Tipo grandioso.</b> Creencia de que uno es grandioso, poderoso o conocedor, o tiene una relación especial con una deidad o persona famosa. |
| 2.               | <b>Tipo ero-maniaco.</b> Creencia de que una persona de un estatus más alto está enamorado de uno.                                            |
| 3.               | <b>Tipo celotípico.</b> Delirio de que la pareja sexual le es infiel.                                                                         |
| 4.               | <b>Tipo persecutorio.</b> Creencia de que lo tratan de alguna manera injusta y con malicia.                                                   |
| 5.               | <b>Tipo somático.</b> Delirio de que tiene algún defecto físico, trastorno o enfermedad (como SIDA).                                          |

Trastorno psicótico compartido

El **trastorno psicótico compartido**, al que en ocasiones se conoce como *folie á deux*, fue descrito por vez primera hace 100 años. Es probablemente muy raro y la mayor parte de la información acerca de él está disponible sólo a partir de informes de casos individuales vistos en escenarios clínicos. En este trastorno, los delirios parecen haber sido transferidos de una persona a otra. Por ejemplo:

*Una mujer de edad mediana realizó visitas recurrentes a su médico quejándose acerca de un espantoso olor corporal que percibía a pesar de sus intentos diligentes de eliminarlo mediante el baño y otras medidas de limpieza. El profesional no pudo encontrar ninguna causa física de este trastorno, y ni el ni otras personas del cuerpo médico podían percibirlo. El esposo de la mujer se quejó también del olor diciendo que contami-*

*naba completamente cualquier habitación en la que se encontrara su esposa. Después de haberse percatado de que el olor no existía, la pareja pareció sentirse en cierta forma aliviada pero algunas semanas más tarde reiniciaron las visitas al médico, quejándose nuevamente acerca del olor corporal de la esposa.*

Normalmente, ambas personas afectadas por el trastorno psicótico compartido casi siempre son de la misma familia y viven juntas en un aislamiento social relativo. Uno parece jugar un papel dominante y el otro —muchas veces de menor inteligencia, más pasivo, más ingenuo y muchas veces más joven— adopta las creencias del primero. Algunas veces, si se les separa, la persona secundaria puede abandonar el delirio. Después de la separación la persona dominante puede ser tratada con antipsicóticos, y la persona secundaria puede recibir ayuda psicológica para compensar la pérdida del compañero. Un estudio que examinó cerca de 90 casos de trastorno psicótico compartido en Japón descubrió que la combinación de personas que con mayor frecuencia presentaba este trastorno eran madre e hijo o un matrimonio. La parte dominante se diagnosticó con mayor frecuencia con esquizofrenia, y la parte sumisa como sometido a una reacción paranoide (Kashiwase y Kato, 1997). Cuando el delirio compartido incluye un tema reli-

gioso, existe un alto riesgo de un resultado fatal o casi fatal (Kraepelin y Patrick, 1997).

## El mensaje con el que nos quedamos

A pesar de todo lo que falta por conocer acerca de las causas de la esquizofrenia, y que es frecuentemente pobre el pronóstico y los efectos secundarios de los antipsicóticos, pensamos que existen razones para sentirnos optimistas de que se encontrarán formas de ayudar a las personas que sufren de este trastorno. Ahora sabemos que existe una vulnerabilidad familiar al trastorno, aun cuando los genes exactos involucrados aún no han sido identificados. Es más, tenemos buenas razones para pensar que lo que se hereda es una sensibilidad a la psicosis y que el ambiente social influye en la activación de esta sensibilidad. Por ello, la educación puede interactuar con la predisposición genética. También sabemos que cuanto más pronto se inicia el tratamiento, mayores serán las probabilidades de obtener un resultado favorable. ¡Nada malo para un trastorno que Kraepelin consideró como perdido!

## R esumen del capítulo

### Trastornos psicóticos

Un **trastorno psicótico** presenta síntomas que involucran alteraciones en la percepción, el pensamiento o la conciencia. Estas alteraciones se denominan alucinaciones o delirios. La **esquizofrenia** es el subgrupo más importante de trastornos psicóticos. Otras categorías de trastornos psicóticos del DSM-IV-TR son el **trastorno esquizofreniforme**, el **trastorno esquizoafectivo**, el **trastorno delirante**, el **trastorno psicótico breve**, el **trastorno psicótico compartido** y el trastorno psicótico relacionado con una enfermedad médica o inducido por sustancias (abuso de drogas, del efecto de un medicamento o de la exposición a toxinas).

### Esquizofrenia

La **esquizofrenia** es un trastorno debilitante que afecta a más de 1% de la población en un año. Un diagnóstico de la esquizofrenia, con base en el DSM-IV-TR; requiere que tenga una duración mínima de seis meses, con cuando menos un mes de fase activa que incluya al menos dos síntomas positivos o un síntoma positivo y uno negativo. También debe haber una disminución en la función ocupacional o social.

**Subtipos de esquizofrenia del DSM-IV-TR** El DSM-IV-TR divide la esquizofrenia en varios subtipos: **paranoide**, **catatónico**, **desorganizado**, **indiferenciado** y **residual**. La clasificación de cada tipo es sólo moderadamente estable y cambia durante el transcurso de la enfermedad.

**Síntomas positivos y negativos** Con el fin de investigar las diferencias entre los subgrupos de personas con esquizofrenia, los in-

vestigadores han dividido los síntomas en dos categorías, positivas y negativas. Los delirios, las alucinaciones, el lenguaje desordenado y la conducta desorganizada son consideradas como **síntomas positivos**. Los **delirios** son interpretaciones distorsionadas de la realidad. Las **alucinaciones** son percepciones erróneas que pueden relacionarse con cualquiera de los sentidos; las alucinaciones auditivas son las más comunes. Los **síntomas negativos** son los déficit de conducta, entre ellos el aplanamiento afectivo, pobreza de lenguaje y falta de motivación o ubicación.

### Trastornos del espectro esquizofrénico

Diversos trastornos son más comunes en las familias extendidas en cuyo caso se presenta la esquizofrenia. Estos **trastornos del espectro esquizofrénico** que pueden ser del mismo origen biológico que la esquizofrenia, incluyen el trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizoafectivo. De éstos, el **trastorno esquizotípico de la personalidad** parece ser el más cercano genéticamente a la esquizofrenia, e incluye diversas conductas: excentricidad, emociones restringidas y excesiva ansiedad.

### Desarrollo de la esquizofrenia

Las causas de la esquizofrenia continúan siendo desconocidas, aunque parece probable que los síntomas sean producidos por interacción de factores de vulnerabilidad y estrés ambiental de algún tipo.

**Factores genéticos** Los factores genéticos parecen ser importantes, pero los genes involucrados no han sido identificados todavía de una manera confiable. Es probable que la herencia de la esquizofrenia se comprenda mejor utilizando un **modelo poligénico multifactorial**.



**Factores prenatales** Los factores prenatales —tales como la enfermedad viral o el estrés excepcional experimentado por la madre durante el embarazo (especialmente durante el segundo trimestre), el ambiente prenatal y las lesiones durante el nacimiento— parecen incrementar el riesgo de esquizofrenia. Actualmente se le asigna máxima importancia al **modelo de desarrollo neurológico** de la esquizofrenia. De acuerdo con este modelo, las células cerebrales migran y establecen conexiones con otras neuronas durante el segundo trimestre del embarazo. Si las neuronas no logran migrar adecuadamente, el proceso de **depuración sináptica** que normalmente comienza durante la infancia también puede ser anormal y dar como resultado problemas de la función cognitiva. Las anomalías en el desarrollo prenatal se reflejan muchas veces en **anomalías físicas** menores, que tienden a ser más frecuentes en aquellos individuos que desarrollan esquizofrenia. También se han identificado **ventrículos cerebrales** agrandados en algunos casos de esquizofrenia, como tener anomalías bioquímicas en el sistema neurotransmisor del cerebro. Estas funciones anormales de los neurotransmisores llevaron a la **hipótesis de la dopamina**.

## Estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia

**Estudios familiares** Aunque proporcionan cierta información acerca de la transmisión genética de la esquizofrenia, los estudios familiares no separan los efectos genéticos de los ambientales. Los estudios familiares muestran en muchas ocasiones patrones de **unión selectiva**, lo que significa que las personas tienden a elegir una pareja que tenga mayores similitudes genéticas con ellas de las que tendría en caso de elegirse simplemente al azar.

**Estudios de gemelos** El estudiar pares de gemelos MC y DC en los que cuando menos uno de ellos ha sido diagnosticado con esquizofrenia, ayuda a los investigadores a comprender mejor los efectos de la herencia, en contraposición con los provocados por factores ambientales. Debido a que incluso en los gemelos MC la probabilidad de que su hermano desarrolle esquizofrenia es menor a 100%, resulta claro que los factores ambientales son tan importantes como los factores genéticos.

**Estudios de adopción** Otra forma de estudiar los efectos de la herencia es mediante los estudios de adopción, en los que, normalmente, los resultados de niños adoptados por familias saludables, cuyas madres biológicas han sido diagnosticadas con esquizofrenia, se comparan con otros infantes cuyas madres biológicas no han recibido un diagnóstico de este tipo. El riesgo de desarrollar esquizofrenia, aun cuando se vive en una familia adoptiva, es mayor en el caso de un niño que tiene un progenitor biológico con un trastorno de este tipo.

**Vulnerabilidad y características de la familia adoptiva** Los estudios de adopción muestran que el ambiente en la familia adoptiva es importante para determinar si los niños adoptados con padres biológicos esquizofrénicos desarrollarán los síntomas de este padecimiento o uno de los trastornos del espectro. Cuanto menor es el estrés en la familia adoptiva, menor será la probabilidad de que un niño desarrolle uno de estos trastornos.

**Estudios del alto riesgo y búsqueda de indicadores** Los estudios del alto riesgo son estudios longitudinales que se enfocan principalmente en la posibilidad de que los niños estén en riesgo debido al historial familiar, complicaciones en el nacimiento o factores ambientales negativos, o por encontrarse en grupos que muestran signos potenciales de enfermedades mentales antes de la edad adulta.

El objetivo de los estudios del alto riesgo es identificar **indicadores** del trastorno antes de que los síntomas sean evidentes. Los problemas de atención y cognición parecen ser indicadores de un trastorno potencial, especialmente en el caso de aquellos individuos con alto riesgo de esquizofrenia. Dos medidas de atención que pueden identificar indicadores de esquizofrenia son la **prueba de ejecución continua (CPT)** y el rastreo con **movimientos oculares de búsqueda suave**.

## Enfoques terapéuticos

La prescripción de medicamentos antipsicóticos es el primer paso en el tratamiento de la esquizofrenia, aunque la adición de tratamientos psicosociales se reconoce como un factor importante para la prevención de las recaídas y el mejoramiento del funcionamiento social. El tratamiento tan pronto como se presentan los primeros síntomas del proceso esquizofrénico es más importante para el resultado posterior.

**Antipsicóticos** Algunas veces, los antipsicóticos tradicionales causan **disquinesia tardía**, mal que puede ser irreversible, así como otros efectos secundarios negativos. El medicamento más reciente, llamado clozapina, tiene menores probabilidades de provocar estos problemas pero también tiene efectos secundarios peligrosos. Aunque los nuevos antipsicóticos parecen tener menos efectos secundarios desagradables, muchos de ellos continúan siendo serios, especialmente el desarrollo de la diabetes. Un problema con los medicamentos es que muchas personas con esquizofrenia dejan de tomarlos debido a los efectos secundarios negativos que experimentan o a los daños cognitivos provocados por el trastorno.

**Enfoques psicosociales** Las personas con esquizofrenia crónica tienen probabilidades de ser deficientes en habilidades sociales generales y en ciertas habilidades cognitivas. Las habilidades de cuidado personal y de identificación de síntomas pueden ayudar a las personas con esquizofrenia a permanecer fuera del hospital.

**Programas familiares** Los programas de educación familiar son eficaces para evitar la necesidad de una nueva hospitalización. Estos programas pueden ayudar a reducir una **emoción expresada (EE)** dañina y sentimientos negativos acerca del paciente, lo cual incrementa la comprensión familiar acerca de la esquizofrenia. También ayudan al paciente y a su familia a mejorar las habilidades de reconocimiento de recaída, de manera que pueda buscarse un tratamiento adicional o cambios en los medicamentos que ayudan a evitar el empeoramiento de los síntomas o la necesidad de volver a hospitalizarse.

**Apoyo de la comunidad** Las instalaciones residenciales (como pueden ser las casas de medio internamiento o las casas grupales, las instalaciones de cuidado de día y las clínicas de salud mental) pueden proporcionar tanto ayuda práctica como tratamiento, especialmente a pacientes que no cuentan con familiares que los ayuden en el momento de salir de la hospitalización.

**Enfoques de tratamiento combinado** Los enfoques óptimos de tratamiento normalmente combinan los medicamentos con terapias psicológicas. Esta combinación ayuda a la eficacia interpersonal y la competencia durante un periodo más largo que cuando se utiliza únicamente el medicamento.

## Otros trastornos psicóticos

**Trastorno esquizoafectivo** Un trastorno esquizoafectivo es aquel que combina los delirios o alucinaciones con síntomas de de-

presión o estado de ánimo maniaco. Puede ser parte del grupo de *trastornos del espectro esquizofrénico*.

**Trastorno delirante** La diferencia entre los delirios en la esquizofrenia y en el **trastorno delirante** es que en el diagnóstico de este último, los delirios son menos extravagantes que los que se ven en la esquizofrenia. Estos delirios son normalmente sistematizados o están relacionados con un solo tema en particular.

**Trastorno psicótico compartido** Un extraño trastorno, el **trastorno psicótico compartido** normalmente involucra a dos personas, la mayor parte de las veces de la misma familia, que comparten las mismas creencias delirantes. Uno de los afectados es quien origina estas creencias mientras que el otro parece ser un seguidor pasivo aunque sostiene firmemente los mismos delirios.

## C

### onceptos clave

- Alucinación, p. 380
- Anomalías físicas, p. 390
- Caso índice, p. 384
- Conducta desorganizada, p. 382
- Cuatro “A”, p. 376
- Delirio, p. 378
- Dementia praecox
- Depuración sináptica, p. 389
- Disquinesia tardía, p. 400
- Emoción expresada (EE), p. 405
- Esquizofrenia, p. 374
- Esquizofrenia catatónica, p. 375
- Esquizofrenia de tipo indiferencia, p. 378
- Esquizofrenia desorganizada, p. 378
- Esquizofrenia paranoide, p. 375
- Esquizofrenia residual, p. 378
- Estudios de adopción, p. 394
- Estudios de gemelos, p. 393
- Estudios del alto riesgo, p. 395
- Estudios familiares, p. 392
- Gemelos dicigóticos (DC), p. 393
- Gemelos monocigóticos (MC), p. 393
  - discordantes, p. 393
- Gen dominante, p. 385
- Gen recesivo, p. 385
- Hipótesis de la dopamina, p. 391
- Indicadores, p. 395
- Instalaciones residenciales, p. 406
- Lenguaje desordenado, p. 380
- Lenguaje perseverante, p. 381
- Modelo de desarrollo neurológico, p. 389
- Modelo monogénico, p. 385
- Modelo poligénico, p. 385
- Modelos poligénicos multifactoriales, p. 385
- Movimientos oculares de búsqueda suave, p. 397
- Prueba de ejecución continua (CPT), p. 397
- Rasgo expresado, p. 385
- Síntomas de primer orden, p. 377
- Síntomas negativos, p. 378
- Síntomas positivos, p. 378
- Síntomas prodromales, p. 398
- Trastorno delirante, p. 408
- Trastorno esquizoafectivo, p. 407
- Trastorno psicótico compartido (*foile á deux*), p. 408
- Trastorno psicótico, p. 373
- Trastornos del espectro esquizofrénico, p. 383
- Unión selectiva, p. 392
- Ventrículos cerebrales, p. 390
- Vulnerabilidad, p. 394

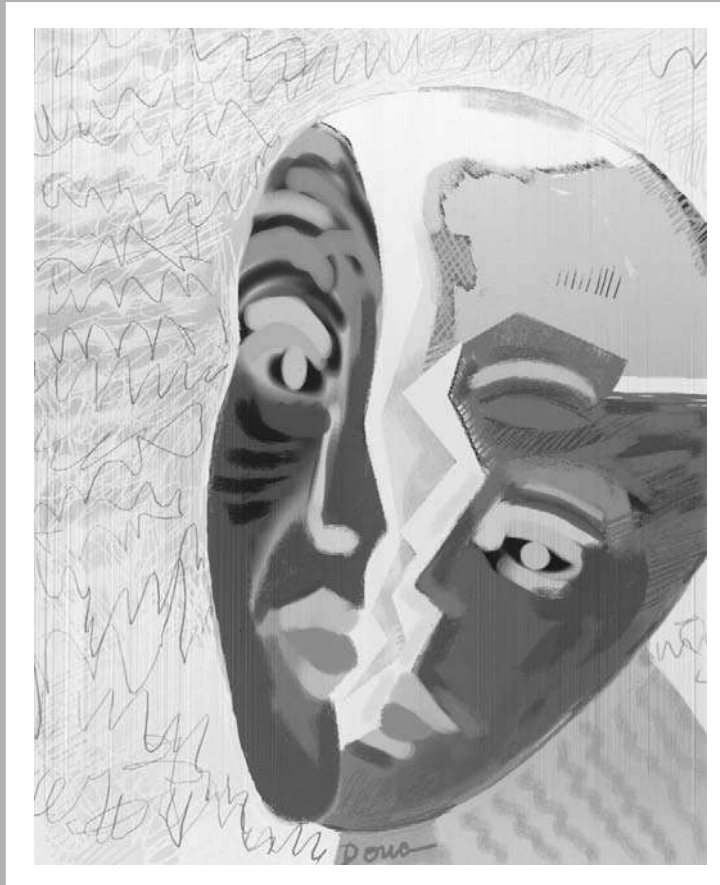
## Un buen libro

Aunque la verdad es muchas veces más extraña que la ficción, en ocasiones esta última puede transmitir las verdades de la vida con mucha mayor precisión que los hechos y las estadísticas. Esto es lo que sucede en la primera novela de Paul Ableman, *I hear voices*. Escrita hace casi 50 años, pero continuamente reimpresa desde entonces, es la historia de un hombre joven con esquizofrenia que es confinado en un hospital. Desde la perspectiva del paciente, se observan los procesos de

deterioro intelectual, aislamiento social y pensamiento extravagante. Se escucha la voz de su hermano (que es la que él escucha) como parte de este retrato de corriente de conciencia de una persona con esquizofrenia. A partir de este retrato se puede apreciar la experiencia esquizofrénica y sentir empatía hacia ella.

# 13

## Trastornos por déficit cognitivo



SuperStock, Inc.

### **El cerebro: una perspectiva interaccionista**

Vulnerabilidad a los trastornos cerebrales  
Evaluación del daño cerebral

### **Delirium**

Delirium tremens

### **Demencia**

Enfermedad de Alzheimer  
Enfermedad de Pick  
Enfermedad de Huntington  
Enfermedad de Parkinson

Trauma cerebral: lesiones, tumores e infecciones

### **Trastornos amnésicos**

### **Diversidad de los trastornos por déficit cognitivo**

Trastornos cerebrovasculares  
Demencia vascular  
Síndrome de Korsakoff  
Epilepsia

### **Un enfoque integral de los trastornos cerebrales**

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

## DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

En este capítulo se analizarán los trastornos caracterizados por déficit cognitivos relacionadas con las disfunciones cerebrales y del sistema nervioso. La disfunción se evalúa de diferentes formas (por ejemplo, mediante observación de la conducta, tomografías computarizada (TC) y exámenes neuropsicológicos. Se mostrará la forma en que se realiza esta evaluación, y se describirán los principales tipos de trastornos por déficit cognitivo. Los problemas de memoria, desorientación y confusión son prominentes en todos estos trastornos. Aunque los trastornos cognitivos involucran anomalías identificables del cerebro y el sistema nervioso, los factores psicológicos y sociales juegan un papel importante en la forma en que los individuos afrontan los efectos de estas anomalías.

Bob Oxley, de 39 años, era un corredor de bolsa y, hasta hace poco, parecía estar en excelentes condiciones. Una mañana se despertó con el peor dolor de cabeza de su vida, tanto, que tenía demasiadas náuseas como para comer y se recostó en la cama atrapado entre sueños y delirios. Después de un gran esfuerzo, llegó a su oficina, pero el dolor se intensificó y apenas pudo llamar a su esposa para que lo llevara a casa. Cuando ella lo llevó al hospital, una exploración por TC detectó una masa blanca de sangre en los espacios llenos de líquido alrededor del cerebro. El tejido hinchado cubría ambos lóbulos frontales. Un tinte inyectado en sus vasos sanguíneos llenó una protuberancia en forma de uva que salía de una arteria debilitada en la parte anterior del cerebro. La sangre se había filtrado de una pequeña fisura en la protuberancia, lo que le provocaba el agudo dolor de cabeza, y después se coaguló, evitando la muerte de Bob. Sin embargo, él entró en una condición que se conoce como afasia, en la cual el individuo tiene problemas para encontrar las palabras y expresar lo que desea decir. La afasia fue generada por el hecho de que el centro del lenguaje, ubicado en el lóbulo frontal izquierdo, sufrió daños. Cuando Bob quería referirse a su médico, decía una palabra parecida. Cuando se le pidió que nombrara diez animales, no pudo decir los nombres de más de dos ("perro" y "gato"). Cuando se le preguntó sobre su trabajo, dijo que trabajaba con "climas" (era corredor de bolsa y trabajaba con sus clientes). En la mayor parte de los casos, Bob no se mostraba preocupado por sus errores.

Ann Martin solía tener una memoria envidiable. Ahora, a los 58 años, olvida sucesos recientes y muestra poca capacidad de razonamiento. (Hace poco desechó un valioso juego de salero y pimentero de plata sterling.) Como ya no puede llevar el presupuesto de la casa, planear sus comidas y cuidar de sí misma en otras formas, ahora vive en una residencia de retiro, a pesar de que todavía es relativamente joven. Se le diagnosticó la enfermedad de Alzheimer, que es provocada por la degeneración física del cerebro. Esta enfermedad da como resultado la pérdida de la capacidad intelectual y cambios en la personalidad y la conducta.

Estos dos casos muestran tanto similitudes como diferencias. Son distintos porque la conducta de Ann Martin fue el resultado de un deterioro del tejido cerebral producido por el proceso de una enfermedad que afectó muchos aspectos de su funcionamiento intelectual. El problema de Bob Oxley se debe a un daño que afectó una función cerebral específica: su capacidad para traducir los pensamientos a palabras. A pesar de estas diferencias, ambas personas son similares porque cada una experimenta los efectos de los cambios en el cerebro.

El DSM-IV-TR clasifica a los trastornos mentales en términos de grupos de características de conducta y psicológicas que se relacionan con la aflicción o con déficit. Las causas de los trastornos son desconocidas o sólo se entienden de manera imperfecta. Por ejemplo, aunque existe cierta evidencia de disfunción en el sistema nervioso central en la esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos obsesivo-compulsivos y otros, no se sabe lo suficiente para asegurar que sus causas son orgánicas. Los factores orgánicos se pueden considerar como una característica para definir estos trastornos y otros, con base en investigaciones futuras, o podrían ser descartados como causas específicas. Por el contrario, los trastornos que analizaremos en este capítulo componen uno de los pocos grupos del DSM-IV-TR que incluyen tanto síntomas conductuales específicos como factores etiológicos conocidos. En cada uno de ellos existen alteraciones características de la conciencia, memoria y/u otro funcionamiento cognitivo relacionado con una condición médica o sustancia (inyectada, ingerida o inhalada), relacionadas de un modo causal con la alteración. Establecer la conexión entre los síntomas conductuales y la condición médica o sustancia es el elemento clave para elaborar el diagnóstico de los déficit cognitivos que se describirá. El capítulo trata sobre los tres tipos de trastornos por déficit cognitivo: 1) *Delirium*, en el que hay confusión de corto plazo y cambios en la cognición; 2) *Demencia*, que se caracteriza por la falta severa de memoria, el juicio, la orientación y la cognición; y 3) *Trastornos amnésicos*, caracterizados por la falta de memoria y el olvido.



El conocimiento de las condiciones que provocan estos trastornos y sus efectos específicos sobre el funcionamiento cerebral es cada vez mayor, no sólo por los nuevos instrumentos para el estudio del cerebro vivo, sino también por la información sobre las interacciones entre el funcionamiento orgánico, las características personales y las variables ambientales. A pesar de estas técnicas y conocimientos nuevos, para muchas personas como Bob Oxley y Ann Martin, que desarrollan un trastorno orgánico cerebral, la vida nunca volverá a ser igual.

## El cerebro: una perspectiva interaccionista

Creer que el cerebro es simplemente una serie de reacciones químicas es aislar a los seres humanos de cualquier efecto de su entorno y sus propias acciones. En realidad, una parte de las funciones cerebrales tienen un “cableado directo” que se establece antes del nacimiento y otra parte está diseñada para ser moldeada por la experiencia. En una época, el punto de vista prevaleciente sostenía que el cerebro crecía durante la niñez, adquiría su forma definitiva en la adolescencia y después envejecía poco a poco. Sin embargo, nuevas investigaciones demuestran que cada área del cerebro se desarrolla en formas únicas durante toda la vida. Mientras que unas zonas del cerebro se deterioran, la mayor parte de las células que lo conforman continúan con su tarea de formar nuevas conexiones.

Tres áreas en la investigación sobre el cerebro parecen especialmente importantes para comprender la conducta tanto normal como anormal.

1. La especificación de la forma en que el cerebro crece y se conserva;
2. La identificación de los mecanismos mediante los cuales el cerebro adquiere, almacena y utiliza la información en los niveles celular y molecular, así como en el nivel de la conducta y la interacción social;
3. Dejar en claro el papel que desempeña el cerebro en el monitoreo y regulación de los procesos orgánicos internos.

En el pasado, las personas trataban de encontrar causas físicas para todo tipo de conducta desadaptada. Si la gente se comportaba de manera extraña, era porque tenía algo mal en el aspecto físico. Las personas podían “nacer siendo un criminal” o tener “mala sangre”. Más adelante, los científicos se dieron cuenta de la existencia de causas psicológicas y sociales en el surgimiento de los problemas de conducta. Las explicaciones físicas se consideraron inadecuadas e incluso ingenuas. Sin embargo, en la actualidad, los psicólogos desarrollan un panorama más completo para comprender el grado de vinculación entre las áreas psicológicas, sociales y físicas de la conducta humana.

Aprendemos las habilidades sociales, interactuamos con otras personas y adquirimos actitudes personales dentro de un marco de desarrollo físico. El funcionamiento del hombre recibe influencia de los sucesos orgánicos que ocurren durante la vida intrauterina antes del nacimiento, el proceso de nacimiento y el largo periodo de desarrollo después de éste. Por ejemplo, es probable que el ce-

rebro se dañe de repente cuando una persona tiene una parálisis o sufre una lesión en la cabeza en un accidente (ver el cuadro 13-1). En otros casos, ciertas enfermedades causan el deterioro lento del cerebro. Estos cambios en la naturaleza física del cerebro, ya sea que se presenten en forma rápida o lenta y que comprendan áreas pequeñas o grandes, con frecuencia son la causa de conductas poco comunes. El daño en el cerebro puede provocar una amplia variedad de problemas conductuales, que dependen de qué parte del cerebro se vea afectada y la extensión del daño.

Lo que en la actualidad se conoce sobre los trastornos cerebrales es coherente con lo que hemos dicho en este libro sobre las interacciones entre los factores personales y ambientales, la vulnerabilidad y el estrés. El trabajo de los clínicos e investigadores sería más sencillo si pudieran asumir que ciertos tipos de inadaptación se deben sólo a variables personales, otros sólo a factores físicos y los demás a presiones generadas por las situaciones. Desafortunadamente, esto no se puede hacer. La conducta es un producto combinado de las diferencias individuales y las variables ambientales. La combinación particular de estas variables determina la forma en que actúan las personas y lo que piensan. No existe ningún tipo estándar de efecto psicológico para cada tipo y grado de defecto cerebral.

## Vulnerabilidad a los trastornos cerebrales

No sólo existen muchas diferencias en el daño real al cerebro por una lesión o enfermedad que se presentan en diferentes individuos, sino que la misma cantidad de daño o deterioro cerebral puede tener distintos efectos en diferentes personas. Hasta cierto punto, estos efectos dependen de la personalidad y las capacidades del individuo, así como de los apoyos sociales que están disponibles para amortiguar el daño. Por ello, hay muchos casos en los que los efectos psicológicos y conductuales de las lesiones y tumores cerebrales no coinciden con lo que se espera con base en la cantidad del daño cerebral.

Entre los factores que influyen en la vulnerabilidad al daño y los trastornos cerebrales se encuentran los siguientes:

1. **Edad.** La edad en la que se desarrolla una condición cerebral puede tener efectos tanto a largo como a corto plazo. Aunque en algunos casos el cerebro de un infante es más capaz de recuperarse de una lesión que el cerebro de un adulto, es probable que también sea más susceptible a una variedad de condiciones patológicas. Muchos déficit conductuales causados por un daño cerebral en la infancia no se detectan hasta después de mucho tiempo.
2. **Apoyo social.** La presencia de personas que se preocupan y aceptan al individuo y en quienes éste puede confiar, por lo general facilita el ajuste a una enfermedad cerebral. El aislamiento social, por otra parte, aumenta los déficit cognitivos y, por lo tanto, la conducta anormal.
3. **Estrés.** Cuanto mayor sea el estrés, mayores serán los déficits cognitivos y conductuales. Las personas mayores que tienen enfermedades cerebrales crónicas, con frecuencia muestran un deterioro marcado después de una sucesión de eventos de vida estresantes (como la jubilación o el fallecimiento de un cónyuge).

## CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

## CUADRO 13-1

## Sarah se cayó y su vida cambió para siempre

Un día de abril, Sarah Monahan, de diez años, perdió el control de su bicicleta y cayó. Lo hizo sobre una herramienta para jardín con picos y una punta de cinco centímetros le perforó la sien izquierda. En la actualidad, sólo queda una pequeña cicatriz, nada que recuerde el orificio del tamaño de una moneda donde el pico penetró el cráneo de Sarah y dejó astillas de hueso en su cerebro. El accidente provocó en Sarah un daño cerebral permanente: en el aspecto emocional es como una niña de dos años y en el académico se encuentra en el tercer nivel (ver las figuras 13-1 y 13-2). A raíz del accidente su estado de ánimo cambia en un instante y cada vez es más agresiva con sus familiares y compañeros de clase. A sus padres se les aconseja tener bajo llave tijeras y cuchillos. En una ocasión, Sarah empujó a su hermano de dos años hacia unas rocas, provocando que se hiriera en la cabeza y que lo tuvieran que llevar a la sala de urgencias. No tiene el concepto de que haya hecho algo malo. En ocasiones, Sarah escucha voces. Una noche mientras la familia veía televisión, se puso de pie y gritó, “si vuelves a decir eso, te mato”. Nadie había dicho ni una palabra.

Casos como el de Sarah son especialmente traumáticos por lo repentino del daño y los efectos dramáticos resultantes, que pueden variar mucho dependiendo de las áreas del cerebro involucradas. Otros efectos muy estresantes en muchos daños cerebrales es que es difícil predecir cuánta mejoría, si es que hay alguna, ocurrirá a lo largo del tiempo, particularmente en los primeros meses después de que ha ocurrido la lesión. El estrés de la familia de Sarah es provocado por la imposibilidad de predecir su conduc-

ta, y el hecho de que Sarah no puede reflexionar sobre su conducta, sus causas y consecuencias.

FUENTE: Basado en el *Seattle Times*, 15 de marzo de 1991, pp. A1, A3.



**Figura 13-1** Las heridas externas de Sarah se han curado y parece que la lesión no la afectó.

FUENTE: Jim Berry/*Seattle Times*.



**Figura 13-2** Sarah y su maestra celebran el éxito para resolver los problemas en la computadora.

FUENTE: Jim Berry/*Seattle Times*.

4. **Factores de la personalidad.** Es una observación clínica común que algunas personas reaccionen con ansiedad intensa, sentimientos de despersonalización, pensamiento paranoide, estado defensivo y alucinaciones ante cualquier condición que provoque un aturdimiento leve de la conciencia y el deterioro del funcionamiento cognitivo y perceptual.
5. **Condición física.** La ubicación del trastorno cerebral, la tasa de aparición de éste y su duración influyen en el panorama clínico. Además, el nivel general de salud del individuo desempeña un papel en el ajuste.

El estado psicológico y las relaciones sociales de un individuo en el momento en que se presenta una enfermedad orgánica pueden influir en el efecto de ésta sobre su conducta. La persona que tiene una vida estable, por ejemplo, casi siempre responde al tratamien-

to en forma diferente, más adaptada, que alguien que enfrenta problemas conyugales o financieros. Cuando los problemas personales complican una enfermedad orgánica tal vez sea necesario un tratamiento médico y psicológico. Además de sus efectos personales, el deterioro de la función cerebral tiene gran influencia en las relaciones interpersonales. Por ejemplo, las personas con epilepsia sufren por las consecuencias sociales indeseables, así como por las crisis.

Debido a que es complicado determinar la presencia y el grado del daño cerebral, por la necesidad de aislar sus efectos de los factores personales y sociales, los médicos deben evitar los diagnósticos superficiales. Es obvio que una persona que muestra gran desorientación, tiene problemas con la resolución de problemas y muestra estados de ánimo y emociones cambiantes y superficiales padece de algún tipo de problema de conducta. Sin embargo, los

aspectos básicos del diagnóstico—, un cálculo del papel que desempeñan el daño orgánico, la personalidad y el estrés como causas del desequilibrio —no se pueden determinar de manera sencilla.

Evaluación del daño cerebral

En tanto que la lista de trastornos cerebrales raros es larga, los trastornos cerebrales que tienen un efecto importante en el pensamiento y la conducta son bastante comunes. Por ejemplo, los daños cerebrales, la epilepsia y las enfermedades cerebrovasculares agudas son más comunes que la esquizofrenia y los trastornos de pánico (J.M. Silver y cols., 1990). La labor para identificar en forma correcta las condiciones que probablemente se deban a una disfunción del cerebro es importante. Esta labor se complica por el hecho de que el daño a un área particular del cerebro puede tener efectos diversos. Dicho punto se ilustra en la tabla 13-1, que menciona los síntomas que se observan con frecuencia en los pacientes con trastornos relacionados con la disfunción de los lóbulos frontales. Algunos de estos síntomas son evidentes en el siguiente caso:

*La señora L., un ama de casa de 58 años de edad, fue llevada al hospital por su hija, quien indicó que durante el último año su madre ha mostrado poco interés en cuidar de su casa y sus necesidades personales. La paciente vive sola en un área rural, con pocos vecinos. La hija, en una visita ocasional, notó un cambio en la conducta de su madre; mostraba falta de interés en la conversación y su apariencia era descuidada, falta de interés en los asuntos familiares y total desatención del aseo personal y de la casa. Los vecinos notaron que había dejado de ir a la iglesia, que casi no iba de compras y que había dejado de hacer visitas sociales. Durante el examen al ingresar al hospital, la señora. L. estaba despierta pero con una marcada apatía. No conversó espontáneamente y respondía a todas las preguntas con una sola palabra. Caminaba lento, arrastraba sus pies y tuvo varios episodios de incontinencia. Una tomografía computarizada (TC) reveló que tenía un gran quiste en el*

*lóbulo frontal. El resultado de la cirugía para extraer el quiste fue la marcada inversión en su conducta. Después de dos semanas, la paciente caminaba bien, conversaba en forma espontánea y ya no tenía incontinencia ni apatía.*

Se utilizan varios procedimientos para evaluar la gravedad del daño o deterioro del cerebro. Además de una evaluación física general, las pruebas clínicas pueden incluir un examen del estado mental, pruebas neuropsicológicas, rayos X tradicionales, así como técnicas radiológicas más recientes como las exploraciones por medio de tomografías computarizadas que proporcionan información sobre los tejidos suaves del cerebro y su actividad química.

Examen del estado mental y pruebas neuropsicológicas

El examen del estado mental consiste en una entrevista que es útil para la observación clínica, así como para evaluar cualquier afirmación que pueda hacer el individuo. Como se mencionó en el capítulo 4, el examen del estado mental proporciona información sobre la conducta y pensamientos actuales del paciente. Las preguntas y tareas tratan sobre orientación hacia la realidad, memoria y capacidad para seguir instrucciones. La tabla 13-2 proporciona ejemplos de las preguntas y tareas que se utilizan para detectar trastornos cerebrales.

Este examen, con frecuencia, se complementa con las pruebas psicológicas y los exámenes neurológicos. Los clínicos lo utilizan para obtener la siguiente información:

- 1. Nivel de conciencia: ¿cuál es el grado de conciencia del individuo sobre lo que sucede?
- 2. Apariencia general (conducta, vestimenta, cooperación)
- 3. Periodos de atención
- 4. Orientación en tiempo y espacio
- 5. Memoria a corto plazo (sucesos pasados de la vida o conocimiento común)
- 6. Lenguaje (lenguaje espontáneo, comprensión, repetición, lectura, escritura)
- 7. Corriente de pensamiento: ¿las ideas del individuo se relacionan en forma lógica?
- 8. Estado de ánimo
- 9. Juicio e insight (entendimiento)

Como se vio en el capítulo 4, el uso del examen mental no se limita a los casos en que se sospecha daño cerebral (Heilman y Valenstein, 2003). Por lo general, se emplea para describir la conducta de los pacientes durante la época en que reciben tratamiento clínico. Proporciona un registro objetivo que es importante para elaborar el diagnóstico y para evaluar el curso de un trastorno y su respuesta subsecuente al tratamiento. Las descripciones detalladas y precisas de la conducta, sin especulaciones o inferencias, son necesarios para registrar el examen del estado mental. Sus resultados se interpretan en conjunto con la información acerca de los antecedentes del paciente, los datos de un examen físico y los resultados de las pruebas de laboratorio.

TABLA 13-1

Cambios de personalidad y cognitivos en pacientes con trastornos que se relacionan con disfunciones del lóbulo frontal

- Apatía; pérdida de interés en la interacción social
- Falta de atención a la apariencia personal
- Bullicio; lenguaje obsceno; aumento en el volumen del lenguaje
- Irritabilidad; violencia
- Aumento de la búsqueda de situaciones de riesgo
- Comer o beber en exceso
- Reducida capacidad del uso del lenguaje, los símbolos y la lógica
- Disminución de la capacidad de concentración
- Pérdida de orientación del tiempo o el espacio

FUENTE: Adaptación de Silver, Hales y Yudofsky (1990).

TABLA 13-2

## Preguntas y tareas que se utilizan en los exámenes del estado mental para la evaluación de los trastornos cerebrales

| Tipos de pregunta o tarea | Ejemplos                                                                                                    |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Orientación en el tiempo  | "¿En qué año estamos?"; "¿Qué día es hoy?"                                                                  |
| Orientación en el espacio | "¿En qué ciudad estamos?"; "¿En qué estado estamos?"                                                        |
| Memoria inmediata         | "Repita estas palabras: pelota, bandera, árbol."                                                            |
| Atención                  | "Reste 7 de 100. Continúe restando de 7 en 7."                                                              |
| Retención                 | "Repita las palabras [pelota, bandera, árbol] que mencioné antes" [unos minutos después de haberlas dicho]. |
| Nombrar                   | "¿Qué es esto?" [Mostrar un lápiz, reloj, etc.]                                                             |
| Repetición                | "Repita: este, oeste, aunque cueste".                                                                       |
| Seguir órdenes            | "Tome el lápiz y póngalo allá en la mesa".                                                                  |
| Percepción visual         | "Copie esta figura". [Muestre un triángulo y después dos pentágonos entrelazados].                          |

Los neuropsicólogos utilizan distintas técnicas para evaluar el daño cerebral y sus causas. La **neuropsicología** es una rama relativamente nueva de la psicología que trata sobre las relaciones entre la conducta y la condición del cerebro. Los neuropsicólogos clínicos se interesan en especial por los efectos que las lesiones cerebrales tienen en la conducta. Las **pruebas neuropsicológicas** se utilizan para evaluar el daño en ciertas áreas como la conciencia y la respuesta a la estimulación sensorial, la capacidad de comprender la comunicación verbal, para expresarse y la expresión emocional. Las pruebas neuropsicológicas son sensibles al deterioro del funcionamiento de las distintas áreas del cerebro. Los neuropsicólogos estudian los déficit con tres objetivos en mente: 1) para conocer la estructura y funcionamiento del sistema cognitivo normal, 2) para explorar la ubicación de varias funciones en el cerebro, y 3) para lograr un mejor entendimiento de cualquier déficit, como base para el diagnóstico y tratamiento.

Al trabajar con pacientes, los neuropsicólogos tratan de describir los cambios en el funcionamiento psicológico (por ejemplo, en relación con el pensamiento, con la solución de problemas, las emociones y la conducta). Al hacer esto, deben ser sensibles a los factores culturales que pudieran ser pertinentes en relación con la disfunción cognitiva y la rehabilitación (Ferraro, 2002). Además de detectar el nivel del funcionamiento, intentan determinar las partes del cerebro que no funcionan en forma apropiada. La evaluación neuropsicológica proporciona claves sobre el tipo de programas de rehabilitación que pudieran ser de ayuda y también guías prácticas para la familia y las personas que los cuidan (Hebben y Milberg, 2002).

**Imagenología cerebral** El progreso en la elaboración de pruebas para medir los trastornos en las distintas áreas del cerebro se ha limitado por la falta de información directa acerca de lo que en realidad sucede en este órgano. Como ya se vio en capítulos anteriores, la tecnología que emplea una variedad de **técnicas de imagenología cerebral** ha provocado un rápido cambio en esta situación. Dicha tecnología contribuye al esclarecimiento de la re-

lación entre el daño a regiones específicas del cerebro y sus efectos en el funcionamiento psicológico. Con frecuencia, los estudios que utilizan tanto técnicas de imagenología cerebral como pruebas neuropsicológicas han encontrado que las conclusiones que resultan de ellas por lo regular son comparables (Ritchie y Richards, 1999). Este capítulo, que centra la atención en los trastornos cerebrales, ofrece una buena oportunidad para analizar cierta información sobre las técnicas de exploración. La figura 13-3 muestra los principios básicos involucrados en tres de las técnicas de exploración que se emplean con mayor frecuencia: la tomografía computarizada (TC), la tomografía por emisión de positrones (TEP) y la obtención de imágenes por resonancia magnética (IRM).

La TC proporciona imágenes que muestran la ubicación, deterioro o aumento de las lesiones. La TEP permite que los investigadores visualicen la actividad química de las distintas partes del cerebro humano. En forma muy parecida a como los mapas climáticos muestran los distintos niveles de precipitación pluvial, una exploración por TEP muestra la forma en que varían los niveles del metabolismo de la glucosa en las distintas partes del cerebro según el estado mental y la conducta del individuo. La exploración TEP permite que los científicos estudien los cambios bioquímicos en el cerebro que nunca antes se habían podido analizar. La aplicación de TEP permite evaluar la actividad metabólica y la medición de la función de los neurotransmisores.

La obtención de imágenes por resonancia magnética (IRM) emplea conjuntos de detectores sensibles que se colocan en la cabeza para localizar y medir la ubicación precisa de la actividad neural dentro de los surcos y pliegues. Tanto la tomografía computarizada como las imágenes por resonancia magnética permiten visualizar la anatomía cerebral y las posibles anomalías estructurales. A diferencia de la TC que se limita a proporcionar imágenes de las regiones del cerebro en un plano transversal, la IRM puede dar imágenes de todos los planos.

La tomografía computarizada fue una de las primeras técnicas de imagenología que se utilizaron en trabajos clínicos y de investigación relacionados con la salud. Actualmente, la IRM ha sido



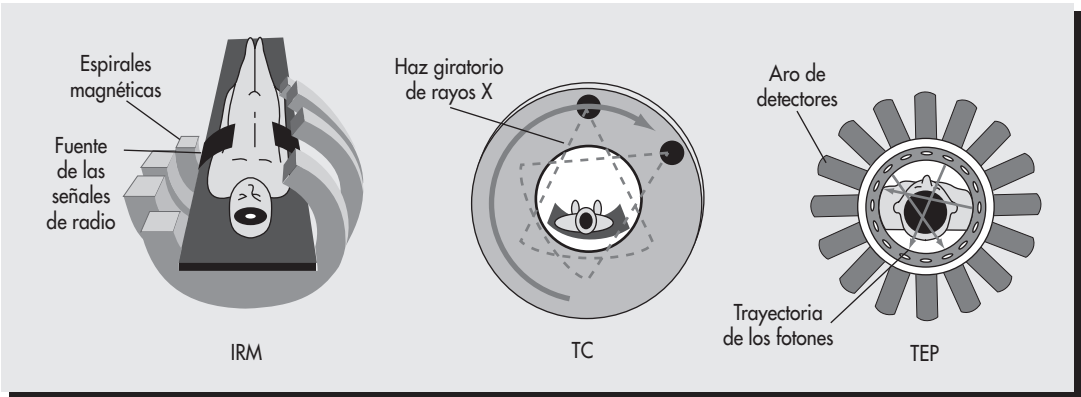


**Figura 13-3** Cada una de las tres principales técnicas de exploración que se emplean para estudiar el cerebro produce imágenes en forma diferente y, como lo explica el texto, cada tipo de exploración puede tener diversos usos.

Las imágenes por resonancia magnética (IRM) emplean la energía en forma de ondas de radio. Después que el paciente se coloca dentro del dispositivo para obtener las imágenes, se crea un fuerte campo magnético. En estas condiciones, los átomos de cada tipo de tejido tienen una resonancia diferente. Una computadora utiliza estos patrones de resonancia para recrear una fotografía compuesta.

La tomografía computarizada (TC) funciona a través de rayos X, con un enfoque estrecho, que gira con rapidez alrededor del cuerpo del paciente mientras éste permanece recostado en el dispositivo. De esta forma, una computadora elabora una imagen del cuerpo en porciones delgadas a partir de las medidas de las radiaciones que pasan por el paciente a medida que la fuente de rayos X se mueve de un lugar a otro.

Con el objeto de utilizar los procedimientos de exploración de la tomografía por emisión de positrones (TEP), primero se deben inyectar químicos radiactivos en el cuerpo del paciente. Mientras estos químicos se metabolizan y se mueven por el cuerpo del paciente, emiten electrones con carga positiva, o positrones. Entonces, los electrones y positrones chocan y emiten pares de fotones que crean señales al golpear los detectores en el aparato. Después, estas señales se convierten, por medio de una computadora, en un mapa de la actividad química.

reemplazada en gran parte por la TC como el método de imagenología más útil y económico. La IRM puede distinguir mejor la interconexión entre la materia gris y la blanca en el cerebro, y es superior para detectar ciertos tipos de lesiones. Igual que la TC, el valor de la IRM en la evaluación de los trastornos cerebrales se basa en los diagnósticos que puede descartar (por ejemplo, la presencia de un tumor). Aunque de gran potencial diagnóstico, el costo de las exploraciones TEP es muy alto para un uso clínico de rutina, y se necesita más investigación para identificar con certeza las funciones que pueda llevar a cabo con mayor eficacia.

Delirium

Los síntomas del **delirium** incluyen deterioro cognitivo relativamente global, desorientación y confusión. En el delirium, un individuo tiene dificultades para cambiar, centrar, transferir y mantener la atención. Pueden ser evidentes varias emociones fuertes y cambiantes que no parecen relacionarse con los sucesos del entorno. La tabla 13-3 presenta las características clínicas más importantes de esta enfermedad.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el delirium se mencionan a continuación:

- 1. Alteraciones de la conciencia (por ejemplo, percepción reducida de lo que sucede en el entorno), incapacidad reducida para centrar, mantener y cambiar la atención

| TABLA 13-3                            |                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características clínicas del delirium |                                                                                                                                                                                      |
| Conducta                              | Hiperactivo y agitado; hipoactivo y somnoliento; cualquiera de estos pares de conducta pueden presentarse o fluctuar. Habla en forma incoherente y murmurando. Desorientación grave. |
| Estado de ánimo                       | Ansioso, irritable, deprimido. Estos estados de ánimo varían con frecuencia.                                                                                                         |
| Pensamiento                           | El pensamiento es confuso y lento, la persona parece perpleja. Pueden presentar delirios. La memoria y la retención están dañadas.                                                   |
| Percepción                            | Ilusiones visuales, malas interpretaciones y alucinaciones.                                                                                                                          |

- 2. Déficit cognitivo y alteraciones de la percepción (pérdida de memoria, desorientación)
- 3. Desarrollo de síntomas durante un corto periodo (por lo regular de horas a días), y fluctuación durante el transcurso de un día
- 4. Evidencia de que la condición es causada por las consecuencias fisiológicas directas de una condición médica, o por intoxicación atribuible a una sustancia psicoactiva (como el alcohol)

El delirium se puede presentar como resultado ya sea de una condición cerebral aguda o crónica. Existen cuatro causas orgánicas generales del delirium:

1. Enfermedad cerebral (por ejemplo, un infección o un tumor)
2. Una enfermedad o infección en otra parte del cuerpo que afecta al cerebro (por ejemplo, una condición metabólica)
3. Intoxicación (por ejemplo, con alcohol)
4. Abstinencia de una sustancia a la que una persona es adicta (por ejemplo, drogas opiáceas)

Por lo general, el delirium acompaña a algún otro problema físico grave; alrededor de 10% de los pacientes hospitalizados por cuadros médicos y quirúrgicos (en especial las personas de edad avanzada) lo padecen (Lipowski, 1987). Una persona internada en el hospital después de un ataque cardíaco puede padecer delirios debido a que la cantidad de oxígeno que recibe el cerebro depende de que el paciente esté sentado o recostado. La excreción inadecuada de los desechos corporales también puede provocarlo. Por ejemplo, si los riñones no funcionan, las toxinas que por lo regular son filtradas y se excretan en la orina, se acumulan en el torrente sanguíneo y la sangre tiene menos capacidad para transportar oxígeno. Como resultado de estas alteraciones físicas, el cerebro empieza a carecer de oxígeno y pueden ocurrir síntomas de delirium, los cuales, por lo general, desaparecen poco después que se corrige la condición que la precipitó. El estrés psicológico, la restricción del sueño y sensorial, la inmovilización prolongada y la fatiga excesiva probablemente contribuyan a la aparición del delirium y aumenten su gravedad. Se cree que un desajuste general del metabolismo cerebral aunado a un desequilibrio en los neurotransmisores se encuentra detrás de todos los casos de delirium.

Aunque todos tenemos el potencial para desarrollar el delirium, parecen existir grandes diferencias entre las susceptibilidades. Algunas personas padecen delirium como respuesta a cambios metabólicos o medicamentos que en otros casos no producen dicho trastorno, en cambio, otras personas no sufren delirium bajo condiciones metabólicas que podrían provocar este trastorno en la mayoría de las personas. La frecuencia del delirium es más elevada entre los ancianos. No se sabe hasta qué grado este aumento es una función de la edad misma, más que de la frecuencia de las enfermedades cerebrales en la vejez.

Los pacientes con lesiones cerebrales son especialmente propensos a desarrollar el delirium, así como los que tienen antecedentes de adicción al alcohol y a las drogas. El delirium es frecuente después de una cirugía, ya sea de inmediato o después de varios días de lucidez, y al parecer se debe al estrés físico y psicológico de la operación y al periodo postoperatorio. Es probable que cada individuo tenga un umbral específico para esta condición, como resultado de una variedad de factores. Un daño cerebral preexistente, la adicción y ciertos trastornos mentales crónicos pueden acercar a las personas a este umbral aun cuando no lo sobrepasen; los cambios metabólicos relativamente pequeños pueden entonces provocar que el paciente lo cruce.

Para poder tratar de forma más eficaz el delirium, el clínico debe obtener la mayor cantidad de información posible acerca de las causas y las circunstancias que lo precipitaron. Esto puede ser difícil porque el paciente, con frecuencia, está demasiado confundido para dar información confiable. Los siguientes pasos son tratar las causas físicas, si es posible; ofrecer confianza para reducir la ansiedad y disponer de cuidado médico y enfermeras en un ambiente tranquilo.

## Delirium tremens

Uno de los ejemplos más dramáticos del delirium se puede observar en una condición cerebral aguda conocida como **delirium tremens** (o el “DT”) que, en ocasiones, puede ser el resultado del consumo excesivo de alcohol. Las personas que lo padecen pueden ser incapaces de seguir instrucciones (como “saca la lengua”) o prestar atención a los eventos que tienen lugar a su alrededor. Además del delirium, el DT se caracteriza por temblores y alucinaciones visuales que provocan un estado de terror.

Por lo general, los síntomas del delirium tremens no son evidentes hasta después que la persona deja de beber. Varios aspectos del mecanismo que provoca sus síntomas no se comprenden bien, pero, al parecer, el DT se debe a la prolongada interferencia del alcohol con el metabolismo del cerebro. La condición se presenta en aproximadamente 5% de los alcohólicos. Sin importar la causa (alcohol, infección, etcétera), un descubrimiento común es el aletargamiento difuso de los patrones de las ondas cerebrales.

El delirium tremens puede durar una semana o más y la persona afectada casi siempre debe ser hospitalizada. Durante un episodio de DT, la condición física del paciente se deteriora y se incrementa su vulnerabilidad a las infecciones. Los tranquilizantes y un entorno silencioso y ordenado son esenciales, ya que incluso las conversaciones de rutina entre el personal del hospital pueden asustar al paciente y aumentar sus experiencias alucinantes. La renovación de la capacidad para dormir y descansar casi siempre indica que el episodio de DT llega a su fin. Sin embargo, la recuperación depende de la restauración del equilibrio metabólico. En algunos casos, éste no se puede conseguir y el paciente muere.

## Demencia

*Temo que no estoy bien de la mente.*

*Me parece que debería conocerte y conocer a este hombre;*

*Sin embargo, tengo dudas, ya que soy sobre todo ignorante*

*Qué lugar es éste; y toda la capacidad que tengo*

*No recuerdo estas prendas; tampoco sé*

*Dónde me alojé anoche. [...]*

(Shakespeare, *El Rey*, acto IV, escena 7)

La descripción del Rey Lear respecto de su confusión muestra los síntomas característicos de la demencia que las personas han pre-

senciado durante siglos. La característica esencial de la **demencia**, o *deterioro cerebral*, es una pérdida gradual de las capacidades intelectuales que es suficiente para interferir con el funcionamiento social y ocupacional. La palabra *demencia* se deriva del latín que significa el estado de estar fuera de sí o despojado de sí mismo. También se presentan deterioro de la memoria, reducción de la capacidad de juicio y de pensamiento abstracto, pérdida del control de sí mismo, confusión, problemas motores y de lenguaje y cambios en la personalidad. La demencia puede ser progresiva, estática o incluso reversible si hay un tratamiento eficaz disponible. Ya que los individuos con demencia no pueden pensar con claridad y con frecuencia tienen dificultades para elaborar juicios razonables, son en especial vulnerables al estrés físico, psicológico y social. Los individuos que padecen demencia son más propensos que otras personas a experimentar el delirium.

La aparición de la demencia es engañosa y, casi siempre, el curso del trastorno es gradual (Weiner y Lipton, 2003). Con frecuencia se emplea el término *demencia senil* para referirse a la condición cuando se presenta en las personas mayores de 65 años (ver la figura 13-4). Las autopsias muestran que la mayor parte de las demencias seniles tienen las características de la *enfermedad de Alzheimer* (que estudiaremos más adelante en este capítulo). Si la demencia se presenta en individuos más jóvenes, se conoce como *demencia presenil*. En las personas con esta condición, existe una atrofia (degeneración) progresiva del tejido cerebral y los patrones de las ondas cerebrales son casi siempre anormales. El individuo con demencia tiene cada vez más lapsos de amnesia, poco juicio y desorientación. El deterioro de hábitos personales es común, y la conducta se puede volver impredecible e impulsiva. Debido a que la persona recuerda mejor los eventos antiguos que los recientes, parece vivir en el pasado gran parte del tiempo.

La tasa a la que la conducta se ve afectada y la forma en que cambia depende de muchos factores, uno de ellos la reacción del individuo al deterioro físico y psicológico. Un porcentaje considerable de personas con demencia parecen sufrir cambios de personalidad profundos. Sin embargo, estos cambios pueden ser de grado más que alteraciones básicas de la personalidad. En estos casos, la consideración cuidadosa de los rasgos anteriores de personalidad del individuo puede revelar la presencia de patrones desadaptados de conducta previos a la aparición de la senilidad, que incluyen patro-



**Figura 13-4** La demencia no representó ninguna preocupación importante para la salud pública antes del siglo xx porque pocas personas vivían más allá de los 75 años, pues es un problema que se relaciona con la edad avanzada. El efecto económico de la demencia es fuerte en razón de que representa un gasto de miles de millones de dólares cada año.  
En la actualidad, más de 50% de toda la población de Estados Unidos alcanza los 75 años y 25% vive hasta los 85 años. Muchos de los ancianos que viven en los asilos padecen algún grado de demencia.

nes de reacción psicótica o neurótica reales y severos, o lo que es más probable, tendencias en esas direcciones. Estas tendencias empeoran por la aparición de la senilidad, pero no son provocadas por ésta. Un síntoma común es la **confabulación**: al enfrentarse a la pérdida de recuerdos particulares, el individuo llena los espacios vacíos en su memoria con relatos detallados, pero inexactos, de sus actividades.

Más de la mitad de los casos a los que se diagnostica como demencia senil muestran varias combinaciones de agitación, reacciones paranoides y esquizofrénicas. Las características depresivas son especialmente comunes en los casos de demencia; incluyen inquietud durante la noche, irritabilidad, reducción de intereses y pérdida de iniciativa. La tabla 13-4 menciona algunas de las formas para distinguir la demencia de la depresión.

La demencia se distingue principalmente por los daños a la memoria y al funcionamiento cognitivo. Aunque existen muchas causas para la demencia, el DSM-IV-TR reconoce algunos criterios

| TABLA 13-4                                                            |                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Signos y síntomas que ayudan a distinguir la depresión de la demencia |                                                                                        |
| Demencia                                                              | Depresión                                                                              |
| Progreso uniforme durante meses o años                                | Progreso no uniforme durante semanas                                                   |
| Intentos de ocultar la pérdida de la memoria                          | Quejas por la pérdida de memoria                                                       |
| Empeoramiento al final del día o cuando hay cansancio                 | Con frecuencia, hay un empeoramiento en las mañanas, y mejora a medida que pasa el día |
| Inconsciencia o minimización de la incapacidad                        | Conciencia y exageración de la incapacidad                                             |
| Rara vez, abuso de drogas                                             | Posible abuso del alcohol u otras drogas                                               |
| FUENTE: Con base en Heston y White (1991).                            |                                                                                        |

TABLA 13-5

## Criterios centrales de la demencia

1. Daño a la memoria (incapacidad para aprender nueva información y para recordar la información que se aprendió previamente).
2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
  - a. Deterioro de la función del lenguaje (la comunicación se vuelve vaga o vacía, y puede deteriorarse la comprensión del lenguaje hablado o escrito)
  - b. Capacidad reducida para realizar actividades motoras a pesar de una función motora intacta, función sensorial y comprensión de la tarea requerida (por ejemplo, capacidad reducida para hacer la pantomima de utilizar un objeto, como un peine y peinarse)
  - c. Fracaso para reconocer o identificar objetos aunque la función sensorial esté intacta (por ejemplo, pérdida de la capacidad para reconocer objetos como sillas o mesas, a pesar de una agudeza visual normal)
  - d. Alteración de las funciones de ejecución, como planear, organizar, establecer secuencias y abstraer (la disfunción de ejecución incluye, por ejemplo, incapacidad para recitar el alfabeto o nombrar tantos animales como sea posible en un minuto)

centrales, sin importar la causa. La tabla 13-5 menciona estos criterios centrales.

El riesgo para la demencia se incrementa en forma dramática con la edad: de 1% para personas de 65 años o menos hasta 25 a 50% para personas de más de 85 años (Hales y Yudofsky, 2003). Una gran encuesta de canadienses de más de 65 años de edad dio como resultado una prevalencia estimada de demencia de 8% (Costa, 1996). La proporción de mujer-hombre fue de 2:1. Cincuenta y seis por ciento de todas las personas de más de 65 años de edad que viven en instituciones de diversos tipos fueron diagnosticadas con demencia. La cifra de personas que están en instituciones en el grupo de 65 a 74 años fue de 40% y de 66% para las mayores de 85 años.

El tratamiento de la demencia se enfoca en reducir la angustia que experimentan los pacientes y mejorar su funcionamiento conductual y cognitivo; reducir la angustia de los miembros de la familia que los cuidan; y, donde sea posible, reducir la necesidad de institucionalizarlos. Los enfoques de tratamiento particulares pueden variar de un caso a otro, dependiendo de la disfunción y sus causas, pero éstas son las áreas principales de intervención que deben considerarse:

1. Capacitación sobre habilidades cognitivas y conductuales para pacientes (por ejemplo, aprender a utilizar etiquetas como una ayuda de memoria para desempeñar varias actividades, como encender y apagar luces o abrir y cerrar las llaves del agua)
2. Actividades de los pacientes (por ejemplo, ejercicio e interacción social)
3. Medicamentos (por ejemplo, para la demencia subyacente y para la depresión asociada con el déficit cognitivo)

4. Capacitación y actividades para los cuidadores (por ejemplo, grupos de apoyo, asesoría familiar, línea telefónica de ayuda, programas educacionales)

## Enfermedad de Alzheimer

*En muy raras ocasiones, dice mi nombre. Con más frecuencia, simplemente aprieta mi brazo y me mantiene frente a él y sus ojos me miran fijamente. Su mano todavía es fuerte, su agarre firme. Las enfermeras me comentan que reconocer mi cara es ahora lo único que todavía lo conecta con la vida que vivió (Kozol, 2000, p. 27).*

El autor Jonathan Kozol describe de esta forma a su anciano padre, quien por casi 50 años dio clases de neurología en la Harvard Medical School, y después desarrolló la enfermedad de Alzheimer. La demencia es un problema, principalmente, de los ancianos. Por muchos años, diversos problemas del envejecimiento fueron agrupados en la categoría “trastornos seniles”. En la actualidad sabemos que diversos tipos de problemas psicológicos y de conducta se presentan entre las personas de edad avanzada. Los ancianos son vulnerables tanto a las serias consecuencias de los cambios cerebrales (como la demencia senil), como a otras condiciones psicológicas (como en los que el papel de los factores orgánicos es mucho menos claro). Por ejemplo, los episodios depresivos aumentan, tanto en la frecuencia como en la profundidad en los últimos años de vida. Es probable que la depresión sea causada por el comienzo de una enfermedad o incapacidad, o la muerte del cónyuge; sin embargo, con el tiempo, la mayoría de las personas se adaptan a estos cambios. La mayoría de las depresiones severas en la edad avanzada son recaídas, aunque pueden presentarse nuevos casos aun después de los 75 años. También son comunes los trastornos paranoides e hipocondriacos en las personas mayores.

Un importante desafío clínico que deben enfrentar los ancianos es una mayor probabilidad de trastornos en los que exista degeneración cerebral. El siguiente relato fue escrito por un estudiante de medicina, quien estuvo trabajando con un paciente con la enfermedad de Alzheimer. El paciente mostró un significativo déficit cognitivo, y la descripción del estudiante transmite algunas de las realidades de esta insidiosa y desgarradora enfermedad que se relaciona con los ancianos.

*Visitaba a Margo en su casa todos los días. En el camino, compraba en la tienda cualquier cosa que ella necesitara y, en ocasiones, una sorpresa. Sus favoritos eran los emparedados de mantequilla de maní y mermelada con pan blanco. Se podía devorar dos en un momento, sobre todo si tenía leche a la mano. Esto siempre me sorprendía, por el peso de Margo.*

*En el departamento, la sirvienta jamaicana de Margo, Louise, me daba la bienvenida con sonrisas y gestos, quizá porque mi visita significaba una reducción de sus deberes. A Louise le llevaba un rato abrir la puerta, ya que estaba bien cerrada con seguros y cadenas diseñados para evitar que Margo se escapara por las noches. Antes de que se instalaran los seguros, en varias ocasiones, Margo había visto satisfecho su comprensible deseo de explorar la ciudad por su cuenta. Por lo general, la encontrábamos dos días después cuando escuchábamos el informe de*



la policía que describía a una mujer con ropa de dormir que rondaba por Central Park. Durante estas excursiones, habían sucedido cosas malas. ¿Margo entiende que está encerrada por su propia seguridad? [...]

Margo nunca me llamaba por mi nombre. Nunca supe si lo olvidaba de un día para otro o si en realidad me recordaba del todo. Si le preguntaba, decía que sabía quién era. Pero quizá se trataba sólo de cortesía adaptada; quizá parecía que yo deseaba que me recordara (Firlík, 1991, p. 201).

La **enfermedad de Alzheimer** se caracteriza por falta de memoria y confusión. Comparada con la memoria de corto plazo, la memoria de largo plazo se mantiene relativamente intacta. Sin embargo, la demencia que se relaciona con esta enfermedad empeora en forma inevitable. Una señora dijo que no entendía la condición de Alzheimer de su esposo, hasta que una noche ofrecieron una cena en su casa: “Fue una cena muy agradable; todos nos divertimos mucho. Cuando los invitados se preparaban para irse, mi esposo se puso su abrigo para irse con ellos. No sabía que estaba en su propia casa.” El diagnóstico del trastorno se basa en parte en la incapacidad del paciente para responder preguntas sencillas como “¿En qué (año), (estación), (fecha) y (mes) estamos?” y para desempeñar tareas asignadas como “cuente en reversa de un número en particular (por ejemplo, 100) restando de 7 en 7” y “deletree la palabra *mundo* al revés”.

La enfermedad de Alzheimer es, por mucho, la causa principal de deterioro mental entre los ancianos. Aproximadamente cuatro millones de estadounidenses lo padecen. Este mal es la causa de más de 100 000 muertes por año en Estados Unidos, y está en cuarto lugar como causa de muerte después de la enfermedad cardíaca, del cáncer y del derrame cerebral. El promedio de supervivencia a partir del diagnóstico es de aproximadamente ocho años. Al parecer este trastorno tiene dos tipos: esporádico y familiar. Mientras que los síntomas de ambos son similares, el *tipo esporádico* (en la mayoría de los casos) no prevalece en la familia, y el *tipo familiar* sí.

Esta enfermedad representa una gran demanda de recursos para el cuidado de la salud. Las víctimas de la enfermedad constituyen de 50 a 60% de los 1.3 millones de personas en los asilos en Estados Unidos y representa más de la mitad de los varios miles de mi-

llones de dólares que se gastan cada año para el cuidado en los asilos. A medida que la edad promedio en ese país continúe incrementándose, la enfermedad se volverá más común y demandará más recursos. Para el año 2040, el número de personas mayores de 85 años, el segmento de la población de Estados Unidos que crece con mayor rapidez, será cinco veces mayor que en la actualidad. Con base en la proporción de casos que hay actualmente en este grupo de edad, se calcula que, para ese año, la cantidad de casos de la enfermedad de Alzheimer puede exceder los seis millones. Esta enfermedad también es la forma más común de **demencia presenil**, que tiene un inicio temprano y puede presentarse hasta en una persona de alrededor de 30 años. Por lo general, en estos casos provoca un deterioro intelectual con lapsos de amnesia cada vez mayores. El porcentaje de evolución del trastorno tiende a ser más rápido en estos casos de inicio temprano.

Tanto en la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano como en la enfermedad senil, la destrucción progresiva del tejido nervioso lleva al deterioro del lenguaje, movimientos involuntarios de brazos y piernas y, en algunos casos, convulsiones. Cuando la enfermedad se manifiesta sobre todo en la esfera intelectual, es probable que el individuo experimente gran ansiedad por el deterioro de sus capacidades (ver la tabla 13-6). La paciente que se describe en el siguiente ejemplo, una mujer quien murió a la edad de 47 años del mal de Alzheimer de tipo familiar, había presentado una pérdida progresiva de memoria durante los ocho años anteriores a su muerte:

*Cuando comenzó la enfermedad, con frecuencia repetía las mismas preguntas o historias y por lo regular olvidaba dónde había dejado objetos. No tenía una preparación formal y trabajaba como ama de casa. Durante los años subsecuentes, comenzó a tener problemas para preparar las comidas, descuidaba sus obligaciones familiares y parecía apática. No terminaba las actividades que comenzaba y se aisló de otras personas. Cuatro años después del comienzo de la pérdida de memoria, comenzó a agitarse, en ocasiones se volvía agresiva y comenzó a deambular. Descuidaba su higiene personal y su lenguaje se deterioró. Durante seis años después del inicio de su enfermedad (dos años antes de morir), desarrolló incontinencia urinaria y, en ocasiones, fecal.*

| TABLA 13-6                                                                                |                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapas en la reducción cognitiva que acompañan la enfermedad de Alzheimer                 |                                                                                                                |
| Etapas                                                                                    | Ejemplos                                                                                                       |
| 1. Se queja del déficit de memoria                                                        | Olvidar nombres que se conocían muy bien                                                                       |
| 2. Aumenta el déficit cognitivo y los signos de confusión                                 | Perder o dejar en un lugar equivocado un objeto de valor                                                       |
| 3. Reducción cognitiva moderadamente severa y confusión intensificada (demencia temprana) | Incapacidad para recordar aspectos importantes de la vida de sí mismo, como los nombres de familiares cercanos |
| 4. Reducción cognitiva y confusión severas (demencia intermedia)                          | Dificultad para recordar los eventos y experiencias recientes                                                  |
| 5. Reducción cognitiva y confusión muy severas (demencia tardía)                          | Pérdida de las habilidades verbales, necesidad de ayuda para comer e ir al baño                                |

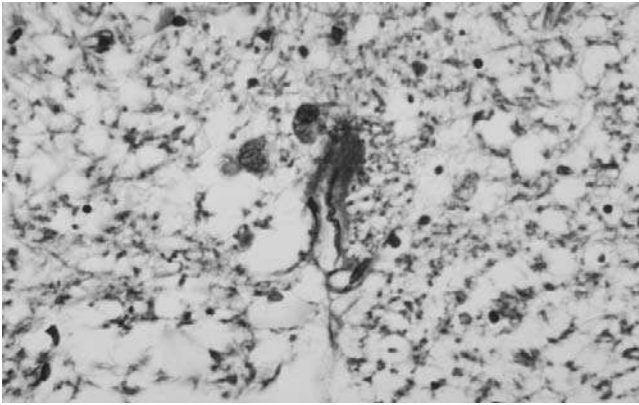


**Figura 13-5** Sección cerebral de un paciente de 57 años con Alzheimer de tipo familiar, que muestra placas en la corteza cerebral frontal.

FUENTE: Lopera y cols., 1997, p. 797.

**Direcciones de la investigación** Un médico alemán, Alois Alzheimer, identificó por primera vez la enfermedad que lleva su nombre en 1906. Su paciente, una mujer de 51 años, sufría de pérdida de memoria, desorientación y, más adelante, demencia severa. Después de la muerte de ésta, Alzheimer llevó a cabo la autopsia del cerebro y encontró las dos características distintivas de la enfermedad: masas confusas de células nerviosas y fragmentos de ramificaciones de células nerviosas desintegradas conocidas como placas (ver la figura 13-5). Debido a que los pacientes que estudió Alzheimer eran relativamente jóvenes, creyó que la enfermedad se presentaba en la edad intermedia; el médico y sus contemporáneos consideraron que los síntomas similares en personas mayores eran una consecuencia natural del envejecimiento. En la actualidad, este punto de vista ya se descartó. Las demencias de la enfermedad de Alzheimer parecen comprender un proceso patológico específico en lugar de ser una consecuencia normal del envejecimiento. Los investigadores han recurrido a muchas fuentes de información sobre las causas posibles de la enfermedad. Cada vez hay más razones para creer que los distintos casos de la enfermedad de Alzheimer pueden surgir de causas diferentes. En lugar de ser

una sola enfermedad, es probable que el mal sea un grupo de trastornos estrechamente relacionados que comprenden factores genéticos y no genéticos.

**Neuroquímicos y el cerebro** Una de las claves de la enfermedad de Alzheimer puede ser cierto tipo de célula cerebral, la célula colinérgica, que participa en la memoria y el aprendizaje. Esas células liberan un importante mensajero químico llamado *acetilcolina*. La acetilcolina desempeña un papel clave en la actividad cerebral. Cuando es liberada por las células colinérgicas, estimula las células cercanas y hace que liberen otros químicos y éstos a su vez influyen en otras células. Es evidente que el Alzheimer distorsiona este proceso. Por razones que todavía no se comprenden, las personas que padecen esta enfermedad en una etapa avanzada pierden hasta 80% de las células colinérgicas en áreas clave del cerebro. Como resultado de ello, se presenta una reducción dramática de la cantidad de acetilcolina que se produce en el cerebro. Hay una fuerte correlación entre la magnitud de la pérdida de acetilcolina o de las células colinérgicas en el cerebro de un individuo y la severidad de la demencia que padece esa persona. Uno de los puntos de atención de las investigaciones actuales es el desarrollo de fármacos que aumenten la formación de acetilcolina, prevengan su destrucción o estimulen en forma directa los receptores de ésta. Las investigaciones actuales también sugieren que las anomalías bioquímicas detectadas en el Alzheimer no se limitan al sistema colinérgico. También existen deficiencias en otros sistemas, por ejemplo, la pérdida de células del sistema noradrenérgico que es otro sistema de mensajeros químicos.

Por medio de estudios de autopsias, los investigadores saben desde hace tiempo que los pacientes de Alzheimer muestran muerte progresiva de las células nerviosas en muchas áreas del cerebro. Imágenes repetidas de resonancia magnética (IRM) han hecho posible desarrollar, en la actualidad, imágenes del daño de acuerdo con su evolución a lo largo de ciertos periodos. Un estudio encontró que el porcentaje de pérdida de tejido cerebral en pacientes con Alzheimer progresa de 4 a 5% cada año, mientras que en los cerebros sanos se pierde sólo alrededor de 0.5% cada año como resultado de un envejecimiento normal (Thompson y cols., 2003). La figu-

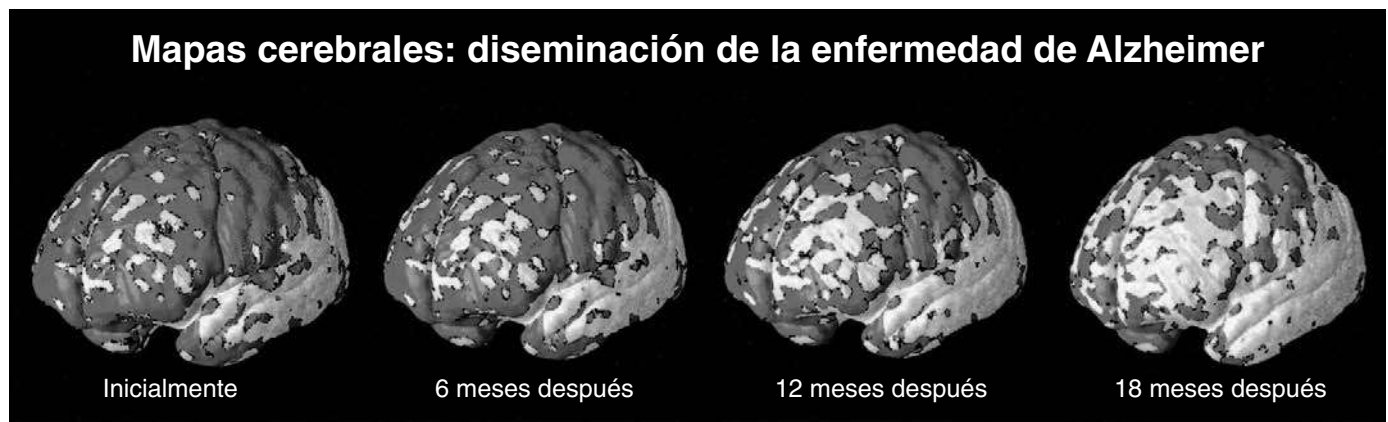


**Figura 13-6** Imágenes por computadora derivadas de exploraciones IRM de 12 pacientes con Alzheimer. Las secuencias muestran que las áreas que participan en la memoria se dañaron primero, y después las estructuras que participan en las emociones y el control de la conducta.

FUENTE: Paul Thompson, University of California, Los Ángeles.

ra 13-6 muestra el daño progresivo de la enfermedad de Alzheimer a lo largo de un periodo de 18 meses.

El hipocampo, el área del cerebro responsable del aprendizaje en la memoria, se está estudiando para determinar el papel que juega en la enfermedad de Alzheimer y en el desarrollo de cambios cerebrales aun antes de que se observen los síntomas típicos. La palabra *hipocampo* viene de la palabra en latín para caballo de mar, porque esta área del cerebro se parece a un caballo de mar cuando se observa en un corte transversal. El hipocampo humano sólo mide unas cuantas pulgadas de largo y se ve como un pequeño dedo torcido. Además, sirve como puerta de entrada de información durante el proceso de aprendizaje, porque determina qué información acerca del mundo debe enviarse a la memoria, y cómo deben codificar y almacenar esta información otras regiones del cerebro.

**Genes** El hecho de que la enfermedad de Alzheimer ocurra con frecuencia en varios miembros de la misma familia sugiere que existe un factor genético. Clínicamente, los síntomas en estos casos se parecen a los que se observan en el tipo esporádico, excepto que los dolores de cabeza antes y durante la enfermedad caracterizan la variedad de inicio temprano.

En la actualidad se ha establecido una base genética para muchos casos de Alzheimer familiar de inicio temprano (Lopera y cols., 1997). Algunos estudios asocian la enfermedad con anomalías en el cromosoma 21, en el que se localiza el gen de una proteína conocida como **beta amiloidea**, que se encuentra en las masas y placas características de la enfermedad de Alzheimer. Estudios de laboratorio demuestran que los fragmentos de beta amiloidea pueden matar las células cerebrales. Sin embargo, no es del todo claro si la presencia de beta amiloidea en el cerebro de las personas con Alzheimer es la causa o el resultado del proceso de degeneración de células cerebrales. La degeneración puede deberse a un gen llamado apolipoproteína E (Apo E-E4). Este gen puede ser un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, así como el colesterol alto es un factor de riesgo para la enfermedad cardíaca (Hardy y Selkoe, 2002).

**Pronóstico de la enfermedad de Alzheimer** Se están realizando esfuerzos para identificar a los individuos propensos al Alzheimer. Existe creciente evidencia de que, en la fase preclínica, los afectados por la enfermedad tienen problemas de memoria y funciones ejecutables cuantificables (por ejemplo, decidir el curso de acción y llevarlo a cabo) (Squire y Schacter, 2002). Los cerebros de las personas con un riesgo genético de padecer la enfermedad tienen que trabajar más de lo normal para desempeñar sencillas tareas de memoria, mucho antes de desarrollar síntomas externos de la enfermedad (ver el cuadro 13-2).

El concepto de déficit cognitivo leve (DCL) ha adquirido mucha importancia para los investigadores que tratan de identificar la enfermedad de Alzheimer temprana y distinguir la pérdida de memoria normal que se relaciona con la edad. El **déficit cognitivo leve** se refiere a los signos sutiles pero ominosos del deterioro intelectual que todavía no son lo suficientemente serios como para interferir con la vida diaria. Los neuropsicólogos exploran formas para evaluar indicadores tempranos de deterioro prematuro del

funcionamiento verbal y de ejecución (Johnson y cols., 2002). En la actualidad, estas exploraciones intentan evaluar las medidas de memoria inmediata, atención, cálculo, memoria diferida, lenguaje y habilidades visuales-espaciales. Un signo potencialmente valioso del DCL es la incapacidad para formar recuerdos de eventos que acaban de ocurrir.

La proyección de las influencias hereditarias de la enfermedad de Alzheimer puede revelar marcadores genéticos, y podría permitir la identificación de factores ambientales que influyen en la edad de inicio y la evolución de la enfermedad. Sin embargo, la investigación sobre los aspectos genéticos de este padecimiento se complica por el hecho de que la enfermedad se presenta tan tarde en la vida, y por ello muchas personas que pudieran estar destinadas a tenerlo mueren antes por otras causas. Sin embargo, el trabajo sobre este tema se está acelerando, y existe una razón para esperar que las diversas formas de la enfermedad se puedan identificar confiablemente, junto con los genes asociados con ellos. Hasta el momento, todas las alteraciones genéticas conocidas, que subyacen a la enfermedad de Alzheimer familiar, aumentan la producción de la proteína beta amiloidea en el cerebro (Selkoe, 1997).

Algunos investigadores estudian las posibles relaciones entre la dieta y la enfermedad. Si existiera una relación, los cambios en la dieta podrían prevenir o retardar el deterioro por Alzheimer. Un problema con esta vía de investigación es que, aun si se encontrara una correlación entre la dieta y el deterioro cognitivo, no demuestra causalidad. A pesar de este hecho, las correlaciones pueden proporcionar claves para relaciones causales que se pueden investigar con mayor detalle. Existe evidencia de que las personas que consumen una cantidad moderada de alcohol todos los días tienen un menor riesgo de demencia, y lo mismo parece ser válido para las personas que toman medicamentos para disminuir el colesterol y ciertos suplementos dietéticos (Ruitenberg y cols., 2002; Rockwood y cols., 2002).

**El efecto de la enfermedad de Alzheimer en la familia** Los desafíos que enfrentan las personas que viven y cuidan a pacientes con Alzheimer son considerables. Algunas de las preocupaciones conductuales más comunes de los cuidadores respecto de las personas de las que se encargan son las siguientes:

- **Depresión.** La infelicidad y el aislamiento son comunes en los pacientes.
- **Hostilidad y agresividad.** Los pacientes pueden ser egoístas y hostiles.
- **Desorientación.** El paciente se sentirá cada vez más confundido con respecto a las personas, los lugares y el tiempo.
- **Vagabundeo.** El vagabundeo y la inquietud son problemas comunes.
- **Ansiedad y suspicacia.** Se presentan preocupaciones y pensamientos paranoicos.

Además de buscar las causas del Alzheimer, los investigadores intentan encontrar formas de tratar no sólo a los pacientes sino también a los cuidadores. Quienes se encargan de las personas con Alzheimer con frecuencia experimentan un estrés severo. La inves-

## INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

## CUADRO 13-2

## Primeros indicadores de la enfermedad de Alzheimer

Un estudio de los cerebros de personas ancianas que murieron en accidentes automovilísticos en Suecia y Finlandia, demostró que un porcentaje inusualmente alto, casi la mitad, mostraban signos de enfermedad de Alzheimer temprana (Lundberg y cols., 1997), aunque la condición no se había diagnosticado antes de su muerte. Se concluyó que, incluso en sus etapas preliminares, el Alzheimer puede causar un déficit mental suficiente para que el conducir sea peligroso. Ésta es una forma adicional en la que la demencia contribuye a incrementar los problemas de la sociedad. Es probable que futuras investigaciones puedan proporcionar información relevante sobre el momento en el que la demencia que se presenta en esta enfermedad, afecta la habilidad para conducir y otro tipo de actividades.

Si fuera posible encontrar indicadores incipientes de Alzheimer en personas genéti-

camente vulnerables, sería posible desarrollar formas para prevenir los serios efectos más adelante en la vida. Por ejemplo, el oportuno tratamiento con medicamentos puede ser benéfico. Un estudio reciente se enfocó en un grupo de individuos con un alto riesgo genético de contraer Alzheimer (Bookheimer y cols., 2000). Cuando les aplicaron la prueba tenían una función de memoria normal. Mientras que este grupo de alto riesgo realizó las mismas pruebas iniciales de memoria que el grupo de comparación con un riesgo normal para la enfermedad, la exploración con resonancia magnética (IRM) descubrió que sus cerebros tenían que trabajar más. La tabla 13-7 muestra unos reactivos para medir la memoria y la figura 13-7, ejemplos de una imagen de IR de un paciente con alto riesgo y uno del grupo normal. Esto podría indicar que el cerebro de las personas con alto riesgo compensaban un leve déficit. Los sujetos cuyos cerebros trabajaron más durante la prueba de memoria tenían mayor probabilidad de mostrar marcada reducción en la capacidad de la memoria verbal para realizar las pruebas dos años más tarde.

Los resultados de este estudio de imágenes del cerebro son congruentes con otros estudios que proporcionan evidencia de los

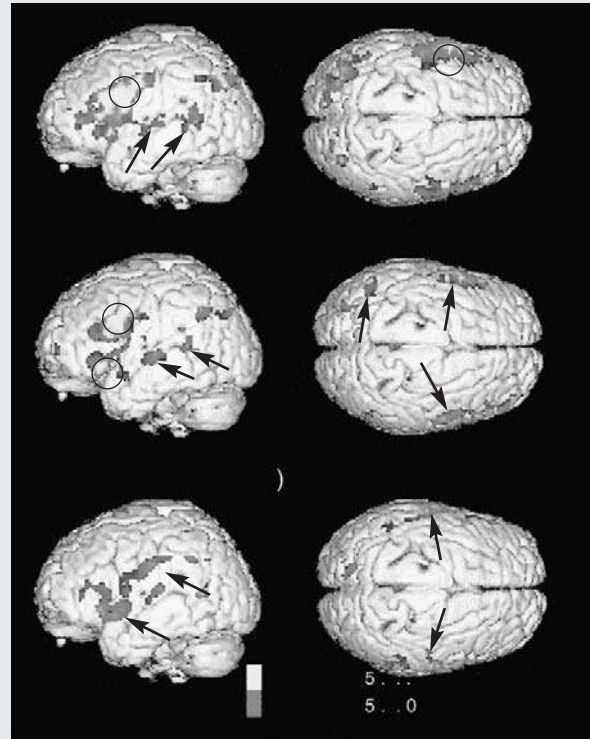


**Figura 13-7** Cerebros de personas que están en riesgo de padecer Alzheimer (imágenes arriba) comparadas con los cerebros normales (abajo) durante una prueba de memoria. Las áreas circuladas indican el intenso esfuerzo, seguido por las flechas.

FUENTE: Bookheimer y col., 2000.

cambios físicos en el cerebro años antes de que ocurran los problemas inusuales de memoria. Es probable que la futura investigación se preocupe por la forma en que esta evidencia de los cambios físicos iniciales pueda utilizarse de manera preventiva. Por ejemplo, podría ser posible alterar el gen de la proteína beta amiloidea que se considera un factor de riesgo en la enfermedad de Alzheimer.

**TABLA 13-7**

**Un rubro que se utiliza en la prueba de memoria**

Se les lee a los sujetos siete pares de palabras; después la primera palabra de cada par y se le pide que recuerde la segunda. El ejercicio con los pares se repite cinco veces en diferente orden.

|         |          |
|---------|----------|
| pequeño | llave    |
| agua    | sobre    |
| niña    | brazo    |
| zapato  | leche    |
| huevo   | debajo   |
| día     | valle    |
| afuera  | martillo |

tigación sobre los aspectos estresantes del cuidado de las víctimas de la enfermedad de Alzheimer demuestra que la sensación de falta de control sobre lo que sucederá más adelante es muy importante (González-Salvador y cols., 1999). Además, las personas que cuidan al paciente se sienten aisladas, incapaces de controlar en forma eficaz el estrés continuo, y confundidas por sus propias reacciones. Los grupos de apoyo y la terapia de grupo pueden ser muy valiosos pues permiten que los familiares expresen sus sentimientos, sobre todo aquellos que consideran inaceptables (por ejemplo,

enojo y desilusión). La oportunidad de comparar sus experiencias con las de individuos que pasan por la misma situación con frecuencia hace que se den cuenta de que esos sentimientos son normales y comprensibles.

Las siguientes estrategias de afrontamiento pueden ser útiles para ayudar a los cuidadores de pacientes con Alzheimer:

1. Intentar aumentar las actividades que antes disfrutaban los pacientes y que todavía pueden realizar. Tratar de que participen



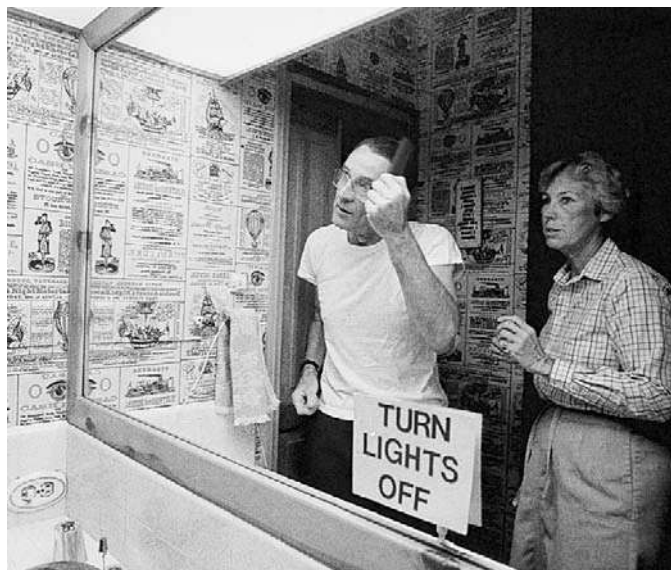


**Figura 13-8** La enfermedad de Alzheimer tiene un efecto muy profundo, no sólo en la persona que lo desarrolla, sino también en la vida de todos los miembros de la familia. En esta casa, se emplean recordatorios para reducir los problemas de memoria que crea el Alzheimer.

en cada una de ellas, quizá con algún otro miembro de la familia o un amigo. Hablar con ellos, rememorar a la familia, a los amigos y otras actividades.

2. Enfrentar la situación y tratar de razonar con el paciente no funciona. Hacerle sentir seguridad y estar tranquilo pueden ayudar a reducir la hostilidad. También puede ser útil tratar de distraerlo con preguntas sobre el problema y cambiar su atención en forma gradual hacia algo distinto.
3. Poner etiquetas a los objetos o pintar con colores clave las habitaciones (como el baño o la recámara) puede aligerar algunos problemas en las primeras etapas de la enfermedad (ver la figura 13-8). Hablar con voz tranquila y hacer que los pacientes se sientan seguros de dónde están y quiénes son, puede ayudar a aliviar los sentimientos de estar perdido y solo.
4. Mantener la casa ordenada es un aspecto importante para que no exista más confusión ni peligro para el paciente mientras camina por el que alguna vez fue un ambiente familiar. Las pulseras de identificación y las cerraduras de seguridad son otros instrumentos útiles para los individuos que se inclinan por vagabundear. Caminar y realizar otros ejercicios físicos puede ayudar a aliviar esos problemas.
5. En realidad no se pueden manejar los temores y las ansiedades del paciente en forma racional y normal. Puede ser útil identificar que le asusta, pero no funciona enfrentarlo en forma directa ni decirle que no hay nada de qué preocuparse. Con frecuencia, es útil desarrollar respuestas tranquilizantes para la situación atemorizante y después distraer al paciente con otro tema.

En razón de que no existe cura, y debido al estrés diario que experimentan los cuidadores, el Alzheimer es una fuente de gran ansiedad para muchas personas. Con demasiada frecuencia, la ansiedad lleva a realizar esfuerzos para lidiar con una preocupación o problema ocultándolo de otras personas, como si fuera algo vergonzoso. Existe la necesidad de sacar las preocupaciones acerca del Alzheimer a la luz, de manera que se pueda aceptar su realidad y manejarla de la forma más constructiva posible. Por esta razón, el anuncio del ex presidente Ronald Reagan en noviembre de 1994 de que sufría de este mal fue una contribución valiosa a la educación pública sobre este padecimiento (ver la figura 13-9).

**Tratamiento** Desde la época de Alois Alzheimer, se ha logrado muy poco progreso en el tratamiento de esta enfermedad, e incluso el diagnóstico es difícil. Mientras el paciente está vivo, el diagnóstico se debe lograr mediante un proceso cuidadoso de eliminación. Por medio de las imágenes cerebrales y otras pruebas, es posible determinar que el paciente no sufrió una serie de pequeños ataques de apoplejía y que no tiene Parkinson, un tumor cerebral, depresión, una reacción adversa a medicamentos u otros trastornos que pueden provocar demencia. Sin embargo, las posibilidades de realizar un diagnóstico preciso del Alzheimer en los pacientes vivos se han incrementado con el descubrimiento de que la mayoría de los pacientes con la enfermedad muestra un patrón característico de reducción de la función metabólica o del flujo de sangre en ciertas áreas del cerebro. Debido a que, hasta el momento, no se ha encontrado otra enfermedad con síntomas de confusión y deterioro intelectual que muestre este patrón, las técnicas de exploración proporcionan una valiosa clave para el diagnóstico, a pesar de que no ofrecen la información suficiente para estar seguros de que el paciente padece de Alzheimer.

El conocimiento cada vez mayor sobre el papel de las anomalías genéticas en el Alzheimer puede llevar a métodos de tratamiento eficaces. Existen varias formas en que se puede evitar que la formación de la beta amiloidea mate las células nerviosas en el cerebro. Por ejemplo, ciertos medicamentos pueden realizar esta tarea. Sin embargo, el progreso en el tratamiento de la enfermedad no depende sólo de detener el proceso de la formación de beta amiloidea. Los medicamentos que sólo retrasan el proceso podrían ser de enorme valor. Debido a que los síntomas de esta enfermedad con frecuencia no son evidentes hasta la edad avanzada, sólo retrasar su aparición cinco años o podría reducir en 50% el número de casos.

Además de la terapia con medicamentos, las intervenciones psicosociales pueden ser útiles para posponer la institucionalización y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Los grupos de apoyo y la capacitación de habilidades para los cuidadores parecen ser enfoques prometedores. Algunas de las técnicas que se utilizan en la capacitación de habilidades son el modelamiento, la representación de papeles y la retroalimentación correctiva. También podría ser de utilidad proveer información pertinente sobre los efectos conductuales de la enfermedad.

**Figura 13-9** Ronald Reagan, ex presidente de Estados Unidos, y su esposa Nancy, posaron para esta fotografía durante su primera aparición pública después de anunciar que se le había diagnosticado Alzheimer. En 1998, Patti Davis, hija de Ronald Reagan, comentó:

*Aunque mi padre no tiene dolor, cada mes el Alzheimer se apodera de otra parte de él. Para él, así como para todos los que tienen esta enfermedad, el tiempo es su enemigo. Todo se vuelve cada vez más desordenado, confuso, reducido y vacío (New York Times Magazine, 27 de diciembre de 1998, p. 58).*

Reagan murió a causa de esta enfermedad en junio del 2004, 10 años después de su diagnóstico.



Los investigadores y científicos que intentan lidiar con esta enfermedad enfrentan cuatro desafíos científicos y del cuidado clínico:

1. Determinar las causas neurobiológicas fundamentales de la enfermedad;
2. Desarrollar tratamientos más eficaces que eviten su aparición e impidan o den marcha atrás a su evolución;
3. Proporcionar un cuidado clínico sensible para las personas que ya fueron diagnosticados; y
4. Apoyar a los familiares durante todo el curso de la enfermedad con asesoría, tratamiento y cuidado experto.

**¿Se puede prevenir el Alzheimer?** En el capítulo 6 vimos que los factores psicológicos y sociales juegan papeles significativos en varios trastornos físicos. ¿Este enfoque se aplica a la enfermedad del Alzheimer? Todavía no se tiene una respuesta definitiva a esta pregunta, pero hay puntos que merecen mayor estudio.

Un punto proviene de los estudios enfocados en fortalecer las habilidades cognitivas de personas mayores. La participación frecuente en actividades cognitivamente estimulantes (por ejemplo, leer el periódico y libros, escuchar la radio, jugar juegos como cartas y juego de damas, resolver crucigramas) parece estar asociada con un riesgo reducido de padecer Alzheimer (R.S. Wilson y cols., 2002). Otros estudios de los efectos protectores de una estimulación intelectual en la edad adulta han demostrado que la capacitación

sobre la forma de recordar palabras y secuencias de objetos, realizar pruebas de práctica y organizar listas de palabras en categorías significativas reducen el riesgo de demencia (Ball y cols., 2002). Por un lado, los investigadores tratan de encontrar conexiones entre la estimulación intelectual, la actividad física y la participación social con las personas mayores y, por el otro, lograr un envejecimiento exitoso (por ejemplo, evitar la demencia). Sin embargo, la mayor parte de la evidencia disponible es correlacional, y se necesitan más estudios longitudinales y experimentales.

Otra línea de investigación que se está explorando se enfoca en las vitaminas, medicamentos y alimentos que pudieran bloquear la producción de proteínas que forman depósitos en el cerebro de los pacientes con Alzheimer. El litio, que se ha utilizado durante muchos años para el tratamiento de trastornos bipolares, ha demostrado que puede bloquear la producción de estas proteínas en los ratones de laboratorio (Phiel y cols., 2003). Todavía no se sabe si ello es posible en el caso de los seres humanos. Sería interesante examinar la prevalencia de la enfermedad en personas que ya toman litio para el trastorno bipolar.

Se necesita mayor investigación para determinar si las sustancias que se ingieren por cualquier razón pueden contribuir de manera inadvertida a la demencia, además de evaluar los efectos de sustancias, como el litio o las vitaminas, que pudieran utilizarse en la lucha contra este padecimiento. Por ejemplo, muchas mujeres posmenopáusicas que han tomado la terapia de reemplazo de hormonas corren el riesgo de incrementar su vulnerabilidad al Alzheimer. Un estudio descubrió que las mujeres mayores de 65 años que

tomaron estrógeno y progestina tenían el doble de riesgo que las mujeres que no habían tomado la terapia de reemplazo de hormonas (Shumaker y cols., 2003).

## Enfermedad de Pick

La **enfermedad de Pick** es mucho menos común que el Alzheimer. Mientras que el riesgo de Alzheimer se incrementa de manera continua durante la edad adulta, la enfermedad de Pick es más probable que se desarrolle entre los 60 y 70 años. Después de este periodo, el riesgo se reduce. Sus síntomas son tan similares a los del Alzheimer que es necesaria una autopsia para distinguir ambas enfermedades. Las personas que mueren por la enfermedad de Pick muestran una forma característica de atrofia cerebral. Entre las personas mayores de 40 años, se puede esperar que 24 de cada 100 000 mueran a causa de esta enfermedad. Los hombres presentan un riesgo mayor de desarrollarla que las mujeres (Sadock y Sadock, 2003).

Como en el caso del Alzheimer, no se conoce ninguna curación para ella (o para cualquiera de las otras demencias seniles y preseniles). Su tratamiento consiste sobre todo en apoyos emocionales y sedantes. Se hacen esfuerzos por estructurar la vida del paciente de modo que sus días transcurran sin complicaciones y para evitar la presión y tensión. Estas medidas pueden mejorar la calidad de vida de los afectados con estos trastornos.

## Enfermedad de Huntington

La **enfermedad Huntington**, o *corea de Huntington*, es un trastorno hereditario raro que se transmite por un solo gen dominante y se caracteriza por una degeneración progresiva del tejido cerebral. Puede empezar en cualquier momento, desde la niñez hasta los últimos años de vida, pero la aparición ocurre con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años. Aunque la enfermedad fue descrita desde la Edad Media, George Huntington, un médico estadounidense, dio el primer informe detallado en 1872. Él y otros médicos utilizaron la palabra *corea* (que proviene de la misma raíz griega que *coreografía* y que significa "bailar") para describir el trastorno debido a que los movimientos inusuales, típicos de la enfermedad, tenían cierta similitud con los movimientos de baile. Hoy en día existen alrededor de 300 00 casos en Estados Unidos. Tal vez otras 150 000 personas tienen 50% de riesgo hereditario de desarrollar la enfermedad.

La enfermedad de Huntington es un **trastorno dominante autosomal**, es decir, no relacionado con el género que puede ser heredado sólo si uno de los padres transmite un gen defectuoso (ver la figura 13-10). En razón de que la enfermedad se hereda por medio de un solo gen dominante, cada hijo de un padre afectado tiene una probabilidad de 50% de heredar el trastorno. No hay salto de generaciones y, hasta hace poco, no había ninguna forma de diferenciar a los portadores del gen de los no portadores hasta la aparición de los síntomas. El hecho de que la enfermedad de Huntington no se manifiesta por sí misma hasta la edad intermedia significa que miembros de familias que pueden estar afectados deben

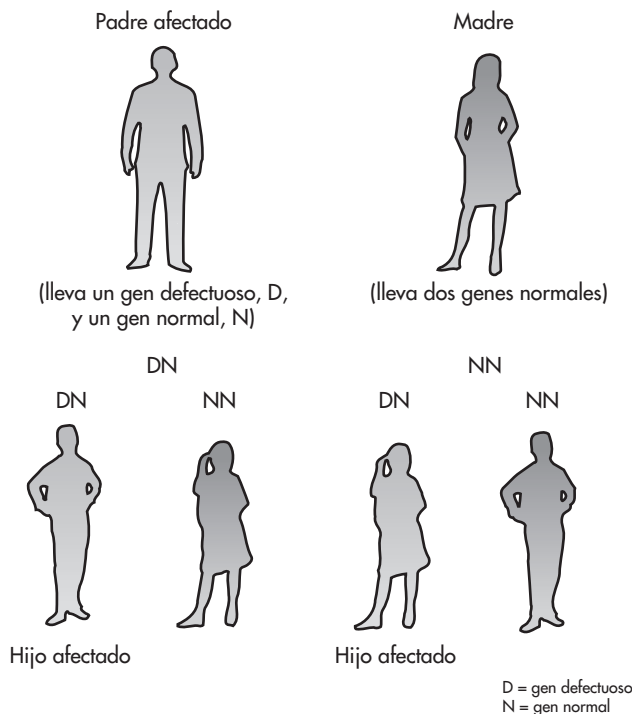


**Figura 13-10** Los trastornos dominante autosomales (como la enfermedad de Huntington) son heredados cuando un padre que lleva el gen defectuoso lo transmite a la siguiente generación. Este dibujo muestra que los hijos tienen 50-50 de probabilidad de heredar un trastorno del padre que lo padece. En cualquier familia, es posible que todos o ninguno de los hijos herede el gen defectuoso.

pasar la niñez, adolescencia y los primeros años de la edad adulta sin saber si desarrollarán el trastorno o no.

En la enfermedad de Huntington se observan cuatro tipos de síntomas: demencia, irritabilidad y apatía, depresión y ansiedad, alucinaciones y delirios (Paulsen y cols., 2001). Además, existen movimientos *coreicos*, esto es, movimientos involuntarios, espasmódicos y de torsión del cuello, el tronco y las extremidades, así como muchos gestos faciales. Los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad son aún más devastadores que los físicos. Se han descrito varias alteraciones conductuales en las personas con la enfermedad de Huntington. Mientras que algunos de estos síntomas pueden ser parte de la reacción psicológica por tener esta condición neurológica, hay evidencia de que muchos pacientes muestran síntomas psiquiátricos antes de que los síntomas físicos sean evidentes. Esto sugiere que el gen de la enfermedad de Huntington no se "activa" de pronto en el momento en que aparecen los movimientos involuntarios.

Por lo general, la depresión es uno de los síntomas psicológicos con la que se asocia. Las obsesiones y compulsiones también se ven en los casos de la enfermedad de Huntington (DeMarchi y Mennella, 2000). No se han podido descubrir las vinculaciones entre las condiciones neurológicas y psicológicas. A medida que se desarrolla la enfermedad, la persona experimenta una dificultad



cada vez mayor para almacenar y recuperar los recuerdos. Existe también evidencia de que los puntajes de las pruebas de inteligencia disminuyen de manera progresiva en el periodo inmediatamente anterior a la aparición de los movimientos coreicos característicos.

Es probable que se presenten conducta impulsiva y pensamiento paranoide y depresivo conforme progresa la enfermedad y la vida de la familia se ve afectada. No está claro si estos componentes conductuales de la enfermedad de Huntington tienen una causa orgánica o si se trata de reacciones psicológicas ante el deterioro físico. Sin embargo, las personas que la padecen tienen una deficiencia de un neurotransmisor, el **ácido gamma aminobutírico (GABA)**.

Una víctima famosa de la enfermedad de Huntington, el cantante y compositor de música folclórica, Woody Guthrie murió en 1967 a la edad de 55 años después de sufrir la enfermedad de Huntington durante 13 años. Debido a que en esa época el conocimiento sobre la enfermedad no era tan avanzado, fue diagnosticado de manera errónea como un alcohólico antes de que se hiciera el diagnóstico correcto.

En la región de San Luis, en Venezuela, la prevalencia de la enfermedad de Huntington es 700 veces mayor que en Estados Unidos. En una población de 3000 personas aproximadamente, alrededor de 150 individuos la padecen y 1500 más presentan un riesgo elevado de desarrollarla. Esto se debe a que San Luis es el hogar de unas cuantas familias con muchos miembros afectados. Por mucho, la más extensa de estas familias es la familia Soto, que tiene la mayor concentración que se conoce de la enfermedad de Huntington de cualquier familia en el mundo. Esta incidencia tan alta de la enfermedad en una familia ofrece a los científicos una oportunidad poco común de estudiar este raro trastorno (ver la figura 13-11).

Al estudiar con detenimiento la sangre de Iris del Valle Soto y otros miembros de su extensa familia de casi 4000 personas que cubren ocho generaciones, en 1993 los investigadores lograron un gran adelanto. Señalaron el lugar en el par de cromosomas específico (cromosoma 4) en el cual se localiza el gen de la enfermedad de Huntington (Gusella y MacDonald, 1994). Éste fue un primer paso importante hacia el desarrollo de una prueba de diagnóstico para la enfermedad y quizá, con el tiempo, un tratamiento. La prueba genética de diagnóstico se utiliza en varios centros clínicos de Canadá y Estados Unidos. Nancy Wexler, psicóloga y presidenta del Hereditary Disease Foundation, ha sido una importante líder en la organización de investigaciones sobre la enfermedad de Huntington (ver figura 13-12).

Hasta el momento, muchas personas para las que la prueba está disponible no han decidido someterse a ella. En un estudio que se llevó a cabo en Canadá, a los individuos que presentaban riesgo y se sometieron a la prueba en forma voluntaria también se les evaluó el bienestar psicológico antes de la prueba genética y en varios intervalos posteriores (Hayden, 1991). Como podía esperarse, los que supieron que eran propensos a desarrollar la enfermedad se sintieron muy preocupados al escuchar los resultados por primera vez. Sin embargo, seis meses después su estado psicológico era mejor que antes de la prueba, a pesar de que se preocupaban cuando notaban algo acerca de su comportamiento, por ejemplo, tropezarse con un reborde, que pudiera ser un síntoma temprano. Las personas a quienes la prueba indicó que estaban libres del gen de Huntington primero se alegraron, pero después parecían tropezar emocionalmente por muchas razones. Los individuos que habían tomado decisiones irreversibles con base en la preocupación por su estado genético, por ejemplo, esterilizarse para evitar la transmisión del gen de Huntington, se vieron afectados en forma negativa. Otro grupo que fue afectado de manera negativa por la noticia

**Figura 13-11** Algunos de los miembros de una extensa familia venezolana, la familia Soto, cuyos miembros presentan un riesgo excepcionalmente elevado de padecer la enfermedad de Huntington. Al donar su ADN para los estudios, los miembros de la familia ayudaron en la búsqueda de la ubicación del gen que provoca esta enfermedad. Aquí se muestran algunos de los miembros de la familia que disfrutaban de una fiesta de sandías.







**Figura 13-12** Desde que le informaron que su familia sufría la enfermedad de Huntington, Nancy Wexler ha sido una líder que motiva la investigación de su causa. En 1993 le otorgaron el prestigioso premio Albert Lasker Public Service Award. Esta mención acompañaba al premio: "Saber que su familia sufría de la enfermedad no la hizo lamentarse por su situación, sino enfrentarse al reto y utilizar la adversidad para establecer una meta de vida, conquistar este inicio tardío del trastorno genético que es invariablemente fatal." En esta fotografía está con su hermana Alice (derecha), historiadora, y su padre, Milton, psicoanalista.

de que no portaba el gen fueron quienes habían tenido expectativas irreales sobre la forma en que la prueba de predicción cambiaría su vida. Existieron cantidades similares de reacciones psicológicas negativas en los grupos que recibieron buenas y malas noticias. En general, las personas que habían experimentado problemas psicológicos antes de la prueba tuvieron el peor resultado sin importar el de la prueba. Los resultados del estudio muestran con claridad la importancia de incluir servicios de asesoría y apoyo en los programas de pruebas genéticas.

## Enfermedad de Parkinson

Al igual que la enfermedad de Huntington, el **Parkinson** es progresivo y puede empezar a los 50 años. Sus síntomas incluyen temblores, rigidez, una apariencia facial sin expresión como la de una máscara y pérdida del poder vocal. La enfermedad de Parkinson afecta a alrededor de 1% de la población y hasta 2.5% de la población mayor de 70 años (Marsh, 2000). Una persona con Parkinson muestra aislamiento social, capacidad intelectual reducida y rigidez para manejar sus problemas. La mayoría de los pacientes que lo padecen parecen tener sobrecontrol emocional. Al igual que con la enfermedad de Huntington, es difícil determinar qué parte de la desadaptación conductual que se asocia con el Parkinson se debe al proceso orgánico y qué parte a la reacción psicológica del paciente ante éste.

Hay evidencias que demuestran que el cerebro de los pacientes con Parkinson presenta un déficit en el neurotransmisor *dopamina*. A diferencia de las demencias que se han analizado hasta el momento, hay un tratamiento medianamente eficaz para este tras-

torno. Un fármaco que se conoce como *L-dopa* se utiliza para aliviar algunos síntomas. Sin embargo, sus efectos secundarios más comunes incluyen náusea y vómito debilitantes. Un avance promotor en la comprensión de esta enfermedad es el descubrimiento de una nueva proteína (factor neurotrópico derivado de línea celular glial, o GDNF) que puede promover la secreción de dopamina y por consiguiente contrarrestar la degeneración que se observa en los afectados (R. Weiss, 1993). El mapeo del genoma humano ha identificado varias mutaciones genéticas que parecen estar relacionadas con el desarrollo de la enfermedad de Parkinson, como resultado de lo cual actualmente se evalúa la terapia genética para esta enfermedad.

## Trauma cerebral: lesiones, tumores e infecciones

Las heridas generales, tumores e infecciones puedan causar demencia y otras serias condiciones agudas y crónicas. La naturaleza del daño al cerebro influye de manera importante en el funcionamiento de la persona.

**Lesiones y tumores** Las lesiones traumáticas cerebrales son una causa común de los trastornos mentales (Varney y Roberts, 1999). En Estados Unidos, al año más de 500 000 personas sufren daños severos en el cerebro. Como deja en claro el caso de Sarah Monahan que se presenta en el cuadro 13-1, los principales daños cerebrales pueden tener profundas consecuencias cognitivas y conductuales. Los pacientes con daños menos severos también pueden sufrir de incapacidad psicológica prolongada. Tienen muchas dificultades en varias áreas del funcionamiento, que incluyen el trabajo, la escuela y las actividades de descanso y quizá muestren cambios de personalidad extremos.

Además de las lesiones en la cabeza, los crecimientos intracraniales (*tumores cerebrales*) pueden llevar tanto a trastornos agudos como crónicos. En muchos casos, es difícil determinar qué cantidad del comportamiento patológico es resultado del daño y qué cantidad representa un patrón permanente de conducta o simplemente una reacción ante el conocimiento de la lesión. La tabla 13-8 enumera algunos de los factores que contribuyen a los efectos de las lesiones cerebrales. Estos factores pueden interactuar de varias maneras.

Por lo general, las lesiones cerebrales se clasifican en tres grupos: 1) **concusiones**, o estados transitorios que cambian en forma momentánea la condición física del cerebro, pero que no provocan daño estructural; 2) **contusiones**, en las cuales tiene lugar un daño estructural difuso y fino (por ejemplo, la ruptura de vasos sanguíneos diminutos); 3) **laceraciones**, que comprenden desgarros o rupturas mayores del tejido cerebral.

En ocasiones, es difícil diagnosticar con precisión la extensión del daño en el cerebro y su efecto potencial en el funcionamiento del mismo. Para analizar cada caso, se utilizan una variedad de pruebas y observaciones, que incluyen la evidencia de fractura en el cráneo por medio de los rayos X, tomografías computarizadas (TC) para determinar el daño del tejido, un análisis de sangre en

TABLA 13-8

## Factores que influyen en los efectos de una lesión en el cerebro

- Edad
- Lugar de la lesión
- Extensión del daño
- Reacciones emocionales ante los déficit físicos y mentales que resultan
- Personalidad y competencia social antes de la lesión
- Apoyo social disponible después de la lesión

el líquido espinal y la observación de los síntomas como el sangrado de los orificios craneales (por ejemplo, los oídos), dolores de cabeza agudos, pérdida prolongada de la conciencia y deterioro de la conducta cognitiva. Las lesiones en la cabeza pueden provocar deterioros específicos muy elevados del funcionamiento motor y cognitivo, pues el grado del deterioro depende de la clase de lesión y dónde se localiza.

Una lesión grave en la cabeza aumenta el riesgo de sufrir depresión y otros trastornos psicológicos 30 a 50 años después de la aparente recuperación total de la persona. En un estudio de veteranos de la Segunda Guerra Mundial, el riesgo de una depresión posterior aumentó de manera constante de acuerdo con la severidad de la lesión (Holsinger y cols., 2002). En otro estudio que se realizó en Finlandia, los seguimientos que se realizaron 30 años después de que las personas se habían recuperado aparentemente de severas lesiones cerebrales traumáticas encontraron que había un aumento del riesgo de trastornos de la personalidad, de delirio y de angustia, así como depresión, mucho tiempo después de la lesión (Koponen y cols., 2002).

En ocasiones, el cerebro sufre un daño no por accidente ni por un golpe, sino por la presión dentro del cráneo, quizá debida a un tumor. En esos casos, la velocidad con que se desarrolla el cuerpo intruso también influye en la cantidad de pérdida. Es probable que un tumor crezca en forma lenta durante un tiempo prolongado antes de que existan evidencias de la presión intracraneal o del cambio conductual (ver el cuadro 13-3). Una buena prognosis en los casos de lesiones o tumor cerebral depende de lo oportuno y preciso del diagnóstico y de la existencia de un tratamiento eficaz.

En algunos casos en los que existe un daño físico conocido, sólo se desarrollan déficit menores. En apariencia, algunas personas se adaptan al daño cerebral menor mejor que otras. En tanto que el daño cerebral puede provocar un comportamiento desadaptado, puede ocurrir lo opuesto: un individuo puede responder de manera desadaptada al saber que tiene un daño cerebral. Además, cualquier tipo de lesión mayor o condición traumática puede dar lugar a una reacción psicológica desadaptada.

Los tumores producen una variedad de cambios fisiológicos y psicológicos porque su presencia provoca un aumento de la presión intracraneal e interfiere con el abastecimiento de sangre al

cerebro. Al igual que con las lesiones en la cabeza, los síntomas de los tumores dependen de su ubicación en el cerebro. Por ejemplo, los tumores que crecen en el lóbulo frontal o cerca de éste, provocan la aparición gradual de cambios mentales, pero una vez más, los síntomas dependen del lugar donde se encuentre el tumor. Un grupo de personas que tiene un tumor en el lóbulo frontal se pueden volver exuberantes y eufóricas, con una conversación llena de risas y bromas. Otro grupo quizá muestre apatía general y aletargamiento para responder. Los trastornos de la memoria son muy comunes entre las personas con tumores cerebrales y, con frecuencia, son las primeras señales notorias de que existe un problema. Los investigadores estudian el grado en el que la capacitación en habilidades de atención y cognitivas puede ayudar a la rehabilitación de los individuos que presentan un daño cerebral.

Al principio de su desarrollo, algunos tumores cerebrales dan como resultado cambios que los neurólogos pueden evaluar. Sin embargo, en ausencia de otra evidencia que sugiera la presencia de un tumor, la importancia que se otorga a los cambios de la personalidad y el comportamiento en muchos casos provoca un diagnóstico erróneo y los síntomas se atribuyen a factores no orgánicos. El papel de los factores orgánicos tal vez se haga evidente más adelante. Por ejemplo, el compositor George Gershwin se sometió al psicoanálisis porque sufría dolores de cabeza agudos. No fue sino hasta poco antes de su muerte que se le diagnosticó un tumor cerebral.

La experiencia de George Gershwin destaca un punto que se ha comentado en varias ocasiones: el valor de un enfoque integrativo de los síntomas, los cuales pueden surgir por una variedad de razones. La figura 13-14 ilustra lo que pueden hacer los golpes a la cabeza en las funciones psicológicas y motrices. En general, siempre es valioso investigar todo lo que posiblemente contribuye a una condición. Un estudio de boxeadores proporciona un ejemplo sobre este punto, algunos de los cuales sí se recuperaron de una lesión cerebral traumática y otros no (Jordan y cols., 1997). ¿Será sólo la mala suerte lo que determina si los boxeadores terminan con un daño cerebral permanente? El estudio mostró que el gen Ap E, que se sabe predispone a las personas a la enfermedad de Alzheimer, también parece estar asociado al fracaso de la recuperación de una lesión en la cabeza. A menudo, la falta de recuperación se atribuye sólo a la lesión en sí, pero una predisposición genética puede interactuar con las condiciones objetivas (por ejemplo, los golpes que los boxeadores se propinan mutuamente en sus cabezas) para determinar si ocurrirá un daño cerebral permanente. Una hipótesis es que las lesiones en la cabeza pueden producir cambios en el cerebro parecidos al Alzheimer, específicamente depósitos de la proteína beta amiloidea, y que las personas con un gen Ap E tienen menos capacidad para reparar esas lesiones.

**Déficit cognitivo asociado con el VIH** Aunque muchos pacientes con SIDA muestran un déficit cognitivo, los individuos que están infectados con VIH pero que no tienen SIDA no muestran evidencia clínica relevante de un déficit cognitivo (Gelder y cols., 2000). Los **déficit cognitivos asociados con el VIH** incluyen olvido, dificultades para concentrarse, aletargamiento mental, dificultades motrices leves y comportamiento apático y aislado. Los primeros síntomas pueden incluir depresión, apatía, irritabilidad y



## RELATOS PERSONALES

## CUADRO 13-3

## Un tumor cerebral maligno

*En realidad no me entiendo estos días. Se supone que debería ser un joven promedio, razonable e inteligente. Sin embargo, últimamente (no puedo recordar cuando empezó todo esto) he sido víctima de muchos pensamientos inusuales e irracionales. Estos pensamientos son recurrentes y requiero de un gran esfuerzo mental para concentrarme en actividades útiles y progresivas. En marzo, cuando mis padres me visitaron, noté mucho estrés. Consulté al doctor Cochran, del Centro de Salud de la universidad, y le pedí que me recomendara a alguien a quien pudiera consultar sobre algunos trastornos psiquiátricos que creía tener. En una ocasión, platiqué con un médico durante dos horas más o menos y traté de comunicarle mis temores de que sentía que me invadían impulsos muy violentos. Después de una sesión, nunca volví a ver al médico y, desde entonces, lucho contra esta agitación mental yo solo y al parecer sin ningún provecho. Después que muera, deseo que se haga una autopsia para ver si existe algún trastorno físico visible. He padecido algunos dolores de cabeza terribles y, durante los últimos tres meses, consumí dos botellas grandes de Excedrin.*

La noche del 31 de julio de 1966, Charles Whitman, un estudiante de la Universidad de Texas, escribió esta nota. Más tarde mató a su esposa y a su madre. La mañana



**Figura 13-13** Charles Whitman, que se muestra en una fotografía de la universidad, mató a su esposa, su madre y a 14 extraños que fueron alcanzados por las balas que disparó desde lo alto de la torre del edificio administrativo de la Universidad de Texas.

siguiente subió a la torre en la universidad con un rifle de alto poder y abrió fuego. Noventa minutos después recibió un disparo que le causó la muerte, pero para ese momento había disparado a 38 personas, matando a 14 de ellas, (ver la figura 13-13).

Debido a la naturaleza tan impactante de este incidente, atrajo la atención general. Hubo muchos intentos por explicar los actos asesinos de Whitman. La carta que escribió

ofrecía varias claves. Se refería a dolores de cabeza intensos y un examen después de su muerte reveló un tumor muy maligno en una región del cerebro que se sabe que participa en el comportamiento agresivo. Algunos expertos sugirieron que las acciones de Whitman eran provocadas por un daño cerebral. La mayoría de las víctimas con tumores cerebrales no se vuelven violentas, pero los efectos conductuales de las lesiones cerebrales y tumores en ocasiones pueden ser confusos y dramáticos.

Otros las consideraron un producto de los “pensamientos inusuales e irracionales” a los que se refiere en la carta. Un estudio sobre la vida de Whitman reveló que había tenido muchas experiencias positivas con las armas y algunos expertos en comportamiento violento las señalaron como un posible factor causal. Otros citaron la referencia que hizo Whitman a “impulsos muy violentos” y sugirieron que esos impulsos habían estado latentes durante varios años y se habían activado debido al estrés reciente que describía en su carta.

No podemos estar seguros sobre cuál de estas causas fue la más importante. Tal vez todas contribuyeron en sus acciones en grados distintos. El caso Whitman ilustra en forma dramática las diferentes perspectivas de las cuales se pueden considerar y explicar un mismo acto.

síntomas psicóticos. Conforme progresa el déficit cognitivo (DC), la mayoría de los pacientes desarrolla una demencia severa con pérdida global de las funciones cognitivas, retraso psicomotor severo, mutismo y debilidad motriz. En algunos pacientes que tienen SIDA se desarrollan síntomas psicóticos. La exploración del cerebro de estos pacientes revela una atrofia cortical.

La demencia relacionada con el SIDA se reconoció recientemente. Debido a que el trastorno por lo general se presenta en personas más jóvenes que no se espera desarrollen demencias, puede haber errores en el diagnóstico. Las reacciones psicológicas típicas ante el diagnóstico del SIDA pueden ocultar un diagnóstico correcto. En razón de que muchos individuos jóvenes presentan diversos comportamientos autodestructivos, como el abuso de las drogas y la actividad sexual promiscua, en el momento en que desarrollan un DC la enfermedad es difícil de tratar e investigar con detenimiento.

**Paresis general** Los trastornos infecciosos tienen una aparición aguda, a pesar de que no se debe descartar la posibilidad de infecciones virales de acción lenta. El sistema nervioso central es

más susceptible a las infecciones orgánicas que otros tejidos del cuerpo. Algunas de estas infecciones no duran mucho tiempo y se han encontrado tratamientos exitosos para muchas infecciones. Sin embargo, si se dejan sin tratamiento algunas de ellas pueden provocar trastornos cerebrales irreversibles.

Las infecciones por sífilis que no reciben tratamiento son un ejemplo de este tipo de condición. Si la sífilis se diagnostica antes de sus etapas terminales, se puede tratar con medicamentos, casi siempre penicilina. El objetivo de los medicamentos es regresar a la normalidad el líquido cerebroespinal, lo que puede requerir de muchos meses. Estos medicamentos llegan a curar al paciente, pero el grado de mejoría depende de la cantidad de neuronas que se destruyeron antes de comenzar el tratamiento. Cuando la destrucción es muy grande, los deterioros del funcionamiento intelectual no se pueden restaurar.

Uno de los resultados de la sífilis que no recibe tratamiento en su etapa final es la **paresis general** o *demencia paralítica*, un deterioro progresivo del funcionamiento psicológico y motriz que da como resultado parálisis, psicosis y, por último, la muerte. Entre los



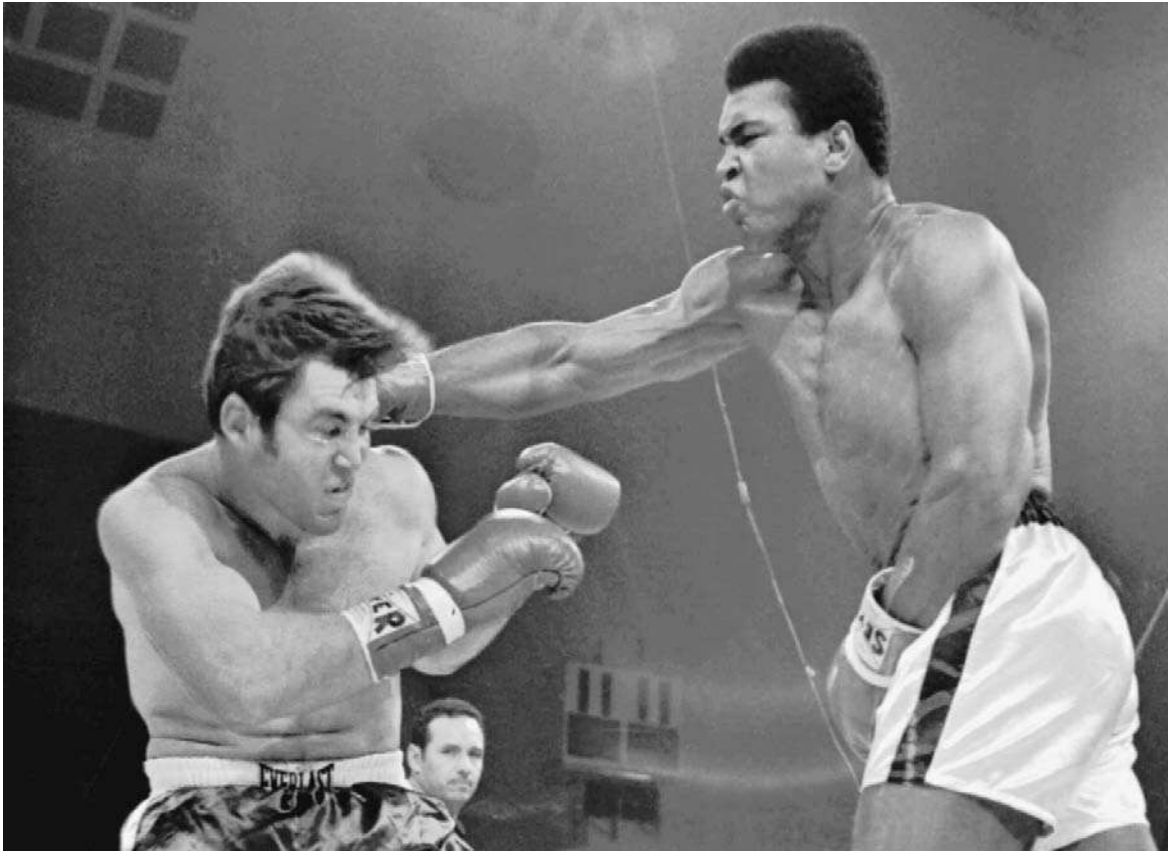


**Figura 13-14** Jerry Quarry, un contendiente de peso pesado de finales de los años sesenta y principios de los setenta, murió en 1999 a la edad de 53 años. La foto lo muestra en una pelea con Muhammad Ali en 1970. En sus últimos años de vida, Quarry estaba severamente debilitado por el daño cerebral causado por el boxeo. Experimentó una pérdida de memoria severa, alucinaciones e incapacidad motora como resultado de frecuentes golpes en la cabeza durante su carrera en el boxeo.

FUENTE: *New York Times*, 5 de enero de 1999, p. A20.

síntomas de la paresis general se encuentran la pérdida de funciones cognitivas, deterioro del lenguaje, temblores de la lengua y los labios y poca coordinación motriz. Estos síntomas son progresivos y con el tiempo llevan a una condición de desamparo. Antes de que se descubriera la causa y el tratamiento de la sífilis, los pacientes con paresis general representaban entre una décima y una tercera parte de los ingresos en los hospitales mentales. Debido a la relación negativa entre el grado de mejoría posible y la extensión del daño cerebral irreversible, la mejor estrategia para reducir la frecuencia de la paresis general es el diagnóstico oportuno y el tratamiento médico de las infecciones por sífilis.

## Trastornos amnésicos

Los **trastornos amnésicos** son alteraciones de la memoria ya sea por los efectos fisiológicos directos de una condición médica o los efectos persistentes de sustancias (drogas, medicamentos o químicos tóxicos). Los individuos con un trastorno amnésico no tienen capacidad para aprender información nueva, o no pueden recordar la información ya aprendida o eventos pasados. El déficit es par-

ticularmente evidente en las áreas de funcionamiento social y ocupacional, y mucho más visible en las tareas verbales y visuales que requieren memoria espontánea. Mientras que los trastornos amnésicos tienen un núcleo común de síntomas, las causas varían dependiendo del área del cerebro que esté afectada. Con frecuencia, un periodo de confusión y desorientación precede a un trastorno amnésico. La mayoría de los pacientes con condiciones amnésicas severas no comprenden su déficit de memoria y pueden realmente negar la presencia de una discapacidad, aunque su presencia sea obvia para los demás. La discapacidad puede ser crónica o transitoria y de corta vida. En el caso de lesiones en la cabeza que causan trauma cerebral, el paciente puede tener amnesia que comprende los periodos justo antes, durante y después de la lesión.

## Diversidad de trastornos por déficit cognitivo

*Delirio, demencia y amnesia* son las tres categorías de déficit cognitivo que se destacan en el DSM-IV-TR. Sin embargo, hay una amplia diversidad de discapacidades que son el resultado de las diver-



sas naturalezas de los eventos que causan la disfunción cerebral (por ejemplo, una lesión cerebral), la ubicación de la lesión o el tipo de enfermedad y la edad del individuo. Por esta razón, muchos pacientes con déficit cognitivo no encajan nítidamente dentro de las categorías diagnósticas estándar. Los accidentes cerebrovasculares y la epilepsia muestran la diversidad de las relaciones disfuncionales entre la conducta y el cerebro.

## Trastornos cerebrovasculares

Los **accidentes cerebrovasculares (ACV)**, o *apoplejía*, son bloqueos o rupturas de los vasos sanguíneos del cerebro. Cuando estos vasos sanguíneos se rompen o se bloquean con un coágulo, una parte del cerebro no recibe el abastecimiento de oxígeno y sangre que necesita, lo cual puede provocar un daño extenso en la zona afectada y cambios obvios en el comportamiento. Cuando los vasos sanguíneos afectados son pequeños y la interferencia con el flujo sanguíneo es temporal, los síntomas son más leves; tal vez sólo confusión, inestabilidad y emocionalidad excesiva. Algunos de los efectos conductuales de una apoplejía pueden ser similares a la demencia que se presentan en los casos de deterioro cerebral; sin embargo, sus síntomas tienen una aparición abrupta característica y a menudo incluye **afasia**, la dificultad para usar o comprender palabras, dificultades para hablar y parálisis del cuerpo.

Las apoplejías son la tercera causa de muerte después de los ataques cardíacos y el cáncer. En Estados Unidos, cada año representan aproximadamente 500 000 nuevos casos y 150 000 muertes. Más de 80% de las personas son mayores de 65 años. Además de la edad, la alta presión sanguínea desempeña un papel importante. La forma más significativa en que la apoplejía se puede prevenir es el tratamiento y control de la alta presión sanguínea. Muchos clínicos han observado que los ACV se presentan con mayor frecuencia en personas que llevan una vida con mucha presión. Estos individuos tienden a sufrir los ACV mientras están relajados o de vacaciones, aunque las razones de esto no están claras.

La depresión y la ansiedad después de una apoplejía inhiben de manera típica la recuperación (Chemerinski y Robinson, 2000). El tratamiento exitoso de estas condiciones psicológicas (a menudo mediante el empleo de antidepresivos) incrementa la probabilidad de afrontar mejor los efectos de la apoplejía.

## Demencia vascular

La **demencia vascular**, también llamada *demencia por infartos múltiples*, es provocada por una serie de accidentes cerebrovasculares menores que se presentan en distintos momentos. La aparición es abrupta y el curso de la enfermedad fluctúa, en lugar de tener un progreso uniforme. El patrón de los déficit es irregular, pues depende de las áreas del cerebro destruidas. A medida que empeora la condición, las áreas relativamente intactas del funcionamiento intelectual se reducen y aumenta el desequilibrio en varias funciones que incluyen la memoria, el pensamiento abstracto, el juicio y el control de los impulsos. La hipertensión puede ser un factor importante en la demencia por infartos múltiples. El control de la alta

presión sanguínea ayuda a evitar este tipo de demencia y reduce la probabilidad de ACV menores adicionales cuando está presente la demencia por infartos múltiples. Es más factible que la demencia vascular ocurra después de los 65 años.

## Síndrome de Korsakoff

Las deficiencias vitamínicas y nutricionales pueden afectar el sistema nervioso. El **síndrome de Korsakoff**, que se presenta en algunos alcohólicos crónicos, es producto de una combinación de alcoholismo y deficiencia de vitamina B1 (tiamina). En este trastorno irreversible, descrito por Sergei Korsakoff en 1887, se pierden los recuerdos recientes y pasados y la persona parece incapaz de crear nuevos recuerdos. Además, existen déficit perceptuales, pérdida de la iniciativa y confabulación. Con frecuencia, el delirium tremens es parte del historial médico del paciente. Cuanto más tiempo haya durado la deficiencia de vitaminas, el individuo responderá menos a la terapia con base en ellas.

## Epilepsia

La **epilepsia** es un desequilibrio transitorio de la función cerebral que se desarrolla de manera repentina, cesa de forma espontánea y es probable que se presente nuevamente. La forma que adquiere este desequilibrio depende del lugar del cerebro en el que se origina, la extensión del área que comprende y otros factores. La epilepsia no es una enfermedad, sino un síndrome que consiste en episodios recurrentes de cambios en el estado de conciencia con o sin una condición motriz o sensorial.

Una **crisis epiléptica** es el resultado de la inestabilidad eléctrica transitoria de algunas células cerebrales, que en ocasiones disparan una “tormenta eléctrica” que se extiende en parte del cerebro. Esta actividad eléctrica culmina en una crisis, que puede tomar diversas formas. Muchas personas con epilepsia tienen sólo un tipo de crisis, pero una minoría experimenta dos o más tipos. Los principales tipos incluyen las crisis de *epilepsia mayor* y *epilepsia leve* y la *epilepsia psicomotriz*.

La forma más severa del trastorno epiléptico es la crisis de **epilepsia mayor** o de **gran mal** (del francés *grand mal*) que por lo regular dura de dos a cinco minutos. Este tipo de crisis deja una impresión dolorosa en cualquier persona que lo presencia. La víctima de una crisis de epilepsia mayor muestra un grupo de síntomas muy impresionantes. Es común que la crisis se inicie con un grito, seguido por la pérdida de la conciencia, la caída al suelo y espasmos subsecuentes. Los espasmos incontrolables pueden provocar daños muy serios a la víctima. Entre los mayores peligros se encuentran las lesiones en la cabeza y las mordidas severas de la lengua o la boca. Los movimientos musculares de una crisis de epilepsia mayor por lo general son precedidos por un aura, en la cual el individuo experimenta un estado aturdido de conciencia, que incluye sensaciones de irre realidad y despersonalización (sensación de extrañeza de sí mismo). El aura puede durar sólo unos cuantos segundos, pero con frecuencia se recuerda nítidamente.

En la crisis de **epilepsia leve** o del **pequeño mal**, (del francés *petit mal*) que es especialmente común en los niños, no hay convulsiones. En su lugar, existe un lapso de conciencia que se caracteriza por una mirada en blanco y falta de respuesta que dura hasta medio minuto, más o menos. Por lo regular, el individuo no pierde la conciencia. Estas crisis se pueden presentar varias veces al día.

En la **epilepsia psicomotriz**, un tipo que incluye 15% de los casos y rara vez se observa en los niños, el paciente conserva el control de su funcionamiento motor pero pierde la capacidad de ejercer buen juicio para realizar las actividades. Durante la epilepsia psicomotriz, el individuo se encuentra en una especie de trance; sus movimientos pueden ser repetitivos y muy organizados pero en realidad son semiautomáticos. Los ataques de epilepsia psicomotriz pueden parecerse a los de la epilepsia leve, pero duran más tiempo (hasta dos minutos), y comprenden los movimientos musculares que se relacionan con la masticación, el lenguaje y muestran mayor aturdimiento de la conciencia. Las alucinaciones visuales ocasionales y el estado de confusión que caracterizan la epilepsia psicomotriz son similares a los síntomas de la psicosis.

Alrededor de dos millones de estadounidenses padecen epilepsia y 5 a 10% de la población de Estados Unidos tendrá algún tipo de crisis en su vida (Schwartz y Marsh, 2000). La incidencia de la epilepsia es mayor en los primeros años de vida, se mantiene constante durante la edad adulta y después aumenta en las personas de mayor edad.

**Cambios en el punto de vista sobre la epilepsia** A lo largo de la historia, la epilepsia ha intimidado, asustado, desconcertado y provocado sensación de misterio. Hipócrates, médico griego, sostenía que la epilepsia era una enfermedad de causas naturales, pero durante la mayor parte de la historia moderna se ha considerado como un signo de posesión demoníaca. Muchas personas famosas, entre ellas Julio César, William Pitt (el mayor) y Fedor Dostoyevsky, sufrieron de epilepsia. Dostoyevsky, uno de los grandes novelistas del mundo, sufrió su primera crisis epiléptica durante su encarcelamiento en Siberia. Creyó que la agonía de vivir encadenado, el hedor y los trabajos forzados precipitaron sus crisis, que persistieron por años, aun después de ser liberado de la prisión.

El neurólogo inglés Hughlings Jackson (1834-1911), fue el primero en explicar las crisis epilépticas en términos de lesiones cerebrales. Ahora se sabe que la causa de la epilepsia es una interrupción intermitente de la neurofisiología del cerebro y existe mucha evidencia de que repetidos ataques pueden dañar el cerebro. Las muertes repentinas inexplicables de personas que sufren epilepsia, ocurren en una cantidad desproporcionadamente grande (Pedley y Hauser, 2002). Es importante entender esta enfermedad, no sólo porque es un problema humano, sino también porque nos proporciona un camino para descubrir cómo funciona el cerebro.

**Tratamiento médico** Hoy en día están disponibles antiépilépticos que reducen la frecuencia y severidad de las crisis epilépticas en muchos pacientes (Levy y cols., 2002). La atención clínica debe dirigirse a establecer niveles de dosis óptimas e identificar los posibles efectos secundarios de los medicamentos. Mientras que éstos pueden ayudar a la mayoría de los epilépticos, un gran número

son resistentes a los tratamientos disponibles. Un estudio reciente encontró que 28% de los que son resistentes al tratamiento tienen un tipo de variante de gen que se presenta con menor frecuencia que en aquellos a quienes les ayudó un tratamiento (Siddiqui y cols., 2003). Esta variante genética está asociada con un alto nivel de la proteína que se conoce como ABCB1, que se considera es una barrera para los medicamentos anticonvulsivos. Si los medicamentos no son eficaces o tienen fuertes efectos secundarios, o si los ataques son el resultado de un defecto estructural identificable, se puede considerar la posibilidad de una intervención quirúrgica. Debido a que la cirugía del cerebro representa riesgos obvios, sólo se emplea cuando se tiene pleno conocimiento del área de tejido cerebral que provoca las crisis.

**Factores psicológicos** Se estima que de 30 a 50% de quienes sufren de epilepsia tienen dificultades psicológicas, en especial depresión, en algún momento de su enfermedad (Sadock y Sadock, 2003). Mientras que la tristeza y la desmoralización son reacciones entendibles ante las crisis, la patología cerebral subyacente puede contribuir a índices de depresión más altos en los epilépticos, en relación con el grupo de comparación. Los antidepresivos son útiles en el tratamiento de la depresión que experimentan las personas con epilepsia.

Muchos epilépticos necesitan ayuda para afrontar su condición, debido a que, con frecuencia, el trastorno empieza antes de la edad adulta, también se deben tratar las respuestas emocionales de la familia del epiléptico. En la mayoría de los casos, el paciente y su familia consideran la epilepsia como una especie de desgracia y reaccionan ante ésta con vergüenza y culpabilidad. En razón de que una atmósfera de tensión emocional y frustración puede aumentar la severidad de las crisis epilépticas, se recomienda la psicoterapia y la asesoría tanto para los pacientes como para su familia. Muchas personas todavía consideran la epilepsia como algo atemorizante y misterioso. Como resultado de estas actitudes, con mucha frecuencia los epilépticos se sienten socialmente estigmatizados.

## Un enfoque integral de los trastornos cerebrales

Debido a que las condiciones que se estudian en este capítulo comprenden efectos orgánicos reales, es tentador considerarlos sólo como problemas médicos. ¿Por qué consideramos que los trastornos cerebrales son diferentes a otros problemas orgánicos como los brazos fracturados y los cálculos biliares? Un defecto físico es la base de todas estas condiciones, pero el cerebro tiene un efecto complejo en nuestra conducta, así como en nuestro cuerpo. Este efecto no es tan claro y predecible como los efectos del daño en otras partes del cuerpo. Por ejemplo, una vez que un brazo fracturado se cura y restablece, la persona puede regresar a la condición que tenía antes del accidente. Éste no es el caso de los daños en el cerebro, razón por la cual esto es interesante para los psicólogos.

Para comprender los efectos que tiene el daño cerebral en el comportamiento, es necesario contar con información sobre los antecedentes de la vida del paciente, su personalidad, así como de los factores ambientales y biofísicos. También se necesita identi-

car los factores de vulnerabilidad en la vida de la persona y las indicaciones de su capacidad de resiliencia. Las condiciones que son sólo físicas, como los brazos fracturados, se pueden tratar con éxito sin tener esos datos. A pesar de que los trastornos cerebrales se pueden tratar desde la perspectiva médica, también son importantes los conceptos psicodinámicos, conductuales, cognitivos y comunitarios para su tratamiento y comprensión. Por lo tanto, el enfoque más fructífero de los trastornos cerebrales es el que integra el conocimiento de estos distintos campos.

Desde una perspectiva psicodinámica, a pesar de que ciertas formas de comportamiento desadaptado pueden tener causas orgánicas, la forma en que las personas responden ante su condición involucra factores psicológicos como la personalidad, las experiencias anteriores y las formas de afrontamiento. Por ejemplo, cuanto más sociable sea la persona, mayor es la probabilidad de que mejore su condición. Muchos casos de trastorno cerebral indican que la personalidad del individuo en el momento del daño orgánico tiene un efecto sobre el grado y la forma de su deterioro conductual. Por ejemplo, el contenido de las alucinaciones y la facilidad con que se expresan dependen de las características de la personalidad.

Los psicólogos conductuales se interesan menos por los efectos de la personalidad y la experiencia que los psicólogos que hacen hincapié en otras perspectivas. Los conductistas centran la atención en la capacidad de las personas para adaptarse incluso a las situaciones más drásticas. La enseñanza de nuevas respuestas para compensar las que se perdieron se considera más importante para la adaptación que la ayuda a las personas para que acepten su nueva condición. Además, la forma en que éstas responden ante tal enseñanza puede proporcionar información más relevante sobre su estado psicológico actual que un análisis de su personalidad antes de que se presentara la enfermedad. Debido a la importancia que otorgan a la modificación de las respuestas desadaptadas tan rápido como sea posible, los conductistas tienen pendiente una contribución importante en el tratamiento de los trastornos orgánicos cerebrales.

Los psicólogos que tienen una orientación cognitiva contribuyen con una variedad de técnicas para ayudar a las personas, en las primeras etapas de la demencia, a manejar el deterioro de sus capacidades. Por ejemplo, las técnicas que estimulan la memoria, como la elaboración de una lista, pueden ayudar a las víctimas de Alzheimer. Las técnicas cognitivas también son útiles para contrarrestar la depresión que con frecuencia acompaña al desarrollo de problemas físicos y la reducción de la competencia intelectual.

El daño en el cerebro y en el sistema nervioso central no parecen ser una condición que esté influida por las variables provenientes de la comunidad. Sin embargo, todo parece indicar que la disfunción del sistema nervioso central no tiene una distribución aleatoria. Los casos de daño cerebral se concentran en gran medida en los segmentos de la población que tienen un nivel socioeconómico más bajo. En Estados Unidos, esos problemas parecen ser los más frecuentes entre los niños afroamericanos. Esto es verdad por razones sociológicas y no biológicas. Los infantes pobres de raza negra son biológicamente más vulnerables poco después de la concepción. La nutrición y el cuidado prenatal inadecuados pro-

vocan complicaciones en el embarazo, que dan como resultado tasas elevadas de nacimientos prematuros y defectos congénitos. Estas anomalías incluyen el daño neurológico que provoca el deterioro del funcionamiento intelectual y problemas de comportamiento, como la hiperactividad y capacidad de atención reducida. Ninguna complicación del embarazo se relaciona en forma más clara con la amplia variedad de disfunciones neurológicas que el nacimiento prematuro. Por estas razones, las personas que centran su atención en la perspectiva comunitaria hacen hincapié en la prevención de trastornos cerebrales por medio del cuidado médico preventivo, en especial el buen cuidado prenatal.

Con frecuencia, el estigma vinculado con muchas de las conductas desadaptadas que origina el daño cerebral empeora la situación. Las personas tienden a evitar y aislar a los individuos que presentan una desviación muy marcada. El comportamiento de los ancianos proporciona una de las muestras más claras de los efectos de este rechazo social. El deterioro cerebral leve en una persona mayor que es rechazada socialmente puede provocar una mayor inadaptación conductual que el deterioro moderado en una persona que vive en un entorno más amigable y que la acepta. Desde la perspectiva de la comunidad, el cambio de las actitudes de las personas con respecto a quienes se comportan de manera diferente debido a trastornos cerebrales puede en ocasiones disminuir los efectos conductuales de estos cambios biológicos.

El déficit cognitivo que se observa en el delirium, en la demencia y en la amnesia es producto de eventos que ocurren en el cerebro, pero otros factores también juegan un papel importante. Las variables psicológicas y sociales interactúan con la condición física para determinar el nivel de funcionamiento del individuo. Diversos factores de vulnerabilidad y resiliencia (como la salud general, la disponibilidad de apoyo social, las características de la personalidad, la capacidad de afrontamiento e intereses) pueden influir en el efecto de la disfunción cerebral.

## El mensaje con el que nos quedamos

Durante muchos años se hacía, de forma rutinaria, una distinción entre los trastornos “orgánicos” y los “funcionales”. Según este enfoque, en los primeros existía una patología cerebral identificable; en los últimos, no existía una base orgánica apreciable. Hoy se reconoce que esta distinción es anticuada, y ninguno de esos términos aparece en el DSM-IV-TR. Estamos de acuerdo con la eliminación de esta distinción. En los capítulos anteriores se ha explicado claramente que varias condiciones que antes se consideraban funcionales, ahora muestran crecientes indicadores de algunas anomalías orgánicas (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo y esquizofrenia). Sin embargo, las anomalías orgánicas son sólo parte de la historia, pero de ninguna manera toda ella.

En este capítulo hemos visto que, mientras que existen anomalías del tejido en un número de condiciones, los factores orgánicos tampoco son toda la historia. Las reacciones psicológicas como la depresión, los defectos del cerebro o sistema nervioso, con frecuencia intensifican y empeoran los efectos de la patología

del tejido. Las diferentes combinaciones de factores mentales y físicos pueden producir sorprendentes síntomas similares. Por ejemplo, en algunos casos, los individuos deprimidos tienen memoria reducida debido a su estado de ánimo, más que a un defecto cerebral identificable.

El déficit del funcionamiento cognitivo en el que existe una anomalía identificable en el sistema nervioso se consideraba imposible. Afortunadamente, este supuesto se aplica cada vez menos.

En muchos de los trastornos analizados en este capítulo, las intervenciones psicológicas apropiadas y los arreglos sociales (en especial la familia) pueden realizar importantes contribuciones para maximizar la calidad de vida de la persona. Por esta razón, hacia el final del capítulo, se analizan las fallas cognitivas en términos de la operación de los factores de vulnerabilidad y resiliencia. El estudio de los déficit cognitivos es cada vez más complicado, pero en algunos casos proporciona una perspectiva más optimista.

## R esumen del capítulo

### El cerebro: una perspectiva interaccionista

La investigación de las áreas del cerebro que son importantes para comprender el comportamiento normal y anormal, son las que estudian la forma en que el cerebro crece y se conserva, los mecanismos mediante los cuales adquiere, almacena y utiliza información y el papel que desempeña en el monitoreo y regulación de los procesos corporales internos.

**Vulnerabilidad a los trastornos cerebrales** Los factores que influyen en la vulnerabilidad al daño cerebral son la edad, el apoyo social, el estrés, los factores de la personalidad y las condiciones físicas del trastorno, así como la salud en general.

**Evaluación del daño cerebral** Es bastante común que los trastornos cerebrales que tienen efectos importantes sobre el pensamiento y el comportamiento ocurran con mayor frecuencia que los trastornos de la esquizofrenia o angustia. La presencia de daño cerebral se evalúa por medio de exámenes clínicos, pruebas neuropsicológicas y una variedad de técnicas de exploración. El **examen del estado mental** es una entrevista que evalúa la conciencia, apariencia, estado de ánimo y varios aspectos del funcionamiento cognitivo de una persona. La **neuropsicología** es una rama de la psicología que trata de las relaciones entre el comportamiento y la condición del cerebro. Las técnicas no invasivas para obtener imágenes cerebrales pueden proporcionar a los investigadores información detallada sobre la anatomía del cerebro y los procesos bioquímicos que ocurren en las distintas áreas del mismo, que están vinculadas a las alteraciones en la percepción, memoria, imaginación, procesos de pensamiento, habilidades para resolver problemas y adaptación.

### Delirium

El **delirium** es un estado global de deterioro cognitivo, desorientación y confusión en el cual una persona tiene dificultades con todos los aspectos de la atención. Puede ocurrir como resultado de muchos factores, que incluyen una enfermedad o infección cerebral aguda, una enfermedad o infección en otras partes del cuerpo que afecta al cerebro, intoxicación o abstinencia de una sustancia adictiva. Las personas difieren en gran medida en su vulnerabilidad al delirio.

**Delirium tremens** En ocasiones, el **delirium tremens**, que incluye no sólo los síntomas comunes del delirium sino también temblores y alucinaciones visuales, puede ser resultado de un consumo excesivo de alcohol y no es evidente hasta que la persona deja de tomar.

### Demencia

La **demencia** o deterioro cerebral comprende una pérdida gradual de las capacidades intelectuales que interfieren con el funcionamiento normal. De acuerdo con su causa, la demencia puede ser estable, progresiva o reversible. El término **demencia senil** se refiere a esta condición si ocurre por primera vez después de los 65 años de edad. En las personas más jóvenes, se conoce como **demencia presenil**. Un síntoma común de la demencia es la **confabulación**, en la cual la persona compensa la pérdida de recuerdos particulares llenando los espacios en blanco con detalles inexactos. Los ancianos presentan un riesgo mayor que la población en general de desarrollar trastornos que comprenden la degeneración del cerebro. También corren un gran riesgo de depresión, como resultado del aumento del estrés de la vida que se relaciona con la edad. Sin embargo, es importante recordar que existen muchos ejemplos de envejecimiento exitosos.

**Enfermedad de Alzheimer** La **enfermedad de Alzheimer** es la forma más común tanto de demencia senil como presenil. La pérdida de neuronas de los lóbulos frontal y temporal provoca lapsos de amnesia, confusión, así como deterioro físico y mental. Las investigaciones sobre esta enfermedad centran la atención en los cambios neuroquímicos en el cerebro y en los factores genéticos. Un gen de la proteína llamada **beta amiloidea** en el par de cromosomas 21 está ligado al riesgo de padecer Alzheimer. Los investigadores también han estudiado formas para ayudar a fortalecer las habilidades cognitivas de personas mayores y a que los familiares se adapten al estrés que implica el cuidar a una persona que padece esta enfermedad.

**Enfermedad de Pick** La **enfermedad de Pick** es menos común que la enfermedad de Alzheimer. Este trastorno se puede diagnosticar sólo por medio de la autopsia como una forma característica de atrofia cerebral.

**Enfermedad de Huntington** La **enfermedad de Huntington** es un trastorno hereditario raro que se transmite por un solo gen dominante. Provoca una degeneración progresiva del tejido cerebral. Se ha descubierto que sus síntomas se relacionan con la deficiencia de un neurotransmisor, el **ácido-gama-amino butírico (GABA)**, y se piensa que están relacionados con un gen defectuoso en el cromosoma 4.

**Enfermedad de Parkinson** Los síntomas de la **enfermedad de Parkinson** son el deterioro progresivo de la capacidad intelectual, au-



mento de la rigidez para el afrontamiento, temblores y apariencia facial como de máscara. Se cree que esta enfermedad está relacionada con una deficiencia de dopamina y se puede tratar con fármaco L-dopa.

**Trauma cerebral: lesiones, tumores e infecciones** Las lesiones, tumores e infecciones cerebrales pueden provocar consecuencias cognitivas y conductuales profundas. Algunos de los cambios en el comportamiento pueden ser el resultado de los factores psicológicos que se relacionan con la lesión, tales cambios se conocen como *neurosis traumática*. Las lesiones en el cerebro se clasifican en tres grupos: **concusiones**, que provocan problemas transitorios; **contusiones**, donde existe un daño difuso; y **laceraciones**, que comprenden desgarres o rupturas mayores del tejido cerebral. Los **tumores cerebrales** pueden provocar varios cambios conductuales que dependen de la ubicación del tumor. El **déficit cognitivo asociado al VIH** y la **paresis general** son ejemplos de demencia causada por infecciones.

### Trastornos amnésicos

Los **trastornos amnésicos** son alteraciones de la memoria provocadas ya sea por una condición médica o por los efectos de drogas, medicamentos o exposición a químicos tóxicos. Las personas con trastornos amnésicos tienen dificultad para aprender material nuevo y/o recordar la información adquirida con anterioridad. Los trastornos amnésicos pueden ser transitorios o crónicos.

### Diversidad de los trastornos por déficit cognitivo

Muchos de los trastornos por déficit cognitivo no se ajustan dentro de las categorías diagnósticas preestablecidas. Existe una amplia variedad de déficits cognitivos.

**Trastornos cerebrovasculares** Los **accidentes cerebrovasculares (ACV)**, o *apoplejías*, son bloqueos o rupturas de los vasos sanguíneos del cerebro. Algunos de los efectos pueden ser similares a los de la demencia, pero la aparición es repentina en lugar de gradual. La **demencia por infartos múltiples** (o vascular) es provocada por una serie de accidentes cerebrovasculares menores que ocurren durante un cierto periodo.

**Síndrome de Korsakoff** El **síndrome de Korsakoff** es el resultado de una combinación de alcoholismo y deficiencia de vitamina B1. Puede causar pérdida de la memoria e iniciativa, déficit perceptuales y confabulación.

**Epilepsia** La **epilepsia** se debe a una anomalía en el comportamiento de las células cerebrales que puede tener muchas causas. Algunas epilepsias se relacionan con crisis generalizadas y otras se pueden originar en un área específica del cerebro. Las **crisis de epilepsia mayor** duran varios minutos e incluyen la pérdida de la conciencia y convulsiones. Las **crisis de epilepsia leve** son lapsos de conciencia que duran menos de un minuto y no incluyen convulsiones. La **epilepsia psicomotriz** comprende un estado parecido a un trance que dura hasta dos minutos y puede incluir explosiones emocionales. La epilepsia se puede tratar con fármaco, cirugía o control psicológico, de acuerdo con los síntomas que presente quien la padece.

### Un enfoque integral de los trastornos cerebrales

A pesar de que los trastornos cerebrales comprenden problemas orgánicos, el conocimiento de los factores psicológicos es muy importante para la predicción de la forma exacta en que el comportamiento de una persona se verá afectado. Cada una de las perspectivas psicológicas es útil para comprender el efecto de estos trastornos.



## Conceptos clave

Accidente cerebrovasculares (ACV), p. 434  
Ácido gamma aminobutírico (GABA)  
p. 429  
Afasia, p. 434  
Beta amiloidea, p. 424  
Concusión, p. 430  
Confabulación, p. 419  
Contusión, p. 430  
Crisis epiléptica, p. 434  
Déficit cognitivo asociado con el VIH, p. 431  
Déficit cognitivo leve, p. 424  
Delirium, p. 418

Delirium tremens, p. 419  
Demencia, p. 420  
Demencia presenil, p. 422  
Demencia vascular, p. 434  
Enfermedad de Alzheimer, p. 422  
Enfermedad de Huntington, p. 428  
Enfermedad de Parkinson, p. 430  
Enfermedad de Pick, p. 428  
Epilepsia, p. 434  
Epilepsia leve, p. 435  
Epilepsia mayor, p. 434  
Epilepsia psicomotriz, p. 435

Examen del estado mental, p. 416  
Laceración, p. 430  
Neuropsicología, p. 417  
Paresis general, p. 432  
Pruebas neuropsicológicas, p. 417  
Síndrome de Korsakoff, p. 434  
Técnicas de imagen genología cerebral,  
p. 417  
Trastorno dominante autosomal, p. 428  
Trastornos amnésicos, p. 433

## Un buen libro

En *Mapping Fate*, Alice Wexler nos cuenta la historia de la vulnerabilidad de una familia al riesgo genético de la enfermedad de Huntington y cómo lo manejan. La oportunidad de Wexler de manifestar la enfermedad es de 50%. *Mapping Fate* describe sus reacciones personales

a esta vulnerabilidad, así como a los efectos en las relaciones de su familia sobre la conciencia del peligro que pueden enfrentar. Este libro se dedica a la madre de Wexler, la cual murió de esta enfermedad.

## Trastornos relacionados con sustancias



CORBIS Images.com

### Trastornos por uso de sustancias

Dependencia de sustancias  
Abuso de sustancias

### Trastornos inducidos por sustancias

#### Trastornos relacionados con el alcohol

Uso excesivo de alcohol  
Teorías y tratamientos  
Prevención de trastornos relacionados con el alcohol

#### Otras drogas

Barbitúricos y tranquilizantes  
Los opiáceos  
Cocaína  
Anfetaminas

Alucinógenos  
Fenciclidina (PCP)  
Inhalantes  
Cannabis  
Nicotina  
Cafeína

¿Existe un camino final en común?

Dependencia de sustancias y política pública

¿Existen adicciones conductuales? El dilema del juego patológico

El mensaje con el que nos quedamos

Resumen del capítulo

## DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Las personas pueden convertirse en seres tan apegados y dependientes a ciertas sustancias y actividades que sus vidas se desequilibran seriamente. Este capítulo describe los problemas que surgen del abuso de una variedad de sustancias, entre las cuales se incluyen el alcohol, los opiáceos (como la heroína), la cocaína, las anfetaminas, el *cannabis* (marihuana) y los alucinógenos (como el LSD). Se estudian las variables que desempeñan papeles en el uso y abuso de las sustancias y en su tratamiento. Se destacan las recientes investigaciones que aumentan nuestro conocimiento de los trastornos relacionados con sustancias y que pueden servir como una guía para la terapia y las políticas públicas.

**M**i alcoholismo tardó años para convertirse en un padecimiento crónico. Durante mucho tiempo, asistí a bares después del trabajo, era uno de los muchachos. En forma gradual, la costumbre reforzó el engaño. Me relacioné cada vez más con otros bebedores persistentes quienes se tardaban más y más en pedir sus cuentas del bar. La mayoría de nosotros éramos en realidad alcohólicos en diferentes etapas. Los que no lo eran, hacía mucho tiempo que se habían alejado; los que quedábamos, estábamos de acuerdo en que éramos “normales”. Infelices, pero normales.

Las percepciones de los alcohólicos son así, pues adoptan cientos de formas insidiosas y distorsionadas. Todas tienen el objetivo de proteger la noción del alcohólico de que conserva la libre voluntad. Mis amigos bebedores y yo estábamos de acuerdo en que no teníamos ningún problema con la bebida. Sin embargo, todo lo que existía en nuestro mundo, cada vez más limitado, era un problema que requería de la bebida: la esposa, los niños, el jefe, el gobierno. En deprimentes bares, de donde se habían alejado todos los que llevaban una vida sana, conspirábamos para no ver lo obvio: que las células de nuestro cuerpo eran adictas, y nuestras mentes estaban a punto de serlo.

De manera inexorable, la necesidad de alcohol creció, y las mentiras se desgastaron. A medida que se aceleraba mi alcoholismo, abandoné la mayor parte de los patrones para beber y me uní a las filas de los bebedores solitarios que asisten a innumerables bares. Perdí el sentido de lo que sucedería después de que empezara a beber; me volví totalmente imprevisible. Algunas veces iba a casa después de un par de copas (por lo general bebía más ahí). Con mayor frecuencia, me unía a otros alcohólicos en las cabinas telefónicas de los bares, buscando ex-

cusas trilladas sobre visitantes inesperados y reuniones de negocios urgentes.

Algunas veces simplemente me escondía en mi oficina con una botella después de que todos se habían ido a su casa. Simplemente no existía nada más en mi vida. Lo más aterrador de todo fue que empecé a sufrir de desvanecimientos alcohólicos durante los episodios en que bebía. Regresaba al estado consciente sin ningún recuerdo de donde había estado o qué había hecho. En una ocasión, recobré el conocimiento muy tarde por la noche en una calle del centro de la ciudad con los pantalones del traje rasgados en un costado por una navaja de afeitar.

Esta historia, relatada en primera persona, ilustra algunas de las características que se observan en los trastornos relacionados con sustancias. Este hombre, que luchaba con el alcoholismo mientras negaba que tenía un problema con el alcohol, desarrolló una creciente conexión entre la interacción social y la bebida, después siguió bebiendo solo y finalmente mostró los síntomas de que la manera en que bebía estaba fuera de control.

El alcohol pertenece a un grupo de sustancias que han arruinado las vidas de infinidad de personas. A pesar de que existen muchas diferencias entre las sustancias, todas son drogas **psicoactivas**; es decir, afectan el pensamiento, las emociones y la conducta. Una consecuencia común del consumo prolongado y elevado de una sustancia psicoactiva es la reducción generalizada de la conducta orientada a metas (por ejemplo, ir a la escuela o a trabajar), junto con déficit cognitivos (como la incapacidad para concentrarse). Otras consecuencias son los cambios en la motivación y la disminución de la capacidad para pensar con claridad, y con frecuencia, graves síntomas físicos.

El gran alcance del problema del abuso de sustancias se puede observar en el hecho de que ocurren más muertes, enfermedades, y discapacidades por el abuso de sustancias que por cualquier otra condición de salud que se puede evitar (*Substance Abuse*, 2001). De las más de dos millones de muertes cada año en Estados Unidos, aproximadamente 500 000 se atribuyen al alcohol, tabaco y uso ilícito de drogas. Además, las conductas que se observan junto con el abuso de sustancias incluyen muchos problemas sociales y de salud importantes. Por ejemplo, el abuso de sustancias precede a 38% de los suicidios (Cavanagh y cols., 2003).

La *adicción* es un término general que se ha utilizado para describir los efectos dañinos de la dependencia excesiva de las drogas por placer y para aliviar la tensión. Adicción significa que el individuo utiliza la sustancia a cualquier costo. Las evidencias de que existe un componente biológico de la adicción están en constante aumento. Las diferentes sustancias potencialmente adictivas afectan las actividades de centros cerebrales específicos así como una variedad de procesos químicos y anatómicos (Robinson y Be-



rridge, 2003). Sin embargo, el abuso de sustancias es mayor que las vulnerabilidades biológicas y genéticas a ciertas sustancias (Crabbe, 2002). Los factores personales y sociales también juegan papeles en la manera en que las sustancias interactúan con los pensamientos, sentimientos y consecuencias en la conducta. Por esta razón, y utilizando un lenguaje lo más claro posible, el término adicción no se utiliza en el DSM-IV-TR. En su lugar, el DSM-IV-TR contiene dos amplias categorías de trastornos relacionados con sustancias: los *trastornos por uso de sustancias* y los *trastornos inducidos por sustancias*. Estas categorías enfocan su atención en las consecuencias notables del uso de sustancias específicas.

## Trastornos por uso de sustancias

Los **trastornos por uso de sustancias** incluyen problemas asociados con el uso y abuso de drogas como el alcohol, la cocaína y la heroína, que alteran la manera en que las personas piensan, sienten y se comportan. Hay dos subgrupos de trastornos por uso de sustancias: los relacionados con la *dependencia de sustancias* y los relacionados con el *abuso de sustancias*. El criterio actual para diagnosticar la dependencia de sustancias incluye la tolerancia, abstinencia y uso compulsivo, y los criterios para el abuso de sustancias son en esencia problemas psicológicos y conducta inadaptada (por ejemplo, ser incapaces de cumplir con responsabilidades sociales o de trabajo). Sin embargo, algunos autores argumentan que no existe una distinción significativa entre el abuso y la dependencia de sustancias, y que el abuso es simplemente una variante menos severa (y superpuesta) de la dependencia.

## Dependencia de sustancias

El DSM-IV-TR define la **dependencia de sustancias** como un patrón inadaptado de uso de sustancias que produce discapacidades clínicas o aflicción significativas. La tabla 14-1 presenta los criterios para diagnosticar este trastorno. Los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos definen la condición de dependencia de sustancias. La mayoría de los individuos que la padecen sienten una ansiedad intensa por una sustancia en particular. Continúan utilizándola aunque agrave sus problemas relacionados con ella. Cuando se interrumpe el consumo de la droga, se presentan alteraciones en sus sistemas corporales (especialmente en el sistema nervioso), y la necesidad de aumentar la frecuencia y cantidad de la sustancia para poder obtener los mismos efectos que antes. Si la droga se deja de consumir, se presentan síntomas de abstinencia. Las personas dependientes de sustancias muestran un patrón distintivo de uso repetido que normalmente produce tolerancia, síntomas de abstinencia y uso compulsivo de sustancias.

En el contexto del uso de sustancias, la **tolerancia** se refiere a la necesidad de consumir cada vez mayor cantidad de ellas para obtener el mismo efecto, porque la misma dosis tiene cada vez menor efecto a medida que pasa el tiempo. Las reacciones a la morfina y al alcohol son ejemplos de la formación de tolerancia. El poder analgésico de la morfina disminuye si la droga se administra durante un periodo prolongado. Conforme los alcohólicos consu-

**TABLA 14-1**

### Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias

La presencia de tres o más de los siguientes criterios dentro del mismo periodo de 12 meses establece la existencia de dependencia de sustancias:

1. Tolerancia, definida por la necesidad de consumir cantidades mayores de la sustancia para lograr los efectos deseados, y un notable efecto de disminución debido al uso continuo de la misma cantidad.
2. Abstinencia, definida por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, y el uso de ésta para mitigar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Ingestión de grandes cantidades o durante un periodo mayor del que se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzo fallido por disminuir o controlar el abuso de la sustancia.
5. Pasar una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener o usar la sustancia o recuperarse de sus efectos.
6. Eliminar o reducir importantes actividades sociales, profesionales o recreativas por el uso de sustancias.
7. Uso continuo de la sustancia a pesar de estar consciente de la existencia de un problema persistente o recurrente físico o psicológico causado o agravado por la sustancia.

men una mayor cantidad de alcohol, sus membranas celulares se alteran de tal manera que cada vez se filtra menos alcohol a través de ellas. Si en realidad penetra menos alcohol por las membranas celulares, es probable que un alcohólico tenga menos alcohol en el cerebro que una persona normal con el mismo nivel de alcohol en la sangre. Esto podría explicar por qué algunos alcohólicos pueden presentar un buen desempeño después de consumir una cantidad de alcohol que podría poner en estado de coma a una persona que no es alcohólica. El grado en el cual se desarrolla la tolerancia varía bastante de una sustancia a otra. Aunque la tolerancia al alcohol es considerable, es en general menos extrema que la tolerancia a algunas otras sustancias, como las anfetaminas.

La **abstinencia** constituye un conjunto particular de síntomas físicos que ocurren cuando una persona deja o reduce el consumo de una sustancia psicoactiva. La severa reacción física que se presenta cuando cesa el consumo de heroína es probablemente el ejemplo más conocido de ella. Sin embargo, los síntomas varían en gran medida dependiendo de la clase de sustancia que se utilice (Kosten y O'Connor, 2003). Las notorias señales de abstinencia fisiológicas y generalmente fáciles de medir son comunes en el alcohol y en las drogas que reducen la ansiedad. Los síntomas de abstinencia a menudo están presentes, pero son menosevidentes, en el caso de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína (ver la figura 14-1).

El **uso compulsivo de sustancias** incluye la conducta dirigida a obtener la sustancia, a la que con frecuencia se le llama conducta de búsqueda de droga, y conducta asociada con la ingestión



**Figura 14-1** Con frecuencia, los síntomas de abstinencia aparecen después de que, de manera repentina, se deja de consumir una sustancia a la que el individuo es adicto. Los síntomas incluyen ansiedad, temblores, náuseas y vómito, así como ritmo cardíaco acelerado.

real o el uso de la sustancia. Los individuos dependientes de sustancias pueden consumir cantidades exorbitantes de tiempo y esfuerzo tratando de obtener la sustancia de la que son dependientes, y cuando la consiguen son incapaces de controlar la cantidad o el tiempo que la usan. Esta carencia de control puede manifestarse en esfuerzos fallidos para reducir o dejar de consumirla a pesar de su deseo persistente de hacerlo. Pueden continuar usándola, a menudo en situaciones en las cuales es físicamente peligroso hacerlo, a pesar de estar conscientes de los serios problemas que esto les causa.

La **intoxicación por sustancias** está generalmente asociada con el uso o la dependencia de sustancias, aunque uno o más episodios de intoxicación por sí solos no son suficientes para diagnosticar ni el abuso ni la dependencia de ellas. El criterio del DSM-IV-TR para diagnosticar la intoxicación por sustancias incluye el desarrollo de síntomas reversibles específicos de la sustancia producidos por la ingestión reciente o exposición a ella, así como conducta inadaptada con importancia clínica o cambios fisiológicos provocados por el efecto de la sustancia en el sistema nervioso central (ver la tabla 14-2). Los indicadores más comunes de la intoxicación son las alteraciones en la percepción, en el estado de vigilia, la atención, el pensamiento, el juicio, las conductas motora e interpersonal. La sustancia, la dosis, el historial de uso de ella, la tolerancia de la persona a la sustancia, el periodo transcurrido desde la última dosis, las expectativas de la persona sobre los efectos y el entorno o ambiente, son factores que pueden influir sobre el nivel de intoxicación.

## Abuso de sustancias

En el **abuso de las sustancias** se presentan consecuencias recurrentes y adversas relacionadas con el uso de ellas. Estas consecuencias incluyen el continuo incumplimiento de obligaciones importantes (por ejemplo, los deberes de padre), el uso repetido de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso ha-

**TABLA 14-2**

### Criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias

1. Desarrollo de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su ingestión reciente (o exposición a ella).
2. Conducta desadaptada clínicamente significativa o cambios fisiológicos producidos por el efecto de la sustancia en el sistema nervioso central (por ejemplo, discapacidad cognitiva, estado de ánimo inestable, agresividad, juicio deteriorado, funcionamiento social o profesional afectado).
3. Los síntomas no se producen por una condición médica general y no se explican mejor por otro trastorno médico.

**TABLA 14-3**

### Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias

La presencia de tres o más de los siguientes criterios dentro del mismo periodo de 12 meses configura la existencia de abuso de sustancias:

1. Uso recurrente de sustancias que impide el cumplimiento de obligaciones importantes (por ejemplo, en el trabajo, la escuela o el hogar).
2. Uso recurrente de sustancias en situaciones en las cuales es físicamente peligroso hacerlo (por ejemplo, manejar un automóvil bajo la influencia de la sustancia).
3. Problemas legales recurrentes relacionados con el uso de sustancias (por ejemplo, arrestos).
4. Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales causados por la agravación de los efectos de la sustancia (por ejemplo, peleas físicas).

cerlo, problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. El criterio del abuso de sustancias no se enfoca en la tolerancia, abstinencia o patrón de uso compulsivo, sino que define el abuso de sustancias sólo en términos de las consecuencias dañinas que provoca su uso repetido (ver la tabla 14-3).

## Trastornos inducidos por sustancias

Los **trastornos inducidos por sustancias** causan una variedad de síntomas que son característicos de otros trastornos mentales, entre los cuales se incluyen el delirio y la conducta psicótica. La ingestión reciente de ciertas sustancias puede producir serios síntomas y señales conductuales, psicológicos y fisiológicos. Las diferentes sustancias tienen efectos característicos. La evidencia

de ingestión reciente de la sustancia se obtiene por medio de pruebas físicas (por ejemplo, el olor del alcohol en el aliento), historial del caso y análisis de fluidos corporales (por ejemplo, orina o sangre).

Los psicólogos están interesados en los trastornos provocados por el uso de sustancias e inducidos por sustancias porque la respuesta de cada persona a las drogas parece ser resultado de una combinación de factores fisiológicos y psicológicos. Algunas personas pueden controlar el uso de muchas sustancias psicoactivas; otras parecen incapaces de hacerlo. Algunos individuos presentan severos síntomas de abstinencia; otros no. Los efectos que producen las drogas también difieren de un consumidor a otro.

Las personas difieren en su vulnerabilidad a los efectos negativos de sustancias particulares y en su capacidad de recuperación después de una experiencia de uso de sustancia. Las características personales y psicológicas del consumidor y el ambiente o escenario en el cual se usa la sustancia probablemente se combinan para influir sobre la reacción. Éste es otro caso en el que la interacción entre la persona y la situación, a la cual se ha hecho referencia tan a menudo en este libro, son importantes para entender la conducta individual. Sin embargo, a pesar de que las características individuales tienen una gran influencia en la respuesta de la persona a una sustancia que modifica el estado de ánimo o la conducta, dichas sustancias tienen ciertos efectos generales que experimentan la mayoría de quienes las usan. La tabla 14-4 describe algunos de los efectos y síntomas típicos causados por seis tipos de sustancias psicoactivas, así como las consecuencias de tomar una sobredosis.

Muchos adultos usan sustancias psicoactivas, pero la mayoría no las usan de manera patológica. ¿Cuál es el uso patológico? Es aquel donde los efectos positivos son mayores que los efectos negativos. De manera típica, este uso es frecuente y provoca síntomas

y cambios inadaptados en la conducta. Algunas veces la aparición del uso patológico se presenta temprano: en los casos de algunas personas y sustancias, desde la primera vez que se usan.

Para poder apreciar la diversidad de trastornos relacionados con sustancias, se expondrán los principales tipos, empezando con los problemas relacionados con el uso del alcohol. En la mayoría de las culturas, el alcohol es el depresivo cerebral utilizado con mayor frecuencia, y la causa de serios problemas interpersonales y de salud.

## Trastornos relacionados con el alcohol

El alcohol se ha utilizado con fines recreativos, medicinales y ceremoniales a lo largo de, por lo menos diez mil años. El alcohol que contienen la cerveza, el vino y los licores fuertes es un compuesto que se conoce como alcohol etílico o etanol. En el corto plazo, esta sustancia ejerce su acción sobre el sistema nervioso como un “bloqueador” de los mensajes que se transmiten de una célula nerviosa a otra. Primero afecta los lóbulos frontales del cerebro, donde se regulan las inhibiciones, la facultad de razonamiento, la memoria y el juicio. Después de un consumo continuo, afecta el cerebelo, donde se encuentra el control muscular motor, el equilibrio y los cinco sentidos. Por último, afecta la espina dorsal y la médula, el lugar de las funciones involuntarias como la respiración, el ritmo cardíaco y el control de la temperatura corporal. Si se consume suficiente alcohol —hasta el punto de un nivel de alcohol en la sangre de 0.5% o más— el sistema de funciones involuntarias se puede desconectar y la persona puede morir por envenenamiento agudo con alcohol.

| TABLA 14-4                                                                                         |                                                                                                                         |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diversos tipos de sustancias, sus efectos, y síntomas, y las consecuencias de tomar una sobredosis |                                                                                                                         |                                                                                                                |
| Sustancia                                                                                          | Efectos y síntomas típicos                                                                                              | Consecuencias de tomar una sobredosis                                                                          |
| Alcohol                                                                                            | Reducción de la tensión seguida de funcionamiento físico y fisiológico débil.                                           | Desorientación, pérdida de conciencia, y muerte por niveles extremadamente altos de alcohol en la sangre.      |
| Drogas tranquilizantes                                                                             | Reflejos débiles y funcionamiento motor dañado; reducción de la tensión.                                                | Respiración superficial, pupilas dilatadas, piel húmeda, pulso débil y rápido, estado de coma, posible muerte. |
| Anfetaminas                                                                                        | Aumento del estado de alerta, excitación, euforia, aumento del pulso y la presión sanguínea, insomnio.                  | Agitación, alucinaciones, ilusiones paranoides, convulsiones, muerte.                                          |
| Heroína                                                                                            | Euforia inicial seguida de apatía, somnolencia, “ráfagas” de placer, juicio deteriorado.                                | Respiración lenta y superficial, náuseas, piel húmeda, vómito, convulsiones, estado de coma, posible muerte.   |
| LSD                                                                                                | Ilusiones, alucinaciones, distorsiones en la percepción del tiempo, pérdida de contacto con la realidad, palpitaciones. | Reacciones psicóticas.                                                                                         |
| Marihuana                                                                                          | Euforia, reducción de las inhibiciones, incremento del apetito, posible desorientación, boca seca.                      | Fatiga, posible psicosis.                                                                                      |

## Uso excesivo de alcohol

Alrededor de 70% de los adultos de Estados Unidos beben alcohol en ocasiones, mientras que 12% son bebedores continuos, personas que beben casi todos los días y se intoxican varias veces al mes. Más hombres que mujeres son bebedores continuos. Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, la frecuencia de consumo es más elevada y la abstinencia más reducida en el grupo de edad entre los 21 y 34 años. Por muchos años, los efectos negativos del abuso del alcohol han sido considerados como un problema serio.

Existen importantes diferencias culturales y étnicas en la manera en que se utilizan el alcohol y otras sustancias, así como en la frecuencia de trastornos relacionados con sustancias (Ma y Henderson, 2002). El uso del alcohol es más elevado, primero entre los nativos estadounidenses y después entre los europeos-estadounidenses, seguidos por los latino/hispano estadounidenses y los afroestadounidenses (Jung, 2001). Es más bajo entre los asiáticos-estadounidenses. Los niveles socioeconómicos y de educación más altos reducen el riesgo de padecer trastornos por uso de sustancias en prácticamente todos los grupos.

Debido a que la mayoría de los estudios sobre uso de alcohol y drogas agrupan a los individuos en extensos grupos étnicos, no se conoce si existen diferencias importantes dentro de ellos. Por ejemplo, no se sabe si los grupos hispanos que son tan diversos, como los mexicanos, puertorriqueños, cubanos, centroamericanos y sudamericanos difieren en sus niveles de uso. Del mismo modo, se conoce que el grupo minoritario con el índice más alto de abuso de alcohol es el de los nativos-estadounidenses, pero incluso entre los diversos grupos étnicos las razones para beber y los contextos en los que ocurre son muy diferentes. Por ejemplo, algunas formas de intoxicación han sido, de manera tradicional, una parte integral de ciertas ceremonias sagradas de muchos de ellos. Sin embargo, sabemos que su relativamente pobre estado de salud, comparado con otros segmentos de la población, se debe en gran medida a sus problemas relacionados con el alcohol (Rhoades, 2003).

En contraste con los nativos de Estados Unidos, los estadounidenses de origen asiático provienen de culturas que respetan los ideales de la moderación de Confucio. Como resultado, la norma tradicional ha sido el uso moderado del alcohol por parte de los hombres y el consumo mínimo o ninguno por parte de las mujeres. No obstante, existen diferencias significativas entre los asiáticos-estadounidenses, ya que los grupos chinos-estadounidenses tienen altos índices de abstinencia y bajos índices de alcoholismo. El uso del alcohol parece ser mayor entre los japoneses-estadounidenses y los coreanos-estadounidenses que entre los chinos-estadounidenses. Es una característica común de las culturas asiáticas que desalienten la intoxicación pública.

Los complejos factores culturales y étnicos relacionados con el uso del alcohol y otras sustancias requieren de mucho más estudio. Por ejemplo, la **aculturación**, la modificación de creencias y conductas en los miembros de una cultura como resultado del contacto con otra es relevante en el uso de sustancias. Mientras la aculturación entre los inmigrantes hacia Estados Unidos progresa, el nivel de uso tendrá una tendencia a apartarse del nivel del país de origen, e inclinarse al de la población general de Estados Unidos. Para complicar el entendimiento de los efectos de la aculturación en ciertos grupos étnicos, se sabe que los inmigrantes del

mismo país que emigran en diferentes oleadas a menudo tienen diferentes características. Por ejemplo, los inmigrantes de Japón hacia Estados Unidos a principios del siglo XX tenían orígenes diferentes de los que se instalaron a principios del siglo XXI, y seguramente también el país anfitrión era muy diferente en estas dos épocas. Sin lugar a dudas, estas diferencias afectan el proceso de aculturación.

En términos generales, dentro de Estados Unidos, el consumo de alcohol *per cápita* ha disminuido por muchos años. A escala nacional, el crecimiento de la abstinencia y el declive del consumo continuo con frecuencia se atribuyen a la creciente conciencia de salud y mayor precaución sobre los peligros de manejar bajo la influencia del alcohol. Sin embargo, existe una minoría que lo consume en grandes cantidades de manera continua. Alrededor de la mitad del alcohol que se consume en ese país se toma en series de cinco o más copas a la vez. Estos patrones de bebida pueden ser un factor importante para explicar el gran número de muertes en accidentes de tránsito relacionadas con el alcohol.

A través del tiempo, la terminología utilizada para describir el abuso del alcohol ha variado ampliamente. Se ha caracterizado por la dependencia o abuso del alcohol como una enfermedad que en esencia es una discapacidad involuntaria, o como alcoholismo. Caracterizarlo como alcoholismo reconoce que beber en exceso incluye múltiples causas, señales y síntomas que por lo general incluyen la dependencia y el abuso. El DSM-IV-TR define la **dependencia fisiológica del alcohol** en términos de la tolerancia y los síntomas de abstinencia. El **abuso del alcohol** se define mediante indicadores conductuales como bajo rendimiento en el trabajo y relaciones interpersonales malas. En la **intoxicación por alcohol** existen conductas y cambios clínicos significativos (por ejemplo, conducta sexual o agresiva inapropiada, hablar arrastrando las palabras, falta de coordinación, problemas de atención o memoria, o estado de coma; (ver la tabla 14-5).

**El alcohol y sus riesgos** Sin importar los términos que se utilicen, existe un acuerdo sobre los efectos dañinos para los individuos y la comunidad de la ingesta excesiva de alcohol. Cuarenta por ciento de todas las muertes en accidentes de tránsito (la causa principal de muerte accidental) se relacionan con el alcohol. Los accidentes de carretera en los cuales participa el alcohol son la principal causa de muerte de jóvenes. Después de que en 1971 los jóvenes de 18 años recibieron el derecho al voto, se redujo la edad legal para beber en muchos estados. Los estudios de las estadísticas de accidentes automovilísticos de estos estados mostraron evidencias convincentes de que la reducción de la edad daba como resultado un aumento en la proporción de accidentes de auto y muertes en las que participaban conductores muy jóvenes. Por lo tanto, desde 1976, muchos estados aumentaron la edad para beber. En los 12 meses subsiguientes a que Michigan incrementara la edad para beber, los accidentes que provocaron la muerte o heridas entre jóvenes de 18 a 20 años se redujeron 28%. El alcohol también está involucrado en un alto porcentaje de accidentes que no son de tránsito: casi 50% de todas las personas que fallecieron por alguna caída habían bebido; 52% de los incendios que causan la muerte de personas adultas están relacionadas de alguna manera con alcohol; además, 38% de quienes murieron ahogados habían bebido (*Alcohol and Health*, 1990).



TABLA 14-5

| Criterios diagnósticos para la intoxicación por alcohol |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                      | Ingestión reciente de alcohol.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2.                                                      | Conducta inadaptada clínicamente significativa o cambios fisiológicos (como conducta sexual o agresiva inapropiada, estado de ánimo inestable, juicio deteriorado, funcionamiento social o profesional afectado) que se desarrolla durante, o poco después del uso del alcohol. |
| 3.                                                      | Se desarrollan una o más de las siguientes señales durante, o poco después de la ingestión del alcohol:                                                                                                                                                                         |
| a.                                                      | Hablar arrastrando las palabras.                                                                                                                                                                                                                                                |
| b.                                                      | Falta de coordinación.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| c.                                                      | Caminar con paso vacilante.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| d.                                                      | Nistagmus (movimiento espasmódico involuntario de los globos oculares).                                                                                                                                                                                                         |
| e.                                                      | Problemas de atención o memoria.                                                                                                                                                                                                                                                |
| f.                                                      | Estupor o estado de coma.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4.                                                      | Los síntomas no se producen por una condición médica general y no se explican mejor por otro trastorno médico.                                                                                                                                                                  |

**El alcohol y la salud** Tal vez 20% del total de los gastos nacionales en salud se relaciona con el alcohol. El abuso y dependencia del alcohol están relacionados con discapacidades físicas y conductuales. La tabla 14-6 describe los efectos negativos del alcohol en varios órganos y sistemas del cuerpo. Cuando se abusa de él durante mucho tiempo, puede provocar un daño cerebral. Por ejemplo, las exploraciones por TC de alcohólicos crónicos jóvenes demuestran reducciones en la densidad del hemisferio izquierdo del cerebro en comparación con la de individuos que no son alcohólicos. Además de dañar las regiones que se relacionan con las funciones sensoriales, motoras y cognitivas, el abuso crónico del alcohol puede provocar una disminución del flujo sanguíneo y de los índices metabólicos en ciertas regiones del cerebro. Los resul-

tados de las autopsias muestran que los individuos con un historial de consumo crónico de alcohol tenían cerebros más pequeños, ligeros y reducidos que los adultos no alcohólicos de la misma edad y sexo. La disfunción cerebral se presenta en 50 a 70% de los adultos desintoxicados al principio del tratamiento.

Ha sido claramente documentado que el uso del alcohol durante el embarazo tiene efectos dañinos en el feto. Debido a que traspasa con libertad la placenta, el nivel de alcohol en la sangre del feto en desarrollo es igual al de la madre. Como resultado, la criatura puede desarrollar el *síndrome del alcoholismo fetal*, que produce malformaciones físicas y retraso mental. Primero se pensaba que el síndrome del alcoholismo fetal se relacionaba con el consumo elevado de la madre y en especial a los excesos. Las investigaciones más recientes demuestran que incluso el consumo de alcohol de ligero a moderado puede tener efectos negativos en el feto. Un estudio reciente mostró que la exposición prenatal al alcohol también es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas con la bebida en los primeros años de la edad adulta (Baer y cols., 2003). (El síndrome del alcoholismo fetal se estudia en el capítulo 16).

Aunque existen muchos efectos negativos derivados del uso del alcohol, su uso moderado puede tener algunos efectos beneficiosos para muchos adultos. Su consumo moderado (59 mL al día) puede reducir las probabilidades de sufrir un ataque cardíaco. Las razones de ello no están claras, pero los investigadores sugieren varias posibilidades. Es probable que el alcohol reduzca el estrés psicológico o que promueva la formación de sustancias que ayudan a evitar o eliminar la placa que obstruye las arterias coronarias.

**Comorbilidad** Además de lo que el alcohol le hace al cuerpo, su papel en la desadaptación conductual también es significativo. Este hecho se refleja en los datos de comorbilidad que muestran que 37% de las personas que sufren trastornos de alcoholismo también padecen otro trastorno mental diagnosticable (Robins y Regier, 1991). Los trastornos de alcoholismo en los hombres se relacionan con un riesgo ocho veces mayor del normal de padecer episodios psicóticos; en las mujeres, existe un riesgo tres veces

TABLA 14-6

| Los efectos del alcohol en el cuerpo |                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Órgano o sistema del cuerpo          | Efecto                                                                                                                                                                                                                                 |
| Cerebro                              | Las células cerebrales se alteran y muchas mueren; se bloquea la formación de la memoria; se atrofian los sentidos; se deteriora la coordinación física.                                                                               |
| Estómago e intestinos                | El alcohol puede ocasionar hemorragias y causar cáncer.                                                                                                                                                                                |
| Corazón                              | Puede ocurrir el deterioro del músculo cardíaco.                                                                                                                                                                                       |
| Sistema inmune                       | No permite que las células que combaten las infecciones funcionen en forma adecuada; aumenta el riesgo de enfermedades bacteriales.                                                                                                    |
| Reproducción                         | En los hombres: cambian los niveles de hormonas, lo que provoca una reducción del impulso sexual y el crecimiento del pecho; en las mujeres: los ciclos menstruales se vuelven irregulares y hay un mal funcionamiento de los ovarios. |

mayor del normal (Tien y Anthony, 1990). Los índices más altos de comorbilidad se presentan en los casos de trastornos de la personalidad afectiva, de ansiedad y antisociales.

## Teorías y tratamiento

Los trastornos relacionados con el alcohol no tienen una sola causa. Existen muchas, y con frecuencia se combinan para producir efectos corporales, psicológicos y conductuales. Por lo tanto, no es sorprendente que muchas perspectivas teóricas hayan contribuido a la investigación de estos trastornos y su tratamiento.

Sin importar su perspectiva teórica, el primer paso para tratar la dependencia al alcohol es, por lo general, la **desintoxicación**, o “desalcoholización”. Muchos personas se pueden desalcoholizar por sí mismos, pero algunos tienen una dependencia tan severa que tienen que ser desintoxicados, esto es, supervisados mientras atraviesan un desapego gradual. La desintoxicación, que por lo general se lleva a cabo en un escenario protegido y bien supervisado como un hospital, tiene por objeto eliminar del organismo los efectos de una sustancia tóxica (en este caso, el alcohol). Los síntomas fisiológicos de la abstinencia a menudo comienzan después de seis a 24 horas de que se suspendió la bebida, aunque se pueden presentar tan pronto como un alcohólico reduce su consumo de alcohol. Los signos de abstinencia pueden incluir temblores, delirios, sudoración, confusión, aumento de la presión sanguínea y agitación. No existe ningún agente conocido para lograr la sobriedad, es decir, nada que contrarreste los efectos del alcohol ni acelere su descomposición y eliminación por el organismo.

Es probable que no más de 10% de quienes abusan del alcohol reciban un tratamiento alguna vez, pero hasta 40% se recuperan por sí solos. Los alcohólicos que poseen un trabajo estable y una vida familiar tienen las mejores oportunidades de recuperación; la edad, el sexo y la duración del abuso del alcohol son menos importantes para ellos.

Un paso importante para sobreponerse al alcoholismo es el reconocimiento del trastorno por parte de quien lo padece. Desafortunadamente, muchas personas que abusan del alcohol se sienten avergonzados y culpables: se rehúsan a admitir el problema y tratan de ocultárselo a familiares y amigos, quienes a su vez quizá eviten reconocerlo por temor a interferir o a tener que asumir la responsabilidad de enfrentarlo.

*James B., un hombre de 62 años, había negado su problema con el alcohol, como lo habían hecho también su familia y amigos. Había estado deprimido por la muerte de su esposa y la pérdida de su negocio, y había dado diferentes excusas a sus familiares y amigos por su creciente aislamiento. Cuando ellos lo confrontaron por su problema con la bebida, él dijo: “Mis problemas no tienen nada que ver con el alcohol”.*

En las entrevistas clínicas, es importante determinar la voluntad del paciente para admitir la gravedad de su problema con la bebida (ver la tabla 14-7).

La negación y el olvido no son las únicas fuentes de malos entendidos sobre la bebida. En una sociedad que tiene tantos bebedores en exceso, no siempre es fácil decidir cuándo un problema de

bebida ha alcanzado tal gravedad que se necesita ayuda especial. Puede ser difícil observar el alcoholismo día tras día, incluso si se reconoce con facilidad durante un periodo de varios años. Los patrones de abuso varían en el transcurso de la vida, los síntomas van y vienen. Los alcohólicos no siempre beben sin control; algunos sólo beben los fines de semana y muchos tienen éxito para abstenerse de manera total o parcial durante meses.

**El enfoque biológico** Después de la primera copa, la persona normal experimenta una disminución de la ansiedad. Mientras se consume más alcohol, la acción depresiva afecta las funciones cerebrales. El individuo se tambalea, y su estado de ánimo se vuelve bastante inestable.

Influidos por la evidencia de que el consumo exagerado de alcohol produce una variedad de cambios corporales, los autores con frecuencia han caracterizado al alcoholismo en sí como una enfermedad. E.M. Jellinek, a quien se conoce como el padre del estudio moderno del alcoholismo, creía que éste es una condición permanente e irreversible y que quienes lo padecen son, en esencia, diferentes de los no alcohólicos (1960). Sostenía que los alcohólicos experimentan una irresistible ansiedad física por el alcohol. Si se satisface esta ansiedad, se produce la pérdida del control como resultado de la creciente dependencia física. Los alcohólicos se sienten obligados a seguir bebiendo después de ingerir aunque sea una pequeña cantidad de alcohol. Jellinek creía que la única manera en que pueden regresar a una vida normal es con la total abstinencia.

Algunas de las ideas de Jellinek han sido cuestionadas de acuerdo con ciertos descubrimientos que parecen incongruentes con ellas. Sin embargo, el concepto de Jellinek de que el alcoholismo es una enfermedad tuvo éxito en la actitud pública hacia los alcohólicos, pues los sentimientos de condena y culpa fueron sustituidos por preocupación hacia ellos. Además, enfocó la atención de los investigadores en los aspectos biológicos del abuso del alcohol, como las influencias hereditarias, los efectos en el cerebro y el sistema nervioso, y las diferencias de sensibilidad al alcohol entre los individuos y grupos de personas.

**Metabolismo del alcohol** La sensibilidad individual a los efectos del alcohol varía en gran medida. Como ya se explicó, algunas personas pueden permanecer conscientes después de beber una cantidad de alcohol que, a otras personas, les provocaría inconsciencia, estado de coma e incluso la muerte. Otras son tan sensibles que sólo una o dos copas pueden producir molestias agudas acompañadas por cambios fisiológicos obvios. Es probable que estas variaciones individuales se deban a las diferencias en la capacidad para metabolizarlo o a diferencias innatas en la sensibilidad del sistema nervioso central al alcohol.

Las mujeres parecen ser más vulnerables que los hombres a algunas de las consecuencias adversas del uso de alcohol. Muchas de estas diferencias en las consecuencias del consumo del alcohol se deben a diferencias en ciertos procesos corporales. En comparación con los hombres, las mujeres tienen una cantidad mucho menor de una enzima estomacal específica (la hidrogenasa de alcohol) que lo neutraliza y descompone. Como resultado de ello, cuando una mujer y un hombre beben la misma cantidad, en proporción

| TABLA 14-7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Determinación de la gravedad del problema de alcoholismo y la voluntad del alcohólico para admitir el problema:</b></p> <p><b>Pasos iniciales en la planeación del tratamiento</b></p> <p>No necesariamente es útil sólo preguntar cuánto bebe una persona, porque es probable que la respuesta sea vaga y quizá esté influida por la negación. Una de las mejores formas para determinar el grado de negación de los síntomas es una serie de preguntas que se pueden hacer a los alcohólicos. Algunas preguntas útiles son las siguientes:</p> <p><b>Preguntas acerca de los patrones o hábitos de beber</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ ¿En ocasiones bebe mucho después de una discusión o pelea?</li><li>➤ ¿Siempre bebe más cuando se siente presionado?</li><li>➤ ¿Bebe con mayor frecuencia sin comer?</li><li>➤ ¿Trata de conseguir algunas copas extra en los actos sociales?</li><li>➤ ¿Ha probado varias formas para controlar su forma de beber?</li><li>➤ ¿Ha fracasado al cumplir las promesas que se hace usted mismo para dejar de beber?</li><li>➤ ¿Evita a su familia y amigos cercanos mientras bebe?</li></ul> <p><b>Preguntas sobre los sentimientos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ ¿Se siente culpable por su forma de beber?</li><li>➤ ¿Quiere seguir bebiendo cuando sus amigos ya bebieron lo suficiente?</li><li>➤ ¿Con frecuencia se arrepiente por lo que dijo o hizo mientras bebía?</li><li>➤ ¿Se siente incómodo cuando no hay alcohol disponible en ciertas situaciones?</li><li>➤ ¿Le molesta la manera en que hablan los demás sobre su forma de beber?</li></ul> <p><b>Preguntas para los familiares o amigos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ ¿La forma de beber de esta persona le preocupa o avergüenza?</li><li>➤ ¿Hecha a perder las fiestas familiares?</li><li>➤ ¿Provoca una atmósfera tensa?</li><li>➤ ¿Miente para ocultarlo?</li><li>➤ ¿Él o ella tratan de justificar su forma de beber o evitan hablar del tema?</li><li>➤ ¿Usted o sus hijos temen la agresión física o verbal de esta persona cuando bebe?</li><li>➤ ¿Esta persona siente remordimientos y se disculpa después de un episodio en que bebe?</li><li>➤ ¿Otras personas hablan sobre la forma de beber de este individuo?</li></ul> |

con su estatura y peso, alrededor de 30% más de alcohol entra al torrente sanguíneo de la mujer. Además, los cuerpos de ellas contienen menor cantidad de agua que los de los hombres de peso similar, lo cual provoca una concentración más alta de alcohol en la sangre. Aunque los hombres y las mujeres beban la misma cantidad de alcohol, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar ciertas consecuencias médicas serias, entre las que se incluyen daño al hígado, cerebro y corazón. Además del metabolismo, la investigación del mejor entendimiento de las diferencias de género en los efectos del uso de alcohol se enfoca en la química del cerebro y los factores genéticos de riesgo.

En el caso de las mujeres alcohólicas, beber alcohol es equivalente a inyectárselo vía intravenosa, pues evita por completo la digestión estomacal. Sin embargo, en los hombres alcohólicos,

la enzima aún puede neutralizar el alcohol, aunque no tan bien como los hombres que no beben en exceso. Esta enzima puede ser una de las razones por las cuales los hígados de las mujeres se enferman más rápidamente que los de los hombres.

**Factores genéticos** Se ha establecido que el hígado sólo puede metabolizar cierta cantidad de alcohol por hora, sin importar la cantidad que se consuma. El índice de metabolización depende, en parte, de la cantidad de enzimas que metaboliza el alcohol en el hígado, la cual varía entre los individuos y parece tener determinantes genéticos. Los estudios de investigación han demostrado que es posible criar razas de ratones o ratas que difieren en la forma en que metabolizan el alcohol.

La comparación de personas de diferentes razas puede elucidar los componentes genéticos de las diferencias en la metabolización del alcohol. Existe evidencia de una alta preponderancia en la sensibilidad al alcohol entre personas de ascendencia asiática. Las señales de sensibilidad —sonrojarse con rapidez, temperatura de la piel elevada y aumento del pulso— después de consumir cantidades moderadas de alcohol parecen ser comunes entre estos grupos pero sólo se observan en 5% de los caucásicos. Estas diferencias se basan en las variaciones genéticas de las enzimas relacionadas con la metabolización del alcohol.

Muchas veces se ha demostrado que el alcoholismo se presenta en las familias. Por ejemplo, los hijos de alcohólicos presentan cuatro veces más probabilidades de ser alcohólicos que los hijos de personas que no lo son. Por su parte, los estudios de adopción muestran que esos porcentajes son ciertos incluso cuando los hijos no tienen contacto con sus padres biológicos después de las primeras semanas de nacidos. Además, los índices de concordancia del alcoholismo en gemelos monocigóticos son mucho mayores que el de gemelos dicigóticos.

En la actualidad es ampliamente aceptado por los investigadores el hecho de que el alcoholismo puede ser resultado de la interacción de la herencia y el entorno. El riesgo de padecerlo es probablemente resultado de un gran número de genes, cada uno de los cuales contribuye en una pequeña fracción a incrementar el riesgo total (Tyndale, 2003). Si se pudiesen identificar los indicadores confiables de la predisposición hacia el alcoholismo, los individuos que tienen dichos indicadores podrían estar al tanto de los riesgos que enfrentan y tomar decisiones sobre su manera de beber. Otra aplicación práctica sería el mejoramiento del tratamiento. Ya está claro que el alcoholismo no es una enfermedad individual. Si se aclara la naturaleza de varias subcategorías del alcoholismo, los estudios genéticos podrían identificar las terapias más específicas y eficaces tomando como base las características genéticas de cada persona.

**El cerebro y el sistema nervioso** El alcohol afecta todos los sistemas del organismo, pero sus efectos más grandes, inmediatos y visibles involucran el sistema nervioso central. Todas las complejas características del individuo, pensamientos, emociones, acciones, se basan en los procesos químicos y eléctricos que se presentan en miles de millones de células nerviosas en cualquiera instante. Varios rasgos de este sistema pueden participar en la predisposición heredada al alcoholismo.

Como se estudió en el capítulo 2, todas las funciones cerebrales incluyen la comunicación entre las células nerviosas (neuronas). Los neurotransmisores son químicos que llevan mensajes a través de la sinapsis. Aunque existen muchos neurotransmisores diferentes, cada neurona libera sólo un tipo específico. Después de que los libera, el neurotransmisor cruza la sinapsis y activa el receptor de proteína ubicado en la membrana exterior de la neurona receptora. Cada tipo de receptor responde de forma preferente a un tipo de neurotransmisor. Sin embargo, la mayoría de los neurotransmisores pueden activar diferentes subtipos del mismo receptor, lo cual produce diversas respuestas en diferentes células cerebrales o en diferentes partes del cerebro. El alcohol puede interferir con varios procesos que participan en la función de las células ner-

viosas, y si existe una variación heredada en estos procesos, puede provocar vulnerabilidad neuroquímica o resistencia al alcoholismo. Es probable que el primer paso para desarrollar medicamentos que puedan ser útiles para tratar el problema del alcoholismo sea determinar los neurotransmisores específicos y los subtipos de receptores que pueden estar involucrados en su desarrollo y síntomas.

Existen varias hipótesis sobre las diferencias neuroquímicas en individuos que presentan predisposición al alcoholismo:

- Quizá las membranas de sus células nerviosas sean menos sensibles a los efectos que alteran la permeabilidad del alcohol.
- Pueden tener variaciones heredadas en la sensibilidad a ciertas enzimas para la inhibición del alcohol, lo que también afectaría la transmisión de los impulsos nerviosos (porque las enzimas regulan el flujo de iones a través de las membranas de las células nerviosas).
- Variaciones heredadas en la liberación de neurotransmisores y los sistemas de captación pueden afectar la propagación química de los impulsos nerviosos entre las células nerviosas.
- Pueden producir cantidades anormales de ciertos compuestos del tipo de la morfina que están relacionados con la adicción al alcohol.
- Pueden tener variaciones heredadas en los mecanismos neuroquímicos del cerebro que refuerzan ciertas conductas.

Para varias teorías biológicas sobre los efectos del alcohol es fundamental la idea de que existe un centro de recompensa en el cerebro que actúa como mediador de todos los tipos de reforzamiento, incluyendo reforzamiento (saciedad) como la comida y varios tipos de drogas (entre ellas el alcohol). En consecuencia, el potencial inherente de abuso de cierta sustancia tiene probabilidad de reflejar su capacidad para activar este camino de recompensa. Existe controversia sobre la ubicación precisa de este centro. Los estudios de imagen cerebral han realizado importantes contribuciones al entendimiento de las regiones que tienen relación con la ansiedad por sustancias psicoactivas, y los sentimientos tan placenteros que algunas personas experimentan después de ingerir estas sustancias (Schweinsburg y cols., 2003).

**Tratamiento biológico** Durante la década pasada, se reactivaron las investigaciones sobre el tratamiento farmacológico del alcoholismo. Se han desarrollado varios medicamentos para tratar la dependencia del alcohol que se utilizan en el control de los síntomas de abstinencia, el tratamiento de ciertos problemas psicológicos (por ejemplo, la ansiedad) en los bebedores continuos, y en otros aspectos de la rehabilitación. También se realizan investigaciones que tienen por objeto desarrollar un agente farmacológico que pueda reducir la ansiedad por el alcohol. Alcanzar esta meta requerirá de un mayor conocimiento de los factores conductuales y biológicos que regulan el consumo de esta sustancia.

Una droga útil es la **naltrexona**, que originalmente fue desarrollada para el tratamiento de la adicción a los narcóticos. En estudios con animales, la naltrexona suprime la cantidad de esfuerzo que un animal realiza para autoadministrarse el alcohol. En los



seres humanos reduce la tendencia a tener una recaída en el consumo excesivo del alcohol de personas que están recibiendo tratamiento para sus problemas con la bebida.

El medicamento llamado *disulfiram* utiliza un enfoque diferente. Altera la respuesta corporal al alcohol mediante un malestar extremo y algunas veces violento (náusea, vómito, sudor frío) cuando una persona bebe alcohol 12 horas después de haberla tomado. Como el *disulfiram* es administrado por el individuo, el éxito de esta técnica depende de la motivación de éste para reducir o eliminar su problema de bebida. Si la persona quiere beber, la terapia con el *disulfiram* fracasará. Sin embargo, puede ser útil como parte de un enfoque terapéutico que también trate los impulsos de motivación o situación que conducen al uso del alcohol.

**El enfoque psicodinámico** Aunque no existe evidencia decisiva de que ciertos factores de la personalidad están relacionados con el desarrollo del alcoholismo, el reporte de un estudio de M.C. Jones (1981) demostró una serie recurrente de atributos de la personalidad entre algunos alcohólicos. El estudio proporcionó datos de un proyecto de investigación longitudinal que había empezado cuando los sujetos tenían 10 años y medio de edad. En la edad intermedia, se les preguntó a los sujetos sobre sus patrones de bebida. Jones descubrió que de adultos, los bebedores problema tenían probabilidad de ser considerados relativamente hostiles, sumisos, sin éxito social y ansiosos. En general, en la adolescencia, estos hombres habían sido calificados como un poco extrovertidos. Sin embargo, en esa época ellos también consideraban que tenían mayor número de relaciones sociales insatisfactorias y de sentimientos de inferioridad que los otros hombres del estudio. Jones creía que estos hombres eran impulsivos e inseguros de sí mismos en la adolescencia, y que tenían dificultad para formar amistades profundas y duraderas.

Los psicoanalistas consideran que el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas son el resultado de un conflicto neurótico, de dudas y ansiedad sobre la valía del individuo y de intentos para compensar el mal concepto que tienen de sí mismos. Muchos estudios han proporcionado evidencia que concuerda con esta opinión (Holahan y cols., 2003). Los terapeutas psicodinámicos creen que los individuos adquieren su adicción al alcohol o a otra sustancia porque están tratando de corregir o contrarrestar estados emocionales negativos que quieren aliviar. Aunque juzgan ciertas características (por ejemplo, una opinión de condena sobre sí mismos) como una vulnerabilidad del abuso de la sustancia, los psicoanalistas tienden a rechazar las variables sociales y psicológicas que pueden ser factores de vulnerabilidad.

**Tratamiento psicodinámico** Los clínicos que adoptan una perspectiva psicodinámica recurren a la psicoterapia para tratar a los alcohólicos. A pesar de que se conocen algunos informes clínicos alentadores sobre la utilidad de la psicoterapia, la investigación del tema todavía no produce conclusiones definitivas. La mayor parte de los estudios sobre la psicoterapia en esta área no son comparables con variables tan importantes como el escenario en el que se aplica el tratamiento, la duración de la terapia y los criterios por los cuales se evaluó ésta.

En el pasado, los psicoterapeutas creían que el alcoholismo era sólo un síntoma de las dificultades psicológicas subyacentes. La conclusión lógica era que esos pacientes mejorarían su forma de beber, si se trataban con éxito esas dificultades. En la actualidad, se reconoce que la exploración psicoterapéutica en el caso de una persona que todavía bebe no sólo ofrece muy pocos beneficios, sino que casi no se va a recordar de una sesión a otra.

**Enfoque cognitivo-conductual** El enfoque cognitivo-conductual sobre los problemas relacionados con el alcohol reconoce los papeles que juegan tanto el aprendizaje como la cognición en los problemas de bebida y alcoholismo.

**Factores conductuales** Una de las razones por las cuales las personas beben es porque el alcohol refuerza. Los efectos que se experimentan al beber alcohol pueden provocar que se desee volver a beber para repetir la experiencia. A través de sus efectos, el alcohol puede ser un refuerzo positivo, pues produce sensaciones placenteras en el cerebro, o un refuerzo negativo, pues reduce sentimientos negativos como la ansiedad. Se cree que consumir alcohol reduce la ansiedad y puede ser una manera de afrontar el estrés y los problemas de la vida. Esta conducta se puede adquirir por medio del reforzamiento (ser aceptado por amigos que valoran la bebida), el modelamiento (observar como los demás “resuelven” sus problemas con alcohol), y otros mecanismos de aprendizaje.

Mientras más severa y crónica sea la causa del estrés, mayor será el consumo de alcohol. Sin embargo, la bebida como respuesta a la aparición de la causa del estrés depende de muchos factores, entre los cuales se incluyen posibles determinantes genéticos, su conducta normal al beber, las expectativas del efecto del alcohol en el estrés, la intensidad y tipo de causa del estrés, el sentido de control que se tenga sobre el estrés, el rango de respuestas para afrontar el estrés y la capacidad de apoyo social para bloquear los efectos del estrés. Los altos niveles de estrés pueden llevar a beber cuando las fuentes alternativas no están presentes, cuando el alcohol es accesible, y cuando un individuo piensa que el alcohol lo ayudará a reducir el estrés.

También es posible que se busque al alcohol por sus acciones excitadoras a corto plazo y que sea reforzante porque hace que la gente “se sienta bien”. Como todos los fenómenos psicológicos, el reforzamiento tiene mecanismos neuroquímicos subyacentes. Muchos estudios han implicado a ciertos neuroquímicos en las propiedades reforzantes del alcohol. Éste puede hacer que muchas personas se sientan bien porque altera los niveles de dopamina y norepinefrina, así como los opiáceos péptidos, en una región cerebral específica. De manera subjetiva, estos cambios neuroquímicos se experimentan como excitación, y ya que la experiencia puede ser placentera, las personas vuelven a buscar el alcohol. Aunque su consumo a corto plazo puede ser reforzante para muchas personas, debido a que la bebida no es un mecanismo de afrontamiento eficaz, la situación en la vida no mejorará. Al sentirse incluso menos capaces de controlar los problemas en forma constructiva, aumentan la ineficacia de su conducta de afrontamiento.

**Factores cognitivos** La conducta puede ser moldeada y conservarse por medio de valoraciones cognitivas de lo que sucedió y lo que es probable que suceda. Un bebedor problema aprende a esperar efectos positivos de la bebida e interpreta la experiencia de esta forma, a pesar del hecho de que la cualidad predominante de la experiencia real es negativa (Orford, 2001).

Un experimento que realizaron Marlatt y cols. (1973) ilustra la importancia de las expectativas. Estos investigadores utilizaron la actividad de catar bebidas para determinar si los índices de ingesta son afectados por la presencia del alcohol o sólo por la expectativa de éste. La actividad de catar bebidas fue una medida discreta no obstaculizadora del hábito de beber porque la atención de la persona se centraba en la prueba de las bebidas. Las que se utilizaron fueron vodka con agua tónica y agua tónica sola. A los sujetos se les permitió beber tanto como desearan durante el tiempo establecido. Los investigadores descubrieron que el único determinante significativo de la cantidad de alcohol que se consumió fueron las expectativas por parte de los sujetos con respecto de lo que bebían: los que esperaban el alcohol bebieron más. Este descubrimiento apoya una interpretación cognitiva del hábito de beber. Una investigación con estudiantes americanos y canadienses ha demostrado que la presión social puede provocar cogniciones sobre el atractivo del hábito de beber, y el resultado puede ser un exceso en la forma de hacerlo (Glicksman y cols., 2003; Read y cols., 2003; ver la figura 14-2).

Las creencias de una persona sobre el contenido de alcohol de una bebida, sin importar el contenido real, pueden ser un determinante significativo no sólo del consumo de alcohol sino también de distintas conductas que pueden acompañar o resultar de la bebida, tales como depresión, incapacidad para retrasar la gratificación, ansiedad social y capacidad de respuesta sexual en los hombres. Estas evidencias provienen de estudios, como el que se describieron antes, que emplean el **diseño balanceado de placebo**, en los cuales a la mitad de los sujetos se les da una bebida que contiene

alcohol y a la otra mitad una bebida sin alcohol. Al variar tanto el contenido de la bebida como el grupo de expectativas, el diseño permite evaluaciones conjuntas y separadas de las consecuencias conductuales de la creencia de la persona de que consumió alcohol y las consecuencias del consumo real.

**Tratamiento cognitivo-conductual** A pesar de que aún se emplean enfoques fundamentalmente conductuales o cognitivos para tratar personas con problemas relacionados con el alcohol, es muy común que los terapeutas combinen las técnicas conductuales y cognitivas en la terapia. Cuando ésta es cognitivo-conductual, los terapeutas enseñan habilidades para permitir que los pacientes afronten las situaciones y estados emocionales que se sabe tienen como consecuencia el abuso del alcohol. Los pacientes practican habilidades para rehusarse a beber, aprenden a manejar sus estados de ánimo negativos y a afrontar la ansiedad de beber (Litt y cols., 2003).

El **condicionamiento aversivo** es una técnica conductual que se emplea para tratar el alcoholismo. Se basa en los principios del condicionamiento clásico (ver el capítulo 2). Si un vaso con una bebida alcohólica (estímulo condicionado) por lo regular precede a un estímulo aversivo como una sustancia que produzca náuseas (estímulo incondicionado), con el tiempo el alcohol provocará una parte de la respuesta incondicionada, que en este caso es el vómito. Una vez que la respuesta desagradable ha sido condicionada al alcohol, el hábito de evitarlo se establecerá por medio del condicionamiento operante. La respuesta de abstinencia se fortalece porque reduce la sensación desagradable (náusea) que el condicionamiento asoció con el alcohol. En ocasiones, se utilizan los choques eléctricos en lugar de las drogas que causan náusea para este procedimiento, pero parecen ser menos eficaces. La aproximación del condicionamiento aversivo a menudo requiere de “sesiones de refuerzo” porque la amenaza de una reacción desagradable tiende a debilitarse con el tiempo. Son necesarios los estudios de seguimiento a largo plazo para establecer la tasa de éxito de este método terapéutico.

Otro enfoque del aprendizaje, la **sensibilización encubierta**, emplea imágenes y fantasías aversivas en lugar de choques o sustancias químicas. Se les dice a los pacientes alcohólicos que pueden eliminar su “hábito incorrecto” si lo asocian con estímulos desagradables. Se les indica que cierran los ojos e imaginen que están a punto de consumir una bebida alcohólica. Después se les enseña a imaginar las sensaciones de náusea y vómito. Si se repite con la frecuencia suficiente, la asociación entre las náuseas y la vista, el olor y el sabor del alcohol se supone que establecerá una aversión condicionada a éste.

Muchos programas contra el alcoholismo que tienen una base cognitiva se enfocan en el control del hábito de beber en lugar de la abstinencia. En el **enfoque del control de la forma de beber**, el centro de atención radica en la creación de las habilidades de afrontamiento de los participantes, de modo que puedan mantener su consumo de alcohol en un nivel que previamente han determinado como aceptable. Cuando se aplica este enfoque se orienta a los clientes hacia la observación de su propio comportamiento, pues deben llevar un registro de los antecedentes y las consecuencias ambientales y situacionales que provoca beber en exceso. Se revisa su aprendizaje anterior en relación con la bebida y se anali-



**Figura 14-2** Los escenarios sociales influyen en las expectativas de aceptación y en el atractivo de beber alcohol. Aquí se muestra un grupo de personas para quienes beber es una norma, y puede ser difícil para una persona que no está particularmente interesada en beber unirse a este grupo.

zan sus expectativas sobre los efectos del alcohol. Se alienta a quienes participan en los programas para que controlen la forma de beber para que ellos mismos se hagan preguntas como las siguientes:

- ¿En qué lugares es más probable que beba en exceso?
- ¿Con qué personas es más probable que beba en exceso?
- ¿Cuándo estoy más propenso a beber en exceso?
- ¿Cómo me siento emocionalmente antes de empezar a beber en exceso?

Se da especial importancia a beber como respuesta ante el estrés. Este enfoque es lógico, ya que un alto porcentaje de personas con problemas de alcoholismo reportan que los periodos en que beben de manera excesiva empiezan cuando enfrentan situaciones desagradables, frustrantes o desafiantes. El mejoramiento en las capacidades de solución de problemas, sobre todo en el área de relaciones interpersonales, aprender a anticipar y planear las experiencias estresantes y adquirir la capacidad para decir “No, gracias” cuando les ofrecen una copa, han demostrado que tienen valores terapéuticos para los alcohólicos.

Una de las razones por las cuales los enfoques de aprendizaje pueden no ser eficaces es que los efectos a corto plazo del alcohol con frecuencia son reforzadores positivos. Sólo los efectos del consumo excesivo que terminan en una intoxicación, una conducta peligrosa o censurada por la sociedad o un periodo de beber en exceso tienen propiedades de reforzadores negativos. La perspectiva cognitiva maneja este problema al enfocar los pensamientos del cliente en las consecuencias de esta conducta, así como en las situaciones específicas en las cuales es más probable que la bebida sea una tentación. El paciente y el terapeuta trabajan juntos para desarrollar técnicas de control cognitivas para enfrentar estas situaciones.

### La abstinencia vs la manera controlada de beber

Algunas veces surgen debates intensos cuando se habla sobre los méritos de la manera controlada de beber en comparación con la abstinencia total por parte de los alcohólicos. La mayoría de los defensores de la manera controlada de beber son terapeutas conductuales o cognitivo-conductuales que argumentan que, aunque

la abstinencia puede funcionar bien en el caso de algunos individuos, es muy difícil lograrlo; además, la recuperación del alcoholismo puede no necesitar una medida tan drástica. Los defensores de la abstinencia, que incluyen a Alcohólicos Anónimos y a muchos profesionales médicos y en salud mental, consideran al alcoholismo como una enfermedad cuyo progreso sólo puede detenerse si se elimina por completo el veneno que lo causa. Ellos argumentan que la pérdida de control es inevitable para un alcohólico una vez que empieza a beber.

Un estudio descubrió que algunas personas que abusaban del alcohol podían volver a beber en forma controlada sin excesos (Vaillant y Milofsky, 1982). Sin embargo, los sujetos que dependían del alcohol y/o presentaban muchos problemas relacionados con su consumo, por lo general alcanzaban resultados exitosos sólo si se abstendían (ver la figura 14-3). Estos descubrimientos sugieren que quizá existan dos grupos de individuos que abusan del alcohol (Sobell y Sobell, 1995). Algunos pueden volver a beber con éxito de forma controlada, pero otros se deben abstener por completo si desean controlar su problema de alcoholismo. Ambos estudios demuestran que el nivel de abuso antes del tratamiento desempeña un papel importante en el éxito de las distintas estrategias de tratamiento. Sin embargo, la mayoría de los investigadores en esta área estaría de acuerdo en que las tasas de éxito de los procedimientos de tratamiento no son lo suficientemente elevados.

Las investigaciones futuras sobre aspectos tales como el valor de la abstinencia en comparación con la forma controlada de beber necesitan ser lo suficientemente complejas y tomar en cuenta no sólo los antecedentes de alcoholismo de los sujetos, sino también sus motivaciones y expectativas sobre lo que constituye el éxito en el manejo de sus problemas de alcoholismo. Por ejemplo, ¿en qué grado la abstinencia cambia la vida del alcohólico? Los alcohólicos que se encuentran en su primer año de abstinencia han sido comparados con los prisioneros de guerra que regresan al hogar. Su mundo es poco familiar porque han vivido en un entorno creado por el alcohol. Los sentimientos que habían reprimido vuelven a preocuparlos. Han perdido mucho tiempo y deben comenzar donde se quedaron. Estar sobrio, al igual que ser libre después

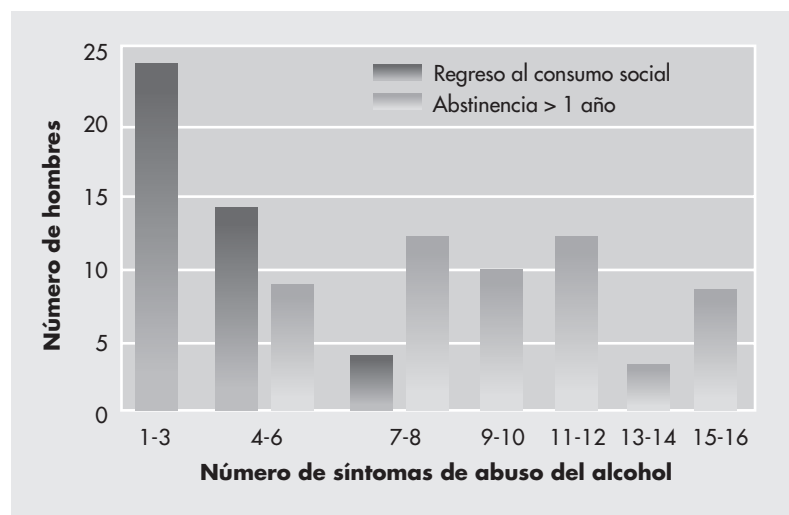


**Figura 14-3** El regreso al consumo social moderado tiene mayor probabilidad de éxito si la persona tiene sólo unos cuantos síntomas de abuso del alcohol. Sólo cuatro hombres que tenían siete o más problemas pudieron volver al consumo social. La mayoría de las personas con problemas múltiples que no reanudaron el abuso del alcohol, con el tiempo adoptaron la abstinencia.

FUENTE: *Archives of General Psychiatry*, 39, 127-133. © 1982 por la American Medical Association.

de estar prisionero, representa nuevas responsabilidades. Con frecuencia, los alcohólicos en las primeras etapas de abstinencia sufren de ansiedad y depresión y tal vez encuentren difícil encontrar un trabajo o conservar un matrimonio. La solución a estos problemas surge cuando establecen nuevas relaciones personales, reconstruyen las antiguas y empiezan a desarrollar la confianza en el poder que tienen para controlar sus vidas (Sobell y cols., 2003).

Aunque el objetivo de los esfuerzos terapéuticos es ayudar a los alcohólicos a dejar de beber (o dejar de beber en exceso), mantener la sobriedad a largo plazo es también muy importante. Los alcohólicos que se someten a tratamiento tienen un alto índice de recaídas. Muchos se someten a tratamiento varias veces, o siguen distintos tipos de tratamiento, e incluso así sufren recaídas y beben sin control. Para los que consideran que el alcoholismo es una enfermedad, una recaída es un fracaso que la víctima es incapaz de controlar. Desde el punto de vista cognitivo, una recaída es una falla o un error. El enfoque cognitivo considera una recaída como una desviación en el camino. Una desviación los conduce de regreso a la conducta de abuso, la otra hacia la meta del cambio positivo.

Los **programas de prevención de recaídas** combinan un enfoque cognitivo con diversos procedimientos de tratamiento diseñados para cambiar el patrón de bebida del individuo (Daley y Marlatt, 1992). Dichos programas se pueden utilizar ya sea que el objetivo sea la abstinencia o la manera controlada de beber. La única exigencia es que el cliente tome voluntariamente la decisión de cambiar. El enfoque de la prevención de recaídas supone que la persona experimenta una sensación de control sobre su conducta siempre y cuando continúe el programa de tratamiento. Si, por el contrario, se enfrenta a una situación de alto riesgo, la sensación de control se ve amenazada y es probable que se produzca una recaída. Las situaciones de alto riesgo incluyen estados de ánimo negativos como la frustración, el enojo o la depresión; conflictos interpersonales como una discusión con el jefe o con un miembro de la familia; y presión social para beber. Si la persona es capaz de presentar una respuesta de afrontamiento eficaz —por ejemplo, rechazar el ofrecimiento con firmeza cuando los amigos sugieren “sólo una copa”— la probabilidad de una recaída se reduce. La figura 14-4 ilustra el enfoque cognitivo-conductual del proceso de recaída.

Un factor importante en las recaídas es el **efecto transgresión de la abstinencia**. Cuando ocurre una recaída, el individuo tiene dos clases de respuestas cognitivas y emocionales. Una es el conflicto y la culpa; la otra es atribuirla a factores situacionales temporales en lugar de imputarla a una debilidad personal o a falta de autosuficiencia. Un alcohólico que rompe con la abstinencia por primera vez es probable que siga bebiendo después de la recaída para aliviar el conflicto y la culpa relacionadas con la primera copa. El individuo también puede reducir el conflicto entre la conducta de beber y el objetivo de evitar las recaídas al pensar: “Esto sólo prueba que soy un alcohólico. No puedo controlar mi forma de beber una vez que empiezo a hacerlo.” En lugar de atribuir el error a la situación difícil, las personas que emplean estos razonamientos son propensas a culparse a sí mismas debido a la falta de fuerza de voluntad o a la incapacidad para resistir la tentación. Estos pensamientos aumentan la probabilidad de que una sola copa se convierta en un consumo excesivo de alcohol y una recaída total.

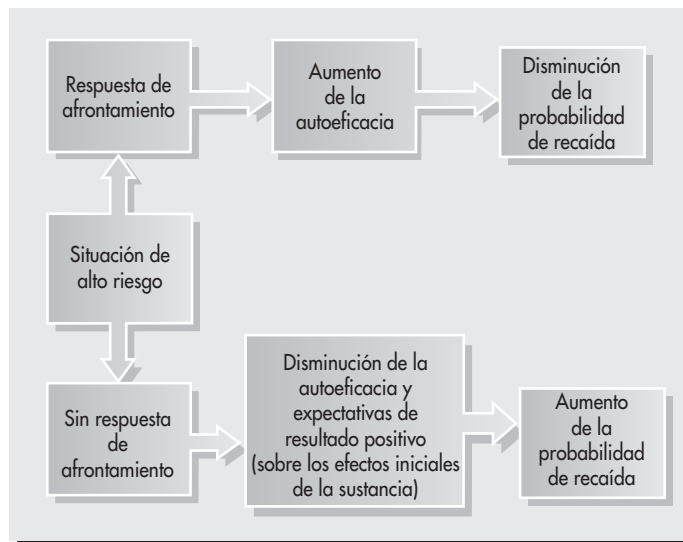


**Figura 14-4** Un análisis cognitivo-conductual del proceso de recaída empieza con la exposición a una situación de alto riesgo. Una situación de alto riesgo es cualquiera que genere estrés, emociones negativas, fuertes impulsos y tentaciones o conflicto interpersonal. Contar con una respuesta de afrontamiento aumenta la sensación de autoeficacia (sentir que uno tiene el control) y reduce la probabilidad de una recaída. No disponer de una respuesta de este tipo disminuye la autoeficacia (y aumenta la sensación de no tener el control) y, junto con las expectativas positivas sobre los efectos favorables de la sustancia, incrementa la probabilidad de una recaída.

Uno de los principales objetivos del programa de prevención de recaídas —además de considerar cualquier falla como un error temporal, y no necesariamente como una recaída permanente y un signo de fracaso personal— es capacitar a la persona para reconocer las primeras señales de advertencia que pueden preceder a una recaída, y planear y llevar a cabo una serie de estrategias de intervención y afrontamiento antes de que sea demasiado tarde. La técnica de la prevención de recaídas es prometedora no sólo en el caso de abuso del alcohol, sino también en el de consumo de drogas, el tabaquismo y otros problemas de autocontrol como seguir una dieta. Sus componentes principales —identificar las situaciones de alto riesgo y aprender habilidades conductuales y de afrontamiento eficaces— se aplican en muchos tipos de situaciones. La tabla 14-8 presenta algunas formas en que se pueden manejar las recaídas de manera positiva. Es necesario realizar más investigaciones que exploren los efectos a corto y largo plazos de las técnicas de prevención de las recaídas.

**Evaluación de los enfoques de tratamiento** Como hemos visto, las diferentes orientaciones teóricas han conducido a diferentes enfoques del tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol. ¿Cómo se comparan en cuanto a la eficacia del tratamiento? Aunque los estudios que contrastan los enfoques particulares con los grupos de control correspondientes son útiles, también es importante comparar los enfoques de tratamiento entre sí. Sin embargo, debido a su costo y complejidad, no se han llevado a cabo muchos estudios que comparen los tratamientos. Para



TABLA 14-8

**Aprendiendo de una falla**

Una recaída temporal se puede utilizar como una oportunidad para aprender y no necesariamente como una señal de derrota. La máxima prioridad radica en prevenir los errores al anticipar las situaciones de alto riesgo y preparar las formas para manejarlas. Cuando ocurre una recaída, es útil llevar consigo una tarjeta que contenga una lista de las tácticas de afrontamiento de acuerdo con las necesidades personales. Esta lista puede incluir las siguientes sugerencias:

1. Considerar la falla como una emergencia que requiere acción inmediata.
2. Recordar que una falla no es una recaída.
3. Renovar su compromiso.
4. Revisar las acciones que lo llevaron a la falla, de modo que no las repita.
5. Elaborar un plan de acción inmediata para la recuperación.
6. Pedir a alguien que le ayude.

evaluar los enfoques de tratamiento, es necesario compararlos, no sólo uno con otro, sino también con programas comunitarios que no involucren a clínicos profesionales.

**Alcohólicos Anónimos (AA)** es el enfoque comunitario del alcoholismo más utilizado. Existen más de 98 000 grupos alrededor del mundo, con más de dos millones de miembros en 171 países y territorios. La mayoría de los miembros llegan a AA remitidos por otros y por programas de asesoría y rehabilitación. AA espera que los alcohólicos en recuperación admitan su impotencia personal frente al alcohol y busquen la ayuda de un “poder superior”, que se puede entender en la forma que el individuo elija. A los miembros se les pide que oren o mediten para establecer contacto con ese poder. Se les pide que realicen un “inventario moral”, confiesen los errores que han cometido, imploren perdón, se enmienden y transmitan el mensaje a otros alcohólicos. AA adopta la posición de que cualquier persona que haya sido alcohólica lo es siempre; la enfermedad se puede controlar, pero la vulnerabilidad es permanente (Seppala, 2001).

Las frases más famosas de AA son: “la primera copa es la que te emborracha”, que afirma la meta de la abstinencia, y “solo por hoy”, que da preferencia a la acción actual ante la planeación a largo plazo. A los miembros de AA se les dice que, a pesar de que el alcohol es la fuente de sus problemas, deben asumir la responsabilidad de su propia recuperación. También deben estar resueltos a ayudar a otras personas que lo necesiten como parte de su propia rehabilitación.

La eficacia de AA todavía no ha sido científicamente documentada y los problemas metodológicos hacen difícil dicha evaluación. Debido a que muchos alcohólicos abandonan el programa, y se consideran fracasos, no se toman en cuenta al calcular el porcentaje de miembros que logran abstenerse con éxito. Además, no todas las personas con este tipo de problemas están dispuestas a unirse a AA. Debido a que la organización se basa en la idea de la abstinencia total, quienes consideran que tienen un problema con

el alcohol pero desean reducir en lugar de suspender la bebida, quizá no se unan al grupo. Debido a que los miembros representan una población selecta de personas con problemas que se relacionan con el alcohol, el porcentaje de éxito de quienes logran la abstinencia no necesariamente representa el índice de éxitos de todas las personas que dependen del alcohol y siguieron el programa de AA. A pesar de estas dificultades metodológicas, un estudio bien diseñado de 2319 hombres que eran dependientes del alcohol, mostró un efecto positivo de la participación en AA en los resultados relacionados con este padecimiento (McKellar y cols., 2003).

Uno de los elementos más importantes de rehabilitación de A es el apoyo social que ofrecen sus miembros. Todos saben que pueden llamar a otros compañeros en cualquier momento para que los ayuden a resistir la tentación del alcohol. A pesar de que quizá AA no sea la opción correcta para todos los alcohólicos, para quienes lo encuentran conveniente puede ser una valiosa fuente de apoyo, pertenencia y seguridad. El cuadro 14-1 describe la experiencia de una persona en Alcohólicos Anónimos. A pesar de que no está afiliado a ninguna organización ni institución formal, AA representa en la actualidad un recurso de referencia importante para los pacientes alcohólicos.

Un ambicioso estudio comparó tres tratamientos:

1. La terapia cognitivo-conductual que tenía el propósito de ayudar a los participantes a desarrollar habilidades para controlar su deseo por el alcohol (por ejemplo, aprender a rechazar ofrecimientos de bebidas, y adquirir métodos para evitar situaciones que los hagan beber);
2. Un programa diseñado para preparar y alentar a los pacientes a afiliarse a Alcohólicos Anónimos; y
3. Un enfoque terapéutico orientado a aumentar la motivación de los alcohólicos para responsabilizarse de su condición y cambiar su conducta. Los participantes fueron asignados de manera aleatoria a grupos de tratamiento, y se evaluó su estado después de un año de participar en el estudio (Project MATCH Research Group, 1997).

Las tres terapias produjeron resultados buenos similares, pues la mayoría de los pacientes permanecieron en abstinencia por aproximadamente 80% de los periodos de seguimiento. Algunos indicadores señalaron que el enfoque cognitivo-conductual resultaba mejor para las mujeres y los pacientes con problemas psicológicos severos, cognitivos y de ajuste social. El programa de Alcohólicos Anónimos parecía ayudar en particular a los pacientes que bebían más, buscaban significado a su vida y tenían muchos amigos que los alentaban a beber. Los mejores candidatos para la terapia de mejoramiento motivacional parecían ser aquellos con poca disposición inicial para cambiar su conducta hacia la bebida. De este modo, aunque las tres terapias fueron eficaces, cada una parecía tener especial utilidad para un tipo de paciente en particular. Antes de empezar el tratamiento en los tres grupos, los pacientes bebían alcohol en un promedio de 25 a 30 días. Después del tratamiento, se redujo a seis días por mes. A pesar de que son alentadores, estos resultados se deben confirmar con otras evaluaciones. También sería útil explorar los efectos de combinar algunas características de las diferentes terapias. Por ejemplo, podría ser productivo el incor-



## RELATOS PERSONALES

## CUADRO 14-1

## La batalla contra el alcoholismo

Andrew Sheehan es un periodista de investigación a quien el alcoholismo casi le arruina la vida. Su matrimonio, relaciones sociales, trabajo y concepto de sí mismo se deterioraron a medida de que su alcoholismo se salía de control. Dejó de beber en muchas ocasiones, sólo para volver a su patrón de bebida después de poco tiempo.

*Lógicamente uno vuelve a tomar la botella una y otra vez, pues trata de recrear ese sentimiento de alivio. Lo ocasional se convierte en habitual, y lo habitual en una adicción. Después de un tiempo, todos los bebedores que se han reformado dicen que "la bebida dejó de funcionar para mí". El juego se convierte en un trabajo: la labor de beber cada día. La bebida ya no proporciona un alivio o un escape: sólo en la necesidad de llenar un vacío. Luego viene el largo y lento descenso: el automóvil chocado, los matrimonios deshechos, los trabajos perdidos. Ya no es una cuestión de si vas a caer, es simplemente una cuestión de qué tan bajo vas a caer (Sheehan, 2001, p. 229).*

En uno de sus puntos más bajos, Sheehan asistió a una junta de Alcohólicos Anónimos, y luego se esforzó por asistir de manera regular.

*Y luego, casi a pesar de mí mismo, me empezaron a gustar las reuniones. Empecé a encontrarlas extrañamente reconfortantes y tranquilizantes. Por lo menos por una hora disfrutaba de calma. Podía ser fugaz, y tal vez sólo duraba mientras estaba ahí, pero cuando iba a las reuniones, un profundo sentido de calma llegaba a los pensamientos retorcidos de mi cerebro. Era como si un enredo de nudos lentamente se desenredaran y se aflojaran, o una especie de descompresión, como si el vapor escapara por mis oídos. Esto sigue siendo un misterio para mí, pero creo que tiene que ver con estar en presencia de otros ebrios.*

*Lo que parece más importante para AA es esta creencia: un compañero que sufre, otro ebrio, es mejor que cualquier médico o terapeuta. AA se basa en la relación entre dos personas que tienen el mismo problema, ninguno es superior al otro, son personas iguales que comparten una experiencia común. Ésta es la dinámica curativa, que se reproduce alrededor del mundo en relaciones individuales y de grupos, entre los millones de personas que asisten a reuniones de AA. Su sentido de culto espeluznante se disipó cuando me di cuenta de que realmente no era una organización. AA no tiene un líder carismático, ni jerarquías, ni una fun-*



Figura 14-5 Andrew Sheehan.

FUENTE: Cortesía de Andrew Sheehan.

*dación, ni un programa de relaciones públicas. Prolifera solamente a través de su relación central. De ebrio a ebrio. Era tan extraño que, después de las reuniones, yo iba a tomar café con los otros ebrios en recuperación. Me encontraba sentado ahí por la noche y pensaba: ¿Estoy en la tierra para acabar aquí, divorciado y sólo, compartiendo bromas e intimididades con extraños? Al mismo tiempo, se me ocurre que es aquí donde necesito estar, tratando de hacer contacto, tratando por fin de ser honesto (Sheehan, 2001, pp. 239-240).*

porar tanto los tratamientos psicológicos como los medicamentos en los programas de terapia.

En la práctica, los programas integrados de tratamiento psicológico y medicamentos se emplean con frecuencia para manejar bebedores problema, pero por lo general no se evalúa cada uno de los componentes del programa. Por ejemplo, la naltrexona normalmente se receta a los alcohólicos que también reciben orientación psicológica y servicios de rehabilitación. Existe evidencia de que la combinación de diferentes enfoques terapéuticos tiene resultados positivos en la rehabilitación de alcohólicos (Sammons y Schmidt, 2001). La evaluación los diferentes componentes de la terapia ayudará al desarrollo de programas óptimos para cada tipo específico de paciente.

La investigación sobre el alcoholismo ha mejorado y debe producir resultados prácticos. Debido a que muchos estudios han agrupado a diferentes tipos de pacientes, muchos de estos estudios no han sido útiles para analizar la eficacia de los tratamientos específicos. Otra dificultad para interpretar la evidencia disponible es que muchas personas (tal vez más de 50%) que entran a programas de tratamiento para el alcoholismo los abandonan, y nadie sabe lo que ocurre con estas personas. A pesar de estos problemas, se ha consolidado un cuadro general de lo que son y hacen bien las per-

sonas que abusan del alcohol, sin importar el tratamiento: son personas con trabajos, relaciones estables, psicopatología mínima, sin historial de fallas en tratamientos pasados y participación mínima con otras drogas.

La investigación futura en el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol necesita enfocarse en algunos temas, como el problema del abandono, y hacer preguntas importantes tales como: 1) ¿Cuáles son los elementos eficaces de los enfoques terapéuticos? y 2) ¿Cuáles deben ser los objetivos del tratamiento? Con respecto a la primera pregunta, el valor terapéutico debe ser determinado de manera individual para dichos elementos, como proporcionar a los pacientes retroalimentación sobre sus riesgos de enfrentar problemas de alcohol, dándoles consejos para reducir su consumo o para dejar de beber, y mostrarles empatía para así poder entender sus problemas. Es probable que ningún elemento terapéutico sea suficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes. Algunos individuos en especial pueden requerir tratamiento para problemas subyacentes de la personalidad; otros pueden necesitar ayuda para tratar los problemas de sus relaciones interpersonales, como con sus cónyuges; y otros pueden necesitar más confianza en su capacidad para manejar las recaídas. Los programas de tratamiento deben adaptarse para tratar los problemas específicos



**Figura 14-6** El contexto en el cual se consumen las bebidas alcohólicas es un factor importante en el alcoholismo. Beber vino en las reuniones familiares, como en esta ceremonia de la Pascua Judía, tiene mucha menor probabilidad de crear un problema con el alcohol que beber en situaciones en donde existe presión para que el individuo "sobresalga por su forma de beber".

de cada individuo. Un factor importante de todas las terapias son los clínicos que las imparten. Un estudio encontró que la capacidad del clínico para comunicar tanto autoridad como calidez interpersonal ejercía una influencia importante sobre el progreso del cliente alcohólico (Cartwright y cols., 1996).

**Una perspectiva interaccionista** En años recientes, se ha desarrollado una opinión interaccionista del alcoholismo. En el centro de este concepto de alcoholismo se encuentra la opinión de que es un ciclo adictivo que da como resultado la perpetuación del hábito dañino de beber. Este ciclo incluye los siguientes elementos:

1. Ciertos individuos vulnerables tienen mayor probabilidad de desarrollar la dependencia del alcohol debido a factores de predisposición biológicos, psicológicos o sociales (por ejemplo, la genética, la depresión o la influencia de otras personas).
2. El consumo excesivo se intensifica debido a factores de precipitación como los sucesos estresantes o los instigadores psicológicos (por ejemplo, la ansiedad o el insomnio).
3. El individuo vulnerable considera al alcohol gratificante, ya sea por la euforia que le produce o por la disminución de la disforia, o por ambas.
4. El abuso del alcohol se desarrolla como una consecuencia de estas experiencias gratificantes, lo que da como resultado la tolerancia y el aumento de la bebida.
5. Después se presenta la dependencia física, junto con la necesidad de beber para evitar los síntomas de abstinencia.
6. El ciclo adictivo se intensifica debido a las ansiedades fisiológicas persistentes.
7. Los mecanismos físicos de dependencia tienden a reactivarse debido la ingestión de alcohol después de un periodo de abstinencia, con el reinicio subsecuente del ciclo adictivo.

Probablemente la mayor necesidad en la investigación de los trastornos relacionados con sustancias sea considerar los efectos

simultáneos entre el consumo de alcohol y algunos factores personales, sociales y culturales. Es importante examinar los efectos interactivos de estos factores para explicar los niveles actuales de consumo de alcohol. Por ejemplo, dos individuos con vulnerabilidades biológicas similares (como la sensibilidad al alcohol) pueden consumir cantidades muy diferentes de alcohol según la presión social (de sus compañeros) para beber.

Una serie de factores y procesos potencialmente pertinentes pueden ser los escenarios culturales y comunitarios de los que proviene la persona. El problema del abuso del alcohol tiene dimensiones tanto socioculturales como fisiológicas. Los valores y costumbres de la comunidad tienen una gran influencia en las actitudes hacia la bebida. En el pasado, los problemas del uso del alcohol eran bastante frecuentes entre ciertos grupos étnicos, como los irlandeses y los suecos, relativamente poco frecuentes entre los italianos y de muy poca frecuencia entre los judíos. Sin embargo, en la actualidad, el alcoholismo está en disminución entre los irlandeses-estadounidenses y los suecos-estadounidenses, pero se ha incrementado entre las segundas y terceras generaciones de italianos-estadounidenses y judíos. El cambio de las costumbres sociales dentro de estos grupos culturales parece ser un factor importante en estos patrones de consumo del alcohol.

Los índices de alcoholismo eran bajos en los grupos en los cuales las costumbres de beber, los valores y las sanciones se conocen bien, todos están de acuerdo con ellas y son congruentes con el resto de la cultura (ver la figura 14-6). Entre las condiciones socioculturales que reducen al mínimo los problemas de alcoholismo se encuentran las siguientes:

- Exponer a los niños al alcohol a una edad temprana en un escenario familiar o religioso.
- Servir la bebida alcohólica en forma diluida (por ejemplo, vino en lugar de licores destilados) y en pequeñas cantidades.
- Tratar las bebidas como alimentos y servirlos principalmente en las comidas.

- No considerar la forma de beber como una virtud (por ejemplo, una prueba de virilidad u hombría), ni como un pecado.
- Considerar socialmente aceptable la abstinencia, pero no la embriaguez ni beber en exceso.

Una variedad de factores sociales e interpersonales también influyen en el consumo de alcohol. Entre ellos se pueden mencionar el nivel de estrés en la comunidad y la vida personal del individuo. Entre los factores personales están las amistades, la situación familiar y las condiciones de empleo y financieras.

## Prevención de los trastornos relacionados con el alcohol

Obviamente, es mejor evitar el abuso del alcohol que tener que tratarlo. Desafortunadamente, se conoce menos acerca de la prevención que del tratamiento. De acuerdo con algunos estudios, los impuestos que aumentan el precio del alcohol, y por lo tanto reducen el consumo total en la sociedad, tienen un efecto más que proporcional en su consumo excesivo. Por lo general, existen menos problemas de alcoholismo en los países donde el precio del alcohol es alto en relación con el ingreso promedio. Está menos claro el hecho de que la simple limitación de la publicidad de bebidas alcohólicas sea eficaz.

Otras estrategias en el ámbito de la comunidad que pueden ser útiles desde el punto de vista de la prevención son aumentar la edad mínima para beber, regular los tipos de establecimientos y las horas durante las cuales se puede vender alcohol, establecer severas leyes para quien conduzca en estado de ebriedad y realizar distintas clases de programas educativos dirigidos hacia grupos importantes. El cuadro 14-2 presenta información sobre el panorama del problema de abuso del alcohol en un escenario —el campus universitario— y sugiere algunas medidas prácticas para la prevención.

El abuso del alcohol y otras drogas durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta es hoy en día un problema de salud pública. El problema es serio porque para el adulto joven en desarrollo, estas sustancias debilitan la motivación, interfieren con procesos cognitivos, contribuyen a la formación de trastornos del estado de ánimo extenuantes y aumentan el riesgo de sufrir una herida o la muerte accidental. Los investigadores han encontrado dificultades para desarrollar intervenciones preventivas duraderas, por lo que tratan de hallar maneras para crear programas de prevención que tengan probabilidad de éxito. Una perspectiva para enfocar esta tarea radica en identificar los factores de riesgo del abuso y luego desarrollar programas dirigidos a reducirlos. Identificar los siguientes factores de riesgo que pueden conducir al abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas puede reducir el problema de manera importante:

- Privación económica extrema
- Desorganización del vecindario
- Problemas de conducta tempranos y persistentes, lo cual incluye conducta agresiva e hiperactividad
- Malas prácticas de control de la familia
- Conflictos familiares
- Falta de cohesión dentro de la familia
- Fallas académicas
- Presión social para utilizar drogas
- Alienación y rebeldía
- Rechazo de sus compañeros a temprana edad

## Otras drogas

Estrictamente hablando, el alcohol es una droga, pues es una sustancia química que provoca cambios fisiológicos y psicológicos cuando se ingiere. Sin embargo, para la mayoría de las personas, la palabra *drogas* significa pastillas, polvos y marihuana. Además del alcohol, las drogas psicoactivas se pueden clasificar en varios grupos: barbitúricos y tranquilizantes, opiáceos, cocaína, amfetaminas, psicotrópicos, fenciclidina (PCP), inhalantes, marihuana y nicotina. Existe creciente evidencia de que, con frecuencia, el alcoholismo se presenta junto con el uso de otras drogas, como los opiáceos y la nicotina (Sadock y Sadock, 2003). Mientras más severo sea el alcoholismo, mayor será la probabilidad de que también se padezca de dependencias a otras sustancias. Es posible que una parte de la vulnerabilidad genética al alcoholismo tenga algo en común con otros trastornos adictivos. El abuso de sustancias también tiene gran comorbilidad con otras condiciones.

## Barbitúricos y tranquilizantes

Los barbitúricos (como el fenobarbital) y los tranquilizantes (como el Valium) forman parte de un mismo grupo porque ambos tienen un efecto depresivo en el sistema nervioso central. Es probable que logren este efecto al interferir con la transmisión sináptica: ya sea que inhiban la secreción de neurotransmisores que generan excitación o que provoquen la liberación de sustancias inhibitorias de los transmisores. Ambos tipos de drogas reducen la ansiedad, el insomnio y afectan una amplia variedad de funciones orgánicas. También son muy populares. Cada año, los estadounidenses consumen más de 300 toneladas de barbitúricos; los tranquilizantes presentan un índice aún más elevado.

Los **barbitúricos**, o derivados del ácido barbitúrico, son recetados por los médicos para reducir la ansiedad o prevenir las convulsiones. Las dosis ligeras son eficaces como píldoras para dormir, a pesar de que en realidad pueden provocar trastornos del sueño si se consumen durante un periodo prolongado. Las dosis más elevadas, como las que consumen los individuos adictos, desencadenan un periodo inicial de excitación seguido por un periodo de lenguaje confuso, pérdida de la coordinación, depresión severa y deterioro del pensamiento y la memoria. El consumo ilícito de los barbitúricos con frecuencia se presenta junto con el consumo de otras drogas, sobre todo alcohol y heroína. El cuerpo rápidamente desarrolla tolerancia a los barbitúricos y tranquilizantes. A medida que se desarrolla esta tolerancia, aumenta la cantidad de sustancia que se necesita para mantener el mismo nivel de intoxicación. También se reduce considerablemente el margen entre una dosis que intoxica y una que produce resultados fatales. Estas drogas pueden provocar dependencia tanto física como psicológica. Después de



## INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

## CUADRO 14-2

## Beber en el campus

En severo contraste con el bullicio a lo largo del pasillo del hospital donde se notaba ese fresco amanecer de febrero, un grupo de confundidos estudiantes se veían unos a otros mientras esperaban para saber si Jim Callahan estaba vivo o muerto. Llenos de temor, por él y por ellos mismos, los hermanos de la fraternidad recreaban la noche anterior en sus mentes, una y otra vez. Se suponía que el ritual de iniciación era divertido, sólo una prueba del poder de la fraternidad sobre sus nuevos miembros. ¿No era una buena idea ordenarles que bebieran “kamikazes” en el sótano de la casa de la fraternidad hasta enfermarse? Después de todo, los novatos podían dormir para reponerse. Pero cuando Jim Callahan, de 18 años, perdió el sentido esa mañana del 12 de febrero de 1988, nunca despertó.

Más tarde, los médicos explicarían que Callahan había muerto por envenenamiento agudo con alcohol, causado por beber una enorme cantidad de alcohol en muy poco tiempo. Consumió alrededor de 24 onzas—casi tres cuartos de litro—en un periodo de 30 a 45 minutos después de una ceremonia de iniciación Lambda Chi Alpha.

La tragedia tuvo lugar en la Rutgers University, pero se han presentado sucesos similares en otras instituciones educativas. Muchos colegios y universidades parecen luchar continuamente con el problema de **beber en exceso**, el cual con frecuencia se caracteriza por beber cinco o más copas de manera consecutiva los hombres y cuatro o más las mujeres.

Existe gran interés en el desarrollo de programas que puedan prevenir el beber en exceso y otros problemas relacionados con el alcohol. Una estrategia de prevención que adoptaron los investigadores de la Universidad de Washington ha sido el desarrollo de un curso universitario deseis a ocho semanas sobre los enfoques sensibles al alcohol. ¿El simple hecho de tomar una clase puede cambiar los hábitos dañinos de beber? Los participantes del curso redujeron de manera significativa su consumo de alcohol y mantuvieron esa reducción incluso después de dos años (Roberts y cols., 2000). Además, otros dos grupos—uno que sólo leyó el manual de la clase y otro que solamente recibió información verbal—también disminuyeron en forma importante sus hábitos de beber. Estos resultados son aún más impresionantes porque todas aquellas personas que se eligieron para la clase presentaban un riesgo elevado de problemas con el alcohol, de-

TABLA 14-9

## Entender los patrones de consumo personal como primer paso hacia el consumo sensato de alcohol

Con el objeto de ayudar a los estudiantes a comprender las razones personales para consumir alcohol y el tipo de situaciones que es probable que los lleven a beber más, una tarea para una clase sobre los enfoques sensatos para beber comprende meditar y responder las siguientes preguntas. Es probable que las preguntas proporcionen a cada estudiante algunas introspecciones importantes sobre sus propios patrones de beber.

- ¿Existen algunos *lugares* en los que es más probable que beba en exceso? [Sí/No] ¿Dónde?
- ¿Hay *algunas personas* con quienes es más probable que beba en exceso? [Sí/No] ¿Quiénes?
- ¿Existen *algunas ocasiones o días* cuando es más probable que beba en exceso? [Sí/No] ¿Cuándo?
- ¿Existen algunas *actividades* que hacen que sea más probable que beba en exceso? [Sí/No] Describalas.
- ¿Cree que bebe en exceso cuando se *siente* de determinada manera? [Sí/No] Describa esos sentimientos.
- ¿Podría tomarse unas “vacaciones” (evitar) de cualquiera de los lugares y personas que participan en su forma excesiva de beber? [Sí/No] ¿De cuáles?
- ¿Existen *lugares* en donde es *menos probable* que beba en exceso? [Sí/No] ¿Dónde?
- ¿Existen personas con quienes es *menos probable* que beba en exceso? [Sí/No] ¿Quiénes?

bido al exceso de bebida o a factores como un antecedente familiar de alcoholismo.

Este programa de prevención no dice a los estudiantes que se deben abstener del licor (excepto a aquellos que son alcohólicos), lo que puede ser un factor que contribuye al éxito del mismo. El curso proporciona información a partir de la cual los estudiantes pueden evaluar si tienen un problema y decidir qué es lo que desean hacer al respecto, si hay algo que quieran hacer. Se hace hincapié en que la sensatez al beber es una capacidad. Beber se compara con conducir un auto, dos actividades que pueden ser peligrosas si las practica una persona que no tiene la capacidad necesaria. El curso transmite a los estudiantes que, al igual que para conducir, uno debe aprender a beber por medio de la experiencia—qué, cuándo, dónde y cuánto—y que no se puede aprender sólo porque le digan cómo hacerlo. El curso también les pide que observen su propia conducta con

la bebida al proporcionar las respuestas a preguntas como las de la tabla 14-9.

A continuación presentamos algunas maneras en las que los estudiantes pueden ayudarse a sí mismos antes de beber:

- Elegir en grupo, antes de una fiesta, a una persona para que conduzca el auto, esto es, alguien que se mantendrá sobrio.
- Llegar a un acuerdo sobre la manera de hacer saber a otro que está bebiendo demasiado.
- Antes de consumir bebidas alcohólicas, comer alimentos altos en proteínas y carbohidratos.
- Consumir una copa por hora.
- Tener a la mano bebidas que no contengan alcohol y consumirlas cuando llegue al límite de bebidas alcohólicas.
- Escoger eventos que incluyan bailar, cenar u otras actividades, en lugar de enfocarse sólo en la bebida.

que se ha desarrollado la adicción, la abstinencia súbita puede causar síntomas de abstinencia que incluyen el delirio y las convulsiones, y hasta pueden provocar la muerte. Las recaídas son comunes entre los consumidores de barbitúricos porque el uso de esta droga es una manera fácil de escapar de la tensión, la ansiedad y los sentimientos de ineptitud.

Existen tres tipos de abuso de barbitúricos:

1. **Intoxicación crónica**, en la cual las personas consiguen las recetas, con frecuencia de más de un médico. Al principio ingieren los barbitúricos para reducir el insomnio y la ansiedad, y después se vuelven adictas a ellos. El consumo crónico provoca un lenguaje confuso y la reducción de eficacia en el trabajo.
2. **Intoxicación por episodios**, en la cual los individuos consumen los barbitúricos en forma oral para producir un estado “elevado” o de bienestar.
3. **Inyecciones intravenosas**, en las cuales se inyecta la droga, en muchos casos en combinación con otras (como la heroína). El uso intravenoso produce la “aparición repentina” de sensaciones placenteras, cálidas y somnolientas. Muchas complicaciones se asocian con el uso prolongado de la droga de esta manera.

Los **tranquilizantes** se derivan de varios grupos químicos. El abuso de ellos es común. Con frecuencia se recetan para reducir la ansiedad y tal vez medio millón de estadounidenses los consumen con propósitos médicos. Al igual que con los barbitúricos, el organismo desarrolla tolerancia a muchos tranquilizantes. El abuso de éstos es común. Muchas personas los consumen con libertad, al parecer sin darse cuenta de que son adictivos o que pueden causar la muerte. Pueden presentarse dependencia física y psicológica, así como graves síntomas de abstinencia. Como ocurre con los barbitúricos, los efectos nocivos de estas sustancias se incrementan cuando se consumen en combinación con alcohol y otras drogas.

El Valium es un miembro del grupo de tranquilizantes de las *benzodiazepinas*. Las drogas de este grupo producen menos euforia que otras tranquilizantes, de modo que el riesgo de dependencia y abuso es relativamente bajo. No obstante, se pueden desarrollar la tolerancia y los síntomas de abstinencia.

## Los opiáceos

El término **opiáceos** se refiere a cualquier sustancia natural o sintética que actúa en el organismo de manera similar a la acción de los derivados de la amapola del opio. Estas sustancias se adhieren y actúan en los lugares de los receptores de opiáceos en el cerebro. Los opiáceos incluyen una variedad de sustancias, algunas de las cuales se presentan en forma natural, en tanto que otras son sintéticas. La heroína es el opiáceo sintético más conocido.

En ocasiones, a los opiáceos se les conoce como **narcóticos**, pero este término se emplea de manera distinta en el estudio de drogas y el sistema legal, y no siempre tiene el mismo significado para las personas que se encargan de aplicar las leyes, los abogados, los médicos y los científicos.

**Los opiáceos naturales** El cerebro y la glándula pituitaria producen varias formas de opiáceos que, por sus efectos, se aseme-

jan al opio y la heroína. Algunas de estas sustancias también se pueden elaborar en forma artificial para usos experimentales. Las investigaciones que emplean opiáceos naturales pueden proporcionar información sobre los mecanismos del dolor, el placer, la emoción y la percepción. Tres de esos opiáceos son las **endorfinas**, las **encefalinas** y las **dimorfinas**. Las endorfinas son las que más se han estudiado.

El estudio de las endorfinas ha permitido elaborar mapas de todo el sistema de receptores de opiáceos. Se ha descubierto que los nervios del cerebro y la espina dorsal contienen receptores a los cuales los opiáceos deben unirse con el objeto de producir sus efectos. La morfina y las drogas similares bloquean las señales de dolor hacia el cerebro porque se ajustan a los lugares como una llave en una cerradura. Algunos científicos sospechan que la adicción es una enfermedad de deficiencia: la ansiedad y dependencia por parte del adicto a los opiáceos puede deberse a una insuficiencia crónica en la producción de endorfinas naturales. Si éste es el caso, puede ser posible utilizar endorfinas sintetizadas para corregir la causa subyacente de la adicción. Pueden existir dos posibilidades para subsanar las deficiencias de endorfina. Una es que los opiáceos por sí mismos supriman su producción; la otra es que algunas personas tienen una deficiencia de origen genético en la producción de endorfinas.

A medida que los bioquímicos han aislado y analizado de manera directa las endorfinas, los investigadores conductuales han podido estudiar su acción, ya sea mediante la inyección de estas sustancias a los sujetos y la observación de sus efectos analgésicos (para calmar el dolor), o de una droga que se conoce como *naloxona*, que bloquea los efectos de las endorfinas. Si un procedimiento produce analgesia cuando no se utiliza la naloxona, pero no afecta el dolor cuando la naloxona está presente, existen evidencias indirectas de que las endorfinas intervienen en los efectos de reducción del dolor.

**Los opiáceos** La palabra **opiáceo** se refiere sólo a las drogas de este tipo que se derivan del jugo de la amapola del opio, *Papaver somniferum*. Los arqueólogos creen que los aparentes poderes milagrosos de la amapola del opio fueron descubiertos por los granjeros neolíticos de las costas orientales del Mar Mediterráneo. Este conocimiento se propagó desde el Asia Menor por todo el mundo antiguo, en tanto que la droga que se fabricaba a partir de la amapola, el opio, se convertía en un artículo valioso. En el siglo XVII, un médico prominente consideró al opio como el don más grande de Dios a la humanidad para el alivio de sus sufrimientos.

En 1804 se identificó el ingrediente activo más importante del opio, la **morfina**. Los científicos la consideraron como un analgésico confiable. El opio y sus derivados también se utilizaron para el tratamiento de la tos, la diarrea, la fiebre, la epilepsia, la melancolía, la diabetes, las úlceras en la piel, la constipación y una variedad de enfermedades del siglo XIX. Cuando se utilizan los opiáceos para controlar el dolor, por lo general no producen la clase de sensación orgásmica repentina que caracteriza a las dosis altas, y normalmente no produce adicción.

Al igual que la morfina en un principio se consideró un sustituto seguro del opio, la **heroína**, que se produjo por primera vez en 1874 al hervir morfina en ácido acético, primero se tomó como un sustituto eficaz y seguro de la morfina. Esta afirmación pronto pro-

bó ser una terrible mentira, y en la actualidad, la heroína participa en más de 90% de los casos de adicción a los narcóticos.

La heroína, que posee de tres a cinco veces la potencia de la morfina, se puede inyectar, fumar o inhalar (ver la figura 14-7). Los adictos a la heroína pasan por una secuencia característica de experiencias. Después de que se inyecta la droga, el individuo siente una “sensación repentina” o “rayo” mientras el sistema nervioso reacciona a su presencia. Los adictos describen la sensación repentina como en extremo placentera, similar en muchos aspectos al orgasmo sexual, sólo que más intensa y que comprende todo el cuerpo. Después de esta sensación, el individuo experimenta los “cabeceos”, un estado prolongado de euforia. Desaparecen la fatiga, la tensión y la ansiedad. Los sentimientos de insuficiencia son reemplazados por una alegría relajada. Un adicto joven informó que, después de experimentar su primera intoxicación con heroína, había exclamado para sí: “¿Por qué no me dijeron que existían estos sentimientos tan maravillosos?” Una cantidad significativa de adictos a la heroína afirman que, a menos que el mundo les proporcione un sentimiento para compensar la pérdida de ese estado de intoxicación, nunca podrán dejarla. Sin embargo, los aspectos negativos que se relacionan con la heroína sobrepasan con mucho las sensaciones temporales de bienestar.

**Los efectos de los opiáceos** Los opiáceos tienen efectos tanto sedantes como analgésicos. Provocan cambios de estado de ánimo, somnolencia, aturdimiento mental, estreñimiento y letargamiento de la actividad del centro respiratorio del cerebro. Una sobredosis puede causar la muerte, debido a que la respiración ce-



**Figura 14-7** Un adicto a la heroína a punto de inyectarse. Algunos segundos después de la inyección, una sensación de calor recorre el cuerpo (mientras la heroína entra en el cerebro), seguida de somnolencia. La heroína es una droga de efecto fugaz, y son necesarias inyecciones frecuentes para alcanzar la euforia.

**TABLA 14-10**

**Características clínicas de la intoxicación por opiáceos y la abstinencia**

**Intoxicación por opiáceos**

Además de pupilas fijas, se presentan uno o más de los siguientes efectos:

1. Somnolencia o estado de coma
2. Arrastrar las palabras al hablar
3. Problemas con la atención y la memoria

**Abstinencia**

Tres o más de los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido
2. Náusea o vómito
3. Dolor muscular
4. Escurrimiento por ojos y nariz
5. Dilatación de las pupilas
6. Sudores
7. Diarrea
8. Bostezos
9. Fiebre
10. Insomnio

FUENTE: DSM-IV-TR.

sa. La reacción ante la abstinencia puede ser severa y se manifiesta por sudoración, dolores musculares, náusea, vómito, diarrea y otros síntomas que pueden durar de dos a tres días; los síntomas menos severos pueden persistir por cuatro a seis meses. El consumo de la heroína es probable que se relacione con un deterioro grave, tanto de la vida social del individuo como de sus relaciones familiares. La tabla 14-10 resume las características principales listadas en el DSM-IV-TR para la intoxicación por opiáceos. Además de esas características, la intoxicación por opiáceos incluye una conducta inadaptada significativa y cambios psicológicos que se desarrollan durante, o poco después, de la euforia inicial que provoca el opiáceo. Estos cambios incluyen la apatía, juicio deteriorado y problemas en el funcionamiento social o profesional.

El siguiente caso ilustra la intoxicación por opiáceos:

*Jamie es una chica de 17 años que dejó la escuela y cuyo novio, Matt, recientemente se unió a una pandilla local de motociclistas. Los miembros de la pandilla usan drogas de manera excesiva, y la iniciación de Matt en ella requería que recibiera una “dosis”, o inyección, de heroína intravenosa. Era su primera experiencia con la heroína y la disfrutó. Trató de convencer a Jamie de probarla. Ella tenía miedo y al principio se resistió.*

Una noche Matt y Jamie estaban paseando en motocicleta con la pandilla y se detuvieron en un sitio popular de las pandillas. Muchas de las mujeres que estaban allí se reunieron alrededor de Jamie y la empezaron a molestar por no probar la heroína. Finalmente, accedió a probar una “dosis”. Una de las mujeres disolvió un poco de heroína en una cuchara, la cargó en la jeringa, aplicó un torniquete al brazo de Jamie, y se la inyectó en la vena. Jamie sintió una “elevación” o “sensación” repentina, que más tarde describió como parecida a un orgasmo. A ésta le siguió un sentido de euforia. Matt miró su cara y notó que tenía una mirada ligeramente aturdida, con pupilas pequeñas. Después de algunos minutos cayó en un estado letárgico y empezó a cabecear. Los efectos se hicieron más intensos en 20 o 30 minutos y después comenzaron a reducirse.

La tabla 14-10 muestra también las características de la abstinencia de opiáceos que experimentan las personas que han dejado (o reducido) el uso de un opiáceo después de un periodo de abuso.

*Sean, un hombre de 27 años, llegó una noche a la sala de emergencias de un hospital local quejándose de sentirse deprimido y suicida. Fue internado en la sala psiquiátrica para observación. Algunas horas después, a mitad de la noche, empezó a vomitar y a quejarse de dolores musculares, calambres estomacales, diarrea e insomnio. La enfermera primero pensó que estaba desarrollando un síndrome viral. Sin embargo, cuando examinó sus brazos, descubrió varias “marcas” de aguja. Sean admitió que había empezado a inyectarse heroína hacía algunas semanas. La última vez que se había inyectado fue aproximadamente seis horas antes de entrar al hospital. La enfermera llamó al psiquiatra, quien examinó a Sean y le recetó medicamentos para tratar los síntomas de su síndrome de abstinencia.*

### Causas de los trastornos por consumo de opiáceos

Un estudio de los soldados de la guerra de Vietnam que utilizaban heroína en exceso durante el conflicto descubrió que un alto porcentaje de ellos dejaban de utilizarla cuando regresaban a casa (L.N. Robbins, 1993). Esto demostró que, de manera contraria a la suposición generalizada de que cuando una persona utiliza la heroína en exceso se “engancha” a ella, los adictos a la heroína no están condenados de por vida. Una investigación que se llevó a cabo en California encontró que dejar de utilizar los opiáceos es más fácil para los individuos de 30 años o menores (Hser y cols., 1993). A pesar de que el significado preciso de estos descubrimientos no es muy claro, el hecho de que muchos veteranos que utilizaban opiáceos en Vietnam hayan sido capaces de dejarlos cuando regresaron a sus hogares ha estimulado el interés en la idea de que el uso controlado de por lo menos algunas sustancias es posible para algunas personas. Algunos individuos que habían utilizado los opiáceos de manera controlada por largos periodos proporcionaron apoyo adicional a esta opinión. Aunque algunos consumidores necesitan las drogas en dosis cada vez mayores todos los días, otros parecen capaces de limitar su ingestión diaria. Quizá la razón de que el uso controlado de opiáceos ha recibido poca atención, es que las personas que son capaces de limitar su uso no llaman la atención de los clínicos. En cualquier caso, es necesario un mejor entendimiento del proceso de adicción a los opiáceos para poder formular po-

líticas sociales eficaces, por ejemplo, las leyes para el consumo de las drogas y los procedimientos de tratamiento.

En la actualidad existen dos opiniones opuestas sobre la adicción a los opiáceos: la orientación de la exposición y la interaccionista. De acuerdo con la **orientación de la exposición**, la causa de la adicción es simplemente la exposición a los opiáceos. Cuando una persona experimenta estrés, se secretan endorfinas que producen analgesia (mayor tolerancia al dolor) que induce el estrés. El consumo de heroína y otros opiáceos puede causar una interrupción a largo plazo en el sistema bioquímico que sintetiza las endorfinas. Es probable que un adicto siga consumiendo los opiáceos porque el uso de la droga interrumpió el sistema de alivio del dolor normal del organismo. También se cree que las drogas opiáceas son reforzantes porque posponen los síntomas dolorosos de la abstinencia. Este punto de vista no explica por qué algunos adictos tienen severos síntomas de abstinencia en tanto que otros no los presentan. Además, algunas personas adquieren adicción a otras drogas que no producen síntomas de abstinencia severos, como la nicotina y el café.

De acuerdo con la **orientación interaccionista**, tanto la persona como la situación son factores importantes para el desarrollo de la adicción: las características de las personas (sus expectativas, preocupaciones, etc.) y la situación que enfrentan en la vida, en especial las que crean estrés, ejercen una influencia conjunta en la necesidad de consumir drogas y su reacción a éstas. La evidencia disponible es congruente con esta interpretación. Esta opinión puede explicar por qué algunos militares que sirvieron en Vietnam pudieron abandonar la droga con tanta facilidad cuando regresaron a Estados Unidos. En Vietnam se enfrentaban a personas y lugares extraños, el aburrimiento, el peligro, los sentimientos de desamparo y otras emociones y situaciones que hacían que sus mecanismos de control parecieran inadecuados. Una vez que regresaron a casa, terminaron las señales de situación que se relacionaron con la ansiedad por opiáceos.

Aunque se sabe que la mayoría de los adictos empezaron a utilizar drogas en la adolescencia, la mayor parte de las investigaciones de los mecanismos de adicción o tratamiento se enfocan en los adultos. Los adolescentes se sienten atraídos por nuevas actividades y experiencias que pueden incluir las drogas. Los cambios en las regiones cerebrales durante la adolescencia pueden llevar a los jóvenes que normalmente son adaptados, a experimentar toda clase de estímulos nuevos, ya sea sociales o sexuales, los cuales, a su vez, pueden hacer que el cerebro sea más receptivo a los efectos adictivos de las drogas. Existe evidencia de que el cambiante sistema de circuitos cerebrales de los adolescentes parece hacerlos especialmente vulnerables a los efectos de las drogas y el alcohol (Chambers y cols., 2003).

Un descubrimiento recurrente de las investigaciones sobre los adictos a los opiáceos es que con frecuencia tienen problemas psicológicos severos (Krausz, 1999). En especial, sufren de depresión y su tasa de suicidios es mucho mayor que el promedio. Sin embargo, la depresión a menudo continúa después de apartarse de ellos e incluso empeora. Algunos expertos creen que las drogas provocan la depresión y otros piensan que con mayor frecuencia la depresión —o al menos una vulnerabilidad a los síntomas depresivos en situaciones de estrés— lleva al abuso de opiáceos cuando las



drogas están disponibles. La depresión en los adictos tal vez se ha sobreestimado, ya que existen algunas evidencias que quienes buscan tratamiento están más deprimidos que los que no lo hacen.

**Tratamiento para la dependencia de opiáceos** El primer paso para el tratamiento de la dependencia de opiáceos consiste en la desintoxicación en un hospital, donde se elimina la droga del organismo mediante la metabolización, mientras se tratan también los síntomas de la abstinencia. En muchos casos, esto representa la totalidad del programa y no contribuye a reducir la probabilidad de recaída. Además de estos pasos físicos necesarios, los clínicos no se ponen de acuerdo en la manera en que se debe tratar a los individuos adictos a los opiáceos. Algunos de ellos creen que, a largo plazo, el tratamiento de esta adicción no es útil. Los intentos de tratamiento se complican por el hecho de que la dependencia de opiáceos en raras ocasiones es el único problema clínico: la mayoría de los pacientes con dependencia de opiáceos también abusan de otras drogas, y por lo regular sufren también de graves problemas psicológicos. La depresión, la conducta antisocial y los trastornos de ansiedad se encuentran entre las características de comorbilidad que se han encontrado en la dependencia a opiáceos.

En general, la adicción a opiáceos es considerada como una condición con recaídas frecuentes que se deben a una combinación de factores genéticos, inducidos por las drogas y el entorno. El **mantenimiento con metadona** es uno de los tratamientos que se emplean con mayor frecuencia para los adictos a opiáceos. La **metadona** es una sustancia sintética que bloquea los efectos de la heroína. Fue sintetizada originalmente en Alemania a fines de la Segunda Guerra Mundial, cuando no estaban disponibles los suministros de morfina. Se puede tomar en forma oral, previene los síntomas de abstinencia durante 24 horas y evita o reduce los efectos eufóricos que se presentan si la heroína se consume mientras la metadona está activa. Sus efectos de abstinencia también son menos intensos (aunque un tanto más prolongados) que los de la heroína y su acción es retardada. En tanto que las propiedades bioquímicas y fisiológicas de la metadona no se comprenden por completo, al parecer bloquea todos los efectos ordinarios de las drogas del tipo de la morfina, pues compite con éstas en los lugares de los receptores en el sistema nervioso central. La metadona permite que una persona que depende de la heroína funcione en la sociedad porque mitiga su ansiedad por la droga.

Los programas de mantenimiento con metadona parecen apropiados para una amplia variedad de personas dependientes de opiáceos y como se pueden llevar a cabo sobre una base de atención externa, son menos costosos que el tratamiento en una institución. Sin embargo, a pesar de su eficacia relativa, el mantenimiento con metadona no cuenta con el apoyo universal. Los críticos afirman que, en realidad, no cura a los adictos, sino que sólo transfiere su dependencia de una droga a otra. Sin embargo, estudios recientes mostraron que los índices de abstinencia de drogas ilegales aumentaron después de la participación en programas con metadona (Gossop y cols., 2003). Los aumentos en la abstinencia se observaron después de varios años de participación.

Además de la metadona, se han investigado otros medicamentos para desarrollar tratamientos para las adicciones. Uno de

éstos es la naltrexona (que mencionamos con anterioridad en el tratamiento para el alcoholismo), que bloquea específicamente los receptores de opiáceos. Mientras la droga está presente, evita el regreso a la adicción a la heroína y otras drogas opiáceas. La naltrexona bloquea en forma eficaz los efectos de los opiáceos, pero no elimina la ansiedad psicológica por éstos. Es relativamente segura y no es tóxica, y, además una dosis puede durar hasta tres días. A pesar de que es un tratamiento excelente para los pacientes muy motivados que desean liberarse de los opiáceos, la mayoría de los adictos a la heroína que se encuentran en las calles no se interesan en la naltrexona porque evita su intoxicación. La duración óptima de la terapia con naltrexona todavía no ha sido establecida, pero los pacientes motivados quizá deberían tomarla al menos durante los tres meses posteriores a la desintoxicación. Otra alternativa a la metadona es la **buprenorfina**. Se ha demostrado que es más eficaz que los placebos, y se puede administrar de manera conveniente en los consultorios de los médicos capacitados para utilizarla. Aunque algunos adictos responden mejor a la buprenorfina, en general no ha demostrado ser más eficaz que la metadona (Mattick y cols., 2003).

Aunque controvertida, la heroína inyectada por los clínicos refuerza la capacidad de los adictos a los opiáceos para lograr la transición a la abstinencia. Las pruebas iniciales de este enfoque provienen de Suiza y se han adoptado en varios países, entre ellos Canadá, los Países Bajos y Australia (Kelly y Conigrave, 2002). Las personas que siguen este tipo de programa ganan peso, reportan menos ansiedad y requieren de menores tratamientos para trastornos físicos o mentales (Rehm y cols., 2001). Aunque el resultado definitivo de los programas de inyección de heroína supervisada muestra una reducción en la enfermedad y en las muertes causadas por autoinyectarse, se requieren de futuros estudios para demostrar si la heroína inyectada clínicamente produce reducciones claras en los índices de adicción.

Debido que la mayoría de los adictos necesita ayuda en otras áreas de sus vidas, la terapia familiar, la psicoterapia para la depresión, la orientación vocacional y otros tratamientos pueden jugar papeles importantes para alcanzar la abstinencia y una vida satisfactoria cuando se combinan con sustancias como la metadona, la buprenorfina y los programas supervisados de inyección.

## Cocaína

La **cocaína** es la principal droga activa en las hojas del arbusto de la coca que crece en las laderas orientales de los Andes en América del Sur. Los indígenas de Perú y Bolivia han utilizado estas hojas durante siglos para incrementar su resistencia y mitigar el hambre, de modo que puedan enfrentar mejor los rigores de su existencia marginada económicamente en las grandes alturas. En 1860, la cocaína se aisló y purificó.

Al igual que la heroína, en un principio la cocaína tuvo una imagen positiva, incluso beneficiosa. Sigmund Freud, quien empleaba la cocaína de manera periódica para él mismo, recomendaba su uso para tratar la depresión y otras condiciones, que incluían el retiro de la morfina. Su uso como anestésico local llevó al descubrimiento de sustitutos sintéticos con baja toxicidad, en tanto

que su empleo en el tratamiento de la abstinencia de morfina llevó de manera indirecta a la autoadministración de la droga. Desde 1880 hasta 1900, aproximadamente, la cocaína era un ingrediente utilizado en algunas marcas populares de refrescos. La cocaína se podía “esnifar”, fumar (con frecuencia utilizando una pipa), o inyectarse en forma intravenosa. La cocaína inyectada se asocia con los más altos niveles de dependencia.

La cocaína es la única droga conocida que funciona como anestésico local y como estimulante del sistema nervioso. En tanto que los opiáceos son “depresivos” que aletargan las respuestas del organismo, la cocaína es un “enervante” que aumenta el ritmo cardíaco, eleva la presión arterial y la temperatura corporal y reduce el apetito. Pone al organismo en un estado de emergencia, en forma muy similar a como lo hace un aumento de adrenalina en una situación estresante. A pesar de que no es clara la manera en que la cocaína produce este efecto, es probable que provoque la liberación de grandes cantidades de dopamina en el cerebro. La cocaína también afecta por lo menos tres partes del cerebro: la corteza cerebral, que regula el razonamiento y la memoria, el hipotálamo, que controla el apetito, la temperatura corporal, el sueño y las emociones como el temor y el enojo, y el cerebelo, que regula las actividades motoras como caminar y el equilibrio.

Dosis elevadas de esta droga pueden producir una condición llamada “psicosis de la cocaína”:

*Después de un rato, estaba convencido de que había unas personas que trataban de entrar a la fuerza en mi casa. No sabía quienes eran, pero estaba seguro de que me perseguían. Tal vez había algo de real en esto, ya que en verdad temía que la policía viniera y me arrestara. La única manera en la que sentía que me podía proteger era teniendo un cuchillo. Así que empecé a dormir con un cuchillo de carnicero junto a mí. Sin embargo, eso no funcionó durante mucho tiempo porque aun así me sentía inseguro. De modo que supuse que tenía que conseguir un arma. Todas las noches me iba a dormir con una pistola de un lado y un cuchillo de carnicero del otro. Sólo esperaba que alguien entrara a mi casa y pudiera volarle los sesos. Sólo Dios sabe lo que iba a hacer con el cuchillo. Juro que era un maniaco. No habría importado quién entrara por la puerta. Si alguien se hubiera acercado a mi puerta en el momento equivocado para pedir una taza de azúcar, puedo decir con certeza de 100% que habría terminado muerto. (R.D. Weiss y Mirin, 1987, p. 39)*

Mientras se usa o poco después de usar la droga, y después de un periodo de euforia, las personas con *intoxicación por cocaína* muestran una conducta desadaptada clínicamente significativa o cambios psicológicos (como la ansiedad, juicio deteriorado o funcionamiento social o profesional afectados). La abstinencia de cocaína ocurre en personas que han dejado (o reducido) el consumo de la sustancia después de un uso prolongado. El síndrome de abstinencia se caracteriza por un estado de ánimo disfórico, acompañado de otros cambios fisiológicos. La tabla 14-11 presenta las características que usa el DSM-IV-TR para diagnosticar la intoxicación y abstinencia de cocaína.

Con la amplia disponibilidad del **crack**, un concentrado de la cocaína, la importancia de los productos de la cocaína que están disponibles es mucho mayor que en el pasado. El crack se diferencia de otras formas de cocaína porque se vaporiza e inhala fácil-

TABLA 14-11

### Características clínicas de la intoxicación por cocaína y de su abstinencia

#### Intoxicación por cocaína

Además del periodo de euforia inicial, durante o después del uso de la cocaína se presentan conductas inadaptadas significativas o cambios sociales (como ansiedad y juicio deteriorado o funcionamiento social o profesional afectados) y por lo menos dos de las siguientes características:

1. Ritmo cardíaco anormalmente lento o rápido
2. Dilatación de las pupilas
3. Presión sanguínea elevada o baja
4. Sudores o escalofríos
5. Náuseas o vómitos
6. Pérdida de peso
7. Agitación o retardo psicomotores
8. Debilidad muscular o dolores en el pecho
9. Confusión, ataques y estado de coma

#### Abstinencia de cocaína

Aflicción significativa o funcionamiento social o profesional afectado, seguido de una reducción o cese del uso de la cocaína que ha sido excesivo y prolongado. Este cuadro es acompañado por estado de ánimo dismórfico (sentirse deprimido) y por lo menos dos de las siguientes características dentro de las horas o días que siguen al cese o reducción:

1. Fatiga
2. Sueños vívidos o desagradables
3. Anormalidades en el sueño (mucho o muy poco)
4. Aumento del apetito
5. Retardo o agitación psicomotora

FUENTE: DSM-IV-TR.

mente, y por lo tanto sus efectos producen resultados muy rápidos. El crack ha aumentado en gran medida el consumo de droga entre los adolescentes, debido a su precio relativamente bajo. Las personas que consumen crack experimentan con gran intensidad los efectos de las dosis elevadas que incrementan la probabilidad de efectos a largo plazo en extremo negativos, como estados de pánico, psicosis tóxica y esquizofrenia paranoide. Los efectos de las dosis elevadas también incluyen percepciones de la realidad muy alteradas, que incluyen persecución imaginaria de otras personas. Esto puede provocar conductas agresivas u homicidas. El crack representa un problema serio porque su dependencia se desarrolla con gran rapidez.

El consumo de crack ha producido una de las tragedias más grandes de la última década, el nacimiento de miles de “bebés del crack”. Es probable que las mujeres que consumen cocaína en cualquiera de sus formas durante el embarazo pongan al feto en peligro

debido a la posibilidad tan elevada de un aborto espontáneo o la muerte del feto durante los últimos meses de embarazo, así como la reducción del peso del niño si el embarazo llega a término. Estos efectos probablemente se relacionan con la falta de oxígeno y la reducción del flujo de sangre hacia el feto, como resultado de la vasoconstricción intensa (o estrechamiento temporal) de los vasos sanguíneos de la madre provocados por la cocaína. Algunos bebés del crack nacen con defectos congénitos visibles, pero muchos más presentan defectos neurológicos. Casi todos estos niños son irritables y difíciles de tranquilizar, como resultado de lo cual es menos probable que reciban un trato adecuado de la madre. Cuando los bebés del crack entran al sistema escolar, al parecer tienen problemas cognitivos para estructurar la información y baja tolerancia a la frustración.

La cocaína produce hiperalerta y la sensación de ser ocurrente y con frecuencia los consumidores consideran que casi no presenta riesgos. Además, sostienen que no hay resacas como las que produce el alcohol; las cicatrices provocadas por las inyecciones no se asemejan a las que deja el consumo de heroína; y no se presenta cáncer en los pulmones, que se asocia con la marihuana y el tabaco. Desafortunadamente, su acción es más compleja y menos benigna de lo que piensa la mayoría de los consumidores. Debido a que sus efectos son altamente reforzantes y crean una adicción psicológica al consumidor, es difícil controlar el deseo que provoca. Un hábito dañino por lo general se desarrolla durante un periodo de varios meses a varios años. Los consumidores compulsivos no pueden dejar la droga; piensan en ella de manera constante, sueñan con ella, gastan todos sus ahorros para adquirirla y piden prestado, roban o venden drogas para pagarla. La tolerancia física también se desarrolla rápidamente, de manera que se necesita aumentar la dosis para producir los mismos efectos, lo cual incrementa el peligro de una sobredosis. A menudo los consumidores dicen que nunca pueden volver a experimentar la euforia de la primera inhalación.

Las dosis elevadas o el consumo repetido de la cocaína pueden producir un estado que se asemeja a la manía, con juicio deteriorado, plática ambigua que no cesa, hiperactividad y paranoia que puede llevar a la violencia o accidentes. También se presenta una reacción de ansiedad aguda que en ocasiones es tan severa que se puede considerar como pánico. Además, las personas que sufren de presión arterial alta o de arterias dañadas pueden sufrir derrames cerebrales como resultado de su consumo. Una causa común de muerte es la inyección intravenosa de una “speedball” (bola rápida), que no es otra cosa que una combinación de heroína y cocaína.

**Tratamiento para la dependencia de cocaína** Primero se debe convencer a la persona de que el tratamiento es necesario. Como en todos los tipos de dependencia del alcohol y las drogas, son comunes las formas más o menos sutiles de negación; por ejemplo, algunas personas que abusan de ella pueden querer librarse de algunos de los efectos colaterales sin dejar el hábito. Algunas veces recurren al tratamiento por presión de familiares, jefes o del sistema legal. Las personas buscan el tratamiento en distintas etapas de dependencia y la gravedad de los síntomas varía en gran medida.

Muchos consumidores de cocaína se unen a grupos de ayuda mutua como *Cocainómanos Anónimos* o *Narcóticos Anónimos*. Estos grupos emplean más o menos la misma estrategia que desarrolló

Alcohólicos Anónimos: alientan a sus miembros a confiar en otras personas que tienen el mismo problema, a compartir sus sentimientos, a tomar la decisión de abandonar la dependencia y a apoyar las resoluciones de otros miembros. Los integrantes admiten su impotencia para controlar el consumo de la droga y buscan ayuda de un poder superior, en tanto que realizan un “inventario moral” de sí mismos y buscan la abstinencia “sólo por hoy”.

Los consumidores de cocaína con frecuencia tienen antecedentes de vida familiar disfuncional. El consumo de la cocaína se asocia con patrones familiares de alcoholismo, violencia doméstica, separación o divorcio, así como abuso físico, sexual o emocional dentro de la familia. En tales casos la psicoterapia puede ser una parte importante del tratamiento, a pesar de que la psicoterapia sola rara vez resuelve los problemas de drogas. La psicoterapia de apoyo se basa en una relación con un profesional comprensivo que inspira confianza y alienta al consumidor para que se mantenga alejado de las fuentes de cocaína. La terapia interpretativa o exploratoria puede ayudar a algunos adictos a comprender las funciones que la cocaína desarrolla en su vida y encontrar otras formas de afrontamiento. La terapia cognitivo-conductual contrarresta la tendencia a negar el uso de sustancias, y produce un mejor trabajo de adaptación (Epstein y cols., 2003).

Un serio problema cuando se trata la dependencia de cocaína es evitar la recaída. Los consumidores generalmente vuelven a utilizarla porque se ha convertido en una respuesta familiar a ciertas señales: las molestias diarias; los conflictos familiares; los sentimientos de aburrimiento, soledad, enojo y depresión; los cambios sexuales; la intoxicación con el alcohol; y los lugares, personas, entornos o sonidos que se han asociado con la droga. Las personas dependientes de la cocaína necesitan aprender a evitar los lugares donde está disponible la droga y alejarse de los amigos que la utilizan. Algunas veces significa encontrar un nuevo trabajo y un nuevo lugar para vivir. Por lo general, deben dejar también otras drogas que provocan el deseo por la cocaína o que reducen su capacidad para resistirlo. Los principios conductuales pueden ser útiles, por ejemplo, usar la desensibilización para eliminar la ansiedad. Se le pueden mostrar a la persona dependiente agujas hipodérmicas, pipas de vidrio o películas de personas utilizando cocaína en repetidas ocasiones con la esperanza de que su deseo por la droga se desvanezca cuando no se sienta satisfecho después de la exposición a las señales que se han asociado con la droga. Sin embargo, de manera general, es difícil recuperarse a menos que la persona dependiente tenga otro interés en algo, además de en la droga.

También puede ser útil para los consumidores de cocaína proporcionarles incentivos para la abstinencia. Un estudio mostró que algunos dependientes de cocaína lograron la abstinencia cuando los recompensaron con vales que podían cambiar por dinero (Higgins y cols., 2000). Los efectos positivos de este refuerzo se podrán observar en un seguimiento de un año. Aunque todavía se necesitan muchos más estudios sobre las intervenciones fisiológicas en el abuso de la cocaína, resultados como éste proporcionan aliento para continuar los esfuerzos para crear tratamientos eficaces contra el abuso de cocaína.

## Anfetaminas

Las **anfetaminas**, como la cocaína, son estimulantes psicomotores potentes. Las distintas drogas de este grupo se conocen como “rá-

pidas”, “cristales”, “píldoras estimulantes”, “chochos”, “pastillas” y muchos otros nombres, que dependen del agente activo específico. A pesar de sus distintas estructuras químicas, las anfetaminas y la cocaína tienen varias propiedades similares. Se cree que ambas actúan mediante su influencia en los sistemas receptores de la norepinefrina y la dopamina. Esto se ha demostrado en estudios de investigación utilizando medicamentos antipsicóticos que se sabe bloquean no sólo los receptores de dopamina, sino también algunos de los receptores de la norepinefrina. Si las drogas antipsicóticas se administran antes del consumo de anfetaminas o cocaína, inhiben la mayor parte de los efectos conductuales de estas drogas. Este resultado sugiere que los receptores bloqueados son los que transmiten los impulsos nerviosos que producen las respuestas relacionadas con las drogas.

Las aplicaciones médicas de las anfetaminas incluyen la supresión del apetito y el mejoramiento del estado de ánimo en las depresiones leves. También son útiles para tratar ciertos trastornos neurológicos y conductuales. Su uso moderado da como resultado un aumento de la vigilia, del estado de alerta y la elevación del estado de ánimo. El desempeño psicomotor mejora de manera temporal, pero este mejoramiento puede estar seguido por un rebote compensatorio o descenso, en el cual el consumidor se siente fatigado, menos alerta y en cierta forma deprimido. Los estudiantes universitarios que emplean las anfetaminas para memorizar los exámenes no sólo notan un aumento en la energía y la tolerancia para no dormir, sino también mayor productividad en el examen del día siguiente. A pesar de que en ocasiones puede ser útil, tal vez el desempeño “mejorado” no sea realmente positivo. Muchos estudiantes tienen la experiencia desalentadora de observar su maravilloso desempeño más adelante y darse cuenta de que es de muy poca calidad. La droga deteriora su pensamiento crítico al mismo tiempo que aumenta su rendimiento.

Las dosis elevadas de anfetaminas tienen efectos significativos en el sistema nervioso central y en el sistema cardiovascular: producen nerviosismo, dolores de cabeza, mareos, agitación, aprehensión, confusión, palpitaciones y presión arterial alta. El uso regular de grandes cantidades provoca una mayor tolerancia a la droga y un incremento de la intolerancia de estar sin ella. Los consumidores se ven desnutridos, fatigados, descuidados e indiferentes ante sus responsabilidades normales. Con frecuencia, sus pensamientos se caracterizan por un estado paranoico que puede desarrollar una psicosis que viene acompañada por alucinaciones. Los síntomas de abstinencia, si se presentan, son leves en comparación con los que acompañan al retiro de los opiáceos; también difieren de manera cualitativa. Debido a que la tolerancia a las anfetaminas se desarrolla con rapidez, muchos consumidores se las inyectan en la vena para obtener efectos más intensos. Este consumo a largo plazo y de dosis elevadas de anfetaminas es peligroso y autodestructivo. Debido a que los efectos iniciales son estimulantes y agradables, los individuos imprudentes consumen cada día dosis más elevadas y más adelante los conduce a un estado de dependencia. Los estimulantes (como las anfetaminas y la cocaína) pueden provocar déficit en las capacidades motoras y de atención que pueden persistir hasta por un año después de que comienza el abandono de ellos (Toomey y cols., 2003).

La **metanfetamina** tiene una estrecha relación química con la anfetamina, pero sus efectos en el sistema nervioso central son mayores. Se elabora en laboratorios de manera ilegal y tiene un alto potencial de abuso y dependencia. A menudo se le llama la “cocaína de los pobres” porque puede costar hasta la mitad de lo que cuesta la cocaína. Muchos jóvenes la utilizan (con frecuencia con el nombre de “éxtasis”). Aunque la investigación científica de la metanfetamina apenas empieza, las pruebas disponibles sugieren que su uso prolongado no sólo modifica la conducta sino que también modifica el cerebro de manera fundamental y permanente (Ricaurte y cols., 2002). (De manera contraria, la cocaína no permanece mucho tiempo en el cerebro porque se metaboliza casi completamente en el organismo).

## Alucinógenos

Los **alucinógenos**, o *psicodélicos*, actúan en el sistema nervioso central para producir alteración de la conciencia. Cambian las percepciones del consumidor tanto del mundo exterior como del interior. Por lo general, existe un desplazamiento sensorial que puede alterar en forma drástica la percepción de los colores y el oído. Las alucinaciones auditivas, visuales y táctiles acompañan a la experiencia, junto con un cambio en la percepción de sí mismo. Entre las sustancias alucinógenas naturales se encuentran la mezcalina y la psilocibina. Los psicodélicos sintéticos incluyen el **STP (dietil-triptamina)** y el **LSD (dietilamida del ácido lisérgico)**. El siguiente caso describe algunos efectos del LSD:

*Una mujer de 21 años ingresó en el hospital después de ingerir una gran cantidad de LSD. Alrededor de media hora después de la ingestión, percibió una luz que la afectaba de manera extraña y que los ladrillos de la pared habían empezado a moverse hacia dentro y hacia fuera. Sintió temor cuando se dio cuenta de que no podía distinguir su cuerpo de la silla donde estaba sentada ni del cuerpo de su amante. Su temor aumentó cuando empezó a pensar que no volvería en sí. En el momento que llegó al hospital, pasaba por una etapa de hiperactividad y se reía de manera poco apropiada. Su plática era ilógica y sus emociones en extremo variables. Después de dos días, esta reacción había cesado, pero todavía tenía miedo de la droga y estaba convencida de que nunca la volvería a tomar debido a su aterrador experiencia (Adaptación de Kolb y Brodie, 1982, p. 666).*

En muchas culturas los alucinógenos se han utilizado durante cientos e incluso miles de años. La mezcalina, que se deriva del cactus del peyote, y la psilocibina, que se obtiene de ciertos hongos, se utilizan para ceremonias religiosas de los indios de México y América Central. Los habitantes del occidente de África y del Congo mastican por tradición la raíz de “ibogaina”, que contiene triptamina, para “liberar a los dioses”. A pesar de que los estudios epidemiológicos recientes han encontrado una disminución en el uso de la mayoría de las sustancias de las que se puede abusar, las principales drogas alucinógenas, de manera sobresaliente el LSD, han mantenido una tendencia constante al aumento.

El LSD (que tiene el nombre popular de “ácido”) es un material incoloro, inodoro e insípido. Los efectos se producen por 50 microgramos (un microgramo es una millonésima parte de un gramo), una cantidad que en su forma pura no sería visible a simple



vista. No existe LSD fabricado de manera legal disponible para el público en general y el producto de los laboratorios ilegales, y casi siempre no profesionales, rara vez es LSD puro. En el transcurso de la investigación de ciertos grupos de compuestos terapéuticos, Albert Hoffman, químico suizo, sintetizó por primera vez el LSD en 1938. Su descripción de los efectos de la droga en él mismo en el laboratorio ofrece un punto de vista más benigno que el caso que se describe antes.

*Me vi forzado a detener mi trabajo en el laboratorio[...] e irme a casa, me invadió una inquietud muy particular que se asociaba con la sensación de un leve mareo. Al llegar a casa me recosté y pasé por una especie de borrachera que no era desagradable y que se caracterizaba por una actividad extrema de la imaginación. Mientras estuve recostado en una condición de aturdimiento con los ojos cerrados (sentía que la luz del día tenía una brillantez desagradable) surgió en mí una corriente sin fin de imágenes fantásticas con una plasticidad extraordinaria y muy vívidas que venían acompañadas por un juego de colores intensos parecido a un caleidoscopio. Esta condición pasó en forma gradual después de dos horas (Hoffman, 1971, p. 23).*

Por lo general, los efectos inmediatos del LSD duran alrededor de ocho a 12 horas. El mecanismo de su acción no se comprende bien, pero se sabe que estimula el sistema nervioso simpático y produce cambios fisiológicos como los que se observan en una persona que está excitada, entusiasmada o estresada. Los efectos subjetivos más comunes son euforia, cambios repentinos del estado de ánimo y conciencia alterada del color, tamaño y la forma de los estímulos. La percepción del tiempo se altera tanto que los minutos parecen horas. Tal vez se experimenten sensaciones extrañas, que con frecuencia incluyen sentimientos de separación y desintegración de alguna parte del cuerpo. Por lo regular, el consumidor se da cuenta de que estos efectos se deben a la droga y no están “ahí afuera”. Algunos adictos experimentan aturdimiento, desorganización, confusión de la identidad personal y sexual y temor de perder el control. Es probable que experimenten emociones intensas que no pueden describir. En realidad, uno de los efectos más desafortunados del LSD es la sensación de estar invadido por emociones confusas que no se pueden clasificar porque pasan con demasiada rapidez.

En ocasiones, el LSD produce reacciones de ansiedad extrema o pánico. Esos “malos viajes” por lo general son experiencias cortas y se pueden modificar por medio del apoyo. Los malos viajes se pueden terminar por medio de los medicamentos apropiados, y en ocasiones, con la hospitalización. Los efectos más graves del LSD son los síntomas paranoides (sentimientos de que alguien persigue o espía al consumidor), psicosis que se asemeja a la que se observa en la esquizofrenia y depresión severa que a veces lleva a intentos de suicidio. Los efectos negativos de una dosis elevada de LSD pueden persistir durante meses, requerir de hospitalización prolongada y resistir a las formas comunes de tratamiento. La frecuencia de estas reacciones es difícil de determinar, pero quizá sea menor a 1%. Cuando surgen estos problemas, con frecuencia cuesta trabajo separar los efectos del LSD de los del consumo previo de otra droga, las características personales y una variedad de factores diferentes. Aunque los consumidores de alucinógenos desarrollan dependencia, en general los síntomas de la abstinencia no se presentan.

En el **trastorno perceptivo persistente por alucinógenos** se presentan las “imágenes repentinas” (*flashbacks*): recurrencias espontáneas de partes de la experiencia del LSD mucho tiempo después de que termina la acción de la droga. Tales *flashbacks* se pueden presentar en las primeras semanas y se ha informado de su presencia hasta dos años después de la última dosis de droga. No está claro por qué ocurren estos *flashbacks*. Una posibilidad es que el LSD provoca cambios bioquímicos en el organismo que duran mucho tiempo después del consumo de la droga. Los efectos secundarios pueden tener consecuencias serias si se presentan en situaciones que requieren de atención y toma de decisiones.

El tratamiento para el abuso de alucinógenos depende de la severidad de la reacción. Las personas que se ven afectadas de manera grave deben recibir atención médica para evitar un colapso cardiovascular o respiratorio. Si está presente una conducta psicótica, las drogas antipsicóticas del tipo de las que se emplean para tratar la esquizofrenia pueden ser útiles, a pesar de que alrededor de 10% de los consumidores de la droga que presentan una psicosis aguda nunca se recuperan. La terapia con bases psicológicas, en especial la psicoterapia en grupo y los grupos de apoyo contra las drogas, pueden ser útiles porque los consumidores de drogas alucinógenas con frecuencia experimentan sentimientos de baja autoestima y utilizan las drogas para mejorar sus relaciones con otras personas. Muchas de las personas que abusan de los alucinógenos necesitan ayuda psicológica para mejorar sus respuestas sociales, de modo que puedan sustituir las experiencias sociales recompensantes por el reforzamiento que obtienen de las drogas.

## Fenciclidina (PCP)

La droga **fenciclidina (PCP)** fue presentada en 1957 como un anestésico quirúrgico experimental que se administraba de manera intravenosa. Los investigadores encontraron que de 10 a 20% de los pacientes que recibieron la PCP experimentaron alucinaciones y delirios relacionados con las drogas. En consecuencia, su uso fue suspendido. Debido a que es fácilmente fabricada en laboratorios ilegales, se ha convertido en una droga callejera con diferentes nombres, entre ellos “polvo de ángel” y “cristal”. Está disponible en varias formas: en un polvo blanco, puro y cristalino, en tabletas, o en cápsulas. En ocasiones, la PCP se espolvorea sobre marihuana o perejil y se fuma. También se puede tragar, inhalar o inyectar. Debido a que la PCP se fabrica de manera ilegal, los consumidores nunca pueden estar seguros de qué es lo que compran. En ocasiones, inclusive tal vez no sea PCP, sino un derivado letal de la droga.

Los efectos de la PCP dependen de la cantidad que se consume, de la forma en que se emplee y de las características de la persona. Los efectos incluyen aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial, enrojecimiento, sudoración, mareos y aturdimiento. Al igual que con los alucinógenos, las reacciones adversas a PCP tienden a ser más comunes en individuos con trastornos mentales preexistentes. Cuando se consumen dosis elevadas, los efectos incluyen somnolencia, convulsiones y estado de coma. Consumir grandes cantidades de PCP también puede causar la muerte por convulsiones repetidas, fallas cardíacas y los pulmones, así como ruptura de los vasos sanguíneos en el cerebro.

La PCP se clasifica como un anestésico disociador porque hace que el individuo se sienta disociado o separado del entorno. En

dosis pequeñas, produce insensibilidad al dolor; en dosis elevadas, provoca un estado similar al coma y mirada en blanco. Las personas que consumen dosis más elevadas sienten como si las bombardearan con estímulos. Es probable que pierdan la capacidad para distinguir entre la fantasía y la realidad y que sufran desorganización intelectual y emocional severa. Los consumidores de PCP algunas veces desarrollan depresión o un estado psicótico severos que no son reversibles con facilidad. No está claro si estos resultados se deben sólo a la droga o a su combinación con características subyacentes de la personalidad.

Los investigadores que estudian las áreas del cerebro afectadas por la PCP han descubierto que puede proteger al cerebro del daño permanente después de un derrame cerebral o un ataque cardíaco. Los científicos todavía no entienden por completo este proceso, pero han comprobado que funciona en una serie de estudios con animales. La PCP tiene efectos diversos porque funciona en dos lugares distintos de las células nerviosas (llamados receptores de PCP y sigma) que tienen características muy diferentes. Las compañías farmacéuticas trabajan para desarrollar nuevas drogas sintéticas con la misma acción que la PCP, pero sin sus cualidades nocivas.

## Inhalantes

La extensa área de la superficie capilar de los pulmones hace que la inhalación sea un método favorable para la administración de muchas sustancias psicoactivas. En algunos casos, el efecto de inhalación puede parecerse en intensidad a una inyección intravenosa. La inhalación directa es prácticamente la única manera de autoadministrarse cierto grupo de sustancias. La mayoría de estas sustancias son algún tipo de hidrocarburo. Estos **inhalantes** son sustancias volátiles o solventes orgánicos como la gasolina, los líquidos para encendedor, pinturas en spray y líquidos de limpieza. Una vez que se inhalan, alcanzan altos niveles en la sangre en cuestión de minutos. El consumidor informa de distorsión en las percepciones de tamaño, color y paso del tiempo. Pueden desarrollar alucinaciones e ilusiones falsas por periodos breves. Al igual que con el alcohol, la intoxicación va acompañada de falta de coordinación muscular y mareos. También a menudo se presentan dolores de cabeza, náuseas, tos y dolor abdominal. Las personas que consumen inhalantes en exceso también han reportado tolerancia a sus efectos y síntomas de abstinencia.

Debido a su bajo costo y su fácil obtención y ocultación, los inhalantes pueden ser para muchos la primera sustancia psicoactiva que utilizan. El uso de los inhalantes se considera en general más común entre los jóvenes. Un estudio encontró que la edad promedio para utilizar los inhalantes por primera vez es de 13 años (McGarvey y cols., 1999). El uso repetido de los inhalantes puede provocar reducción o abandono de importantes actividades sociales, profesionales o recreativas.

## Cannabis

La planta **cannabis** (ver la figura 14-8) se ha sembrado a lo largo de la historia por sus fibras, aceites y resina psicoactivos. La **marihuana**, que consiste en las hojas y flores secas de la planta, es la for-



Figura 14-8 Hojas de una planta de cannabis.

ma que más se consume en Estados Unidos. La resina solidificada, conocida como **hachís** (o su forma coloquial “hash”), también se puede utilizar para producir efectos psicoactivos.

Muchos estadounidenses han consumido marihuana al menos una vez, a pesar de que se clasifica como una sustancia ilegal y se prohíbe su cultivo, posesión, distribución y consumo. A pesar de las prohibiciones y de la controversia sobre su seguridad, en la actualidad en algunos países es más común consumir marihuana que fumar tabaco (Rey y Tennant, 2002).

En el aspecto farmacológico, la marihuana no es un narcótico, aunque en Estados Unidos se ha clasificado legalmente como tal desde 1937. No se comprenden bien los mecanismos de su acción, pero se han identificado sus efectos más comunes. Un avance importante en la investigación fue el aislamiento del principal ingrediente activo de la marihuana, el **THC (tetrahidrocannabinol)**. Los estudios en animales muestran que el THC permanece en el cuerpo mucho después del uso de la marihuana. En el cerebro de una rata apenas se pueden detectar las concentraciones de THC después de una dosis. Sin embargo, si su administración es reiterada, el THC y los productos de su metabolismo se acumulan de manera gradual y se pueden detectar hasta ocho días después de consumir una sola dosis.

La marihuana se puede consumir ya sea comiendo o fumando partes de la planta cannabis. Fumarla es la forma más rápida de sentir los efectos de la droga. Cuando se inhala el humo, se extiende por toda la superficie de los pulmones, se absorbe con rapidez en el torrente sanguíneo y es transportada al cerebro en unos cuantos segundos. Cuando se ingiere, el THC entra al torrente sanguíneo desde el sistema digestivo y es transportada al hígado. Ahí, las enzimas la descomponen en otras sustancias que el sistema circulatorio transporta al cerebro.

Por lo general, la intoxicación por cannabis empieza con una sensación de “elevación” seguida de síntomas como la risa inapropiada y altisonante, aletargamiento, disminución de la memoria a corto plazo, juicio deteriorado, percepciones sensoriales distorsio-

nadas, desempeño motor dañado y distorsiones en la percepción del tiempo (por lo general el tiempo parece pasar muy lentamente). Las personas que consumen por mucho tiempo grandes cantidades de cannabis presentan disminución de la memoria y la atención que persisten mucho después del periodo de intoxicación y empeoran con los años y con el uso regular de cannabis (Solowij y cols., 2002).

El uso de la marihuana provoca cambios en el ritmo cardíaco y en la circulación de la sangre, similares a los causados por el estrés. Estos cambios pueden ser una amenaza para las personas que padecen de presión arterial alta o enfermedades del corazón. El humo de la marihuana provoca cambios en los pulmones que pueden causar problemas respiratorios, pero los agentes cancerígenos que contiene el humo de la marihuana representan un problema mayor. El humo de la marihuana contiene alrededor de 50% más carcinógenos que el humo del tabaco.

En los hombres, la marihuana suprime la producción de hormonas masculinas, reduce el tamaño y el peso de la glándula próstata y los testículos e inhibe la producción de esperma, aunque al parecer estos efectos son reversibles. Además, bloquea la ovulación en las mujeres y puede provocar defectos congénitos en los animales. En las mujeres embarazadas, el THC atraviesa la barrera de la placenta y puede dañar al feto. También se puede secretar en la leche materna, lo cual puede afectar al lactante. La creencia de que el consumo de marihuana se relaciona con los rompimientos de cromosomas, que se piensa son indicadores de daño genético, no parece ser correcta. Existen evidencias contradictorias sobre la idea de que la droga provoca atrofia y otros cambios importantes en el cerebro. Un punto en especial importante es que el deterioro conductual o cognitivo por el uso de marihuana dura de cuatro a ocho horas después que finaliza la sensación de intoxicación. Eso significa que la conducta se puede ver afectada incluso cuando el adicto ya no está consciente de la presencia de la droga.

La marihuana ha sido utilizada con fines médicos por cientos de años. Entre estos usos médicos se encuentran la reducción de la ansiedad y la depresión así como el tratamiento de varios trastornos como la náusea asociada con la quimioterapia, el dolor crónico y la esclerosis múltiple. Sin embargo, el estrés que provoca al sistema cardiovascular puede hacer a la marihuana una droga inapropiada para el tratamiento de las personas mayores.

La marihuana se hizo popular como una droga recreativa, en parte porque es barata, y se consigue con facilidad, pero también porque muchas personas creen que cuando se consume con moderación no representa un riesgo para la salud mental ni física. Como resultado de estos supuestos, una gran cantidad de marihuana se cultiva ilegalmente en Estados Unidos y Canadá. A pesar de esta actitud tan difundida, el gobierno federal conduce una campaña extensa y costosa para evitar la entrada de marihuana al país. Se han publicado varios informes fidedignos sobre los efectos de la marihuana en la salud, pero la controversia entre los científicos y la confusión del público sigue existiendo, pues mientras algunos piensan que se debería legalizar otros sostienen que se deberían reforzar las leyes que la prohíben.

Las dependencias gubernamentales se rehúsan a legalizar la venta y el consumo de marihuana, debido a la oposición pública. Algunas personas que se oponen a su legalización argumentan que

el factor disuasivo más poderoso de la marihuana es la posibilidad de arresto y encarcelamiento. Sin embargo, la procuración de justicia en contra de la marihuana es una erogación importante de los recursos del sistema de justicia penal no parece ser eficaz. Algunas personas proponen la legalización de la venta de marihuana, esto es, un régimen similar al del alcohol, y la emisión de leyes que regulen su consumo. Poner en peligro las vidas o el bienestar de otras personas —por ejemplo, al conducir un vehículo motorizado mientras se está intoxicado— sería penalizado, pero el consumo recreativo y seguro no sería ilegal. Otras personas sugieren eliminar los castigos para los consumidores, pero no para los individuos que la venden. Existe una gran necesidad de basar las leyes y las políticas sociales sobre la marihuana y otras drogas en evidencias y no en opiniones y miedos (Earleywine, 2002). La investigación en laboratorio y los estudios de los efectos a largo plazo de las drogas y las terapias son el primer paso para proporcionar estas evidencias.

Debido a que la marihuana es la droga ilegal más utilizada en Estados Unidos, existe una especial necesidad de desarrollar programas de tratamiento para los trastornos causados por su uso. Un estudio controlado evaluó los efectos de dos tratamientos sobre la capacidad de las personas, con problemas de marihuana, para lograr la abstinencia (Stephens y cols., 1994). Los tratamientos fueron 1) un programa de prevención de recaída similar a los descritos con anterioridad en este capítulo, y 2) grupos de apoyo social. Los grupos de apoyo incluyeron oportunidades para obtener y dar apoyo, y tratar temas como el afrontamiento de los cambios de ánimo, y las relaciones con amigos que continúan usando la marihuana y mantener la motivación para permanecer abstinentes. Como lo muestra la figura 14-9, ambos enfoques fueron eficaces. Se observaron reducciones importantes en el uso de la marihuana: casi dos tercios de los sujetos fueron capaces de lograr la abstinencia desde el principio, y un tercio mostró señales de mejoría a través de un periodo de tratamiento posterior de 12 meses.

El uso de la marihuana parece relacionarse con la desorganización familiar y el estrés. Los adolescentes que no vivían con sus dos padres biológicos o adoptivos tenían de 50 a 150% más probabilidades de utilizar la marihuana y otras sustancias que los adolescentes que vivían con sus dos padres biológicos o adoptivos. Los jóvenes que utilizaron el alcohol, la marihuana y otras sustancias ilegales cuando eran adolescentes, tienden a dejar de usarlas o a usarlas menos cuando asumen las responsabilidades del matrimonio y la familia. Pero el divorcio y otros tipos de estrés en la familia pueden llevarlos de regreso a sus viejos hábitos (Bachman y cols., 1997). Además, el uso de sustancias puede aumentar a medida que disminuyen los compromisos con las relaciones interpersonales cercanas.

## Nicotina

*Puedo dejar de fumar si lo deseo; lo he hecho miles de veces (Mark Twain).*

La **nicotina** y el alquitrán que provoca cáncer son los únicos ingredientes farmacológicamente activos del tabaco. La nicotina actúa, al menos en parte, estimulando de manera directa ciertos receptores que son sensibles a la acetilcolina (un neurotransmisor), tiene

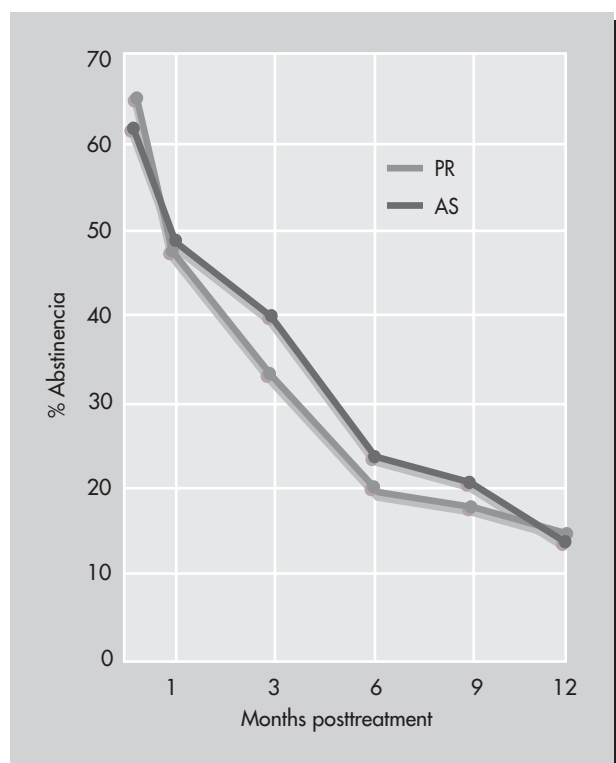


**Figura 14-9** Índices de abstinencia continua de marihuana por condición del tratamiento (PR = prevención de la recaída; AS = apoyo social). Los dos enfoques de tratamiento fueron eficaces para reducir el uso de la marihuana.

FUENTE: Stephens, Roffman y Simpson (1994), p. 97.

efectos poderosos en el cerebro y la médula espinal, el sistema nervioso periférico y el corazón. Su uso inicial provoca náuseas y vómito al estimular el centro del vómito en el tallo cerebral, así como los receptores en el estómago, pero la tolerancia a este efecto se desarrolla con rapidez. Las dosis normales de nicotina pueden aumentar el ritmo cardíaco y la presión arterial, así como la necesidad de oxígeno que tiene el corazón. Si esta mayor necesidad de oxígeno no se puede satisfacer —por ejemplo en las personas que tienen arterioesclerosis o endurecimiento de las arterias— el resultado puede ser angina, dolores de pecho o ataques cardíacos. El tabaquismo en las mujeres embarazadas tiende a reducir el peso de los bebés. Además de los efectos de la nicotina, el alquitrán que contiene el tabaco es una causa principal de cáncer pulmonar. El uso del tabaco temprano en la vida se asocia con un riesgo posterior de consumo excesivo de alcohol (Jensen y cols., 2003).

A pesar de estas consecuencias, el tabaquismo es un hábito difícil de dejar incluso para aquellas personas que lo intentan (ver la figura 14-10). Algunos fumadores experimentan aflicción psicológica en forma de ansiedad y culpabilidad porque no pueden dejar de fumar. La dificultad para dejar el tabaco a largo plazo quizá se deba a la naturaleza desagradable de los síntomas de abstinencia, la importancia de las señales sociales o ambientales y la naturaleza tan aprendida del hábito (el fumador que consume una cajetilla al día recibe el reforzamiento por los rápidos efectos de la nicotina en cada una de alrededor de 75 000 fumadas al año). Los

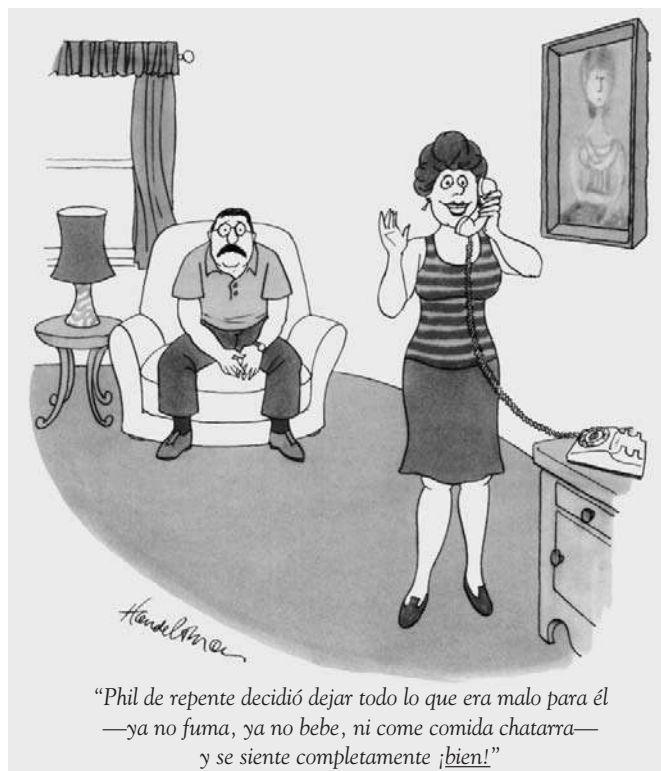


**Figura 14-10**

FUENTE: © The New Yorker Collection 1985 J.B. Handelsman de cartoonbank.com. Derechos reservados.

síntomas de abstinencia —irritabilidad, ansiedad, dolor de cabeza, apetito excesivo y dificultad para concentrarse— no le ocurren a todas las personas que fuman en exceso, pero en algunos casos, los síntomas de abstinencia se pueden detectar dos horas después de su último cigarrillo. Debido a que muchos fumadores utilizan los cigarrillos como una forma de afrontar el estrés, no está claro si estos síntomas se relacionan con la abstinencia de la nicotina o si algunos de ellos se deben a las características psicológicas que ayudaron a iniciar la conducta adictiva.

La nicotina parece funcionar al liberar dopamina y aumentar la fuerza de los mensajes que van al cerebro. Estos mensajes toman la forma de impulsos eléctricos. Para cruzar la sinapsis, se requieren de neurotransmisores que se puedan esparcir a través de este espacio. La nicotina se adhiere a los receptores en una neurona transmisora y acelera la transmisión del mensaje. Aunque fumar un cigarrillo puede acelerar la memoria a corto plazo, los 400 carcinógenos conocidos asociados con el tabaco y sus efectos negativos en la vida del individuo pueden crear serios problemas. Después de cuatro horas de haber fumado su último cigarrillo, las personas que fuman en exceso experimentan la disminución de muchas de sus funciones cognitivas, como la capacidad para resolver mentalmente problemas de aritmética y razonar de manera lógica. Con frecuencia se vuelven irritables, confusos o somnolientos. Para las personas con una adicción más seria a la nicotina, los síntomas de abstinencia pueden durar meses.



Debido sobre todo a la conciencia pública de los efectos negativos del tabaco, hace poco tiempo se redujeron los índices de tabaquismo en Estados Unidos y Canadá. Muchas personas que fumaban en exceso han dejado el hábito. Es más probable que la mayoría de los fumadores que tratan de dejar el tabaco por sí mismos tengan éxito que aquellos que buscan ayuda para dejarlo por medio de programas formales. Esta presunta anomalía se puede deber a que las personas que buscan ayuda tienden a fumar en exceso y han hecho más esfuerzos por dejarlo que los individuos que los abandonan sin ayuda. En tanto que dejar de fumar sin ayuda es un camino sencillo, directo y eficaz para deshacerse de la dependencia de la nicotina, los programas especiales para dejar de fumar también desempeñan un papel importante.

Los esfuerzos terapéuticos para ayudar a las personas a que dejen de fumar adquieren varias formas. Algunos de estos métodos utilizan la perspectiva biológica. Desde este punto de vista, el problema no es tanto que fumar calme los nervios, sino que no fumar establece el reforzamiento negativo de los síntomas de abstinencia, que se pueden terminar al fumar otro cigarrillo. Al volver a fumar, el individuo trata de regular el nivel de nicotina en su organismo. Esto puede tener efectos psicológicos importantes, ya que la nicotina estimula la liberación de *péptidos centrales*, hormonas que tienen un efecto muy poderoso en las funciones mentales y físicas clave. Este proceso sugiere que los fumadores que tienen una fuerte dependencia, pero desean dejar de fumar, quizá requieran, de manera temporal, de algún sustituto farmacológico para la nicotina que obtienen de los cigarrillos.

Se desarrolló goma de mascar con nicotina para facilitar el retiro del tabaco y proporcionar tanto una fuente alterna de nicotina como una actividad oral. La **goma de mascar con nicotina** tal vez no proporciona el mismo placer positivo que fumar un cigarrillo, porque la nicotina se absorbe con mayor lentitud a través de las membranas de la boca que la de los pulmones. Sin embargo, tal vez permita que el fumador termine con el hábito en dos etapas. Primero, el adicto se puede concentrar en superar los componentes conductuales y psicológicos de la dependencia del tabaco, sin tener que enfrentarse a los síntomas de abstinencia de la nicotina al mismo tiempo. Junto con los hábitos de cada fumador se encuentran muchas otras acciones que participan en el manejo de los cigarrillos y la respuesta a las señales que llevan a encenderlos. Debido a que fumar es una conducta compleja, todos los componentes de esa conducta necesitan dirigirse a ayudar a la persona a dejar el hábito. Una vez que se controlan estos patrones de conducta, el retiro de la goma de mascar con nicotina se puede lograr con mayor facilidad. Hace falta más investigación para evaluar los efectos de la goma de mascar con nicotina por sí sola y en combinación con otros factores. La evidencia disponible indica que realiza una contribución positiva para dejar de fumar y es mejor aún cuando se usa junto con programas de orientación (Sadock y Sadock, 2003).

El uso del parche de nicotina es también prometedor. El **parche de nicotina transdérmico** es una almohadilla de varias capas que contiene nicotina como ingrediente activo y se aplica en la piel por medio de un adhesivo sensible a la presión (ver la figura 14-11). El parche administra una dosis controlada de nicotina en un periodo de 16 o 24 horas. Las dosis se mantienen por un número

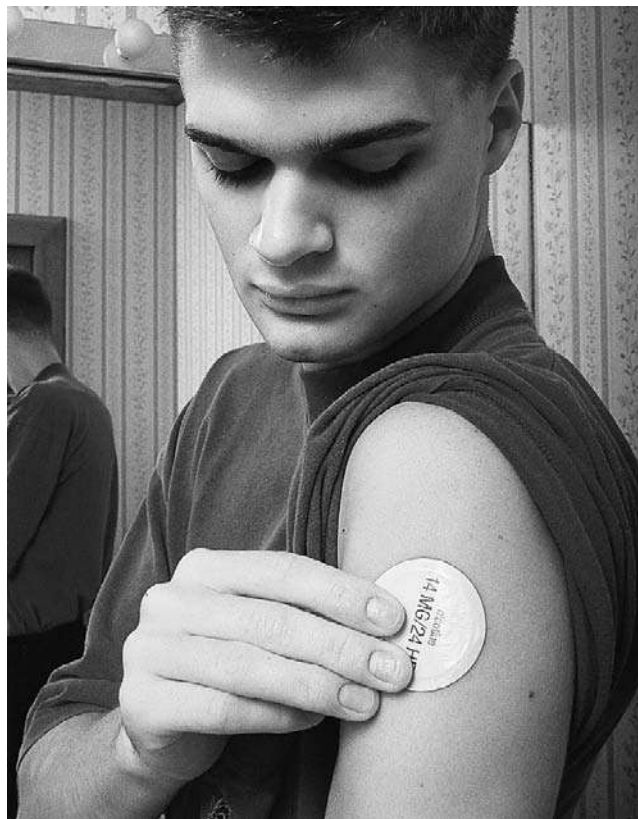


**Figura 14-11** Parche de nicotina transdérmico. Este parche administra 14 miligramos de nicotina en un periodo de 24 horas.

FUENTE: *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration News*, mayo-junio de 1992, p. 6.

específico de semanas, y se reducen de manera gradual hasta que el fumador puede liberarse de su dependencia a la nicotina. El curso total del tratamiento de reemplazo de la nicotina es de aproximadamente 90 días, pero depende del tipo de parche que se utilice. La evidencia disponible sugiere que el parche de nicotina es eficaz y tiene pocos efectos secundarios. Un estudio demostró que reduce significativamente la ansiedad y la sensibilidad a las señales para fumar (Tiffany y cols., 2000). Los efectos positivos tanto de la goma de mascar como del parche parecen maximizarse cuando se combinan con orientación que proporciona apoyo, información sobre el proceso de dejar de fumar y entrenamiento en habilidades útiles como la relajación.

La investigación cognitiva ha identificado tres “etapas de cambio” cuando se deja de fumar. La primera etapa requiere el compromiso del individuo para hacer un cambio y trazar objetivos, por ejemplo, dejar de fumar. Desafortunadamente, los fumadores con frecuencia son ambivalentes sobre sus intenciones y están renuentes a asumir la responsabilidad personal de dejar de fumar. Estas personas necesitan ayuda para desarrollar su compromiso y motivación para cambiar. Una vez que el individuo tiene el compromiso de dejar de fumar se puede desarrollar un plan específico y ponerlo en práctica. La segunda etapa es una fase de acción para el cambio real. La tercera etapa requiere mantener este cambio, la prevención de la recaída es un factor importante. El cambio es más

## RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

## CUADRO 14-3

## ¿Piensa renunciar?

Dejar de fumar no es solo cuestión de fuerza de voluntad; existen maneras más eficaces de vencer sus vulnerabilidades biológicas y psicológicas hacia el tabaco. La planeación y las estrategias cognitivas eficaces pueden ayudarlo a alcanzar su objetivo. Aumente sus probabilidades de éxito utilizando algunas de estas técnicas de afrontamiento. También es útil recordar que no está solo. La mayoría de los fumadores adultos quieren dejar de fumar. Algunas de estas técnicas incrementarán su resistencia y le ayudarán a recobrase de una recaída temporal.

**Preparándose para dejar de fumar**

- Tome nota de cuándo y por qué fuma.
- Cambie sus hábitos de fumar.
- Cuando se le antoje un cigarrillo, no le preste atención a su antojo por un minuto.
- Compre una cajetilla a la vez y cambie a una marca que no le guste.
- Escoja una fecha para dejar de fumar.
- Encuentre a un amigo que deje de fumar al mismo tiempo que usted.

**El día elegido**

- Cambie su rutina matutina.
- Deshágase de todos los cigarrillos. Guarde sus ceniceros.

- Cuando tenga ganas de fumar, recuerde estos cuatro pasos: beba agua, retrase su antojo, respire profundamente y ocúpese en otra cosa.
- Lleve con usted goma de mascar o algún dulce.
- Recompénsese por haber pasado un día sin fumar.

**Manteniéndose sin fumar**

- Hágalo un día a la vez.
- Si tiene una recaída, no sienta que ha fracasado. Inténtelo de nuevo. La mayoría de los fumadores tratan de dejar de fumar varias veces antes de lograrlo.

fácil cuando las personas pueden identificar las situaciones en las que tenían mayor tentación por fumar, aprenden técnicas cognitivas de afrontamiento como alternativas a fumar y utilizan el autorreforzamiento cuando resisten la tentación exitosamente. La tabla 14-12 resume estas etapas de cambio. ¿Pueden los fumadores avanzar a través de estos cambios por sí mismos, o requieren de ayuda profesional? Aunque algunas personas pueden necesitar de ayuda profesional, la evidencia disponible indica que en el caso de muchas de ellas los enfoques de autoayuda pueden ser eficaces (Curry, 1993). El cuadro 14-3 proporciona algunos consejos que pueden ser útiles para los fumadores que piensan en dejar de fumar. Abandonar el hábito no sólo requiere de fuerza de voluntad, sino también de la conciencia de nuestras propias vulnerabilidades (por ejemplo, las personas tienen mayor probabilidad de sentir que necesitan fumar en ciertas situaciones de tensión) y nuestra capacidad de resi-

liencia (por ejemplo, continuar los esfuerzos por dejar de fumar aun después de una recaída).

**Cafeína**

¿Se considera a la **cafeína** en la misma categoría que sustancias como la cocaína y la marihuana? Recientemente, los investigadores mostraron que la cafeína posee las características típicas de las sustancias psicoactivas que provocan dependencia. La abstinencia de cafeína hace sentir a muchas personas más irritables, menos sociables y menos capaces de concentrarse. Los bebedores de café, té y refrescos de cola son adictos a la cafeína de la misma manera que otras personas son adictas a los cigarrillos, al alcohol o a las drogas intravenosas. Esto significa que la cafeína es la droga que altera la mente más usada en el mundo. La mayoría de las personas consumen por día la cantidad de cafeína contenida en dos tazas de café. Esta cantidad produce un leve efecto positivo, incluyendo un sentimiento de bienestar y alerta. Las dosis más elevadas pueden producir ansiedad y nerviosismo, pero estos efectos negativos no constituyen riesgos graves para la salud.

De acuerdo con el criterio del DSM-IV-TR, una persona es dependiente de la cafeína cuando desarrolla tolerancia, tiene síntomas de abstinencia, la utiliza a pesar de agravar sus problemas médicos o mentales, y realiza repetidos intentos fallidos por dejar de usarla. Los síntomas de la intoxicación con cafeína incluyen excitación, insomnio, agitación, nerviosismo y ritmo cardíaco elevado. Muchos amantes del café, el té y los refrescos de cola reúnen estas características, son físicamente dependientes de la cafeína y sufren de manera temporal dolores de cabeza, aletargamiento y depresión cuando dejan de tomarla. Pero de los millones de personas a las que les gusta y consumen cafeína, sólo un pequeño porcentaje, aún desconocido, son verdaderos adictos.

TABLA 14-12

**Etapas de cambio**

1. **Meditación y compromiso.** Esta etapa por lo general va precedida de una etapa previa a la meditación en la cual las personas no consideran que tienen un problema ("¿Qué tiene de malo fumar?")
2. **Acción.** Se establece e implementa un plan específico para cambiar (por ejemplo, el uso de sustitutos para la nicotina, activación del apoyo social de los amigos, la familia y los compañeros de trabajo).
3. **Mantenimiento.** El cambio de los patrones de tabaquismo toma tiempo y son necesarias las estrategias de autoobservación y prevención de las recaídas durante las fases de acción y mantenimiento.

## ¿Existe un camino final en común?

¿Por qué ciertas sustancias tienen el poder de hacernos sentir tan bien (por lo menos al principio)? ¿Algunas, la mayoría o todas estas drogas nos llevan a un camino final común, es decir, tienen consecuencias biológicas similares que puedan explicar la conducta desadaptada que a menudo se observa en las personas que abusan de ellas? Mediante el empleo de varias técnicas, los investigadores han empezado a desarrollar respuestas tentativas e hipótesis a estas preguntas. La investigación reciente nos puede conducir a importantes principios generales y valiosas terapias.

Cuando se les pregunta sobre las razones por las que se abusa de las drogas, la mayoría de las personas mencionaron una falla de carácter como un factor importante. Este estereotipo ha empezado a reconocer que la dependencia de sustancias tiene una base biológica significativa. Los estudios de investigación y las nuevas técnicas mejoradas pueden influir en el debate sobre las causas del abuso de sustancias. Por ejemplo, por primera vez, los científicos han capturado imágenes cerebrales de los adictos en la fase de ansiedad por la sustancia. Con esto se acercan cada vez más a revelar las bases neurales de la adicción. Los estudios de imagen cerebral muestran que redes neurales similares están relacionadas con la ansiedad por diferentes drogas (Lingford-Hughes y cols., 2003).

En la actualidad existen más evidencias de que, sin importar lo adictiva que sea la sustancia —anfetaminas, heroína, alcohol, nicotina o marihuana—, todas parecen activar un circuito del placer situado en el cerebro. Este circuito, para la dopamina neurotransmisora, puede ser el sitio donde se provoca la “elevación” de las drogas adictivas. Esto no quiere decir que la dopamina sea el único químico que está involucrado o que el proceso de pensamiento trastornado que caracteriza al abuso de las drogas se debe sólo a ella. La dopamina puede elevarse por un abrazo, un beso, un elogio o una mano de póker ganadora, así como por los poderosos placeres derivados de las drogas. De manera que, nuestras experiencias y la manera en que vivimos nuestras vidas tienen un efecto significativo en los estados biológicos, como el nivel de la dopamina. Aun así, la posibilidad de que la dopamina pueda ser un camino común o un brote de la ingestión de la droga es un concepto importante. Una característica codificada genéticamente —como la tendencia a producir muy pocas cantidades de dopamina— puede interactuar con las influencias ambientales para crear un serio trastorno conductual.

¿Puede la incapacidad para absorber suficiente dopamina, con sus propiedades placenteras, provocar que la persona busque la gratificación por medio de las drogas? A pesar de que todavía no tenemos una respuesta sólida a esta pregunta, se han reunido pruebas de que la dopamina está involucrada en la sensación estimulante que refuerza el deseo de tomar drogas. Esta evidencia es en especial fuerte en los adictos a la cocaína, quienes asocian el efecto reforzante de la sustancia que ingieren con niveles muy elevados de dopamina (Volkow y cols., 1997). En lugar de decir que los adictos ansían la heroína, la cocaína, el alcohol o la nicotina en sí, se puede decir con más precisión que lo que ellos quieren es sentir la “carga” de dopamina que producen estas drogas.

No está claro hacia dónde llevarán estos recientes desarrollos. Una dirección podría ser la investigación de los medicamentos que

pueden reducir la ansiedad intensa por las drogas. Otro enfoque es invertir las anomalías biológicas asociadas con la adicción a través de intervenciones psicosociales que proporcionen experiencias de aprendizaje y habilidades de afrontamiento útiles para ayudar a las personas a resistir la ansiedad.

## Dependencia de sustancias y política pública

Actualmente, la dependencia de sustancias es un gran problema en todo el mundo. Desarrollos recientes en el estudio de los reguladores y receptores del dolor en el organismo están proporcionando valiosas pistas, en especial en el área del abuso de opiáceos. La información referente a las consecuencias de salud de utilizar algunas sustancias —por ejemplo, la marihuana y el tabaco— ha disminuido su uso general. Algunos procedimientos terapéuticos prometedores, en particular los que hacen hincapié en las técnicas cognitivas para prevenir las recaídas, son los tratamientos para el abuso del alcohol y el tabaco. Sin embargo, la pregunta sobre si se deben cambiar las políticas públicas —por ejemplo, si se debe despenalizar el uso de la marihuana—, aún queda sin responder. Debido al hecho de que no conocemos las consecuencias de dichas acciones, ¿aumentará o disminuirá el uso de estas sustancias? Además, debido a las diferencias filosóficas entre los ciudadanos, legisladores y científicos, parece que estos temas de política permanecerán sin resolver por algún tiempo.

## ¿Existen adicciones conductuales? El dilema del juego patológico

En un capítulo anterior se estudiaron los dilemas de diagnóstico, problemas clínicos que no son bien entendidos y por lo tanto son difíciles de diagnosticar con eficacia. Hasta el momento, todos los trastornos que se expusieron en este capítulo comprenden sustancias ingeridas que crean o son parte de la conducta inadaptada. Se conocen como adicciones. Aunque es una palabra imprecisa, la adicción en general tiene cuatro propiedades: 1) ansiedad, 2) compulsión, 3) pérdida de control, y 4) mantenimiento de la conducta a pesar de las consecuencias adversas asociadas. El **juego patológico** tiene todas estas propiedades pero no involucra una sustancia que se ingiere. Fue reconocido como un desajuste diagnosticable en el DSM-III en 1980 y clasificado como un trastorno del control de impulsos, que implica la incapacidad de resistir el impulso de jugar a pesar de sus graves consecuencias personales. El cuadro 14-4 ilustra el control que el juego tiene sobre muchos de sus participantes. El juego patológico es la forma más extrema del problema del juego, la condición en la cual estas actividades crean problemas en la vida y relaciones de la persona. Aunque muchos estadounidenses son jugadores sociales que participan en ellas sin efectos dañinos, se estima que alrededor de 0.5 a 1.5% de los adultos son jugadores patológicos, de los cuales aproximadamente un tercio son mujeres (Black y Moyer, 1998).



## CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

CUADRO 14-4

## Bingo, ¿es un juego emocionante o una adicción?

Los juegos de bingo deberían ser inofensivos. De otro modo, ¿por qué es uno de los juegos más populares para recaudar fondos para iglesias, grupos juveniles y otras organizaciones sin fines lucrativos? E incluso así, el *Washington State Council on Problem Gambling* reporta que muchas de las personas que llamaron a su línea de asistencia incluyeron al bingo como uno de sus problemas. Estas personas a menudo probaron el juego por primera vez en dichos actos de beneficencia, y luego progresaron hacia negocios de juegos comerciales donde pueden jugar de manera intensiva (ver la figura 14-12).

Nancy empezó a jugar bingo hace 30 años. Adoraba la excitación, la carga de adrenalina que le proporcionaba. Sus sesiones de bingo aumentaron hasta cuatro al día, y como jugaba múltiples tarjetas en cada juego, pagaba \$80 por sesión. Empezó a retirar efectivo de sus tarjetas de crédito, y sus deudas aumentaron considerablemente. Su esposo, quien trabajaba tiempo extra para ahorrar para su retiro, no se explicaba a dónde se iba su dinero. Para poder pagar sus cuentas, tuvieron que hipotecar su casa. Nancy le mentía sobre las tarjetas de crédito y las cuentas. También se mentía a ella misma. Cada vez que jugaba se decía a sí misma que no gastaría más de lo planeado, pero siempre lo hacía. Una noche Nancy no regresó a casa. Su familia estaba desesperada. Averiguaron que ella había asistido a varias sesiones de bingo, y después había ido a un casino para continuar jugando bingo por 24 horas seguidas. Cuando regresó, su familia la confrontó sobre los efectos de su juego, y poco después Nancy se puso en contacto con Jugadores Anónimos (*Gamblers Anonymous*). Se deshizo de los amuletos de la suerte que siempre llevaba cuando jugaba bingo. Cambió sus patrones de manejo para no pasar frente a salones de bingo. Nancy calculó que había perdido \$100 000 en este juego. Mientras estaba hablando del dinero, las



**Figura 14-12** Esta jugadora de bingo trata de maximizar sus probabilidades de éxito mediante múltiples tarjetas durante cada juego y haciéndose acompañar por una mascota para la suerte.

mentiras a su familia y el tiempo que perdió jugando en lugar de pasarlo con su familia, Nancy comentó que estaba “muy arrepentida”, pero luego agregó: “es un gran alivio no tener que hacerlo más” (*Adaptación de Lyken, 2003, p. E8*).

En otro caso, un esposo testificó ante un comité legislativo estatal de juego sobre los problemas que su esposa había creado en la familia por su fascinación por el bingo que duró 18 años. No lo podía entender. Él dijo: “No podía creer que el bingo estuviera arruinando mi vida. No tenía sentido. Pensé que era un simple juego de niños. [...] pero era horrible. Era como si ella tuviera un apasionado romance con un amante, pero él no tenía trabajo y yo era el que lo mantenía” (*Lyken, 2003, p. E8*). Luego confrontó a su esposa sobre los problemas financieros que su afición al bingo habían causado y ella accedió a unirse a Jugadores Anónimos. Después se enteró que ella no había asistido a las juntas desde hacía un año y medio y le había estado mintiendo. El matrimonio fi-

nalmente terminó en divorcio. Él estaba asombrado de la fortaleza de la atracción de su mujer por el juego. “Hubiera tenido que atarla para evitar que jugara”, agregó (*ibid.*).

Estos ejemplos ilustran los aspectos adictivos del juego compulsivo, que incluyen el deseo por la excitación y la negación de los problemas y consecuencias del juego. Como los individuos que abusaban de las sustancias que se presentaron con anterioridad en este capítulo, los jugadores se sienten incapaces de abandonar sus hábitos a pesar de que es evidente que tienen efectos destructivos en sus vidas. Los jugadores compulsivos tienden a ser personas que quieren resolver sus problemas escapando de la realidad. También es posible que se sientan emocionalmente inseguros, que carezcan de sentimientos de pertenencia y que sean emocionalmente inmaduros. No se ha determinado aún en qué medida se relacionan las causas y consecuencias corporales del juego compulsivo con los trastornos relacionados con sustancias, aunque está claro que tienen muchas características en común.

Muchos clínicos observan algunas similitudes significativas entre el juego patológico y los trastornos relacionados con sustancias, pues 48% de los jugadores patológicos también tienen problemas de alcohol y abuso de drogas (*Black y Moyer, 1998*). También padecen en promedio un número mayor de otras condi-

ciones, incluyendo algunos trastornos de la personalidad, del estado de ánimo, por déficit de atención y de ansiedad. Debido a que la investigación del juego patológico está apenas en sus comienzos, es difícil predecir la manera en que se diagnosticará en el futuro. Actualmente, tal vez la pregunta más importante no sea qué par-



**TABLA 14-13**

**Criterios diagnósticos para el juego patológico**

- a. Conducta de juego que persiste y se repite según lo indican cinco o más de las siguientes conductas:
1. Se preocupa por revivir experiencias de juego pasadas, por planear sus siguientes experiencias o piensa en la manera de obtener más dinero para usarlo en el juego.
  2. La cantidad de dinero que utiliza para jugar debe incrementarse para lograr el nivel de excitación deseado.
  3. Ha tratado en repetidas ocasiones de dejar sus actividades de juego, pero ha fracasado.
  4. Se irrita o inquieta cuando trata de disminuir sus actividades de juego.
  5. Utiliza el juego para escapar de sus problemas o para aliviar su estado de ánimo disfórico.
  6. Después de perder, regresa otro día para compensarlo.
  7. Miente a los demás sobre la cantidad de tiempo que pasa jugando.
  8. Ha cometido actos ilegales para financiar su juego.
  9. Ha puesto en riesgo o perdido una relación, trabajo u oportunidad importante por el juego.
  10. Depende de los demás para que le provean dinero por su desesperada situación financiera causada por el juego.
- b. Estas conductas no se explican mejor por episodios maníacos.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

te del juego patológico debe incluirse en el DSM, sino qué tipo de fenómeno es, y con qué frecuencia ocurre.

El juego patológico es una conducta de juego desadaptada persistente y recurrente que perturba los aspectos personales, familiares o vocacionales de la vida de una persona. La tabla 14-13 muestra los criterios para diagnosticar este trastorno. Para ser clasificado como un jugador patológico, la persona debe presentar por lo menos cinco de estas características.

El efecto del juego patológico puede no ser muy evidente debido a que muchas de sus consecuencias, como los problemas financieros o la discordia conyugal, permanecen ocultas al público. En los hombres normalmente aparece en la adolescencia, y en las mujeres más tarde en la vida. El patrón de juego puede ser regular o por episodios, pero el problema por lo general es crónico. Normalmente la frecuencia y preocupación por el juego se incrementan. Las ganas de jugar se incrementan en periodos de estrés o depresión. Los jugadores patológicos consideran el juego como una solución para cualquier problema.

Muy pocos profesionales de la salud cuentan con capacitación especializada para tratar los problemas del juego. A pesar de que algunos tipos de terapias (como la terapia cognitiva, la conductual y la psicodinámica) han sido utilizadas para tratar a los jugadores

patológicos, existe una gran escasez de estudios científicos sobre la eficacia de ellas. A la mayoría de las personas que padecen estos problemas se les remite a Jugadores Anónimos, una organización fundada en 1957 que sigue los patrones de Alcohólicos Anónimos. Al igual que AA, Jugadores Anónimos está diseñado para ayudar a los jugadores que desean dejar de jugar.

Aunque el juego patológico es un problema personal, está influido por políticas públicas. De alguna forma, en Estados Unidos el juego es legal en casi todo el territorio, y el número de negocios manejados por el estado continua en aumento (porque los estados quieren el ingreso agregado que produce el juego). Algunos estados, como Washington, dedican parte de estos ingresos de juego a proporcionar educación pública sobre el problema que éste representa, y financian líneas de asistencia gratuitas de información y tratamiento del problema. Aunque el juego es el resultado de decisiones personales, es importante determinar qué tanta influencia tiene en estas decisiones el fácil acceso a oportunidades para jugar.

## El mensaje con el que nos quedamos

A pesar de que todavía no tenemos todas las respuestas, se están aclarando tres preguntas clave relacionadas con las adicciones:

1. ¿Cómo logran su efecto las sustancias de las cuales las personas son dependientes? Algunos de los procesos físicos se están identificando (por ejemplo, a través de estudios de imagenología cerebral).
2. ¿Qué factores sociales y psicológicos son importantes en el proceso de adicción? La evidencia de la comorbilidad y la adicción apoya el punto que hemos destacado en varios otros trastornos: la conducta patológica a menudo parece presentarse en grupos; cuando esto ocurre puede ser difícil distinguir entre la comorbilidad y la recurrencia.
3. ¿De qué manera se deben tratar los problemas relacionados con el abuso de sustancias? En la mayoría de los casos, el tratamiento debe empezar por tratar los síntomas de la desintoxicación y la abstinencia. ¿Y después qué? Se requiere de mayor investigación sobre los factores que ayudan a la persona a resistir la tentación de utilizar sustancias dañinas, por ejemplo, la relación entre el paciente y el terapeuta y las técnicas utilizadas por éste.

Para nosotros está claro que los trastornos relacionados con sustancias son problemas de factores múltiples. Las vulnerabilidades biológicas y las variables sociales y culturales (por ejemplo, la manera en que las personas conocen y experimentan las diferentes sustancias), el carácter y la intensidad del estrés personal, se combinan para influir sobre el uso y abuso de las sustancias. Si éste sucede, los problemas adicionales se tratan en el contexto de una vida seriamente fuera de balance.

## R esumen del capítulo

Los trastornos relacionados con sustancias comprenden las **sustancias psicoactivas** que afectan el pensamiento, las emociones y la conducta. Existen dos categorías de trastornos que están relacionados con estas sustancias: los *trastornos adictivos* y los *trastornos inducidos por sustancias*.

### Trastornos por usos de sustancias

Existen dos subgrupos de **trastornos por uso de sustancias**: los relacionados con la dependencia de sustancias y los relacionados con el abuso de sustancias.

**Dependencia de sustancias** En la **dependencia de sustancias** se presenta una ansiedad intensa por la sustancia a la que la persona es adicta, y el individuo muestra tolerancia, síntomas de abstinencia y realiza un uso compulsivo de ella. **Tolerancia** significa que la persona necesita consumir cada vez mayor cantidad de sustancias para obtener el mismo efecto. La **abstinencia** se refiere a un conjunto particular de síntomas físicos que ocurren cuando una persona deja o reduce el consumo de una sustancia psicoactiva. El **uso compulsivo de sustancias** incluye la conducta de búsqueda de droga, esto es, la dirigida a obtener la sustancia.

**Abuso de sustancias** El **abuso de las sustancias** se refiere a las consecuencias adversas recurrentes relacionadas con el uso de ellas.

### Trastornos inducidos por sustancias

La ingestión de ciertas sustancias puede producir serios síntomas conductuales, psicológicos y fisiológicos. Estos síntomas se conocen como **trastornos inducidos por sustancias**. En la **intoxicación por sustancias** existen síntomas reversibles específicos de la sustancia producidos por la ingestión reciente de la misma. Los indicadores de la intoxicación incluyen alteraciones en la percepción, la atención y el pensamiento.

### Trastornos relacionados con el alcohol

El alcohol *etilico* o *etanol* es el compuesto químico que contienen varios tipos de bebidas alcohólicas, tales como la cerveza, el vino y los licores fuertes o destilados. Sin embargo, estas bebidas contienen diferentes porcentajes de volumen total de alcohol.

**Uso excesivo de alcohol** Los efectos negativos del abuso de alcohol son un problema serio. Doce por ciento de los estadounidenses son bebedores constantes. El nivel del uso de alcohol está relacionado con la aculturación y factores étnicos y culturales. La dependencia fisiológica de alcohol se mide por la tolerancia y los síntomas de abstinencia. El **abuso de alcohol** se mide por indicadores conductuales como un mal desempeño en el trabajo y en las relaciones interpersonales. La **intoxicación con alcohol** se refiere a cambios clínicos conductuales y fisiológicos significativos. El alcohol está asociado con un alto índice de otros trastornos diagnosticables.

**Teorías y tratamiento** Los trastornos relacionados con el alcohol tienen causas múltiples y existen varias teorías sobre sus determinantes posibles y conocidos. En un primer momento la ingestión de alcohol reduce la ansiedad y después tiene un efecto depresivo en el organismo. El primer paso en el tratamiento es la **desintoxicación**. Las

personas varían en gran medida en su *sensibilidad* a los efectos del alcohol. Las mujeres suelen ser más sensibles al alcohol que los hombres. La perspectiva biológica considera al alcoholismo como el resultado del funcionamiento de procesos metabólicos, genéticos y neurales.

Los clínicos orientados hacia la psicodinámica consideran la adicción a sustancias como el alcohol como parte de un esfuerzo para corregir o contrarrestar estados emocionales negativos. El enfoque cognitivo-conductual para tratar los trastornos relacionados con el alcohol reconoce los papeles que juegan el aprendizaje y la cognición. Desde el punto de vista conductual, las personas aprenden a usar el alcohol como resultado del modelamiento y del reforzamiento social y psicológico. El **condicionamiento aversivo** se utiliza en el tratamiento conductual del alcoholismo. El punto de vista cognitivo utiliza el **enfoque del control de la forma de beber** y lo enfoca en las expectativas de las personas sobre los efectos del alcohol. La integración de estas dos perspectivas de los tratamientos cognitivo-conductuales está en aumento. Enfoques de tratamiento tales como la **prevención de la recaída** necesitan adaptarse a los problemas particulares de cada individuo. El punto de vista interaccionista considera que algunos individuos tienen una predisposición a la dependencia del alcohol y se enfocan en el estrés como un factor precipitante de la bebida. **Alcohólicos Anónimos** es un programa basado en la comunidad que proporciona el apoyo social de otras personas afectadas por el alcoholismo. Un creciente número de investigadores está evaluando los diferentes enfoques de tratamiento y trabajan para identificar sus componentes más importantes.

### Prevención de trastornos relacionados con el alcohol

Los programas de la comunidad que regulan el acceso al alcohol y castigan a quien maneje después de beberlo pueden ser de gran utilidad. Los programas de prevención que enseñan a los jóvenes sobre los efectos del alcohol y les ayudan a aprender respuestas de afrontamiento eficaces en situaciones donde se sirve alcohol, pueden ser aún más útiles. El desarrollo de enfoques eficaces de prevención se puede facilitar si se identifican los factores de riesgo del uso excesivo del alcohol (por ejemplo, conflictos familiares y desorganización en el vecindario).

### Otras drogas

**Barbitúricos y tranquilizantes** Tanto los **barbitúricos** como los **tranquilizantes** tienen un efecto depresivo sobre el sistema nervioso central. Estos dos grupos de drogas son particularmente peligrosos cuando se combinan con el alcohol. Con frecuencia los barbitúricos son recetados por los médicos para aliviar la ansiedad o prevenir las convulsiones. Tanto los barbitúricos como los tranquilizantes también pueden ser peligrosos porque desarrollan tolerancia, y el consumidor con frecuencia aumenta la dosis hasta niveles peligrosos para obtener el efecto deseado.

**Los opiáceos** **Opiáceo** es el término utilizado para describir las drogas que tienen efectos similares a la morfina y que se adhieren a los receptores del cerebro. Algunos *opiáceos* son naturales y otros son sintetizados químicamente. (En ocasiones, a los opiáceos se les conoce como narcóticos, pero este término no tiene el mismo significado para las personas que se encargan de aplicar las leyes, los médicos, los científicos y el público). Los opiáceos naturales incluyen las **endorfinas**, las **encefalinas** y las **dimorfinas**, las cuales son producidas por el

cerebro y la glándula pituitaria. Los **opiáceos** pertenecen al grupo de sustancias que se deriva del jugo de la amapola del opio, como la **morfina** y la **heroína**. Los opiáceos provocan cambios de estado de ánimo, somnolencia, aturdimiento mental, constipación y aletargamiento de la actividad del centro respiratorio del cerebro. La reacción de la abstinencia de opiáceos puede ser severa. De acuerdo con la teoría de la **orientación de la exposición**, el uso de estas sustancias interrumpe la síntesis de opiáceos naturales del organismo. La **orientación interaccionista** se enfoca en que tanto la persona como la situación son los causantes de la adicción. El **mantenimiento con metadona** es uno de los tratamientos más utilizados para los adictos a los opiáceos.

**Cocaína** La **cocaína** es una droga que proviene de las hojas del arbusto de la coca, estimula el sistema nervioso central, aumenta el ritmo cardíaco, la temperatura, la presión arterial y disminuye el apetito. Puede producir sensaciones de hiperalerta, pero en dosis elevadas también estados maníacos, paranoia y juicio deteriorado. El **crack** es una forma más potente de la cocaína y es muy adictivo.

**Anfetaminas** Las **anfetaminas** son potentes estimulantes psicomotores que afectan tanto al sistema nervioso central como al sistema cardiovascular. En dosis moderadas provocan aumento de la vigilia, estado de alerta y elevación del estado de ánimo. La tolerancia se desarrolla con rapidez, por lo que muchos consumidores comienzan a inyectarse las anfetaminas para obtener efectos más intensos. Las dosis elevadas producen nerviosismo, mareos, confusión, palpitaciones y presión arterial alta. La **metanfetamina** tiene una estrecha relación química con la anfetamina, pero sus efectos en el sistema nervioso central son mayores.

**Alucinógenos** Los **alucinógenos**, o *psicodélicos*, pueden ser naturales o sintéticos. Ambos pueden producir alteración de la conciencia por su acción en el sistema nervioso central. Los miembros de culturas primitivas han utilizado en ceremonias religiosas desde hace miles de años a los alucinógenos naturales, como la *mezcalina* y la *psilocibina*. También se han desarrollado alucinógenos sintéticos como el STP. El abuso de las drogas alucinógenas puede producir colapsos respiratorios o cardiovasculares o conducta psicótica. Los grupos de apoyo y la enseñanza de habilidades sociales parecen ser eficaces para prevenir la reaparición del uso de los alucinógenos.

**Fenciclidina (PCP)** PCP es un químico sintético que puede causar desorientación y alucinaciones y provocar que el consumidor se sienta indiferente al entorno. Los consumidores algunas veces desarrollan una depresión severa o un grave estado psicótico que puede ser irreversible.

**Inhalantes** Los **inhalantes** son sustancias volátiles o solventes orgánicos (como la gasolina o las pinturas en spray) que pueden usarse para producir cambios en la percepción. Su uso constante puede provocar el abandono de las actividades sociales, profesionales o recreativas. Los inhalantes son utilizados con más frecuencia por los jóvenes debido a su fácil obtención. La tolerancia y los síntomas de abstinencia se presentan cuando los inhalantes causan dependencia.

**Cannabis** La **cannabis** es utilizada en Estados Unidos con más frecuencia en forma de **marihuana**. El **hachís** es una resina solidificada de la planta cannabis. El principal ingrediente activo en los productos del cannabis es el **THC**. Su consumo afecta la coordinación motora y la percepción, la memoria a corto plazo y el aprendizaje, incluso cuando la sensación de intoxicación de la droga haya pasado.

**Nicotina** La **nicotina** es un químico que se encuentra en el tabaco, que actúa, al menos en parte, al estimular de manera directa ciertos receptores que son sensibles al neurotransmisor de la acetilcolina. Las dosis normales de nicotina pueden aumentar el ritmo cardíaco y la presión sanguínea; la droga aumenta la necesidad de oxígeno del corazón y puede causar dolores en el pecho o ataques cardíacos en personas con arterioesclerosis. A pesar de saber que fumar es dañino para la salud, dejar de hacerlo es muy difícil para muchas personas. Esta dificultad tal vez se deba a los síntomas de abstinencia, a señales sociales o ambientales, a la naturaleza tan aprendida del hábito y al frecuente reforzamiento que se obtiene con cada fumada. La investigación cognitiva ha identificado tres etapas de cambio para dejar de fumar. Estas son el *compromiso*, la *implementación* y el *mantenimiento*, pero debe hacerse hincapié en la prevención de la recaída. La **goma de mascar de nicotina** y los **parches de nicotina transdérmicos** pueden ser útiles para reducir el uso del tabaco cuando se utilizan junto con programas de orientación.

**Cafeína** La **cafeína** puede ser adictiva. Tiene propiedades que alteran la mente y altas dosis pueden producir ansiedad y nerviosismo. También pueden ocurrir la tolerancia y los síntomas de abstinencia. Los síntomas de la intoxicación con cafeína incluyen excitación, insomnio, agitación, nerviosismo y ritmo cardíaco elevado.

## ¿Existe un camino final en común?

Los investigadores están explorando la posibilidad de que los efectos de las drogas se transmitan por ciertas vías neurotransmisoras en el cerebro, en especial las que se asocian con la dopamina. Los químicos que reducen la ansiedad por las drogas y las intervenciones psicosociales que fortalecen las capacidades de afrontamiento para resistir la ansiedad, pueden tener un alto valor clínico.

## Dependencia de sustancias y política pública

La sociedad y sus organismos gubernamentales juegan papeles importantes para moldear las políticas sobre la disponibilidad y el uso de diversas sustancias.

## ¿Existen adicciones conductuales?

### El dilema del juego patológico

El **juego patológico** no involucra el abuso de sustancias, pero tiene algunas propiedades características de los trastornos relacionados con sustancias. Asimismo, el juego patológico se superpone con otras condiciones. Aunque aún no está clara la mejor manera de diagnosticarlo, el juego patológico es muy común y se necesita de mayor investigación de sus determinantes y tratamientos.

## C

### onceptos clave

- Abstinencia, p. 442
- Abuso de sustancias, p. 443
- Abuso del alcohol, p. 445
- Aculturación, p. 445
- Alcohólicos Anónimos (AA), p. 454
- Alucinógenos, p. 465
- Anfetamina, p. 464
- Barbitúricos, p. 457
- Beber en exceso, 458
- Caféina, p. 471
- Cannabis, p. 467
- Cocaína, p. 462
- Condicionamiento aversivo, p. 451
- Crack, p. 463
- Dependencia de sustancias, 442
- Dependencia fisiológica del alcohol, p. 445
- Desintoxicación, p. 447
- Dimorfina, p. 459
- Diseño balanceado de placebo, p. 451
- Efecto transgresión de la abstinencia, p. 452
- Encefalinas, p. 459
- Endorfinas, p. 459
- Enfoque del control de la forma de beber, p. 451
- Goma de mascar con nicotina, p. 470
- Heroína, p. 459
- Inhalantes, p. 467
- Intoxicación por alcohol, p. 445
- Intoxicación por sustancias, p. 443
- Juego patológico, p. 472
- LSD (dietilamina del ácido lisérgico), p. 465
- Mantenimiento con metadona, p. 462
- Marihuana, p. 467
- Metadona, p. 462
- Metanfetamina, p. 464
- Morfina, p. 459
- Naloxona, p. 459
- Naltrexona, p. 449
- Narcóticos, p. 459
- Nicotina, p. 468
- Opiáceos, p. 459
- Orientación de la exposición, p. 461
- Orientación interaccionista, p. 461
- Parche de nicotina transdérmico, p. 470
- PCP (fenciclidina), p. 466
- Programas de prevención de recaídas, p. 453
- Sensibilización encubierta, p. 451
- STP (dietilriptamina), p. 465
- Sustancias psicoactivas, p. 441
- THC (tetrahidrocannabinol), p. 467
- Tolerancia, p. 442
- Tranquilizantes, p. 459
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, p. 466
- Trastornos inducidos por sustancias, p. 443
- Trastornos por uso de sustancias, p. 442
- Uso compulsivo de sustancias, p. 442

## Un buen libro

Como su padre, el famoso escritor estadounidense John Cheever, Susan Cheever sufría de alcoholismo. Por su propia descripción, ella era una mujer mimada y egocéntrica que había aprendido a preparar un martini cuando tenía seis años, y en repetidas ocasiones observó el uso excesivo del alcohol por parte de su padre y sus amigos. El alcohol también deformó su manera de ver a los hombres. En una ocasión se enamoró de un hombre que la golpeaba y estaba siempre ebrio. También se volvió sexualmente promiscua. Su vida cambió de manera dra-

mática cuando finalmente pudo dejar el alcohol. Sin sermonar o moralizar, describe tanto su vida con el alcohol como su vida después de dejar la bebida, en la que su mayor alegría son sus dos hijos. Susan Cheever es la autora de muchos libros de ficción y de no-ficción. *Note Found in a Bottle: My Life as a Drinker*, es un apasionante relato del paso de una vida inmersa en el alcohol a una de felicidad, éxito y responsabilidad.



## Trastornos de la infancia y la adolescencia



Milton Dacosta "Menina Ajoelhada". Photograph, © 2005 Christie's Images.

### Trastornos externalizados

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad  
Trastorno negativista desafiante  
Trastorno disocial

### Trastornos internalizados

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

### Otros trastornos de la infancia

#### Terapia para niños y adolescentes

Terapia de juego  
Terapia conductual y cognitivo-conductual  
Terapia familiar  
Eficacia de la terapia con niños

#### El mensaje con el que nos quedamos

#### Resumen del capítulo

## DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

La infancia es un periodo de desarrollo hacia los patrones de conducta y la personalidad adultos. También es un periodo de vulnerabilidad a diferentes dificultades. Este capítulo es el primero de dos dedicados a los trastornos psicológicos observados en niños. Aunque los trastornos que se exponen en este capítulo afectan la felicidad y el crecimiento personal del niño, no están tan generalizados o ni son tan abrumadores como los que se estudiarán en el capítulo 16. En este capítulo hablamos de varios problemas de la infancia, muchos de los cuales pueden considerarse como trastornos externalizados o internalizados. En los trastornos externalizados, los niños se comportan de formas que asombran, interfieren con, o crean problemas para otras personas. En los trastornos internalizados, los niños tienen mayor probabilidad de enfocarse en sí mismos y sentirse inadecuados o sin valor.

La madre de Jack lo describió como un “manejo”. Desde que era muy pequeño presentó problemas para quedarse sentado, y cualquiera que estuviera cuidándolo tenía que estar constantemente vigilante porque era muy probable que “se metiera en problemas”, lo que significa que solía emprender actividades que podían lastimarlo o lastimar a otras personas. A pesar de los comentarios de algunos amigos de sus padres de que “era sólo un niño”, la conducta de Jack no cambió mucho a medida que crecía y tampoco cuando inició sus actividades escolares. Sus maestros se quejaban de que era difícil tratarlo en el salón de clases porque no se quedaba sentado, hacía mucho ruido, y parecía disfrutar cuando molestaba y lastimaba a otros niños. Conforme crecía, también quedó en claro que no aprendía a leer ni a realizar operaciones aritméticas sencillas con la misma rapidez que otros niños del salón. Las pruebas que le aplicó el psicólogo escolar del distrito mostraron que Jack obtuvo calificaciones que se encontraban en el rango promedio de inteligencia pero estaba más de un año por debajo de su nivel en las diversas habilidades de lectura.

Julie, a diferencia de Jack, fue descrita por su maestra como una niña que se portaba bien en clase, aunque parecía triste y carente de expresiones, además de que no interactuaba mucho con los otros niños. Pasaba mucho tiempo durante el día preocupándose de que los lápices y el papel para colorear estuvieran acomodados correctamente en su escritorio y nunca se proponía como vo-

luntaria para actividades en clase, a pesar de que su maestra estaba segura de que conocía las respuestas. La madre de Julie informó que cuando la niña volvía a casa, se dirigía directamente a su habitación y comenzaba a arreglar los zapatos de su muñeca Barbie en perfecta línea. Esto parecía ocuparla durante horas. Cuando sus hermanas salían a jugar con los niños del vecindario, Julie siempre prefería quedarse en su habitación.



Muchas familias tienen niños como Jack o Julie. Aun cuando los niños como Jack tienen mayor probabilidad de ser tratados por profesionales de la salud mental que los niños como Julie, porque la conducta que muestran es molesta para los demás, a menudo un niño con problemas no recibirá ayuda profesional a menos que se presente una crisis. Si Jack o Julie fueran hijos suyos, ¿buscaría ayuda profesional?

La infancia y la adolescencia son notables por la gran cantidad de cambios en las capacidades y aptitudes físicas, cognitivas y social-emocionales que se presentan en este periodo de 20 años. El patrón de cambios está marcado por periodos de transición y de reorganización, a los que se les conoce como “proceso de desarrollo”. La comprensión de la conducta desadaptada en la infancia debe basarse en la comprensión de estos patrones de desarrollo. La tabla 15-1 proporciona un resumen del amplio campo de cambios cerebrales que normalmente se presentan durante las primeras dos décadas de vida, junto con algunos de los problemas que pueden surgir en ciertos periodos en particular. La influencia ambiental se combina con el desarrollo biológico para influir sobre procesos complejos como el desarrollo de la personalidad, la socialización y el crecimiento intelectual. Existen amplios periodos durante los cuales pueden surgir distintos trastornos de la infancia. En éste y en el próximo capítulo se describirán varios de estos trastornos. La presencia de problemas en la adolescencia y la infancia, importantes por sí mismos, son muchas veces predictores de problemas posteriores. Por ejemplo, un estudio descubrió que altos niveles de problemas en la infancia predicen un riesgo de dos a seis veces mayor de trastornos durante la edad adulta (Hofstra y cols., 2002). Si los niños fueran considerados como adultos pequeños con el fin de comprender su conducta, algunas de las conductas que en realidad son normales para el nivel de desarrollo del niño podrían ser consideradas como anormales. Por ejemplo, si un adulto tiene frecuentes pataletas, esto puede ser un síntoma de un trastorno. Sin embargo, en el caso los niños pequeños, las pataletas son una conducta esperada.

Sin embargo, si los niños se desvían en gran medida de las normas de desarrollo esperadas, pueden sentir una gran angustia ellos y sus familias. Si las conductas sugieren que el desarrollo está siendo obstaculizado, es importante reconocer y enfrentar los problemas. Debido a que los niños pasan por muchos cambios de

| TABLA 15-1                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapas del proceso de desarrollo y los trastornos que pueden surgir durante ellas                                                                                            |                                                                                                                                            |
| Periodo                                                                                                                                                                      | Trastornos que surgen con frecuencia en este periodo                                                                                       |
| Niñez (primeros 4-5 años)<br>El cerebro alcanza 90% del tamaño adulto. Las células cerebrales adquieren mayor capacidad de comunicación. Los bebés aprenden a hablar.        | Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (capítulo 15)<br>Trastorno autista (capítulo 16).<br>Retraso mental (capítulo 16).    |
| Infancia (5-10 años)<br>Un gran crecimiento en regiones cerebrales cruciales para el lenguaje y la comunicación.                                                             | Depresión (capítulo 15).<br>Trastorno de ansiedad (capítulo 15).<br>Trastorno antisocial (capítulo 15).                                    |
| Pubertad (10-13 años)<br>Las áreas del cerebro relacionadas con la planeación, el control y el razonamiento, crecen y se desarrollan junto con oleadas de hormonas sexuales. | Trastorno obsesivo-compulsivo (capítulo 15).<br>Trastorno disocial (capítulo 15).<br>Trastornos de la conducta alimentaria (capítulo 7).   |
| Adolescencia (13-20 años)<br>El cerebro se reduce (pierde cerca de 2% de su peso y volumen).                                                                                 | Fobia social (capítulo 15).<br>Trastorno obsesivo-compulsivo (capítulo 15).<br>Trastorno bipolar (capítulo 15).<br>Suicidio (capítulo 11). |

desarrollo a medida que crecen, muchos padres pueden ver una conducta potencialmente problemática como “sólo una etapa”. Otros suelen mostrarse renuentes a buscar ayuda profesional para sus niños porque piensan que, como padres, pueden haber causado el problema. Las conductas problemáticas y los sentimientos de tristeza o aislamiento de un niño siempre son importantes, a pesar de que muchas veces se pasan por alto. Esto es especialmente cierto debido a que los problemas conductuales pueden interferir con el desarrollo del niño y retrasar su aprendizaje de habilidades tanto académicas como sociales. Una vez que el niño ha experimentado una serie de fracasos tanto en las áreas académicas como sociales, puede ser más difícil para él verse a sí mismo como una persona valiosa. También puede dificultar “ponerse al corriente” con el aprendizaje que puede haberse perdido y pueda a comportarse de manera más adaptativa. La tabla 15-2 muestra algunos de los eventos de la infancia que, si se presentan con frecuencia, en altos niveles y durante un largo periodo, pueden alertar a los padres e impulsarlos a buscar ayuda profesional.

El porcentaje de niños pequeños que cumplen con los criterios del DSM en cuando menos un trastorno es muy alto. En una muestra de varios cientos de niños estadounidenses entre los dos y los cinco años, más de uno de cada cinco fue clasificado de manera tentativa dentro de algún trastorno del DSM, y uno de cada 10 fue considerado como severamente afectado por sus síntomas (Lavigne y cols., 1996). Desde los nueve años y hasta los 17, cerca de 21% de todos los niños cumplió con los criterios de un trastorno diagnosticable con al menos un deterioro mínimo. Si los problemas dan como resultado un deterioro significativo en el funcionamiento en el hogar o en la escuela, este número se reduce a aproxima-

| TABLA 15-2                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Conductas que funcionan como señales de "alerta roja" para los padres                   |  |
| Angustia (infelicidad, enojo, ansiedad).                                                |  |
| Expresión de sentimientos de falta de valor.                                            |  |
| Preocupación por inadecuaciones corporales percibidas (por ejemplo, apariencia física). |  |
| Problemas escolares (reprobar, faltar a clases o meterse en problemas).                 |  |
| Aislarse de la familia.                                                                 |  |
| Aislarse de amigos o actividades que disfrutaban antes.                                 |  |
| Dormir más, comer menos o tener menos energía.                                          |  |
| Mostrar de pronto una conducta agresiva.                                                |  |
| Provocar incendios.                                                                     |  |
| Tener pesadillas.                                                                       |  |
| Tener más problemas de los normales para concentrarse.                                  |  |
| Actividades repetitivas como lavarse constantemente las manos o acomodar cosas.         |  |
| Tener jaquecas o dolores de estómago frecuentemente.                                    |  |
| Actos peligrosos o amenazadores para la vida.                                           |  |
| Quebrantar la ley.                                                                      |  |

TABLA 15-3

Porcentajes de niños y adolescentes entre los nueve y los 17 años con al menos una forma ligera de deterioro debido a un trastorno mental<sup>a</sup>

| Trastorno                      | Porcentaje afectado |
|--------------------------------|---------------------|
| Trastornos de ansiedad         | 13.0                |
| Trastornos del estado de ánimo | 6.2                 |
| Trastornos disruptivos         | 10.3                |

<sup>a</sup>Algunos niños pueden tener más de un trastorno diagnosticable

FUENTE: *Mental Health: A Report of The Surgeon General*, 1999.

damente 11% (*Mental Health: A Report of The Surgeon General*, 1999). La tabla 15-3 muestra los porcentajes de niños entre los nueve y los 11 años que cumplen con los criterios de los trastornos mentales en algún momento. A medida que los niños crecen, algunos de estos síntomas parecen cambiar. En los niños que se encuentran entre los cinco y los 17 años, existe una disminución general de los tipos de conducta que describimos en este capítulo como conductas externalizadas, y un incremento de los problemas de conducta que fueron clasificados como internalizados. Sin embargo, a lo largo de este rango de edades, los niños tienen mayores probabilidades que las niñas de ser diagnosticados con un trastorno, bien sea en la categoría de externalización o de internalización (Mash y Barkley, 2003).

Sólo dos de cada cinco niños que necesitan tratamiento de salud mental lo reciben, y sólo la mitad de éstos son tratados por personas especializadas en la salud mental de los niños (*Mental Health: A Report of The Surgeon General*, 1999). La mayoría de los niños restantes con problemas de salud mental no reciben ningún tratamiento. La conducta desadaptada de los niños es un problema importante que las sociedades están enfrentando de manera inadecuada. Muchos de los niños que no han sido tratados tienen probabilidad de desarrollar una enfermedad mentalmente seria cuando sean adultos, que si no es tratada puede representar problemas en sus vidas personales y en la conservación del empleo. Se han identificado diferentes factores de riesgo de trastornos de la infancia. Estos factores incluyen la psicopatología de los padres, el divorcio, la discordia familiar, un nivel socioeconómico bajo, las características temperamentales del niño y las experiencias estresantes. Un estudio reciente descubrió que los niños que crecían en familias con un solo padre tenían dos veces más probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos graves (Weitoft y cols., 2003). Las dificultades financieras pueden influir en esta relación, pero la calidad de la crianza también puede ser un factor relevante. El abuso infantil es un estresor muy dañino: los niños que han sufrido abuso tienen un porcentaje muy alto de problemas psicológicos (Mash y Barkley, 2003).

Ayudar a los jóvenes con problemas es difícil en muchas ocasiones, debido a que muchos trastornos de la infancia y sus causas aún no se comprenden del todo. Por ejemplo, no se sabe si algunos

trastornos de la infancia —como la psicosis, la depresión y los trastornos de ansiedad— son extensiones de estos mismos trastornos en los adultos, o si son trastornos diferentes con distintas causas. Una evidencia que sugiere que muchos trastornos de la infancia son distintos de sus versiones adultas es la diferencia en la proporción entre los sexos de estos trastornos en niños y en adultos. En la infancia, los niños son más afectados que las niñas en casi todas las categorías. En la edad adulta las proporciones varían de acuerdo con el trastorno.

## Trastornos externalizados

Muchos trastornos de la infancia son categorizados como trastornos externalizados o internalizados. Los niños con **trastornos externalizados** parecen estar fuera de control. Se pelean con frecuencia, hacen pataletas, son desobedientes y pueden ser destructivos. Los niños con **trastornos internalizados** parecen estar controlados en exceso. Se preocupan demasiado, son ansiosos y/o deprimidos, y parecen ser tímidos y mantenerse relativamente aislados.

Los niños con un trastorno externalizado son de especial preocupación para los padres, los profesores y los profesionales clínicos debido a su disruptividad. No ponen atención, parecen ser excepcionalmente activos, se comportan de manera agresiva, rompen las reglas y provocan un daño significativo a otras personas y a sus propiedades. Desafortunadamente, diferenciar estas condiciones puede ser difícil y, como consecuencia de ello, los clínicos pueden no estar de acuerdo acerca del diagnóstico adecuado para categorizar un conjunto particular de síntomas.

## Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El efecto del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es muy grande, tanto en términos del estrés experimentado por las familias y los efectos en la autoestima del niño, como por los costos financieros y la interferencia con el logro vocacional y académico. El **trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** se define por síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Este trastorno se presenta con frecuencia junto con problemas de aprendizaje, depresión, ansiedad, trastorno disocial o trastorno negativista desafiante, de manera que los efectos globales del problema pueden ser muy grandes. La figura 15-1 muestra la gran cantidad de trastornos que pueden presentarse junto con el TDAH. Las causas del TDAH son desconocidas, a pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado, y es posible que existan muchas causas básicas diferentes del trastorno. Más tarde se expondrán los caminos que los investigadores actualmente transitan para definir las posibles causas.

El TDAH, como lo define el DSM-IV-TR, tiene tres subtipos: problemas de atención, conducta hiperactiva-impulsiva y una combinación de problemas de atención e hiperactividad. El primer subtipo se caracteriza principalmente por la dificultad para mantener la atención enfocada en tareas, un problema que interfiere no sólo con el aprendizaje sino también con la culminación de las tareas en la escuela o en el trabajo debido al hecho de no es-



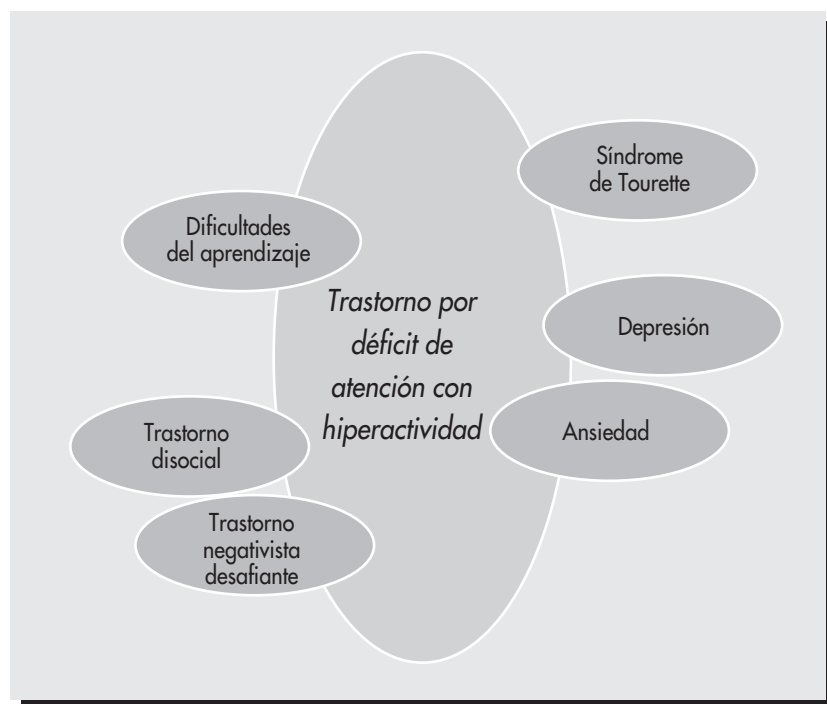


**Figura 15-1** Es probable que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se presente junto con uno o más trastornos distintos (que se describen más adelante en el capítulo).

cuchar instrucciones o poner atención a los detalles. El segundo subtipo está marcado por una conducta hiperactiva y algunas veces impulsiva. El tercero, el subtipo combinado, incluye ambas dificultades. La tabla 15-4 proporciona los criterios definitorios de desatención e hiperactividad-impulsividad. El DSM-IV-TR requiere que el niño muestre dificultades en más de un escenario (no sólo en la escuela) para recibir este diagnóstico. Los niños del grupo de déficit de atención tienen problemas para enfocar su atención, muestran una conducta social de mayor aislamiento y pueden presentar síntomas de depresión y ansiedad. Los del grupo hiperactivo-impulsivo son más agresivos y tienen mayor probabilidad de tener dificultades con las figuras de autoridad y de ser rechazados por sus compañeros que quienes se encuentran en el primer grupo. Es más probable que los del tipo combinado de TDAH sean asignados a salones de clases para niños con alteraciones emocionales, ser expulsados de la escuela y ser remitidos a tratamiento psicológico.

El caso de Bobby es un buen ejemplo de las dificultades a las que se pueden enfrentar los niños con TDAH y sus padres, aunque muchos de los niños que tienen dificultades mucho menos serias han recibido este diagnóstico. Bobby, un niño de diez años, fue enviado al psiquiatra para una evaluación debido a que había sido expulsado del cuarto grado por una pelea. En el momento de hacer la cita por teléfono, su madre comentó que él había sido un problema durante toda su vida. Cuando la familia asistió a la cita, sus padres relataron al clínico que durante los primeros tres meses había sufrido de cólicos que lo despertaban con mucha frecuencia. Aun después de que estos problemas habían disminuido, continuaba con dificultades para dormir. Aunque el entrenamiento para ir al baño había comenzado cuando tenía dos años, seguía mojando

la cama por la noche. Describieron a detalle el historial de problemas de conducta de Bobby:

*A la edad de tres años, Bobby ingresó a una guardería de medio tiempo. Corría alrededor de la habitación y se rehusaba a sentarse durante la hora del cuento o el periodo de descanso. Se les dijo a sus padres que no estaba listo para la educación preescolar [...] cuando Bobby cumplió cuatro años, sus padres lo inscribieron en otro jardín de niños. A lo largo del año, sus profesores se quejaron de que no podía quedarse quieto durante la hora del círculo o poner atención a las actividades en grupo. Muchas veces se levantaba y vagaba alrededor del salón. Si algún niño no hacía lo que él quería, le pegaba. [...] el profesor de segundo grado de Bobby se quejó de que no podía hacer la tarea o terminar su trabajo. Se metía en problemas con otros niños, especialmente durante los momentos no estructurados y con menor supervisión [...] [en tercer grado] distraía a la clase con los ruidos que hacía golpeando con su lápiz. Gritaba en clase y se olvidaba de levantar la mano. Siempre parecía estar "haciendo algo".*

*Cuando entró a cuarto grado llamaron a sus padres a la escuela para tener una entrevista. La maestra de Bobby les comentó que no paraba de dar vueltas por el salón de clases y de molestar a otros niños que trataban de trabajar. Criticaba e interrumpía a sus compañeros. No completaba el trabajo en clase y parecía estar siempre soñando despierto. [...] Los otros niños no lo querían y lo rechazaban durante la hora del almuerzo y recreo.*

*La maestra dijo a los padres de Bobby que necesitaban hablar con él y decirle que ya que se encontraba en cuarto grado, era necesario que se comportara como un "niño grande". A sus padres no les sorprendió lo que les dijo la maestra debido a que su comportamiento era el mismo en casa, aunque sentían que habían intentado todas las formas posibles*

TABLA 15-4

**Criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

Se debe cumplir con los criterios de 1) desatención, o 2) hiperactividad-impulsividad. Si ambos criterios se cumplen, el diagnóstico puede ser TDAH tipo combinado.

1. **Desatención.** Deben presentarse con frecuencia al menos seis de los siguientes síntomas y persistir durante seis meses o más, en grado tal que sea tanto desadaptado como incongruente con el nivel de desarrollo:
  - a. No presta atención a los detalles, o comete errores por descuido en la escuela, en las tareas o en otras actividades
  - b. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego
  - c. No parece escuchar cuando se le habla directamente
  - d. No sigue las instrucciones y no termina lo que empieza
  - e. Tiene dificultad para organizar actividades y tareas
  - f. Evita o se rehúsa a participar en tareas que requieran un esfuerzo mental prolongado
  - g. Pierde cosas que son necesarias para las tareas y las actividades
  - h. Se distrae con facilidad por otros estímulos
  - i. Es descuidado en las actividades diarias

2. **Hiperactividad-impulsividad.** Cuando menos seis de estos síntomas de hiperactividad o impulsividad deben presentarse con frecuencia y persistir durante seis meses o más, hasta el punto en que sean desadaptados e incongruentes con el nivel de desarrollo:

**Síntomas de hiperactividad:**

- a. Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b. Abandona el asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- c. Da vueltas o se mueve excesivamente en situaciones inapropiadas, o, si es un adulto, tiene fuertes sentimientos de inquietud
- d. Encuentra difícil jugar o realizar otras actividades de placer con tranquilidad
- e. "Está en marcha" o parece tener un motor
- f. Habla en exceso

**Síntomas de impulsividad:**

- g. Balbucea respuestas antes de que se termine la pregunta
- h. Tiene dificultad para esperar su turno
- i. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)

Además de cumplir los criterios de desatención o hiperactividad-impulsividad en los puntos 1) y 2) expresados arriba:

3. Algunos de estos síntomas deben haber estado presentes antes de los siete años.
4. Está presente cierto deterioro proveniente de estos síntomas en dos o más ambientes, por ejemplo, en la escuela o trabajo y en el hogar.
5. El deterioro producido por los síntomas debe ser lo suficientemente marcado para tener un significado clínico.
6. Los síntomas no pueden ser parte de otro trastorno, por ejemplo, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de la personalidad, autismo o retraso mental.

FUENTE: Adaptado de DSM-IV-TR.

para ayudarlo a cambiar su conducta. Después, en diciembre, un compañero le hizo una broma a la que Bobby contestó con un golpe. Como resultado de esta agresión, la madre de su compañero llamó al director para quejarse y Bobby fue suspendido de la escuela durante tres días. Se les dijo a sus padres que a menos que obtuvieran ayuda se convertiría en un delincuente. Fue en este punto que los padres de Bobby decidieron buscar ayuda profesional (Silver, 1999, pp. 104-105).

El TDAH se diagnostica con mayor frecuencia durante los primeros años de escuela, lo cual se debe a dos razones: la primera, que es normalmente difícil establecer un diagnóstico positivo del TDAH antes de que el niño tenga cuatro o cinco años debido a que algunas conductas normales durante esta etapa de desarrollo parecen ser similares a los criterios DSM-IV-TR. En segundo lugar, la situación escolar impone a los niños demandas que pueden no ha-

ber estado presentes en sus ambientes anteriores. Por ejemplo, con frecuencia se espera que los niños en la escuela estén sentados tranquilamente, para concretar tareas que desafían su intelecto, y prestar atención mientras el maestro les da instrucciones o les explica nuevos conceptos. Estas demandas, que se incrementan en niveles escolares más altos, pueden llamar la atención sobre dificultades e problemas para controlar el nivel de actividad. Aunque la presencia del TDAH generalmente disminuye a medida que avanza la edad, la persistencia de síntomas, si no recibe tratamiento, es un factor de riesgo para problemas de desarrollo posterior.

**¿Qué tan común es el TDAH?** El TDAH es el trastorno de la conducta que se diagnostica con mayor frecuencia durante la infancia, y es muy común entre la población en edad escolar. Los cálculos de prevalencia del TDAH en niños de edad escolar varía

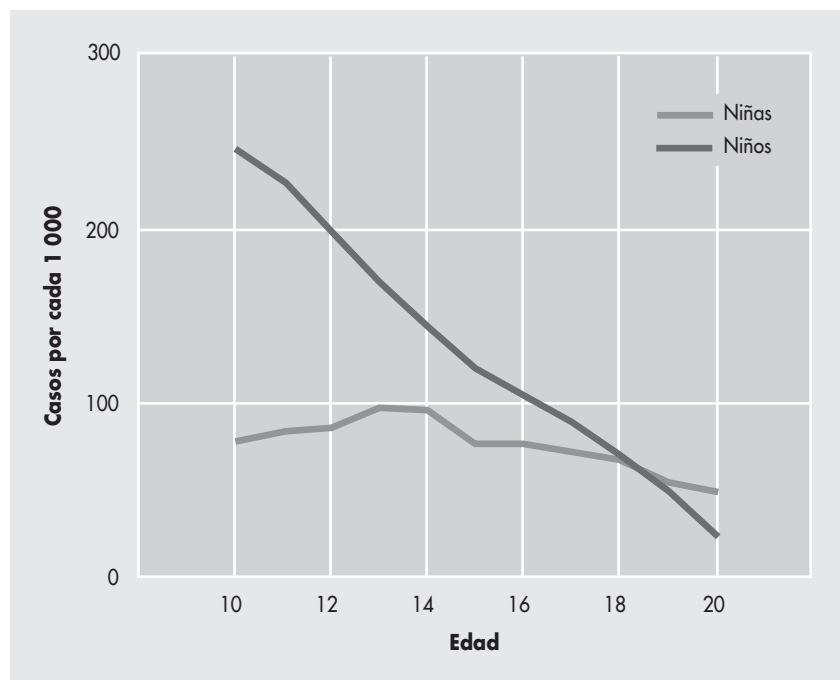


**Figura 15-2** Los porcentajes de TDAH en niños varían de acuerdo con la edad y el sexo.

FUENTE: P. Cohen y cols. (1993b), p. 858.

de 3 a 5% de la población (Schroeder y Gordon, 2002). Estos porcentajes pertenecen a niños que reciben tratamiento clínico; muestreos comunitarios en los que los padres y los maestros reportan síntomas producen porcentajes mucho más elevados. Tanto en los niños como los adolescentes, el TDAH tradicionalmente ha sido más común en hombres que en mujeres: en estudios de la población general, la proporción es de cerca de cuatro niños por cada niña y en estudios clínicos, de nueve niños por cada niña. La diferencia entre las cifras de la población en general y de casos clínicos sugiere un sesgo en la referencia: las niñas que padecen el trastorno tienen menor probabilidad de ser llevadas a tratamiento que los niños. Este sesgo puede deberse a que los niños con TDAH tienen mayores probabilidades de mostrar una conducta agresiva-impulsiva, mientras que las niñas que padecen el trastorno presentan principalmente desatención. Otra diferencia es el cambio en el número de personas que cumplen con el diagnóstico en diferentes edades. La figura 15-2 muestra que el porcentaje de niñas disminuye sólo ligeramente entre los 10 y los 20 años, mientras que el porcentaje de niños muestra una caída muy pronunciada durante ese periodo. Debido a que las niñas tienden a mostrar problemas de atención en lugar de conducta disruptiva, el cambio en los criterios diagnósticos para incluir los tres tipos de TDAH puede provocar un futuro incremento en la proporción de niñas que cumplan con el criterio de diagnóstico para el subtipo de TDAH con predominio del déficit de atención.

La frecuencia del diagnóstico del TDAH entre los niños en edad escolar ha despertado la preocupación entre muchos padres. ¿Qué se puede entender por conducta infantil normal? ¿Cuál es el límite o el umbral que separa la conducta anormal de un trastorno clasificable? Éstas son preguntas importantes debido a que el diagnóstico trae consigo varias consecuencias. Una positiva es que la conducta puede tratarse en ese momento, lo cual puede ayudar al desarrollo del niño. Por el lado negativo, el niño puede recibir una

etiqueta que puede convertirse en una desventaja para él en ese momento o en una etapa posterior de su vida. Además, la etiqueta puede ser incorrecta y el tratamiento inadecuado. Ésta es una preocupación particular cuando la etiquetación se realiza sólo con base en los reportes de la conducta escolar.

Muchos niños muestran algunos de los criterios de TDAH enumerados en la tabla 15-4. Como consecuencia de ello, realizar un diagnóstico del trastorno involucra valorar, por ejemplo, la seriedad de los déficit de conducta. Un diagnóstico de TDAH depende del marco de referencia utilizado para evaluar la conducta del niño. Por esta razón, es válido preguntarse si el diagnóstico —y el medicamento para tratarlo— se realiza demasiado pronto. Algunos padres y profesionales se preguntan si los niños son penalizados con el diagnóstico por una conducta que es típica en cierto periodo del desarrollo. El diagnóstico de TDAH es en gran medida subjetivo y depende de la persona a la que se le pregunte y de cuáles son los criterios utilizados. Sin un acuerdo acerca de los estándares para cumplir los criterios DSM, continuará existiendo una amplia variación en los cálculos de frecuencia del trastorno, y el hecho de que el niño deba o no ser tratado puede depender de la persona a la que se pide que evalúe la conducta del niño.

**Consecuencias del TDAH** El TDAH produce dos consecuencias importantes en los niños: dificultades en las capacidades tanto sociales como académicas. El déficit de atención característico del TDAH puede tener un efecto negativo en el aprendizaje porque dificulta obtener información y conceptos básicos. En un ambiente escolar, este problema va unido a la distracción y a la falta de organización en las tareas escolares. A su vez, estas dificultades pueden dar como resultado una falta de práctica en las capacidades básicas, como las que se logran completando conjuntos de problemas aritméticos o ejercicios de ortografía. Como resultado

de la falta de desarrollo de las capacidades, el desempeño escolar se convierte en un problema, pues se establece de manera continua una espiral decreciente de logros que puede alentar una visión negativa de sí mismo, esto es, disminuye la creencia del niño de que puede tener éxito en las tareas relacionadas con la escuela.

La habilidad de interactuar exitosamente con los compañeros en un escenario social es uno de los aspectos más importantes de desarrollo del niño. Los niños diagnosticados con TDAH pueden experimentar algunos obstáculos sociales debido a que no son bien aceptados, tanto por sus compañeros como por sus maestros. Los niños diagnosticados dentro del tipo con predominio del déficit de atención o del tipo combinado de TDAH parecen ser menos aceptados por sus compañeros y maestros (Lahey y cols., 1994a). Esta interacción entre la conducta del niño y la de otra persona se observa frecuentemente en los escenarios familiares y en los escolares. A menudo, las interacciones interpersonales problemáticas se presentan entre miembros de familias que incluyen un niño con TDAH. Los padres de niños con este trastorno muchas veces experimentan dificultades matrimoniales, altos niveles de estrés e interacciones padre-hijo conflictivas (Bernier y Siegel, 1994). Aunque estas características muchas veces son consideradas como causas probables de las interacciones del niño, pueden ser, si se presentan en exceso, el resultado de un efecto catalizador de la interacción con un niño con diagnóstico TDAH. Los padres de niños con TDAH experimentan mayor estrés y menor gratificación como padres que la mayoría de los padres. Aunque parte de su estrés surge de las interacciones padre-hijo, otra importante fuente de estrés proviene de personas externas a la familia que pueden responder de manera negativa a los padres, expresándoles su desaprobación por sus habilidades como tales o por la conducta del niño.

Cuando se entrevistó a los padres de niños hiperactivos, todos tendieron a enfocarse en los efectos que tenía la convivencia con un niño hiperactivo sobre su propio bienestar físico y mental, las relaciones sociales y familiares, y sobre su confianza acerca de sus habilidades como padres (Klasen, 2000). Muchos de ellos describieron la vida con un niño hiperactivo como extremadamente agobiante, debido a que el niño siempre está en movimiento, presta muy poca atención y muy probablemente se comporta en forma peligrosa debido a que no piensa antes de actuar. A continuación se presentan algunos breves relatos de entrevistas con el fin de aclarar las dificultades informadas por los padres:

*No puedo entender cómo sobrevivió mi matrimonio. Mi esposo no lo podía enfrentar. Trabajaba horas y horas lejos de casa, y aunque probablemente no lo admitirá, pienso que lo hacía para mantenerse lejos del problema. [...]*

*Es agobiante y muy, muy difícil. [...] el resto de las personas pueden ser muy dañinas. Puedes ver cómo te culpan. “¿Qué clase de madre es?” “¿Cómo es posible que no pueda controlar a su hijo?” [...] algunas veces la presión del resto de las personas es peor que tratar con el niño.*

*Durante mucho tiempo piensas que es algo que has hecho o que has dejado de hacer. [...] me siento sumamente culpable. Nunca me*

*siento afectuosa con él [...] pienso que se trata de un castigo por no haberlo deseado (Klasen, 2000, p.337).*

En muchos casos los padres experimentan un sentimiento de alivio después de que su hijo recibe el diagnóstico de TDAH.

*Fue como si me hubieran quitado un enorme peso de los hombros. Todo lo que el médico dijo acerca de la hiperactividad era mi “Sara”, y volví a casa pensando: “tengo una hija hiperactiva. Eso es lo que funciona mal.” Fue como si hubieran quitado la presión. (ibid, p. 338)*

Sin embargo, algunas veces los padres sienten preocupación de que su hijo sea estigmatizado por la etiqueta, o se les dificulta aceptar el diagnóstico debido a las implicaciones a largo plazo que éste trae consigo. Aun con tratamiento, la conducta hiperactiva puede existir y tener un efecto negativo en el niño.

*Me sentí muy aliviada por el diagnóstico, pero estoy preocupada por el efecto que tiene sobre “Tom”. En una ocasión hizo un dibujo y escribió en él “del niño con TDAH”. Me sentí sumamente triste y traté de explicarles que “el TDAH es algo que tienes, no algo que eres.”*

*Tratamos de no etiquetar a este niño [...] porque pensamos que una vez etiquetado, no podría salir de ello. Siempre se piensa acerca del niño en el contexto de la etiqueta más que en el contexto de lo que el niño realmente es (ibid, p.339).*

La combinación de desatención, impulsividad e hiperactividad contribuye a la incapacidad del niño con TDAH a comportarse de manera satisfactoria en diferentes situaciones. Esta combinación les dificulta considerar alternativas, demorar sus respuestas y reflexionar en lo que sucedió (Barkley, 2002a; Nigg, 2001). Como consecuencia, pueden hacer cosas que provoquen más problemas, en vez de que los resuelvan. La tabla 15-5 presenta algunas de las principales áreas de déficit de los niños con TDAH.

**TABLA 15-5**

**Áreas de deterioro que caracterizan la conducta de los niños con TDAH**

- 1. Inhibición conductual.** Dificultad para inhibir respuestas e interrumpir actividades mientras se realizan.
- 2. Memoria de trabajo.** Dificultad para retener los acontecimientos en la mente, anticipar problemas e imitar secuencias complejas de conducta.
- 3. Autorregulación.** Dificultad para controlar sentimientos e impulsos, y ver las situaciones con cierta idea de sus antecedentes y consecuencias.
- 4. Orientación al logro.** Dificultad para formular metas y mantenerlas en mente.
- 5. Respuesta a la retroalimentación.** Dificultad para atender la retroalimentación proveniente del ambiente, y para utilizar esa retroalimentación para planear la conducta futura.



| Grado de la comorbilidad del TDAH con otros trastornos |                                  |                    |                    |                          |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| Diagnóstico del DSM-IV-TR                              | Prevalencia (%) de comorbilidad  |                    |                    |                          |
|                                                        | Trastorno negativista desafiante | Trastorno disocial | Ansiedad/depresión | Problemas de aprendizaje |
| TDAH, tipo con predominio del déficit de atención      | 11.1                             | 3.7                | 21.3               | 13.6                     |
| TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo        | 36.3                             | 8.0                | 11.5               | 2.7                      |
| TDAH, tipo combinado                                   | 49.8                             | 21.5               | 24.9               | 10.9                     |
| FUENTE: Adaptado de Wolraich y cols., 1998.            |                                  |                    |                    |                          |

**Posibles causas** Actualmente se desconocen las causas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Aunque el trastorno común es probablemente el resultado de un conjunto complejo de factores que incluyen la herencia genética, el ambiente, el funcionamiento de varias regiones cerebrales y la actividad neurotransmisora. Los estudios de gemelos han demostrado que existe una mayor similitud en el estado del TDAH en el caso de los gemelos MC (idénticos) en comparación con los gemelos DC (fraternales) (Biederman, 1998). Estudios realizados a los padres también apoyan la idea de que el TDAH se transmite en las familias, debido a que tanto padres como madres de niños con TDAH tienen mucha más probabilidad de ser clasificados dentro de esta categoría que los padres de niños del grupo control (Faraone y Biederman, 1994). Los hermanos de niños con TDAH tienen una probabilidad dos o tres veces mayor de ser diagnosticados con TDAH que los del grupo control. Los parientes de segundo grado (tíos y tías) de los diagnosticados con TDAH también muestran porcentajes más elevados de diagnóstico de hiperactividad que los parientes de los miembros del grupo control. Incluso los parientes biológicos que no cumplieron los criterios para el diagnóstico de TDAH mostraron tener porcentajes más altos de fracasos escolares, problemas para el aprendizaje y deterioro intelectual. Los estudios de adopción sugieren también un componente genético, pues muestran que los padres adoptivos de un niño con TDAH tienen menor probabilidad de tener TDAH que los padres biológicos del niño.

Los estudios de gemelos y familiares sugieren que el TDAH puede tener un componente genético más fuerte en el caso de las niñas que de los niños. En dos terceras partes de las familias que tienen una niña con este diagnóstico, cuando menos uno los padres tuvo diagnóstico de TDAH, mientras que en las familias de los niños menos de la mitad presentaba un padre con este diagnóstico (Smalley y cols. 2000). Esta diferencia puede deberse a que los niños tienen mayores probabilidades de recibir este diagnóstico debido a sus altos niveles de actividad, que pueden ser característicos de esta etapa del desarrollo más que un indicador cierto de un trastorno. Aunque el TDAH parece presentarse en las familias, es importante distinguir entre las causas genéticas y las familiares. Cuanto más cercana sea la relación genética, mayor será la necesidad de compartir el ambiente. Por lo tanto, los factores ambientales no pueden apreciarse únicamente por los datos.

Comprender el papel de los factores genéticos en el TDAH es muy complicado porque este trastorno se presenta frecuentemen-

te junto con uno o varios más, tales como los trastornos disocial, del estado de ánimo y de ansiedad, así como con dificultades de aprendizaje. La tabla 15-6 muestra el porcentaje de veces que uno de estos otros trastornos es diagnosticado junto con el diagnóstico de TDAH. La tabla también muestra que cada uno de los tres tipos de TDAH tiene un patrón diferente de comorbilidad con cada uno de estos trastornos. Estas diferencias han llevado a muchos investigadores a concluir que una variedad de genes en diferentes ubicaciones puede combinarse para producir las conductas asociadas con el TDAH.

Desde las primeras descripciones del TDAH a principios del siglo XX, se ha especulado que el trastorno tiene una base neurológica, o cuando menos, en parte, tiene una base biológica. Esta idea ha sido investigada mediante estudios de imágenes del cerebro enfocados tanto en su anatomía y patrones de actividad como en estudios de electroencefalograma (EEG) que fueron realizados con la idea de que una actividad EEG anormal puede reflejar signos de exceso de actividad del cerebro. En la pasada década, el uso de muchos tipos de neuroimágenes en la investigación del TDAH ha producido resultados conflictivos. Se han encontrado algunas diferencias entre el TDAH y los grupos control, pero ha habido algunas inconsistencias en los estudios (M. Green, 1999).

Los resultados de diversos estudios sugieren que las anomalías en los lóbulos frontales pueden ser importantes en el TDAH. (Lewis, 2002). Además, los niños con TDAH muestran una actividad inusual en una parte del cerebelo asociada con la actividad motora (Anderson y cols., 2002). Esto podría explicar la inquietud en la conducta de los niños con TDAH. También hay evidencia de que el cerebro de los niños con TDAH son de 3 a 4% más pequeños que los de los niños sin TDAH (Castellanos y cols., 2002). No se han encontrado tipos consistentes de anomalías del EEG en niños con TDAH, aunque muchos estudios han detectado algunas diferencias significativas en la actividad de las ondas cerebrales entre dichos niños y los que no tienen ningún diagnóstico. También se ha estudiado la actividad neurotransmisora anormal, especialmente en el caso de los neurotransmisores dopamina y norepinefrina, como una posible causa del TDAH. Hasta ahora la investigación muestra diferencias entre los niños con TDAH y los niños del grupo control, pero al igual que en el caso de los hallazgos del EEG, los tipos de diferencias no son consistentes en todos los estudios. Por lo tanto, aunque la actividad del neurotransmisor puede ser un factor en este trastorno, hasta ahora no queda claro cuál es el papel que desempeña.

TABLA 15-7

## Entrevistas relacionadas con el TDAH: tipos de situaciones y respuestas de los padres y del niño

## Tipo de situaciones

Jugar con otros  
 Hora de la comida  
 Vestirse por la mañana  
 Mientras se ve televisión  
 En lugares públicos  
 A la hora de acostarse

## Respuestas de los padres y del niño a cada situación

¿Qué es lo que hacen niño en esta situación?  
 ¿Cómo se enfrentan con lo que él hace?  
 ¿Cuál es el resultado habitual?  
 ¿Cómo se sienten con ese resultado?

Los hallazgos de ciertos estudios neurológicos no son lo suficientemente específicos para permitir ninguna medida basada en el sustrato biológico que pueda utilizarse como un instrumento de diagnóstico o como una herramienta de monitoreo para el TDAH (M.Green, 1999). La entrevista puede ser de ayuda para el profesional clínico que realiza el diagnóstico del niño que parece tener problemas de TDAH. Con frecuencia, las entrevistas incluyen preguntas acerca de la respuesta de los padres a un tipo particular de situación (ver la tabla 15-7). Una herramienta de diagnóstico ampliamente utilizada es una lista de chequeo conductual. Se han realizado estudios para ver si el uso de la lista de chequeo puede establecer una diferencia entre los niños diagnosticados con TDAH y los normales. Una revisión de estos estudios mostró que cuando menos dos listas de chequeo enfocadas específicamente en las conductas del TDAH pueden establecer diferencias entre los grupos (Connors, 1997). Sin embargo, las listas de chequeo general no fueron útiles. La utilidad de las listas específicas del TDAH para diferenciar éste de otros trastornos ha sido puesta a prueba únicamente bajo rigurosas condiciones de laboratorio (M.Green, 1999). Deben realizarse mayores trabajos incluso antes de que las listas de chequeo específicas del TDAH puedan convertirse en una herramienta de diagnóstico eficaz que puedan utilizar los médicos generales o el personal de las escuelas.

**Tratamiento** Los estimulantes y la capacitación conductual son las terapias más adecuadas para ayudar a los niños con TDAH.

**Estimulantes** El tratamiento que con más frecuencia se utiliza para los niños hiperactivos es el uso de medicamentos estimulantes que afectan el sistema nervioso central, tales como la metilfenidato (Ritalin), dextroanfetamina (Dexedrine) y pemolina (Cylert). Se piensa que entre 80 y 90% de todos los niños diagnosticados con TDAH deben ser tratados con uno de estos estimulantes del sistema nervioso central en algún momento. Antes de que a un niño se le recete un medicamento estimulante, es impor-

tante investigar si la familia tiene un historial de trastorno del estado de ánimo o de suicidio, o si alguno de sus miembros muestra incluso un bajo nivel de síntomas maníacos tales como pensamientos en exceso, euforia o cambios en el estado de ánimo. Lo que pareciera ser TDAH puede ser más bien el resultado de vulnerabilidad al trastorno bipolar. En caso de existir esta vulnerabilidad, el medicamento estimulante puede producir una agitación aguda.

Una gran cantidad de estudios demuestra que, a corto plazo, los medicamentos estimulantes tienen efectos positivos. Hacen efecto rápidamente (pueden observarse efectos en la conducta antes de 30 minutos) y también desaparecen con gran rapidez (de cuatro a seis horas). Su eficacia sigue por lo general una curva de campana o un patrón de curva normal, con el efecto máximo a las dos o cuatro horas, lo cual depende del medicamento utilizado. Este patrón de eficacia tiene implicaciones importantes para los niños dentro del ambiente escolar. La administración del medicamento debe tomar en cuenta el horario de las actividades escolares que provocan dificultades particulares en el niño. Por ejemplo, si un niño tiene problemas con las interacciones sociales en el recreo del mediodía, darle al niño una píldora en el desayuno cinco horas antes o dársela diez minutos antes del recreo no será de mucho beneficio.

Muchos niños tratados con estos medicamentos muestran una mejor conducta dentro salón de clases, pues reducen sus interrupciones y muestran un mejor desempeño en sus tareas escolares, pueden completar mejor el trabajo que se les asigna y hacerlo con mayor exactitud. En general, los niños en edad preescolar y los niños más grandes, lo mismo que los adultos, no se benefician tanto de los medicamentos como sucede en el caso de los niños más pequeños en edad escolar (Cantwell, 1996).

Algunas veces la necesidad de tomar medicamentos, especialmente en la escuela, estigmatiza a un niño. He aquí un resumen de la descripción que un niño hace de sí mismo:

*Mi nombre es Denis Rousseau y vivo en Montreal. Soy un niño con TDAH y escribo esta historia de mi vida para que las personas se den cuenta de lo que es ser un niño con TDAH. Como podrán darse cuenta por esto, no vivimos en un jardín de rosas [...] [un problema que tengo] es hacer amigos en escuela. No sé realmente por qué, es sólo que la gente trata de evitarme. [...] sólo hay algo que si pudiera arreglar haría que mi vida fuera perfecta, y eso es probablemente lo mismo que pasaría con muchos otros niños. El problema es que soy un niño con TDAH y tengo que tomar medicinas en ayunas para ayudar a concentrarme y para que me ayuden a no ser tan híper, y me molestan mucho por ello. [...] mi mejor amigo me dijo una vez: "mi familia es demasiado perfecta. Me gustaría que tuvieran sólo uno o dos problemas, como tu familia." Su familia me parece un paraíso. Casi todo el tiempo pienso en una sola cosa. Si tan sólo pudiera ser tan normal como los demás (M. Weiss y cols., 1999, pp. 298,300).*

**Capacitación conductual** Las intervenciones conductuales hacen hincapié en el reforzamiento por parte de los padres y/o los maestros de la conducta de atención, la adhesión a las reglas, la conducta no dirigida por el impulso, el esfuerzo académico y la interacción social. Entre los reforzadores se incluyen normalmente las recompensas y las consecuencias sociales deseadas, tales como los elogios. Un estudio descubrió que este enfoque es especialmente útil para fortalecer las habilidades sociales: por ejemplo

el uso de una afirmación apropiada en situaciones interpersonales (Antshel y Remer, 2003). Otro estudio descubrió que es muy eficaz capacitar a los padres para identificar la conducta que califica para un reforzamiento y enseñarles la forma de proporcionarlo. (Barkley, 2002b).

Un estudio que se extendió durante 14 meses comparó grupos de niños con TDAH que recibían diversos tipos de tratamiento (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b). De particular interés resultan las comparaciones que se realizaron entre los niños que recibían medicamentos, tratamiento conductual y una combinación de estos dos enfoques. Los síntomas TDAH se redujeron en los tres grupos. Por lo general, el medicamento y la combinación de tratamientos produjeron los resultados positivos más sólidos. Sin embargo, el tratamiento conductual fue tan eficaz como el medicamento para niños con TDAH, en los cuales eran muy importantes los síntomas de ansiedad. Además, muchos niños que recibieron tratamiento conductual requirieron de dosis menores de medicamentos que quienes no recibieron tratamiento conductual.

Los clínicos y los investigadores están de acuerdo en que es importante dar asesoría a los padres de niños con TDAH e involucrarlos en el plan de tratamiento y sus aspectos conductuales. Los padres necesitan estar informados acerca del trastorno, esto es, su curso natural, sus posibles causas y el pronóstico posible (bien sea con o sin tratamiento). También deben recibir sugerencias prácticas para el manejo diario de su hijo. Por ejemplo, los padres deben aprender la importancia de las situaciones estresantes que puedan causar dificultades, sobreestimulación y fatiga excesiva. Casi todos los padres aprenden el principio general de estructurar el ambiente del niño de manera que incluya rutinas regulares y un conjunto de límites apropiados para su conducta. La participación de los padres es particularmente valiosa debido a que el hecho de confiar únicamente en los medicamentos puede reducir su interés y el de los maestros en hallar nuevas formas de ayudar.

**El TDAH en la edad adulta** El porcentaje del TDAH disminuye en la adolescencia, lo cual parece deberse principalmente a una disminución de los niveles de hiperactividad. En el caso de niños que tienen problemas de atención, el TDAH parece persistir mientras crecen. Esta persistencia se encuentra también cuando existe comorbilidad (esto es, cuando una persona cumple los criterios diagnósticos tanto del TDAH como de algún otro trastorno). En estudios realizados a personas que fueron diagnosticados por vez primera con TDAH cuando eran niños, cerca de 50 a 80% continúa cumpliendo con los criterios en la adolescencia, y de 30% a 50% en la edad adulta (G. Weiss y Hechtman, 1993). Como resultado de dichos hallazgos, se modificaron los criterios de este trastorno de manera que pudieran ser también aplicables a los adultos. Por ejemplo, las referencias a “jugar” y “escuela” se expandieron para incluir también el “trabajo”.

Los estudios que dieron seguimiento a los niños diagnosticados con TDAH hasta la edad adulta temprana mostraron que el trastorno frecuentemente persiste y es acompañado por una psicopatología significativa y una disfunción en una etapa posterior de la vida (Biederman, 1998). Por ejemplo, el adulto joven con TDAH está en riesgo de tener fracasos escolares, dificultades emocionales, relaciones deficientes con sus compañeros y problemas con la ley. Sobre todo, los adultos con TDAH tienen mayores dificultades

emocionales, más problemas interpersonales con sus compañeros, más rupturas matrimoniales, peor desempeño en el trabajo y en las calificaciones escolares, y más accidentes automovilísticos. Aunque la proporción hombre/mujer de TDAH en los niños es tan elevada como de 10 o 12 a 1, la relación puede ser sólo de 2 a 1 en la población adulta (Stern y cols., 2002).

Los medicamentos en la infancia no parecen mejorar el resultado en la edad adulta. Cuando los adolescentes adultos que recibieron medicamentos estimulantes por hiperactividad durante su infancia se comparan con sus compañeros que fueron hiperactivos como niños pero que no recibieron dicho medicamento, no muestran diferencia en cuanto a su conducta y ajuste actuales (McMahon, 1994). Sin embargo, en la edad adulta los medicamentos parecen ayudar en la conducta actual. Cerca de 60% de los pacientes adultos que reciben medicamentos estimulantes muestran un mejoramiento de ligero a elevado, en comparación con 10% de los que recibieron algún placebo (Wender y cols., 2001).

Si el TDAH no se diagnostica originalmente en la infancia, puede ser difícil realizar el diagnóstico inicial en la edad adulta, porque los criterios DSM-IV-TR requieren de la detección de ciertas conductas antes de los siete años. Los adultos pueden tener problemas para recordar esa etapa temprana con exactitud (Mannuzza y cols., 2002). Otra dificultad para identificar el TDAH en los adultos es el alto porcentaje de comorbilidad de éste con otros trastornos tales como el trastorno disocial y las dificultades de aprendizaje. La agresión o los problemas de conducta en la infancia hacen más probable la persistencia del TDAH durante la edad adulta.

Los adultos con frecuencia se dan cuenta de que tienen este trastorno sólo cuando uno de sus hijos es diagnosticado con TDAH. En un caso, después de que un niño, Howard, fue diagnosticado con TDAH, su madre telefoneó al clínico y le comentó que había comenzado a pensar si su esposo podría tener también TDAH. Lo describió de la siguiente manera:

*[Él] es explosivo en casa. Puede gritar, arrojar cosas, y “explotar”. En varias ocasiones hizo agujeros en la pared con sus puños. Comentó también que lo habían expulsado de la universidad y que tenía problemas para mantener sus empleos debido a quejas acerca de trabajos incompletos (L.B. Silver, 1999, p.231).*

Como resultado de su llamada, después de describir el problema de Howard y de proponer un plan de tratamiento, el clínico mencionó que era probable que si un niño tenía TDAH uno de los padres pudiera padecer también el trastorno. El padre de Howard comentó que había estado pensando que la forma en que él se había comportado cuando era niño es muy parecida a la de Howard, y que se había dado cuenta de que continuaba siendo hiperactivo, distraído e impulsivo. Estuvo de acuerdo en presentarse para una evaluación, y cuando quedó claro que cumplía con el diagnóstico del TDAH como adulto se le recetó un medicamento estimulante. También comenzó a trabajar con un terapeuta, quien lo ayudó con sus problemas relacionados con el trabajo. Su esposa informó más tarde que parecía comportarse de manera mucho más relajada y que había dejado de perder los estribos cuando estaba en casa.

Henry es un ejemplo de alguien que sabía que tenía un problema, pero que ni él ni los profesionales pudieron identificar hasta que su hijo fue diagnosticado con TDAH.

Aunque le encanta estar en su taller, durante años Henry ha dejado inconclusas docenas de proyectos e ideas de carpintería buscando realizar algunas nuevas que nunca termina. Su garaje está lleno de pilas de madera y él y su esposa bromea acerca de hacer una gran fogata. Todos los días, Henry enfrentaba la real frustración de no ser capaz de concentrarse lo suficiente para terminar una tarea. Lo habían despedido de su trabajo como encargado de inventario debido a que perdía artículos del mismo y a que llenaba descuidadamente los formularios. A lo largo los años sintió miedo de estar volviéndose loco. Visitó psicoterapeutas y trató con varios medicamentos pero con ninguno de ellos logró concentrarse (National Institute of Mental Health, 1996, p. 4).

Si los problemas de atención son el principal síntoma (como lo fue para Henry), entonces el TDAH es menos factible de identificarse en la población adulta. Una vez identificado el problema, Henry encontró que la medicación con estimulantes constituyó una gran diferencia en su capacidad para concentrarse.

**La controversia sobre el TDAH.** El TDAH infantil y de adultos tiene muchos misterios. En el año 2000, el U.S. National Institute of Mental Health presentó una declaración que reflejaba los puntos de vista de 31 expertos (*National Institutes of Mental Health Consensus Development Conference Statement*, 2000). Los expertos concluyeron que la diversidad de opiniones acerca de TDAH hace surgir preguntas relativas a la naturaleza del trastorno y a la forma en que se evalúa. Sin embargo, la investigación relacionada con el uso de estimulantes y con el tratamiento conductual es alentadora, y el progreso en la genética, las imagenología cerebral y la neuroquímica puede ayudar a comprender la biología del trastorno. Es muy posible que algunas de las controversias acerca del TDAH surjan debido a que hoy en día se considera un trastorno. En TDAH puede conceptualizarse de mejor manera como un grupo de diferentes trastornos con una apariencia común de forma superficial.

## Trastorno negativista desafiante

En algunas ocasiones, los niños o los adolescentes pueden comportarse de forma negativista, desafiante, desobediente u hostil ante la figura de autoridad. Si esta conducta es lo suficientemente severa para interferir con el funcionamiento del niño y sus relaciones con los demás, puede diagnosticarse como **trastorno negativista desafiante (TND)**. Al leer los criterios del DSM-IV-TR que se presentan en la tabla 15-8, puede parecer que todos los niños actúan de esa forma en alguna ocasión. Los límites entre una discusión normal, por ejemplo, y algo que puede cumplir con los criterios diagnósticos no pueden definirse claramente. Por esta razón, el DSM-IV-TR requiere también que estas conductas no sólo se presenten a menudo, sino que ocurran con mayor frecuencia de lo que se considera normal para los niños de edad y nivel de desarrollo comparables. Debido a que el grado y la frecuencia, considerados normales, de cada una de estas conductas no se definen, nuevamente, como con los criterios del TDAH, en gran medida depende de lo que la persona que está haciendo el diagnóstico piense que es una conducta normal para niños de ciertas edades. Esto puede ser un problema cuando un clínico utiliza sólo los reportes de pa-

TABLA 15-8

### Criterios diagnósticos del trastorno negativista desafiante

1. Un patrón que incluye una conducta negativista, desafiante y hostil que dura por lo menos seis meses e *incluye la presencia frecuente de al menos cuatro* de las siguientes conductas durante ese periodo (tome nota de que *frecuente* significa *con mayor frecuencia* que la conducta normalmente observada en las personas de edad y desarrollo comparables):
  - a. Pierde los estribos
  - b. Discute con los adultos
  - c. Desafía activamente o se rehúsa a cumplir con las demandas o reglas de los adultos
  - d. Molesta deliberadamente los demás
  - e. Acusa a otros de sus propios errores o mal comportamiento
  - f. Se siente fácilmente molesto ante los demás, susceptible
  - g. Es colérico y resentido
  - h. Es rencoroso o vengativo
2. Estas conductas provocan un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico o laboral.
3. Las conductas no se presentan exclusivamente como parte de un trastorno psicótico o trastorno del estado de ánimo.
4. No se cumplen los criterios de trastorno disocial o, si la persona tiene 18 años o más, de trastorno antisocial de la personalidad.

FUENTE: Adaptado de DSM-IV-TR.

dres o maestros, más que combinar esta información con otras fuentes de datos, especialmente observaciones conductuales.

Es importante al evaluar la conducta de los niños pequeños, en particular, tener en mente los cambios normales en la conducta que se presentan a lo largo de las etapas de desarrollo. Por ejemplo, en el periodo que era conocido como “los terribles dos”, los niños se comportan normalmente de una forma sumamente negativista en muchas ocasiones y sus padres pueden llegar a pensar algunas veces que “no” es su palabra favorita. Esta conducta es normalmente un reflejo del creciente sentimiento de competencia de los niños, y aunque puede ser temporalmente difícil vivir con ello, es un signo de desarrollo normal. A menos que los padres estén conscientes de estos patrones de desarrollo, pueden correr el riesgo de etiquetar de manera equivocada a su hijo, creándole un problema más que resolviéndoselo. Cuando se presenta el TND en los últimos años de preescolar, entre los cuatro y cinco años puede ser un indicador de alto riesgo de problemas posteriores, especialmente si se presentan junto con el TDAH (Speltz y cols., 1999). Sin embargo, en el seguimiento de cuatro años de niños diagnosticados tanto con TDAH como con TND, sólo la mitad continuaron dosificados con TND y uno solo del grupo (2.3%) desarrolló trastorno disocial. Por lo tanto, aunque el trastorno disocial (que se comenta en la siguiente sección) puede estar precedido por el TND, sólo una minoría de los niños que han sido diagnosticados con TND continúa desarrollando un trastorno disocial. Los niños con TND muestran una conducta de disputa y desobediente, pero a diferen-



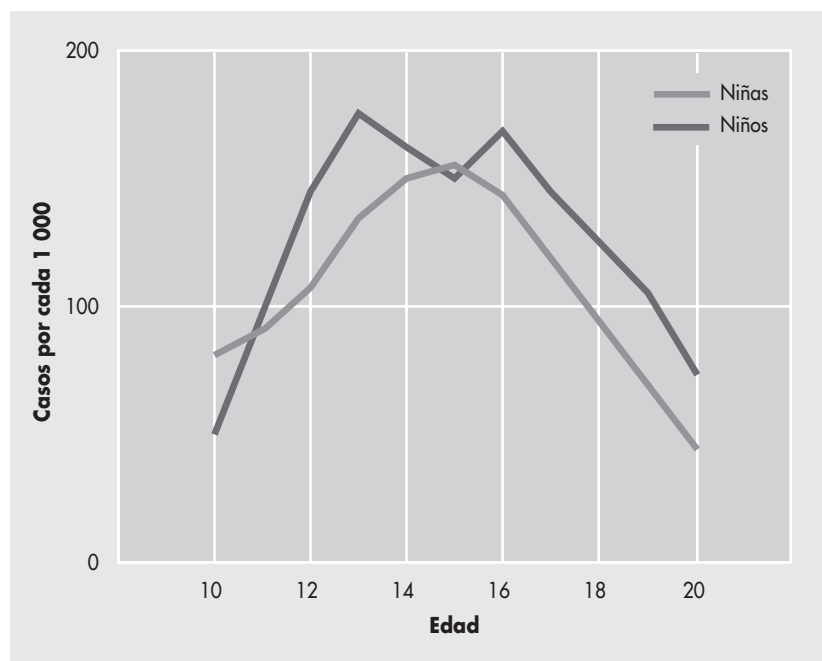


**Figura 15-3** La frecuencia del trastorno negativista desafiante varía de acuerdo con las edades de los niños evaluados. Aunque existen algunas diferencias entre los sexos, son menos marcadas que las que se encuentran en algunos otros trastornos.

FUENTE: P. Cohen y cols. (1993b), p. 859.

cia de los niños con trastorno disocial pueden estar atentos a los derechos de otros.

La figura 15-3 muestra los porcentajes de TND por edad y sexo. Dos aspectos destacan en esta gráfica. El primero es que el trastorno no se diagnostica comúnmente antes de los 10 años, tienen su punto más alto a mediados de la adolescencia, y se diagnostica en muy pocas ocasiones entre la población adulta. El segundo es que no existe una gran diferencia entre los porcentajes de TND entre niños y niñas, a pesar de que el de los niños siempre es mayor. Esta proporción entre los sexos contrasta de manera importante con la reportada para el TDAH, en donde el número de casos de niños es mucho mayor que el de niñas a lo largo de la infancia tardía y de la adolescencia.

El siguiente caso ilustra el nivel de seriedad de la conducta negativista desafiante que se requiere para justificar un diagnóstico de TND. La madre de Jeremy lo llevó a una clínica de salud mental cuando tenía nueve años debido a que cada vez desobedecía más y presentaba más problemas en la escuela.

Varios eventos que se presentaron durante el mes anterior habían convencido a la mamá de Jeremy de que debía hacer algo acerca de su conducta. Algunas semanas atrás había insultado a su maestra por lo que lo habían suspendido de la escuela durante tres días. La semana anterior fue reprendido por la policía por andar en patín del diablo a media calle, algo de lo que su madre le había advertido en varias ocasiones. Al día siguiente no utilizó los frenos de pedal de su bicicleta y se estrelló contra la ventana de una tienda haciéndola mil pedazos. No se le había atrapado por ninguna otra acción seria, aunque en otra ocasión rompió una ventana cuando andaba en bicicleta con un amigo. Jeremy había sido difícil de manejar desde que estaba en preescolar. A partir de aquella época los problemas fueron incrementándose poco a poco. En cualquier lugar que se encontrara sin supervisión cercana, seguramente se metía en problemas. Ha sido reprendido en la escuela por molestar y golpear a otros ni-

ños, hacerlos tropezar y ponerles apodos. Se le describe como irritable y malhumorado, aun cuando algunas veces parece disfrutar de la escuela. En muchas ocasiones parece estar tratando deliberadamente de molestar a otros niños, aunque siempre alega que los otros comenzaron. No se involucra en peleas serias, pero ocasionalmente intercambia una serie de puñetazos con otro niño (Spitzer y cols., 1989, pp 307-308).

Los factores familiares pueden jugar cierto papel en el TND. Parece ser más común en las familias en las que cuando menos uno de los padres tiene un historial de TND, trastorno disocial, TDAH, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno relacionado con el uso de sustancias o trastorno del estado de ánimo. Los conflictos maritales severos dentro de una familia se asocian también con el TND. Los factores de la relación padre-hijo que pueden estar relacionados con el TND son la disciplina paterna excesivamente severa o la disciplina poco sólida, así como la falta de involucramiento de los padres con sus hijos y con la educación de éstos. Otros factores que pueden ser importantes son las formas en las que los padres ayudan a sus hijos a socializar y a aprender a modular su conducta de acuerdo con las demandas de la situación. En general, las prácticas de crianza negativas y los trastornos psiquiátricos de la madre, predicen que el TND continuará durante largo tiempo (August y cols., 1999). Los programas de capacitación para padres pueden reducir la conducta infantil negativista y también mejorar las habilidades de los padres y reducir los sentimientos maternos de estrés. En un estudio, por ejemplo, seis meses después de haber terminado el programa de capacitación, las mejorías entre los padres y entre los niños permanecían estables (Danforth, 1998).

## Trastorno disocial

El **trastorno disocial** tiene frecuentemente consecuencias más serias que el TND debido a la violación de importantes normas de la

TABLA 15-9

**Características conductuales del trastorno disocial**

Tres o más de estas conductas deben haber estado presentes en los últimos 12 de meses, y por lo menos una, en los últimos seis meses.

1. *Agresión hacia las personas*, tal como amenazas, intimidación, uso de armas, crueldad física, actividad sexual forzada, asalto, robo de bolsas y agresión hacia los animales.
2. *Destrucción de la propiedad*, tal como incendios y otros tipos de destrucción deliberada de la propiedad.
3. *Fraudulencia o robo*, lo cual incluye forzar la entrada a casas o automóviles, atraer con engaños a otros para obtener bienes, robo de artículos de valor.
4. *Violaciones graves de normas*, tales como quedarse fuera de la casa toda la noche sin autorización de los padres antes de los 13 años de edad, fugarse de casa y ausentismo escolar injustificado antes de los 13 años de edad.

Estas conductas deben ser lo suficientemente severas como para causar deterioro de la actividad social, escolar o laboral. En el caso de los mayores de 18 años de edad, el trastorno disocial se diagnostica sólo si el individuo no cumple con los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

sociedad y a la falta de respeto por los derechos de los demás. Las conductas persistentes típicas del trastorno disocial incluyen acciones agresivas que amenazan o provocan daño a personas o animales, conducta no agresiva que provoca daños a la propiedad, fraudulencia o robo, y violaciones graves de normas. Varias de estas conductas características deben haberse presentado durante el último año, y cuando menos una en los pasados seis meses para poder diagnosticar el trastorno disocial. La tabla 15-9 enumera las características conductuales del trastorno disocial. El requisito de tres o más criterios de conducta puede, en algunos casos, dejar fuera lo que podría ser con toda seguridad un problema serio de conducta. Por ejemplo algunos niños que son piromaniacos pueden no cumplir con los criterios para diagnosticar el trastorno disocial (ver el cuadro 15-1).

La agresión física, aunque no está presente en todos los casos de trastorno disocial, es un problema común y la causa de muchas lesiones e incluso muertes. Aproximadamente 15% de los estudiantes de bachillerato reportan haber participado en una pelea física dentro la escuela en los últimos 30 días (Larson y Lochman, 2002). La intimidación es un problema importante en muchas instituciones educativas (Juvonen y Graham, 2001). La agresión física temprana predice dificultades posteriores. Los niños que muestran niveles elevados de agresión física durante la infancia, tienen mayor probabilidad de ser agresivos en etapas posteriores de la vida (Brame y cols., 2001). Existe evidencia de que el tratamiento que incluye ayudar a los padres a enfrentar el estrés y a enseñarles mejores habilidades paternas reduce la conducta antisocial y agresiva de los niños. Este dato sugiere que una relación padres-hijo deficiente caracteriza muchos de estos casos (Kadzin y Whitley, 2003).

El caso de un niño de 12 años, Jake, es un ejemplo típico de las conductas que se encuentran en muchos casos del trastorno disocial. Jake fue llevado para una evaluación completa como paciente externo a una clínica de salud mental por su madre y su padrastro, quienes informaron que habían intentado muchas formas de disciplina, pero que ninguna parecía ser de ayuda para lograr los cambios en su conducta. Estaban también preocupados debido a que su desempeño escolar era muy deficiente y que actualmente repetía el sexto grado. Debido a que parecía tener dificultad para prestar atención y mostraba la clase de conducta hiperactiva asociada con el TDAH, Jake había recibido tratamiento con el medicamento estimulante Ritalin durante el año anterior. Sin embargo, debido a que parecía no tener efecto sobre su conducta, el médico lo había discontinuado.

*Jake tenía un largo historial de problemas de conducta en la escuela desde que entró a preescolar. Había recibido frecuentes llamadas de atención y suspensiones escolares a lo largo de todo este tiempo, por cosas como desobedecer, responder y discutir con los profesores y no acatar las reglas del salón de clases (por ejemplo, no quedarse en su asiento, hablar sin que se le preguntara). Sin embargo, estos problemas de conducta habían incrementado su severidad conforme Jake crecía y progresaban hacia problemas de conductas más graves como pelear y mentir. Sus padres se sentían tan frustrados con su conducta y falta de respuesta a sus intentos disciplinarios que consideraban enviarlo a una escuela militarizada, dependiendo del resultado de la evaluación psicológica (Frick, 1998, p.124).*

La prevalencia del trastorno disocial se ha incrementado a lo largo de los últimos cincuenta años, cuando menos en los países industrializados (Robins, 1999). Aunque el trastorno disocial parece presentarse en todas las culturas, su nivel de ocurrencia puede variar de una cultura a otra. A pesar de esta diferencia, los factores que predicen un trastorno disocial y su resultado a largo plazo son muy similares a lo largo tanto del lugar como del tiempo. No sólo los niños tienen mayor probabilidad que las niñas de recibir este diagnóstico, sino que el patrón de edad es diferente. En el caso de los varones de entre 10 y 20 años, el porcentaje es mucho más elevado a los 10 años, punto a partir del cual comienza a disminuir. En el caso de las niñas, la mitad de la adolescencia presenta un pico para esta conducta aunque el porcentaje global sigue siendo menor que en el caso de los niños. Quienes continúan cumpliendo los criterios del trastorno disocial al final de la adolescencia están en alto riesgo de desarrollar una conducta antisocial y de presentar abuso de sustancias. La figura 15-5 muestra que los porcentajes de trastorno disocial tienen un patrón diferente a los porcentajes de TND, mostrados en la figura 15-3.

Los estudios longitudinales mostraron que la edad en que surge el trastorno disocial se relaciona con la seriedad de los trastornos antisociales y de otro tipo durante la edad adulta. Cuando aparecen durante la infancia se les asocia con mayor fuerza con la conducta criminal adulta, el trastorno mental, la violencia y el abuso de sustancias que cuando surge durante la adolescencia (Moffitt y cols., 2002). En un estudio, 76% de los hombres y 30% de las mujeres con un historial de problemas de conducta infantiles tuvieron un registro criminal, un diagnóstico de trastorno mental (normalmente por abuso grave de sustancias), o ambos problemas, antes de los 30 años (Kratzer y Hodgins, 1997).

## CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

## Provocar incendios

Los incendios que provocan los niños son un problema grave que no ha recibido suficiente atención. Los niños provocan más de 65 000 incendios por año, que causan aproximadamente 300 muertes y más de 2100 heridos. Los costos por daños directos a la propiedad son de cientos de millones de dólares (Kolko, 2002). ¿Quiénes son estos pequeños incendiarios? Su estilo emocional parece estar marcado por sentimientos de ira y el deseo de venganza. Para ellos, provocar incendios es una manera de expresar sentimientos acumulados de ira, venganza y agresión de los cuales pueden estar conscientes sólo en forma parcial (ver la figura 15-4). Con frecuencia, los incendios que provocan los niños pequeños son de objetos y posesiones de las personas a las que va dirigido su ira. Los incendiarios jóvenes tienden a provenir de hogares uniparentales o de familias donde uno de los padres, típicamente el papá, se encuentra ausente por largos periodos (Gaynor, 2002). A menudo, los niños de primaria que provocan incendios tienen grandes problemas académicos y conductuales en la escuela. El siguiente caso muestra las diversas características que se observan en los incendiarios jóvenes.

*Frank es un niño de 10 años de edad que vive con su mamá y su hermana de 11 años*



**Figura 15-4** Con frecuencia, los jóvenes incendiarios no pueden entender o comunicar la razón por la que provocan incendios.

en un área urbana de clase media baja. La mamá y el papá de Frank se divorciaron hace ocho años. La mamá vive con un hombre que, ella dice, es muy generoso con su familia. Le gusta pasar tiempo con los niños, pero puede ser muy rígido y demasiado disciplinario, en particular cuando Frank hace algo que no le agrada. Recientemente la mamá se separó de él debido a que abusaba físicamente de ella. En varias ocasiones Frank fue testigo de este abuso y también puede haber sido víctima de él. Sin embargo, cuando les preguntaron, tanto la mamá como Frank negaron que alguna parte del abuso físico hubiera afectado a éste.

La mamá de Frank empezó a observar algunos problemas conductuales de su hijo durante el tiempo de la separación. Su capacidad para concentrarse se redujo dramáticamente, y la escuela envió reportes que indicaban que Frank había participado en peleas con sus compañeros. En su casa Frank tenía frecuentes arranques de ira durante los cuales se enojaba tanto que destruía sus juguetes. También era

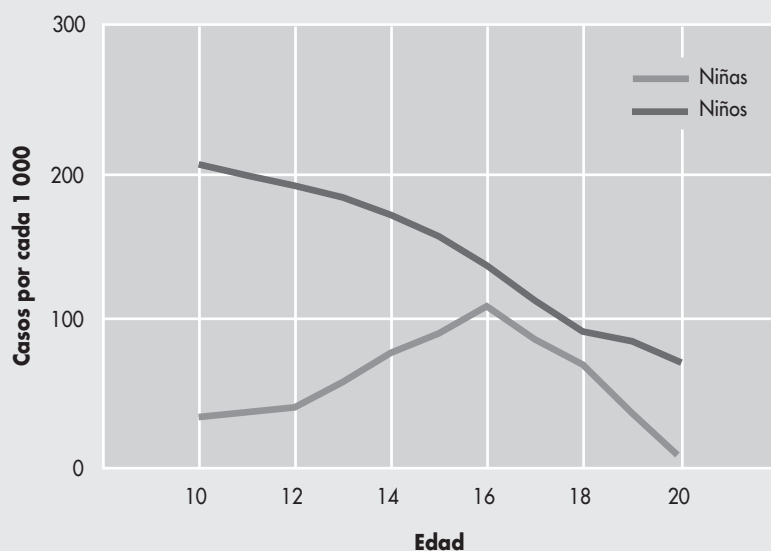


**Figura 15-5** El porcentaje del trastorno disocial en niños se reduce gradualmente de los 10 a los 20 años. Entre las niñas, el patrón es diferente: alcanzan el porcentaje máximo a los 16 años.

FUENTE: P. Cohen y col. (1993b), p. 859.

## CUADRO 15-1

verbalmente agresivo y hostil con su hermana. Por lo general causaba problemas tanto en la escuela como en el hogar. Su mamá comentó que esta conducta no era usual en Frank y que estaba muy preocupada por su bienestar.

Además, dijo que él comenzó a sentir curiosidad por el fuego desde los tres años, cuando lo encontró jugando con cerillos en la cocina. En ese momento le enseñó como prender un cerillo en forma correcta. Juntos practicaban cómo encender cerillos, apagarlos y tirarlos en la chimenea. Sin embargo, le dijo a Frank que no debía jugar con ellos. También lo motivó a ir con ella si en algún momento sentía la necesidad de prender un cerillo para que lo hicieran juntos. A pesar de estas reglas sobre prender fuego, durante las últimas semanas, la mamá de Frank encontró algunos pedazos de periódico quemado en la chimenea. Una tarde llegó temprano del trabajo justo a tiempo para ver a Frank enrollando algunas hojas de periódico, prenderles fuego y aventarlas en la chimenea. Ella se enojó y le describió las posibles consecuencias de lo que podría pasar si el periódico en llamas quemaba accidentalmente la casa.

El más reciente episodio de fuego de Frank involucró quemar su avión a escala en la cocina y correr con él a la chimenea de la sala. Desafortunadamente no llegó a

tiempo a la chimenea y el avión en llamas cayó en la alfombra y provocó un pequeño incendio. Asustado y confundido corrió fuera de la casa y gritó para que lo ayudaran. Por suerte su mamá estaba cerca y escuchó sus gritos. Frank y ella corrieron a la casa y juntos pudieron apagar el fuego (Gaynor, 2002, p. 715).

Por fortuna, en esta ocasión la piromanía de Frank no causó un daño importante.

La frecuencia de sus incendios aumentó y se intensificó alrededor del momento en que su mamá se separó de su actual pareja. Esto sugiere que puede existir una relación entre su conducta incendiaria y la discordia y separación de su familia. También puede ser que haya estado probando los límites de la autoridad de su mamá y, al mismo tiempo, pidiéndole que le preste más atención. Su conducta piromaníaca puede representar un “grito de ayuda”, aun cuando pudiera no ser capaz de entender o expresar su dolor y conflicto. En el caso de Frank, y en muchos otros, provocar incendios puede ser visto como un intento para crear algún tipo de cambio en el entorno, donde las conductas alternativas motivadas por la necesidad de cambio probaron no ser eficaces. Por lo regular, los incendiarios son individuos que no han sido capaces de desarrollar conductas apropiadas necesarias para expresar y satisfa-

cer sus necesidades emocionales y sociales. Para algunos niños, provocar incendios parece ser una forma de hacer valer su dominio y control sobre el ambiente.

La psicoterapia individual y familiar son los dos enfoques principales para tratar a los niños piromaníacos. El objetivo principal de la psicoterapia individual consiste en eliminar de manera inmediata la conducta piromaníaca, otorgándole importancia secundaria a los problemas subyacentes. La terapia cognitivo-conductual y la terapia conductual son los enfoques de tratamiento mejor desarrollados. Los objetivos principales de la terapia cognitivo-conductual son enseñar a los niños a reconocer el deseo de provocar un incendio, interrumpir la conducta antes de que empiece y sustituirla por tipos de conducta socialmente apropiados para expresar las emociones subyacentes.

Se ha realizado relativamente poca investigación sistemática respecto de la piromanía en niños. La mayoría del trabajo sobre este tema consiste en estudios clínicos con poca atención a la metodología científica rigurosa. Los temas que requieren más investigación son la epidemiología de la piromanía, el estudio longitudinal de niños que provocan incendios y la evaluación comparativa de los diferentes enfoques terapéuticos.

Tanto el TDAH como el TND se asocian muchas veces con el desarrollo posterior de un trastorno disocial en la adolescencia. Los niños diagnosticados con el tipo combinado de TDAH tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno disocial que los niños que pertenecen al tipo con predominio del déficit de atención. (Eiraldi y cols., 1997). Los niños con trastorno disocial tienen mayor probabilidad de padecer también otros trastornos además del TDAH y el TND. Frecuentemente son diagnosticados con algunas conductas internalizadas que se comentarán más adelante en este mismo capítulo, incluyendo conducta de aislamiento, ansiedad y depresión. Se estima que alrededor de 70% de los niños con trastorno disocial tienen también alguno de estos otros diagnósticos (Hemphill, 1996).

**Causas del trastorno disocial** El porcentaje de trastorno disocial es mucho más elevado en las familias que están sometidas a estrés por conflictos y pobreza y en las que uno o ambos padres tienen un trastorno psiquiátrico, como personalidad antisocial o alcoholismo. Se han investigado varios factores para determinar cuáles, específicamente, son los que ponen en un riesgo especial a los niños que crecen en familias de este tipo. Esto incluye vulne-

rabilidad o predisposición con influencia genética, falta de habilidades sociales y académicas, y factores en el ambiente familiar como pueden ser habilidades paternas deficientes.

**Factores genéticos** La conducta antisocial en la infancia predice una conducta similar en la descendencia de la persona. Este efecto puede continuar durante varias generaciones. Los abuelos de delinquentes tienen mayor probabilidad de haber mostrado una conducta criminal o delictiva que los abuelos de quienes no son delinquentes (Glueck y Glueck, 1968). Dichos hallazgos no pueden determinar si el ambiente familiar, los factores genéticos o alguna combinación de los dos, producen este efecto. El papel de los factores genéticos está apoyado por estudios de adopción que han demostrado que el trastorno disocial de los adoptados (así como el trastorno antisocial de la personalidad y el abuso de drogas) está más relacionado con los antecedentes biológicos que con las condiciones de la familia adoptiva (Cadoret y cols., 1995). Sin embargo los datos provenientes de un amplio estudio realizado a gemelos que fueron llamados al servicio militar en la era de Vietnam mostraron que los factores genéticos no parecían contribuir a los síntomas del trastorno disocial, aunque predijeron la similitud de los gemelos en la dependencia a la marihuana y al alcohol (True,



y cols., 1999). El ambiente familiar contribuyó enormemente al trastorno disocial y en menor medida al riesgo de dependencia al alcohol o la marihuana. El grado en que contribuyen los factores genéticos al trastorno disocial, que no se presenta junto con otros trastornos, sigue siendo poco claro en la actualidad. Cuando el trastorno disocial se presenta junto con el TDAH o la dependencia de sustancias, o con trastornos como el negativista desafiante, el lazo genético puede ser más fuerte (Comings, 2000). Es probable que existan dos tipos de trastorno disocial: uno que es transitorio y se desvanece al final de la adolescencia y otro que persiste. El segundo tipo se presenta muchas veces junto con otros trastornos y es probable que tenga algunos determinantes genéticos. El primer tipo parece estar relacionado más con los estilos de crianza, los padres, y otros factores del ambiente.

**Factores parentales** Los investigadores han estudiado la contribución de la calidad del ambiente familiar para la estabilidad de la conducta del trastorno disocial en familias a lo largo de generaciones. Las familias de niños con trastorno disocial pueden haber experimentado una cantidad superior al promedio de acontecimientos negativos en su vida, por ejemplo, dificultades financieras, desempleo y otros problemas de ese tipo. También es probable que tengan pocas fuentes de apoyo social, y que estén involucrados en conflictos crónicos con otros miembros de la comunidad. (Jaffee y cols., 2003; McMahon y Estes, 1997). Además, los padres de niños con trastorno disocial presentan con mayor frecuencia déficit importantes en sus habilidades parentales. Por lo tanto, los niños y adolescentes con problemas disociales y conductas delictivas parecen tener diferentes experiencias familiares que los niños sin esos problemas. Quizás como resultado de esto, los niños de estas familias parecen aprender a usar las conductas coercitivas en las interacciones familiares, y transferir estas técnicas a sus contactos fuera del círculo familiar. Para los padres que desean participar, los programas de capacitación parental basados en la conducta pueden ser de mucha ayuda para disminuir las conductas relacionadas con el trastorno disocial, particularmente si los niños involucrados son pequeños o preadolescentes.

**Falta de habilidades sociales y académicas** Por lo general, los niños con trastorno disocial tienen relaciones deficientes con sus compañeros. Esto no debe sorprendernos, dada la naturaleza antisocial de su conducta, pero parecen estar en una desventaja todavía mayor debido a que también carecen de habilidades sociales adaptativas. Esta carencia abarca varias áreas. Tienen dificultades para poner atención y percibir la información social; en vez de esto, responden rápidamente a una situación problemática sin considerar las señales sociales disponibles. También parecen tener representaciones mentales inadecuadas y desviadas de las señales sociales proporcionadas por otros. Debido a esta deficiencia, tienden a etiquetar de manera inadecuada las emociones de otros, y a atribuir intenciones hostiles a los demás, especialmente cuando la situación es de cierta forma ambigua. Otra dificultad asociada con el trastorno disocial es una falta de habilidades para resolver problemas de manera adaptativa. Más que utilizar estrategias socialmente apropiadas para resolver problemas, por lo general los niños con trastorno disocial enfrentan las dificultades con res-

puestas agresivas y otras violaciones a los códigos de conducta socializada, por ejemplo, mediante el empleo del soborno para obtener una meta.

Los niños con trastorno disocial tienen muy poco reforzamiento positivo por parte de sus compañeros y dentro del ambiente relacionado con la escuela, debido a que además de sus habilidades sociales inadecuadas, tienden a tener malos resultados académicos. En particular, las dificultades de lectura y especialmente para prestar atención interfieren con su desempeño académico. Algunos de los problemas académicos pueden estar relacionados con problemas de funcionamiento del sistema nervioso o del cerebro.

**Tratamiento** Probablemente el tratamiento más eficaz para el trastorno disocial es la prevención. Entre las medidas preventivas se pueden mencionar la de ayudar a los niños a desarrollar habilidades que les permitan tener experiencias exitosas, tanto cuando son pequeños como cuando atraviesan distintas etapas de crecimiento. Para que la construcción de estas habilidades sea de ayuda, debe tomarse en cuenta la forma en que el niño acostumbra evaluar las situaciones. Una diferencia interesante entre los niños agresivos y los no agresivos es que los primeros muestran una mayor distorsión al interpretar las causas de las interacciones sociales. En situaciones en las que la causa no es obvia —por ejemplo, ser golpeado por la espalda con una pelota— los niños agresivos tienen mayor posibilidad de interpretar este evento como un acto hostil. Algunas veces su respuesta puede ser provocada por experiencias pasadas. Por ejemplo, un psicólogo reportó el siguiente incidente:

*Estoy tratando a un adolescente agresivo llamado Rocky dos veces por semana y lo haré por un largo periodo. Habíamos construido una relación cálida y buena. Un día vi a Rocky en el vestíbulo y me acerqué a él por atrás mientras platicaba con un compañero. Lo toqué en el hombro y comencé a saludarlo cuando se dio la vuelta e impulsivamente me golpeó en la mandíbula. Tan pronto se dio cuenta de a quién había golpeado, comenzó a disculparse profusamente diciendo que había pensado que se trataba de otro paciente del pabellón. Me quedó dolorosamente claro que Rocky tenía sus sentidos siempre listos para percibir un ataque de otro (Dodge, 1985, p. 93).*

Cuando se aplica una intervención cognitivo-conductual para enfrentar este tipo de problema, un niño puede aprender a revisar mentalmente las respuestas a una serie de preguntas antes de actuar. Estas preguntas incluyen no sólo lo que llevó a la situación y lo que sucedió, sino también los resultados a corto y largo plazo de la respuesta que pueda haber habido. El niño puede practicar la habilidad de revisión cognitiva escuchando primero cuidadosamente al instructor revisar en voz alta los pensamientos apropiados para enfrentar una situación en particular, y después replanteándose verbalmente a sí mismo los pensamientos adecuados. A medida que los niños aplican esta técnica en otras situaciones, se les enseña a comenzar expresando sus pensamientos en voz alta. Por ejemplo, puede enseñarse a un niño a utilizar el siguiente procedimiento para “pensar en voz alta” cuando se da cuenta de que le falta un lápiz:

*“Ay, me falta mi lápiz. Creo que Ronald lo tiene. Ahora, antes de ir y quitárselo, déjame pensar qué fue lo que sucedió. Lo haré en voz alta, tal*

*como me lo enseñó mi instructor. Veamos, primero me preguntaré a mí mismo qué sucedió. Bien, perdí mi lápiz y Ronald lo tiene. Ronald pudo habérselo robado. O simplemente puede haberlo encontrado y estar usándolo. También es probable que no sepa que es mío. Me pregunto qué es lo que Ronald está pensando. Creo que puedo preguntarle. No estoy seguro de que este enfoque sea el correcto, pero no quiero pelearme. Quiero seguir siendo amigo de Ronald porque jugamos juntos básquetbol. Así que le daré el beneficio de la duda. Probablemente sólo lo encontró. Le voy a pedir que me lo devuelva” (Dodge, 1985, p.101).*

Para que esta clase de enfoques sea eficaz, el niño debe tener una cálida relación de trabajo con el clínico o con otra persona con la que él pueda tener una serie de encuentros sociales positivos, los cuales deben presentarse una y otra vez para demostrar al niño que sus expectativas negativas iniciales no eran exactas. Aun cuando puede resultar difícil para el niño generalizar la experiencia hacia otras personas, especialmente sus compañeros.

Los padres pueden ser fuerzas muy eficaces para el cambio de la conducta, pero pueden requerir de ayuda. La capacitación de los padres ha sido eficaz para evitar que el trastorno negativista desafiante se convierta en un trastorno disocial más serio o en un trastorno de adultos relacionado con la conducta antisocial y agresiva. Uno de los primeros y mejor conocidos programas de capacitación para padres, desarrollado por Gerald Patterson (1975, 1982), utiliza un enfoque conductual. Este enfoque, diseñado para evitar las interacciones coercitivas entre padres e hijos funciona con mayor eficiencia con los niños en edad preescolar y primaria.

Trabajar tanto con niños como con padres de familia puede ser particularmente importante para prevenir un trastorno disocial. En un estudio realizado a niños de entre cuatro y ocho años con un surgimiento temprano de problemas de conducta, se evaluaron varias clases de intervenciones (Webster-Stratton y Hammond, 1997). La evaluación incluyó capacitación exclusiva para los padres, capacitación exclusiva para los niños y una capacitación combinada de padres e hijos. Aunque cada uno de estos tratamientos fue más eficaz que un estado de lista de espera o control, la condición de capacitación combinada padre e hijo produjo la mejora más significativa en la conducta del niño cuando se realizó un seguimiento un año después. Las evaluaciones conductuales basadas en observaciones de los niños mientras interactuaban con amigos, mostraron que tanto el manejo de conflictos como las habilidades para la resolución de problemas fueron superiores en los niños de los grupos de capacitación combinada. Estos resultados indican que sólo trabajar con los niños con trastornos disocial u otro tipo de problema conductual no resulta tan eficaz como trabajar tanto con niños como con padres. El mejoramiento de las habilidades de los padres parece ser un factor clave para reducir los problemas de conducta, especialmente en el caso de los niños más jóvenes. Una gran ventaja de los programas de capacitación de padres es que les permite actuar como terapeutas en el ambiente natural de niño. Sin embargo, una dificultad con este tipo de programa es que existen múltiples problemas en familias con un niño en riesgo de padecer trastorno disocial. Este peligro dificulta lograr el interés de los padres, e incluso aunque estén interesados, puede resultarles difícil llevar a cabo el programa. La tabla 15-10 enumera los

TABLA 15-10

### Objetivos deseables en programas de tratamiento de trastornos de la conducta

1. Habilidades sociales y de comunicación
2. Manejo de la ira
3. Establecimiento de metas, automonitoreo y planeación
4. Capacitación para padres sobre la forma de tratar a sus hijos
5. Sesiones de refuerzo para prevenir recaídas
6. Colaboración con escuelas, si es necesario

ingredientes que han probado su eficacia en el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno disocial.

En programas eficaces de tratamiento para niños con trastorno disocial, un factor común parece ser positivo: el apoyo social proveniente de una o más relaciones cercanas. Este apoyo parece ser una de las principales formas de prevenir inicialmente un trastorno disocial, y de evitar que se convierta en un trastorno más serio durante la edad adulta. Aunque un trastorno disocial parece ser parte de una cadena que lleva a una asociación con un grupo de compañeros descarriados a mediados de la adolescencia, seguido por una conducta antisocial más seria como adulto, las personas con trastorno disocial provenientes de familias armoniosas tienen menor probabilidad de formar parte de estos grupos. A pesar de la protección que dichas relaciones pueden proporcionar, las personas con trastorno disocial tienen menor probabilidad de lograr relaciones de apoyo debido a sus conductas negativas hacia los demás, su falta de habilidades interpersonales y a su frecuente asociación con compañeros descarriados.

## Trastornos internalizados

Los trastornos externalizados son difíciles de ignorar debido a que las conductas involucradas afectan las relaciones sociales y son muchas veces dañinas para los demás. En contraste, los trastornos internalizados se pasan muchas veces por alto —o al menos no son llevados a la atención clínica durante largos periodos— debido a que son menos fáciles de detectar y a que su seriedad potencial es, en muchas ocasiones, desconocida por padres y maestros. Los **trastornos internalizados** se refieren a condiciones cuya característica más importante es la emoción o el estado de ánimo trastornado. Esto incluye varias clases de trastorno de ansiedad —trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y otras fobias, trastorno obsesivo-compulsivo— y depresión. De éstos, sólo el *trastorno de ansiedad por separación* es una categoría DSM-IV-TR privativa de los niños.

Una cuestión importante acerca de los trastornos internalizados es si son transitorios, esto es, si desaparecerán a medida que el niño crezca o si predicen otros problemas en el adulto. La evidencia sugiere que tener un trastorno depresivo o de ansiedad durante la infancia incrementa la probabilidad de padecer dificulta-

des similares en la edad adulta (Kovacs y Devlin, 1998). Los resultados adultos de estos trastornos son muy variados. Algunos adultos que fueron diagnosticados con un trastorno internalizado durante su infancia no presentan ningún trastorno, mientras que otros tienen otro tipo de trastorno internalizado o un trastorno externalizado. Sin embargo, en el caso de muchos niños estas dificultades continúan en la edad adulta, a pesar de la gran cantidad de cambios que se presentan entre una y otra etapa del desarrollo. La probabilidad cada vez mayor de padecer dificultades continuas ha sido explicada de diferentes maneras, incluyendo una tendencia mediada genéticamente hacia las dificultades en la regulación emocional, el entrenamiento en general y el estilo de procesamiento de información. Una forma en que puede presentarse el cambio en el diagnóstico de la infancia a la edad adulta es que existe un alto grado de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la depresión, y entre la depresión y los trastornos externalizados. Un amplio estudio realizado en Nueva Zelanda, en el cual se evaluó a niños a los 11 años, de nuevo a los 15 años, y finalmente en la edad adulta al cumplir 21 años, investigó si el diagnóstico cambió de la preadolescencia hasta la edad adulta temprana (Newman y cols., 1996). Ochenta por ciento de los niños que fueron diagnosticados con depresión a los 11 años tuvo otros diagnósticos, muchas veces de trastorno de ansiedad y de un trastorno externalizado al mismo tiempo. A los 21 años, casi la mitad de los que cumplieron con el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo también tuvieron un trastorno de ansiedad. Sin embargo, el grado de comorbilidad con un trastorno externalizado disminuyó entre la adolescencia tardía y la edad adulta.

Los investigadores se preguntaron por qué los trastornos internalizados como el de ansiedad y la depresión se presentaron junto con trastornos externalizados, dado que por definición son muy diferentes. Una razón puede ser que las conductas externalizadas pueden llevar a dificultades en las interacciones sociales. Los problemas pueden afectar de manera negativa la autoestima de los niños y pueden llevar al desarrollo de un esquema cognitivo o expectativas

que incrementen el riesgo de depresión. Si esta idea es correcta, es importante determinar cuál es el diagnóstico que se hizo primero. Si fueron la ansiedad y la depresión, la causa de la comorbilidad pueden ser problemas con una *desregulación afectiva*. Si fue el trastorno externalizado, entonces el enfoque en problemas de *desregulación conductual* puede ser más importante.

### Trastorno de ansiedad por separación

Los niños con **trastorno de ansiedad por separación** muestran una ansiedad excesiva o incluso pánico cuando no se encuentran con sus figuras principales de apego, normalmente los padres, o cuando no están en un ambiente familiar. Pueden ser incapaces de quedarse solos en una habitación, y rehusarse a ir a la escuela o visitar los hogares de sus amigos. Cuando se les pregunta a estos niños por qué tienen miedo, pueden expresar temor a perderse y nunca encontrar a sus padres de nuevo. También pueden tener miedos exagerados de animales, monstruos, secuestradores, ladrones y accidentes serios que puedan afectar a ellos o a sus padres. Con mucha frecuencia dichos niños se quejan de náusea, dolores de cabeza, dolores abdominales o un ritmo cardíaco acelerado. Algunas veces, especialmente en el caso de los niños más grandes, los sentimientos de ansiedad o pánico se anticipan cuando piensan acerca de una separación que va a presentarse, y se manifiestan en el momento en que la separación se acerca. La tabla 15-11 describe las características del trastorno de ansiedad por separación.

En la infancia temprana todos los niños experimentan cierta ansiedad por separación (ver la figura 15-6). Pueden llorar o sujetar con fuerza a su padre cuando éste tiene que alejarse aunque sea temporalmente. Los más grandes también suelen reaccionar fuertemente en el momento de una separación de uno de sus padres o de otra persona con la que tengan una relación cercana sin haber sido diagnosticados con un trastorno de ansiedad por separación. Un miedo poco realista acerca de dañar a las figuras de afecto es relativamente común a lo largo de la infancia, aunque nor-

**TABLA 15-11**

**Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación**

1. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño, concerniente a su separación del hogar o de las personas por los que el niño siente apego. Por lo menos tres de los siguientes criterios deben cumplirse, y deben ser excesivos y persistentes o recurrentes:
  - a. Malestar cuando la separación ocurre o se anticipa.
  - b. Preocupación por que las figuras de apego estén en peligro o puedan perderse.
  - c. Preocupación por algún evento, como perderse o ser raptado, que podría dar como resultado tal separación.
  - d. Renuencia o negativa a ir a la escuela u otros lugares por miedo a la separación.
  - e. Miedo o renuencia de estar solo o sin alguna figura de apego cerca, en el hogar o en cualquier otro lugar.
  - f. Renuencia o negativa a ir a dormir sin la figura de apego cerca o a dormir fuera de la casa.
  - g. Pesadillas relacionadas con la idea de la separación.
  - h. Quejas sobre síntomas físicos (como dolores de cabeza o estómago) cuando se anticipa la separación de las figuras de apego.
2. Además, la alteración debe durar por lo menos cuatro semanas, iniciarse antes de la edad de 18 años y dar como resultado un estrés clínico significativo o discapacidad de un área de funcionamiento importante.
3. La alteración no debe estar relacionada con un trastorno generalizado del desarrollo (tema que se aborda en el capítulo 16), esquizofrenia u otro trastorno psicótico o en adolescentes o adultos con trastorno angustia con agorafobia.

FUENTE: Adaptado del DSM-IV-TR.



**Figura 15-6** La ansiedad por separación de este niño es obvia cuando trata de evitar que su madre lo deje por unas horas.

malmente disminuye después de los 10 años. Estos miedos normales relacionados con el desarrollo son diferentes a la reacción excesiva a la separación que presentan niños que desarrollan un trastorno de ansiedad por separación, y no interfiere con el funcionamiento normal.

El diagnóstico de ansiedad por separación sólo se aplica si la conducta trastornada dura un tiempo fuera de lo normal —cuando menos cuatro semanas— y da como resultado una angustia o deterioro en aspectos importantes del funcionamiento, como pueden ser las relaciones sociales o escolares. Es la duración, más que la presentación de angustia y preocupaciones acerca de la separación cuando ocurre, lo que distingue este trastorno. La figura 15-7 muestra la baja pronunciada del porcentaje de ansiedad por separación después de los 10 años. Aunque este trastorno no es muy común en la adolescencia, si se presenta en esa etapa puede dar como resultado una psicopatología crónica y sustancial.

Muchas veces, el trastorno de ansiedad por separación se desarrolla después de que el niño experimenta cierto estrés en la vida, el cual puede ser provocado por una pérdida por la muerte de un familiar o una mascota, o una posible pérdida como puede ser la enfermedad grave de un familiar, la separación o el divorcio de los padres o la mudanza a un nuevo vecindario lo que también puede ayudar a precipitar este trastorno. No resulta clara la razón por la cual algunos niños tienen esta reacción al estrés mientras que otros no la presentan. Los niños con este trastorno parecen provenir de familias en las que existe cariño y un fuerte vínculo; los niños rechazados parecen no desarrollar un trastorno de ansiedad por separación. Cierta tendencia a experimentar ansiedad por separación puede presentarse en las familias debido a que parece ser más

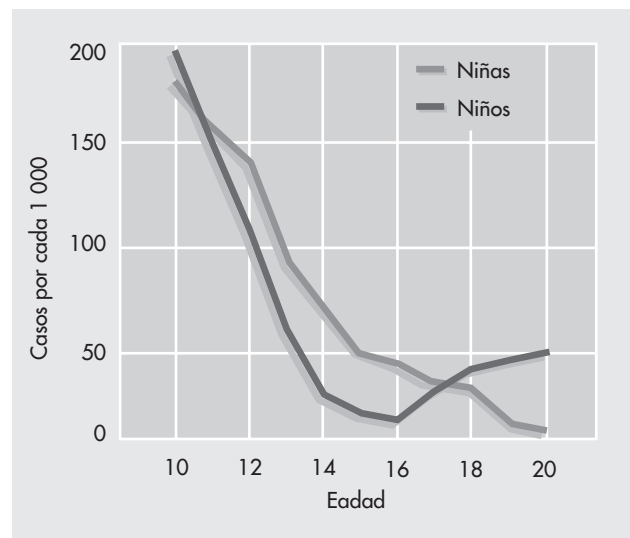


**Figura 15-7** El porcentaje del trastorno de ansiedad por separación disminuye bastante con la edad, tanto en niños como en niñas.

FUENTE: P. Cohen y cols. (1993b), p. 856.

común entre los parientes biológicos cercanos de niños con el trastorno que en la población en general. Otra causa posible de esta reacción al estrés es que los niños que desarrollan un trastorno de ansiedad por separación han experimentado ciertas dificultades durante el proceso de relación de afecto que normalmente se presenta al principio de la vida del niño (Bowlby, 1980). Este tipo de cercanía entre padre e hijo difiere en el caso de los niños con trastornos internalizados y externalizados. Si los niños y los padres establecen un sólido vínculo de afecto durante el periodo temprano, puede disminuir la vulnerabilidad del niño a trastornos psicológicos posteriores, especialmente a la depresión. La investigación en niños con un vínculo afectivo seguro durante la infancia muestra que a medida que crecen adquieren mayor independencia y son más capaces de establecer buenas relaciones sociales que los niños que vivieron de manera ansiosa o ambivalente un vínculo temprano.

## Otros trastornos de ansiedad en la infancia

Existen otros trastornos de ansiedad que no son específicos de los niños, sino que se presentan tanto durante la infancia como en la edad adulta: la *fobia social*, el *trastorno de ansiedad generalizada*, el *trastorno por estrés postraumático* y el *trastorno obsesivo-compulsivo*. Muchas veces, uno de estos trastornos se presenta también en niños más grandes que han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación.

**Fobia social** Los niños con **fobia social** muestran una reducción excesiva del contacto con personas desconocidas, lo que les hace difícil funcionar de manera normal en los contactos sociales diarios. Sin embargo, sus relaciones con personas conocidas —por ejemplo, los miembros de la familia— son generalmente cálidas y satisfactorias. Los niños con fobia social muestran síntomas



## INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

### Negativa a ir a la escuela

Aunque la mayoría de los niños sienten cierto grado de miedo o ansiedad respecto de la escuela, algunos experimentan una ansiedad tan intensa que se niegan totalmente a asistir a ella (ver la figura 15-8). Esta renuencia puede ser un problema grave porque no sólo le causa mucha angustia al niño sino también interferencias con su desarrollo social y educacional. La negativa a ir



**Figura 15-8** La negativa de esta niña a quedarse en la escuela sin su madre es angustiante para ambas.

a la escuela también causa angustia tanto a los padres como a los maestros. Si no se la trata, los niños con síntomas graves se encuentran en un riesgo mayor de padecer problemas de ansiedad y depresión en la edad adulta, así como dificultades en el ajuste social y el empleo. Esto significa que son esenciales la detección temprana y un buen tratamiento.

La negativa a ir a la escuela es diferente del ausentismo escolar. Los niños que se ausentan habitualmente de la escuela tienden a tener problemas de conducta antisocial. A los que se diagnostica con negativa a ir a la escuela muestran señales de ansiedad o hasta pánico cuando se les presiona para asistir a clases, pero no muestran conducta antisocial. Por lo regular presentan marcados cambios fisiológicos cuando son forzados a ir a la escuela, entre ellos tensión muscular y respiración irregular. También es probable que se vean pálidos debido al alto nivel de excitación de su sistema nervioso simpático. Si los niños con este problema son obligados a asistir a la escuela, pueden rehusarse a entrar al edificio o llamar por teléfono a su casa y pedir que uno de los padres vaya por ellos. Estos niños utilizan protestas verbales, pataletas y lloriqueos como estrategias para evitar ir a la escuela.

La negativa no es una categoría diagnóstica del DSM, más bien es un síntoma que puede estar relacionado con diversos posibles diagnósticos, o problemas escolares o sociales.

La investigación ha destacado tres aspectos importantes del tratamiento: 1) exposición progresiva en vivo a un entorno esco-

lar, 2) enseñarles a los niños habilidades específicas de afrontamiento y 3) motivarlos a hablar sobre sus miedos (Schroeder y Gordon, 2002). En un estudio que utilizó este enfoque durante cuatro semanas, la asistencia escolar mejoró en el caso de los niños que recibieron TCC comparados con un grupo control (King y cols., 1998). Además, los niños reportaron una reducción de su miedo, ansiedad y depresión, y un mejoramiento de sus estrategias de afrontamiento. Sus maestros y cuidadores también reportaron mejoras. Cuando se reevaluó a los niños tres meses después de haber discontinuado la terapia mantenían estos logros. El caso de Charise ilustra el uso del enfoque de la TCC en un caso de negativa a ir a la escuela que parecía surgir de un trastorno de ansiedad por separación.

*Charise es una niña de 10 años que se negaba a ir a la escuela a menos que su mamá la acompañara y se quedara con ella durante todo el día. Sus padres y el terapeuta idearon un plan, y el terapeuta también pidió la cooperación de la maestra y del personal de la escuela. El primer día del plan de tratamiento los padres le dijeron firmemente que iba a ir a la escuela y que su padre la llevaría para que su madre pudiera ir a su trabajo. El padre la llevó a la escuela temprano antes del que llegaran sus compañeros, y después de llevarla hasta su banco (y aunque lloraba y protestaba), le dio un beso, le dijo que regresaría al final del día, y abandonó la escuela. En cuanto se fue su padre, Charise*

más claros cuando se encuentran bajo la presión de actuar, cuando interactúan con otros niños o cuando anticipan que otras personas prestarán atención a su conducta. Parecen anticipar la vergüenza y la humillación. Las relaciones con sus compañeros parecen ser inhibidas y tentativas, y tienen mucha probabilidad de sentirse tensos y demostrar signos de incomodidad (como sonrojarse) en situaciones sociales.

Aunque los niños de todas las edades pueden experimentar tanto trastorno de ansiedad por separación como fobia social, la relativa severidad de los dos trastornos cambia con la edad cuando los niños de la comunidad, más que los niños remitidos para tratamiento, son los sometidos a estudio. El trastorno de ansiedad por separación parece presentarse más entre los niños más pequeños, y la fobia social es más fuerte entre los adolescentes. Entre estos dos periodos de edad, de los ocho a los 12 años, es muy probable que los niños con problemas de ansiedad presenten fobia social y ansiedad por separación en alto grado (Compton y cols., 2000). Parecen existir también diferencias étnicas y raciales en los porcen-

tajes de niños afectados por fobia social. Los niños afroestadounidenses tienen el porcentaje de prevalencia más alto, los de origen hispano mostraron un menor porcentaje y los niños estadounidenses blancos un porcentaje intermedio (Fones y cols., 1998). La fobia social en la infancia o la adolescencia incrementa la probabilidad de fobia social en la edad adulta, también se ha relacionado con la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada de los adultos (Compton y cols., 2000).

**Trastorno de ansiedad generalizada** Para ser diagnosticado con **trastorno de ansiedad generalizada** el niño debe haber estado afectado por síntomas de este trastorno durante cuando menos seis meses. Aunque algunos de estos síntomas —como dolor de estómago, náusea, vómito, etc.— son similares a otros del trastorno de ansiedad por separación, los factores precipitantes de éstos no son la separación de una figura de apego o la amenaza de esta separación. En lugar de ello, al igual que los tipos de problemas asociados con la fobia social o el trastorno de ansiedad generalizada se

## CUADRO 15-2

*se empezó a decirle a la maestra que quería irse a su casa. La maestra le pidió que regresaran a su lugar. Esto sucedió varias veces hasta que la maestra, a quien le comentaron sobre la terapia, la llevó con la enfermera de la escuela a quien también le habían informado sobre cómo tratar a Charise.*

*Después de varias horas de estar acostada en la camilla de la enfermería Charise se sintió muy aburrida y pidió que la dejaran regresar al salón de clases. Después de poco tiempo le volvió a decir a su maestra que se quería ir a su casa, pero la maestra le recordó que su papá no tardaría en llegar. Además, le sugirió que le ayudara a borrar el pizarrón, un trabajo que disfrutaban muchos de los niños. Cuando llegó el momento de que su padre la recogiera la maestra la llevó consigo para reunirse con él y le dio un breve resumen, en el cual destacó lo mucho que le había ayudado Charise y que estaba segura de que seguiría haciéndolo bien.*

*En cuanto Charise se subió al automóvil comenzó a gritar y siguió haciéndolo durante la cena. Sus padres le dijeron que si no dejaba de hacer su pataleta tendría que irse a su habitación. Ella les gritó que nunca volvería a ir a la escuela, corrió a su habitación y azotó la puerta. La siguiente mañana se rehusó a vestirse, problema que terminó sólo cuando sus padres empezaron a vestirla. Su papá la llevó a la escuela como lo había hecho el día anterior; después de que se fue, se repitieron los hechos. Sin embargo, Cha-*

*rise pasó mucho menos tiempo en la oficina de la enfermera antes de pedir permiso para regresar a clase. La maestra volvió a tratar de proporcionarle algunas tareas agradables en el aula.*

*Al mismo tiempo que sucedían estos eventos escolares, Charise tuvo varias sesiones individuales con un terapeuta, en las que ella trabajaba en sus habilidades de afrontamiento para manejar las situaciones que le provocaban ansiedad, como estar separada de su madre o que los niños de la escuela le hicieran bromas. Le enseñaron la diferencia entre pensamientos que originan estrés y el tipo de conversación interna que podía usar para reducir la ansiedad. Sus padres también recibieron varias horas de capacitación en habilidades de manejo conductual. Después de aproximadamente dos meses Charise iba a la escuela en forma regular sin su madre, aunque durante este periodo se presentaron muchas altas y bajas.*

La investigación sobre la negativa a ir a la escuela destaca dos aspectos del trastorno: 1) los factores que contribuyen a o están correlacionados con el mismo, y 2) su tratamiento.

Muchos investigadores creen que la predisposición biológica a los problemas emocionales es importante (King y cols., 1995). El estrés como resultado de un entorno escolar nuevo, o por alguna situación relacionada con la familia (como el divorcio o la muerte de uno de sus miembros) con frecuencia activa la negativa a ir a la escuela. Los problemas de negativa a ir a la escuela

parecen tener su punto más alto entre los cinco y seis años, cuando el niño comienza a considerar la escuela, y nuevamente alrededor de los 10 años, el momento en que muchos niños pasan de la escuela primaria a la secundaria. Cuando se presenta la negativa a ir a la escuela, se deben considerar varias causas específicas, a saber:

- Miedo o ansiedad relacionada con algún aspecto en particular del entorno escolar, tales como miedos relacionados con alguna característica en particular de la escuela (maestros específicos, la presentación de exámenes, los corredores, los sanitarios, etcétera).
- Situaciones sociales aversivas en la escuela, que se derivan de relaciones con los compañeros o maestros, en especial las que incluyen evaluación.
- Conducta para obtener atención que se relaciona con la ansiedad por separación. Pueden ser quejas de dolor o berrinches cuando el niño anticipa ir a la escuela.
- Situaciones gratificantes y la oportunidad de actividades agradables, como ver televisión, que se presentan cuando los niños se quedan en el hogar. Estas motivaciones pueden estar relacionadas con el ausentismo así como con la negativa a ir a la escuela.

La negativa a ir a la escuela se trata con frecuencia con terapia cognitivo-conductual que se enfoca en el niño y en la capacitación de los padres y maestros en habilidades de manejo de conducta de niños.

relacionan con situaciones que involucran presión para la ejecución, o que traen consigo el riesgo de pérdida de autoestima o sentimientos de falta de competencia. Sin embargo, a diferencia de la respuesta a estas situaciones en la fobia social, los niños que experimentan trastorno de ansiedad generalizada buscan a sus compañeros e intentan establecer relaciones dependientes con ellos, frecuentemente mostrándose muy ansiosos de complacer a los otros niños.

Los problemas de ansiedad se encuentran entre los trastornos de la infancia con mayor prevalencia (McCracken y cols., 2002). No son específicos de situaciones u objetos en particular. Las preocupaciones excesivas acerca de la competencia y la ejecución son cuestiones comunes. Las madres de niños con trastorno de ansiedad generalizada muchas veces están sobreinvolucradas con sus hijos y tienden a ejercer altos niveles de control sobre la conducta de éstos (Hudson y Rapee, 2002; Wood y cols., 2003).

Un importante estresor y fuente de ansiedad para muchos niños es la escuela. Para algunos de ellos, el estrés de las experiencias relacionadas con escuela se hace tan fuerte que se rehúsan a asistir. Los niños pueden desear mantenerse lejos de la escuela debido a

que sienten un temor general relacionado con ella. La escuela los hace sentir molestos y experimentan fuertes síntomas de ansiedad. Algunas veces esto puede ser resultado de problemas específicos, por ejemplo, dificultad para establecer amistades y sentimientos de estar aislados, o sentir que las evaluaciones frecuentes como las pruebas y las presentaciones orales provocan mucha tensión. Un niño puede rehusarse a asistir a la escuela por razones distintas de la ansiedad, por ejemplo, por atracciones positivas fuera de la escuela, o como un medio de obtener atención de los padres. El rechazo a la escuela, descrito en el cuadro 15-2, puede estar relacionado con el trastorno de ansiedad generalizada o con el trastorno de ansiedad por separación, aunque puede tener otras causas.

**Trastorno por estrés postraumático** Los principales síntomas del **trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)** en los niños son muy similares en varias formas a los que presentan los adultos: 1) reexperimentar el evento traumático, 2) evasión persistente de los estímulos relacionados con el trauma y entumecimiento general, y 3) síntomas persistentes de

surgimiento incrementado. Sin embargo, las discusiones sobre las respuestas de los niños al estrés en general, y de los niños con trastorno por estrés postraumático en particular, son desarrollos relativamente recientes. Quizá la razón de ello consiste en que es necesario tomar en cuenta con los niños las consideraciones relativas al desarrollo. Por ejemplo, los criterios normales no resultan adecuados para los niños más jóvenes cercanos a los cuatro años. Una necesidad en el estudio de la respuestas al estrés de los niños es el análisis del proceso de enfrentamiento en diferentes niveles de desarrollo (Compas y cols., 2001).

En los niños, la prevalencia de reacciones desadaptadas al estrés puede ser más alta después de un evento traumático. Varios meses después del 11 de septiembre de 2001, fecha del desastre del World Trade Center, casi 200 000 de los 712 000 niños que asistían a escuelas públicas en la ciudad de Nueva York tuvieron necesidad de cuando menos una visita a un profesional de la salud mental (*New York Times*, 14 de mayo de 2002, p. A21). Además de reexperimentar el horror del evento, muchos niños tuvieron fantasías de venganza, dificultad para manejar sus intensos sentimientos y necesidad de contar con objetos de buena suerte que los cuidaran de la maldad del mundo (ver la figura 15-9). El trastorno por estrés postraumático y diversos síntomas de ansiedad y depresión se observaron con mucha frecuencia. Los estudios han demostrado que el nivel de exposición a las experiencias traumáticas, los indicadores de problemas psicológicos previos al trauma y el deterioro de las redes de apoyo social predicen la conducta desadaptada después de la exposición al estrés (Pine y Cohen, 2002).

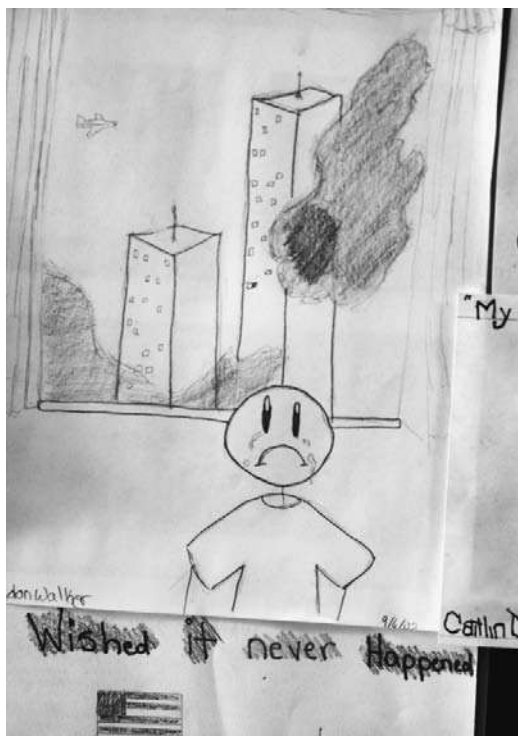


**Figura 15-9** Este dibujo refleja el dolor normal de un niño como resultado de la tragedia del World Trade Center. Aunque muchos niños y adultos experimentaron tales reacciones de angustia, la mayoría de ellos no desarrollaron PTSD.

**Trastorno obsesivo-compulsivo** La obsesión incluye la aparición persistente de pensamientos no deseados, mientras que la compulsión está marcada por conductas ritualistas. La mayoría de los niños con **trastorno obsesivo-compulsivo** (TOC) tienen obsesiones y compulsiones. Cuanto más joven sea el niño, más severos serán los síntomas que desarrollará y mayores serán las probabilidades de que continúen durante la edad adulta. Aunque no todos los niños diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo tienen estos problemas al llegar a la edad adulta, la mayoría es diagnosticado primero con el trastorno obsesivo-compulsivo durante la infancia (Thomsen, 1998).

A continuación se presentan dos ejemplos de conducta infantil con TOC:

*Kimberley, una niña de 12 años, tiene miedo de que su comida contenga algo que pueda dañarla o matarla. Rechaza cualquier alimento complejo, como guisados y estofados, tarda dos horas en terminar una comida debido a que investiga completamente cada bocado, y después mastica pequeños bocados con una intensa concentración.*

*En la clase de salud, Jack, un niño de 13 años, aprende acerca de problemas como el suicidio y la violación. Se siente atormentado por pensamientos en los que desea realizar estas acciones él mismo.*

A pesar del aparente relación entre este trastorno en niños y en adultos, existen algunas diferencias importantes entre el trastorno obsesivo-compulsivo de niños y de adultos (Towbin y Riddle, 2002).

El número de casos diagnosticados recientemente muestra su punto mayor en los 10 años y de nuevo a los 21 años, pero la proporción entre casos masculinos y femeninos difiere entre los dos grupos. Entre los pequeños, los niños son diagnosticados con este trastorno dos veces más que las niñas, pero entre los adultos, los hombres y las mujeres son igualmente afectados. Los niños también tienen mayor probabilidad que los adultos de tener otros trastornos comórbidos con el trastorno obsesivo-compulsivo. Los adultos también pueden ser diagnosticados con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero los niños, además, también pueden presentar trastornos adicionales como tics. La presencia de estos tics normalmente predice una menor probabilidad de que los síntomas obsesivo-compulsivos mejoren con un tratamiento antidepressivo. (Los tics se tratan más adelante en este mismo capítulo).

Al igual que resulta cierto con el trastorno de ansiedad por separación, es importante saber que las conductas obsesivo-compulsivas se presentan de forma leve en muchos niños. Los niños muchas veces realizan rituales leves y tienen obsesiones como parte de su desarrollo normal. Los rituales a la hora de ir a acostarse o para vestirse son muy comunes entre los niños que empiezan a caminar, los de edad preescolar y los de los primeros grados de primaria. Las compulsiones en forma de actos motores triviales también son muy comunes. Un niño pequeño puede golpear una manta continuamente antes de quedarse dormido, o puede chupar su dedo pulgar en el momento de dormir. Incluso los juegos de los niños reflejan estos rituales. Muchas veces les gusta cantar las mismas

TABLA 15-12

## Síntomas obsesivos-compulsivos más comunes en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo

| Obsesiones respecto a                        | Vistos en aprox. (%) | Compulsiones respecto de | Vistos en aprox. (%) |
|----------------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Suciedad e infecciones                       | 40                   | Rituales de lavado       | 50                   |
| De que suceda algo terrible                  | 20                   | Revisar                  | 40                   |
| Enfermedad                                   | 20                   | Arreglar/acomodar        | 30                   |
| Muerte                                       | 20                   | Otros rituales           | 25                   |
| Simetría                                     | 15                   | Conteo                   | 20                   |
| Sexo                                         | 10                   |                          |                      |
| Pensamientos religiosos                      | 10                   |                          |                      |
| Ansiedad de dañarse a sí mismo o a los demás | 8                    |                          |                      |

FUENTE: Adaptación de Thomsen (1998), p 3.

canciones de forma repetitiva o sentirse obligados a evitar ciertos objetos como las grietas de las banquetas. Dichas conductas infantiles son normales más que desadaptadas. Sin embargo, algunas veces, durante la infancia, ciertos actos se convierten en conductas obsesivo-compulsivas y ritualistas más disruptivas que requieren de tratamiento.

Es probable que los niños afectados con este trastorno pasen la mayor parte del día en rituales y pensamientos obsesivos y, como resultado, su funcionamiento puede verse gravemente restringido. Los síntomas obsesivo-compulsivos más comunes entre los niños son las preocupaciones acerca de la suciedad y la contaminación, y complejos y lentos rituales de lavado. Pueden sentirse impulsados a lavarse las manos y ducharse hasta 100 veces al día. La conducta de revisión y verificación es también un síntoma común. La tabla 15-12 muestra los síntomas obsesivo-compulsivos más comunes. Los niños que padecen este trastorno muchas veces tienen problemas en la escuela debido a su lentitud o indecisión. Por ejemplo, tienen problemas para terminar sus tareas, aun cuando éstas sean relativamente cortas.

Dos pacientes adolescentes que requirieron de hospitalización debido a la severidad de sus problemas se describen en el siguiente relato:

*El paciente A era un niño de 14 años que comenzó a lavarse entre ocho y diez veces al día después de que su familia se mudó a un nuevo vecindario cuando tenía cuatro años. Después presentó únicamente episodios ocasionales hasta hace dos años, cuando comenzó a lavarse excesivamente debido al miedo del esperma en su cuerpo.*

*También tuvo pensamientos obsesivos sobre la muerte y revisaba de manera compulsiva los interruptores de luz. Había sido tratado tanto con psicoterapia como con medicamentos antipsicóticos. En la escuela era callado y tranquilo, participaba en muchas actividades y era un buen estudiante. Sus padres sostenían una buena relación y tenían un nivel socioeconómico medio. Todos sus hermanos estaban bien; sin embargo, su padre estaba ligeramente deprimido.*

*La paciente B también tenía 14 años. Durante los dos últimos años se había lavado excesivamente y estaba preocupada por varios rituales, como la compulsión por realizar todas sus actividades diarias en múlti-*

*plos de seis. Hasta que sus síntomas se desarrollaron, no había tenido amenazas obsesivas, era buena estudiante y tenía muchos amigos. Había sido tratada con psicoterapia durante un año. Sus síntomas comenzaron repentinamente en un momento en que el negocio de su padre fracasó. Ambos padres, de estado socioeconómico medio, eran alcohólicos (adaptado de J.L. Rapoport y cols., 1981, p. 1548).*

La perspectiva global de los niños que padecen una conducta obsesivo-compulsiva grave no es prometedora. Cuando se les da seguimiento varios años después, casi 70% de quienes participaron en el estudio a largo plazo mantienen los síntomas que configuran los criterios del trastorno obsesivo-compulsivo (Flament y cols., 1990). Además, más de la mitad del grupo fue diagnosticado durante el seguimiento con un trastorno mayor del estado de ánimo, muchas veces con episodios recurrentes, y casi la mitad presentó cierta forma de trastorno de ansiedad. Los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran también entre niños y adolescentes afectados por el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los rituales obsesivo-compulsivos pueden presentarse como una forma de enfrentar la ansiedad y otros tipos de afectos negativos (como puede ser el estado de ánimo deprimido o sentimientos de poco valor personal). Un tipo de compulsión que ha comenzado recientemente a ser investigado en relación con este trastorno es el de la autolesión, por ejemplo, personas que obtienen alivio a esos sentimientos negativos a través de heridas o quemaduras autoinfligidas relativamente superficiales. Aunque la autolesión ha sido asociada con el trastorno límite de la personalidad y también con intentos suicidas relacionados con la depresión, la que se observa en el trastorno obsesivo-compulsivo parece estar enfocada en desahogar la angustia emocional presente (Bystritsky y Strausser, 1996). Este tipo de autolesión se realiza muchas veces en secreto y los resultados se mantienen lejos de la familia y de los compañeros, ocultos por la ropa.

Casi 25% de las personas con TOC son niños. Aunque en el pasado se pensaba que éste era un problema puramente psicológico, hoy se sabe que el TOC está relacionado muchas veces con desequilibrios bioquímicos en el cerebro. Lo que parece suceder es que parte del cerebro envía un mensaje falso de peligro y luego se



queda pegado a un “dispositivo de peligro” del cual no puede salir. El circuito del mensaje de emergencia continúa repitiéndose, y no es sensible al pensamiento lógico. Una insuficiencia de serotonina parece estar relacionada con este tipo de error en los circuitos cerebrales. Los medicamentos recetados para el TOC tratan de mantener disponible la serotonina, esto es, acelerar la entrega del mensaje. Los medicamentos antidepresivos que se utilizan actualmente para tratar a niños con TOC son de mucha ayuda en casi la mitad de los casos (Towbin y Riddle, 2002).

También el factor hereditario juega un papel en este proceso, pues los niños que padecen este trastorno tienen mayor probabilidad que el promedio de tener familiares con el mismo. Sin embargo, debido a que algunos niños que lo desarrollan no tienen un historial familiar, otros factores ambientales tales como el estrés pueden provocar una conducta obsesiva o compulsiva en las personas vulnerables. Al menos la mitad de los niños con trastorno obsesivo-compulsivo que fueron estudiados en cinco grandes proyectos de investigación desarrollaron por primera vez los síntomas después de haber estado sometidos a un acontecimiento sumamente estresante en sus vidas (Geller y cols., 1997). Aunque la mayoría de los niños fueron tratados con antidepresivos, los síntomas por lo general persistieron.

Con o sin el medicamento, el TOC es generalmente mejor tratado con terapia cognitivo-conductual. La meta de este enfoque es animar a los niños que tienen este trastorno a transformar su propia conducta, presentando lo intolerable como tolerable. El terapeuta de Jack, quien temía querer quitarse la vida o violar a alguien, realizó una cinta de audio que contenía declaraciones como “Soy un violador. Quiero lastimar a la gente. No me importa lo que las personas sienten.” Desde luego Jack era todo lo opuesto: un brillante, creativo y cuidadoso muchacho. Jack recibió la instrucción de escuchar la cinta durante 15 minutos cada noche. Su repetición constante lo habituó a sus miedos hasta que se redujeron sus características más apremiantes y disminuyó su nivel de ansiedad.

## Tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños

La mayor parte de la investigación sobre los efectos del tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia se ha enfocado en el tratamiento de fobias simples y miedos específicos como miedo a la escuela, miedos nocturnos y miedos relacionados con los procedimientos médicos. Con frecuencia, esta investigación utiliza el diseño con un solo sujeto en el que cada niño funciona también como su propio control. En la terapia cognitivo-conductual se combinan la exposición al estímulo atemorizante con el entrenamiento en relajación y la capacitación de habilidades cognitivas de afrontamiento (como puede ser la autoinstrucción) ha sido un tratamiento exitoso para estas fobias y miedos sencillos (el tratamiento de Jack se basó principalmente en la exposición a declaraciones que desencadenaban la ansiedad). Debido a que los niños ansiosos tienen mayor probabilidad de tener padres con diversos problemas de ansiedad, la aplicación de estrategias de tratamiento familiar también puede ser de ayuda.

Los antidepresivos son de ayuda para tratar a muchos niños con TOC, pero también pueden emplearse para manejar otros trastornos. Otros tipos de tratamiento —especialmente la terapia fa-

miliar, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia individual— se utilizan con frecuencia bien sea solos o en conjunto con medicamentos. Muchas veces el terapeuta sirve como modelo de afrontamiento, demostrando nuevas habilidades aplicables a situaciones que son problemáticas para el niño. Existe un creciente apoyo para la eficacia de los tratamientos psicológicos de problemas de ansiedad tanto en niños como en adolescentes (Lewis, 2002).

## Depresión

El DSM-IV-TR no contiene una categoría de diagnóstico especial o una descripción de **depresión** en la *infancia*; en lugar de eso, utiliza los criterios que se aplican a los adultos con algunas modificaciones menores. La figura 15-10 muestra el cambio en la frecuencia de la depresión a lo largo de la infancia y la adolescencia, así como los diferentes patrones de niños y niñas. Aunque la infancia muchas veces se presenta como una época feliz de poca responsabilidad, juegos sin fin y goce infinito, en realidad muchos niños piensan con frecuencia cosas como: “soy tonto, feo y estúpido,” “desearía estar muerto” y “tú no me quieres”. Los estudios confirman que, con frecuencia, muchos pequeños se sienten tristes. En un estudio, entre 10 y 12% de los niños de 10 años de la población de un distrito escolar fueron descritos por sus padres y maestros como angustiados, infelices, llorosos o desdichados. Aunque probablemente la mayoría de estos niños no cumplan con los criterios de una depresión mayor, pueden cumplir los criterios de un trastorno distímico. El caso de Alan de 13 años, ilustra cuánto puede durar un trastorno distímico:

*Cuando se le preguntó a Alan sobre lo que lo hacía feliz, contestó: “Nada... nunca me siento feliz”. Cuando se le preguntó qué lo hacía sentir triste, contestó: “Simplemente soy un niño triste”. No podía pensar en nada que le gustara de sí mismo. Reportó que sólo tenía un amigo (Kashani y McNaull, 1997, p. 348).*

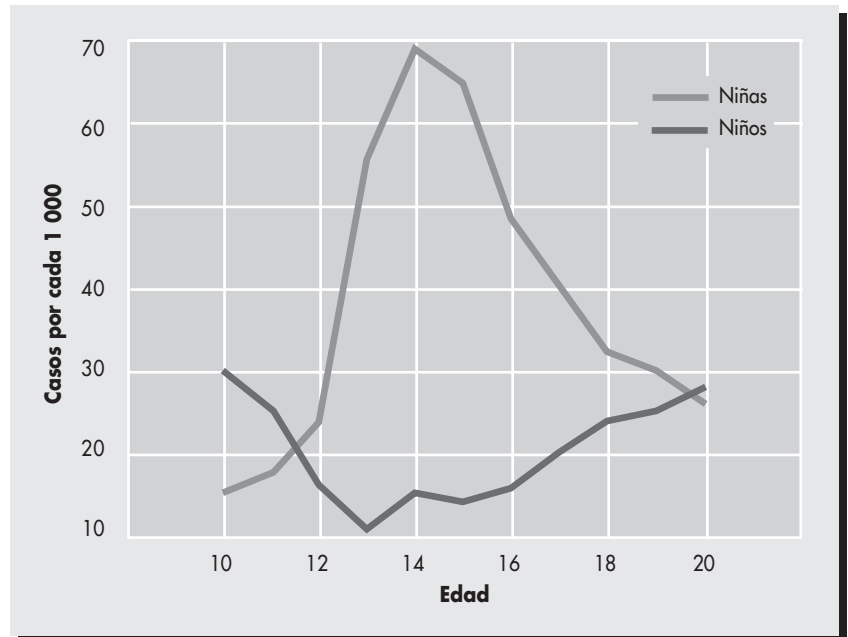
Algunas veces la depresión es más severa y el diagnóstico es trastorno depresivo.

*Helen sabía que algo estaba mal con su hija de 12 años, pero simplemente no sabía de qué se trataba. Algunos días Nancy permanecía melancólica en su habitación, otros simplemente estaba callada. Parecía ser muy infeliz, aunque no compartía estos sentimientos con sus padres. Había ocasiones en las que tenía estallidos de furia sin ninguna razón, y se ponía terriblemente irritable. Además, parecía estar comiendo constantemente a pesar de que en el pasado parecía sentirse orgullosa de su figura delgada. También comenzó a pasar una gran cantidad de tiempo durmiendo durante el día cuando no tenía que asistir a la escuela. Al principio, su madre pensó que se trataba de “cosas de preadolescente”. Su esposo no estuvo de acuerdo, por lo cual la llevaron al pediatra quien la remitió a un psiquiatra infantil. La chica le dijo al médico que le gustaría estar muerta y que frecuentemente tenía pensamientos suicidas a pesar de que no había elaborado un plan para matarse.*

Generalmente, los síntomas de depresión reportados por los propios niños permanecen estables durante cuando menos varios meses (Charman, 1994). Esto sugiere que los niños no reportan estados de ánimo pasajeros, sino que más bien describen condiciones de larga duración. Cuando los reportes de depresión de los ni-

**Figura 15-10** Niños y niñas tienen porcentajes muy diferentes de trastorno depresivo mayor durante su adolescencia.

FUENTE: P. Cohen y cols. (1993b), p. 857.



ños se comparan con los de sus padres, el número de síntomas depresivos que reportan los niños es generalmente más alto que el de sus padres (Essau y cols., 1999). Existe una mayor concordancia en estos reportes entre las diversas conductas observables (como puede ser la conducta perezosa o los problemas con el sueño) que entre los aspectos internos de la depresión o los sentimientos. Sin embargo, el nivel de concordancia entre padres e hijos acerca de los síntomas mejora cuando los niños llegan a la adolescencia.

Debido a que los niños pasan a través de diferentes estados de desarrollo que afectan sus habilidades cognitivas y la forma en que

enfrentan la emoción, su conducta asociada con la depresión varía de acuerdo con su nivel de desarrollo. La tabla 15-13 describe los primeros síntomas que acompañan a la depresión en las diferentes edades. Los niños y adolescentes con depresión muchas veces se describen a sí mismos como tristes, irritables o aburridos. Los niños más pequeños muchas veces se quejan de sentimientos de agitación y síntomas somáticos como dolores de cabeza y de estómago. Describen con mayor frecuencia que los adultos o los adolescentes alucinaciones auditivas con temas como ser controlados y perseguidos, aunque estas alucinaciones no parecen predecir la se-

**TABLA 15-13**

| Síntomas de depresión en diferentes etapas del desarrollo durante la infancia |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapas del desarrollo                                                         | Síntomas de depresión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Desde el nacimiento hasta los 2 años                                          | Lloriqueo, retraimiento, pérdida de peso, crecimiento lento, apatía hacia la interacción social, desarrollo lento del lenguaje, falta de curiosidad, bajo desarrollo cognitivo. Posteriormente, pesadillas o terrores nocturnos, dependencia emocional excesiva, conducta negativista, miedos excesivos, disminución de las actividades lúdicas.                                        |
| De 3 a 5 años                                                                 | Tristeza, pérdida de peso, lentitud en los movimientos, cansancio, pensamientos suicidas, enojo, apatía, irritabilidad, retraimiento social.                                                                                                                                                                                                                                            |
| De 6 a 12 años                                                                | Parecidos a los de los adultos. Verbalización de pensamientos y sentimientos depresivos. No experimentan placer. Apatía, baja autoestima, fatiga, pensamientos suicidas, retraimiento de la interacción social, irritabilidad, falta de motivación. En algunos casos delincuencia, enojo, conducta negativista, miedos, síntomas somáticos, problemas sociales, desempeño escolar bajo. |
| De 12 a 18 años                                                               | Estados de ánimo volátiles, furia, autoconciencia intensa, baja autoestima, desempeño escolar bajo, conductas delictivas, abuso de sustancias, actuación de los impulsos sexuales, retraimiento social, problemas con comer y dormir en exceso, pensamientos suicidas.                                                                                                                  |

FUENTE: Adaptación de Kronenberger & Meyer, 1996.

riedad de la depresión. Los adolescentes deprimidos parecen comenzar a dormir en exceso y a consumir medicamentos y alcohol. Aunque tanto los niños como los adolescentes reportan pensamientos suicidas, éstos son más frecuentes entre los adolescentes que entre los niños más jóvenes.

Aunque el trastorno depresivo mayor diagnosticado en la infancia tiene muchas de las mismas características del trastorno depresivo mayor en la edad adulta, la aparición temprana de la depresión predice que:

1. Es más probable que los niños diagnosticados con depresión presenten un episodio hipomaniaco o maniaco posteriormente, que quienes son diagnosticados con este trastorno en la adultez, y por lo tanto “cambien” de un diagnóstico de depresión a uno de trastorno bipolar.
2. Los niños que son diagnosticados con depresión padecerán una recurrencia a ella después de un breve periodo, a diferencia de las personas que experimentan por primera vez un episodio de trastorno depresivo mayor cuando son adultos.

Un episodio de trastorno depresivo mayor que se presenta en la infancia es altamente predictivo de otro episodio dentro los siguientes cinco años. Estas diferencias, tanto en probabilidad de un “cambio” como de una recurrencia, sugieren que un diagnóstico de depresión en la infancia predice un trastorno más serio en la edad adulta (Weller y cols., 2002).

Uno de los aspectos más sobresalientes de la depresión mayor en la infancia es la probabilidad de coexistir con otros trastornos. Los síntomas de ansiedad se encuentran entre casi todos los niños deprimidos. Cuando menos 50% de los niños que rechazaban la escuela también cumplieron con los criterios del trastorno depresivo. Otros trastornos de la infancia que tienen probabilidad de presentarse al mismo tiempo que la depresión son el TDAH, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. Los niños que son tratados en los centros de diagnóstico para problemas de aprendizaje y aquellos con enfermedades crónicas también tienen altos porcentajes de depresión.

Los efectos de la depresión que se presentarán en el desarrollo social y cognitivo futuro todavía no están muy claros, aunque se sabe que, en los niños y adolescentes, sus consecuencias pueden ser relativamente de larga duración. En un estudio longitudinal, varios niños mostraron patrones diferentes pero de larga continuidad respecto de la depresión. (Chess y cols., 1983.)

*A los ocho años de edad, Harold había presentado diversos problemas de conducta durante un año. No le gustaba la escuela, era tímido y tenía pocos amigos. Era temperamental, callado y temeroso ante las nuevas situaciones. Debido a que existían varios problemas en su vida —sus padres se habían separado cuando tenía seis años y su madre había sido brevemente hospitalizada por una depresión grave— no quedaba claro si la depresión se debía a estos eventos o a otras causas. Las cosas mejoraron, pero a los 12 años se deprimió nuevamente y rechazó intensamente la escuela. A los 17 reportó que “podía sentirse infeliz sin ninguna razón evidente” pero después podía sentirse cansado e irritable y evitar a las personas. Poco después se deprimió gravemente durante cerca de dos semanas y fue tratado con antidepresivos. A los 22 años se había mu-*

*dado a su propio apartamento. Ganó algo de dinero fregando pisos pero, básicamente, era su madre quien lo mantenía. Pasó la mayor parte de su tiempo practicando música, pues él mismo había aprendido a tocar el piano, el banjo y la guitarra. Resumió su existencia como ir de “una muerte lenta a una crisis aguda” y describió depresiones recidivantes a la edad de nueve, 15, 18 y 19 años, cada una de las cuales duró meses a pesar de que fue tratado con medicamentos antidepresivos (adaptado de Chess y cols., 1983, pp. 413-414).*

---

*La depresión de Silvia no fue observable sino hasta que cumplió los 21 años, después de meses de una intensa preocupación obsesiva acerca de que su piel y su pelo eran terriblemente feos, cosas que no eran ciertas. Amenazó con dejar la universidad, y aunque tenía altas calificaciones y asistía a una escuela de alto nivel cambió de universidad en dos ocasiones. Fue brevemente hospitalizada y durante el siguiente año lanzó muchas amenazas de suicidio y llevó a cabo algunos intentos de quitarse la vida para después mejorar gradualmente.*

*Durante la terapia reportó que había estado deprimida probablemente desde que tenía ocho años y que siempre se había cubierto con una coraza de alegría y cordialidad. Esta versión fue apoyada por algunos poemas que había escrito entre los 12 y los 15 años que estaban llenos de melancolía y de desesperanza. No reportó ningún evento en su vida que pudiera explicar las causas de su depresión, aunque varios miembros de su familia habían estado deprimidos (Adaptado de Chess y cols., 1983, p. 415).*

**Causas** Las depresiones tienden a “presentarse entre las familias” (Goodman y Gotlib, 2002). Esto significa que muchos niños deprimidos tienen padres deprimidos. Además de los factores genéticos, pueden existir varias razones para explicar esta correlación. Los padres deprimidos pueden modelar estilos deprimidos de pensamiento o utilizar prácticas disfuncionales hacia los niños, o crear altos niveles de estrés en la familia. Los niños tienden a deprimirse más cuando se encuentran en situaciones de estrés y utilizan un estilo de atribución en el que se culpan a sí mismos, o cuando consideran que factores generales o inmutables son la causa de sus problemas. La figura 15-11 resume los factores que interactúan para influir en el curso y resultado de los trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia.

**Tratamiento** Los niños muy jóvenes tienen dificultad para describir sus estados emocionales. Aunque el miedo puede inferirse por su conducta, expresiones faciales y respuestas psicológicas, la depresión es difícil de señalar debido a la importancia de sus componentes cognitivos. Al entrevistar a un niño víctima de una posible depresión, es esencial preguntarle en un lenguaje sencillo y concreto. Por ejemplo, pocos niños en edad preescolar declaran espontáneamente que se sienten tristes, pero la mayoría de ellos expresarán sentimientos de tristeza cuando se les cuestione con cuidado.

Aunque medicamentos como los SSRI se consideran con frecuencia como alternativas terapéuticas para los niños deprimidos (especialmente los niños más grandes con depresiones profundas), es necesario contar con estudios para la mayoría de los medicamen-

**Figura 15-11** Factores que interactúan e influyen en la depresión en la infancia y adolescencia.



tos para niños. Antes de iniciar un programa de medicamentos para el niño, deben explicarse a sus padres o tutores cuáles son los efectos secundarios así como los efectos positivos que se anticipan.

También es necesario contar con mayor investigación con respecto a los enfoques de tratamiento psicológico. Dos enfoques de este tipo utilizados para tratar la depresión de los adultos —terapia interpersonal y terapia cognitiva— han producido resultados prometedores cuando se utilizan con adolescentes deprimidos. Los esfuerzos terapéuticos interpersonales se enfocan en los problemas imbricados en las relaciones del niño o del adolescente. Según este enfoque, el cliente tiene que ser orientado sobre la forma en que debe expresar sus sentimientos con mayor claridad cuando se encuentra en relaciones conflictivas, y ayudado a desarrollar otras habilidades para la resolución de problemas interpersonales. Cuando se trata con los aspectos familiares interpersonales de la depresión en los niños, el tratamiento cognitivo también parece ser prometedor. Dicha terapia ayuda al niño a 1) enfrentar y modificar pensamientos desadaptados, como pueden ser estándares excesivamente altos, y 2) a aumentar las habilidades sociales y de comunicación.

## Otros trastornos de la infancia

El DSM-IV-TR contiene categorías de diagnóstico de una gran cantidad de problemas que afectan a los niños. Éstos incluyen trastornos de alimentación, una variedad de trastornos de aprendizaje específicos (tales como dificultades para leer o para hacer cálculos matemáticos sencillos que no son resultado de déficit de inteligencia), trastornos del habla como tartamudeo y trastornos relacionados con la coordinación motora. Existen muchos tipos de trastornos del movimiento en los que los déficit se presentan en el aprendizaje y en el desempeño de las habilidades motoras. Otros trastornos del movimiento no se relacionan con las habilidades sino con movimientos simples o complejos que se presentan frecuentemente y que, por lo general, no parecen estar bajo el control voluntario. Los *trastornos de tics* son ejemplos de estas conductas motoras desconcertantes que pueden dar como resultado dificultades para el ajuste social del niño.

Los **tics** son vocalizaciones o movimientos motores involuntarios, repentinos, recurrentes y estereotipados rápidos y carentes

**TABLA 15-14**

### Criterios diagnósticos del trastorno de tics crónicos

1. Presencia de uno o más tics, motores o vocales, pero no de ambos.
2. Los tics ocurren muchas veces durante el día, ya sea diariamente o de manera intermitente, durante un periodo de más de un año y sin un periodo de tres o más meses consecutivos libre de ellos.
3. Los tics causan una angustia notable o un deterioro significativo en una o más áreas importantes del funcionamiento, como el social o laboral.
4. Los síntomas deben comenzar antes de los 18 años.
5. Los tics no se deben a los efectos directos de alguna sustancia química o enfermedad médica general.
6. La persona no ha cumplido nunca con los criterios del trastorno de la Tourette.

Si los tics ocurren varias veces, ya sea diariamente o casi, por lo menos durante cuatro semanas pero no llegan a 12 meses consecutivos, se diagnostica el trastorno de tics transitorios.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

de ritmo. La conducta de un tic raramente dura más de un segundo. Las personas afectadas por conductas de tics no pueden resistirse a ellas, pero muchas veces suprimen la conducta durante un breve periodo. El trastorno crónico de tics, que durante algún tiempo se pensó era raro, actualmente se considera que es relativamente común. Por lo general, este trastorno comienza en la infancia y puede incluir tics motores, vocales o una combinación de ambos. Algunos tics motores son conductas sencillas como el parpadeo, las muecas nasales o el rechinar los dientes, pero otras —como sacar la lengua, aplaudir, etc.— tienen una complejidad mayor. Los tics vocales incluyen los gruñidos, sorber por la nariz, tos fuerte o aclararse la garganta. La tabla 15-14 presenta los criterios del DSM-IV-TR del trastorno de tics crónico.

Un tipo de trastorno de tics, el **trastorno de la Tourette**, que suele comenzar antes de los dos años, puede provocar dificultades disfuncionales y sociales significativas en la vida de los niños. Su



**TABLA 15-15**

**Criterios diagnósticos del trastorno de la Tourette**

1. Durante el trastorno se detectan en algún momento tanto tics motores múltiples como uno o varios tics vocales, aunque no es necesario que ocurran en el mismo periodo.
2. Los tics ocurren varias veces durante el día o casi diariamente o de manera intermitente por un periodo de más de un año, pero nunca desaparecen por más de tres meses consecutivos.
3. Los tics causan una angustia marcada o un deterioro significativo en áreas importantes del funcionamiento.
4. Los síntomas se inician antes de los 18 años.
5. La conducta no se debe a efectos directos de algún medicamento o drogas, o de una enfermedad médica general.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

frecuencia es cuatro veces mayor entre los niños que entre las niñas (Freeman y cols., 2000). Cerca de 88% de quienes padecen este trastorno tienen cuando menos un trastorno comórbido, y más de la mitad de ellos tienen también síntomas de TDAH. Cuando se presenta solo, el trastorno de la Tourette no afecta las capacidades involucradas con la atención. Las capacidades de atención (como pueden ser aquellas utilizadas para ignorar las distracciones visuales) parecen verse afectadas principalmente cuando el trastorno de la Tourette se presenta junto con el TDAH o con un trastorno obsesivo-compulsivo (Ozonoff y cols., 1998). La tabla 15-15 muestra los criterios diagnósticos del trastorno de la Tourette.

El trastorno de la Tourette comienza normalmente con un solo tic o con múltiples tics en los ojos, cara o cabeza, que luego tienen probabilidad de progresar hacia tics que involucran los hombros, el tronco, los brazos y las piernas. Un síntoma poco usual que forma parte de este trastorno es la **coprolalia**, la expresión de obscenidades, fenómeno que sólo se presenta en pocas ocasiones durante su periodo inicial, pero conforme el trastorno progresa puede manifestarse en 30 a 60% de los casos. El trastorno de la Tourette existe en muchas culturas, y una de sus características más interesantes es que si está presente la coprolalia, el contenido de las expresiones es muy similar, sin importar cuál sea la cultura. Por ejemplo, las frases coprolálicas entre los chinos y los árabes, equivalentes literales de las obscenidades occidentales, eran consideradas como tabú en las tres culturas, esto es, palabras que se referían a funciones orgánicas y sexuales (Staley y cols., 1997).

Durante los primeros años posteriores al diagnóstico del trastorno de la Tourette, los tics empeoran hasta la edad de diez años. Además, en casi uno de cada cuatro niños que participaron en un estudio de seguimiento, los tics y otros síntomas llegaron a un nivel tan elevado a esa edad que su funcionamiento en la escuela se convirtió en una actividad difícil o prácticamente imposible (Leckman y cols., 1998). Sin embargo, cuando los niños del estudio cumplieron 18 años, casi la mitad de ellos presentaban muy pocos tics. Además de los tics motores y verbales, son frecuentes las

explosiones repentinas de ira entre los niños que padecen este trastorno y un trastorno obsesivo compulsivo o TDAH (Stephens y Sandor, 1999).

El trastorno de la Tourette se encuentra con frecuencia en las familias, y tanto los estudios familiares como de gemelos sugieren una base genética. Hasta el momento, los estudios genéticos sugieren que cuando menos varios sitios de genes pueden estar involucrados (Seuchter y cols., 2000). Muchas veces, el tratamiento con medicamentos antidepresivos puede reducir los síntomas del trastorno de la Tourette, probablemente debido a que afecta al sistema receptor de dopamina, que parece estar involucrado en él.

# Terapia para niños y adolescentes

Existen importantes diferencias en el trabajo terapéutico entre niños y adultos. Muchas veces los niños son remitidos a terapia debido a que se están desviando del patrón normal de desarrollo. Esto significa que la terapia debe ser dirigida cuando menos en parte a ayudarlos a seguir aquellas normas siempre que sea posible. A diferencia de los adultos, los niños en raras ocasiones piensan que necesitan de una terapia o que están “trastornados”. La mayoría de las veces son los adultos, normalmente los padres, quienes inician la solicitud de tratamiento, algunas veces a petición de los maestros o de otros adultos. Los padres también son quienes contratan la terapia, pagan la consulta y establecen ciertas metas para la terapia que probablemente difieren de las que el terapeuta puede seleccionar. Debido a que no participan en la identificación de los objetivos de la terapia, los niños comienzan el proceso con muy poca motivación para cooperar en el tratamiento o incluso para realizar un cambio personal.

Otra diferencia entre la terapia de los niños y los adultos es que el terapeuta obtiene la mayor parte de la información acerca del niño y de sus problemas por parte de los padres, información que puede ser inexacta o distorsionada, influida por la agenda personal de los padres, presentada de forma tal que la pretensión es conciliar lo que ellos piensan que son sus propios fracasos como padres o sesgada por su propia psicopatología. Aun cuando los padres no realizan distorsiones intencionales, sus reportes y opiniones están sesgados por el grado de conocimiento del desarrollo infantil, así como por los valores y prácticas de su grupo cultural. Los ejemplos que aparecen en el cuadro 15-3 aclaran la importancia de la perspectiva cultural.

Muchos de los enfoques terapéuticos desarrollados para los adultos pueden usarse directamente o de forma modificada con los niños mayores y los adolescentes. Sin embargo el enfoque más eficaz para la terapia de niños pequeños frecuentemente es trabajar con uno o ambos padres en lugar de con el niño o, especialmente con niños ligeramente mayores, con el niño y el padre a la vez. La participación de los padres en la terapia tiene varios fines:

- Ayudar a los padres a comprender la forma en que se desarrollan los niños y las clases de conductas típicas de las diferentes edades.

## RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

## CUADRO 15-3

## El papel de los antecedentes culturales

Como hemos comentado varias veces, la evaluación de la vulnerabilidad y resiliencia es importante al planear los programas de tratamiento. Esto con frecuencia es cierto en el caso de niños con antecedentes de minorías étnicas, cuyas habilidades para hablar el inglés pueden ser muy buenas y de esa manera no aluden para nada al papel que los antecedentes culturales pueden desempeñar en sus recursos y sus obligaciones. Las creencias y las actitudes son dos aspectos de los antecedentes culturales. Cuando se remite a los niños a una evaluación clínica o tratamiento, es importante comprender las creencias culturales de la familia y tomarlas en consideración. Además, es importante que los clínicos no “saquen conclusiones precipitadas” al asumir un punto de vista estereotipado basado en un conocimiento cultural limitado, más que en una investigación de los datos reales relativos a la familia (ver la figura 15-12).

Grace, una niña asiático-estadounidense de 10 años aislada y muy tímida, fue a una sesión de evaluación en la clínica acompañada por sus padres (Canino y Spurlack, 2000, pp. 43-44). El clínico que habló con los padres para obtener la historia clínica elaboró las siguientes ideas iniciales:

- La familia es china ya que su domicilio está cerca de Chinatown.
- La manera de vestir y el comportamiento indican que ésta es una familia tradicional de primera generación.
- El sistema de creencias de la familia se basa en las ideas de Confucio.
- Aunque la hija es retraída, probablemente tiene un buen desempeño académico.

Actuar basado en estas ideas sin llevar a cabo una investigación adicional podría haberle negado a Grace la ayuda que necesitaba. Afortunadamente, el clínico realizó una historia clínica precisa. Esta información aclaró que los miembros de la familia no eran inmigrantes sino coreano-estadounidenses

de tercera generación y católicos romanos, que creían que su hija tenía un problema de aprendizaje. Las pruebas mostraron ciertas dificultades de aprendizaje específicas, por lo cual el tratamiento comenzó de inmediato. La experiencia de este terapeuta demuestra que es importante recordar que pertenecer a un grupo minoritario no implica automáticamente ciertas creencias y actitudes.

Aunque los clínicos no deben hacer generalizaciones culturales sin base, al mismo tiempo necesitan estar conscientes de que las creencias culturales pueden desempeñar un papel importante, tanto en la evaluación del problema como en la aceptabilidad y resultado del tratamiento. María, por ejemplo, fue remitida a una clínica debido a su conducta irrespetuosa en casa. Ella tiene 13 años y proviene de una familia latina.

*[Sus padres la describieron] como antagonista, asertiva y demasiado independiente. María demanda más libertad y habla abiertamente acerca de sexo con los niños. Las creencias tradicionales y actitudes educativas de sus padres están directamente opuestas a la conducta de su hija (Canino y Spurlack, 2000, p. 46).*

Aunque los padres de María consideraban que su conducta estaba desviada, en contraste,

*[...] sus maestros la perciben como una joven asertiva e independiente que se siente a gusto explorando temas difíciles. Consideran su actitud como un indicativo de fuerza. En la escuela le piden a María que diga lo que piensa, que conozca su propia mente, que cuestione lo que oye, y que sea independiente (Ibid, p. 47).*

Después de que el clínico se enteró de los discrepantes puntos de vista de los padres y los maestros en relación con la conducta de María, concertó una serie de reuniones tanto de la familia como de los maestros con un clínico con sensibilidad bicultural. La familia, como resultado de estas interacciones, pudo entender la conducta de María de forma nueva, sus maestros adquirieron mayor conciencia de las creencias y valores de la familia y María empezó a entender los mensajes conflictivos de la casa y la escuela y desarrollar su propio punto de vista. Lo que describían como conducta irrespetuosa realmente no era una vulnerabilidad personal, sino más bien un choque de valores culturales.



(a)



(b)

**Figura 15-12** Aunque las familias asiático-estadounidenses puede que participen en actividades relacionadas con la cultura tradicional asiática (a), también lo hacen en actividades típicamente estadounidenses. (b) Los clínicos necesitan estar conscientes de ambas dimensiones de la vida de los asiático-estadounidenses.

- Mostrar a los padres las formas adaptativas de tratar con el niño: por ejemplo, cómo jugar con un niño pequeño y cómo utilizar métodos constructivos de motivación más que una disciplina recia.
- Sugerir formas de mejorar las interacciones familiares que puedan estar provocando estrés a los padres, al niño o a ambos.

Aunque muchos enfoques terapéuticos para adultos han sido adaptados para utilizarse con niños, los investigadores han desarrollado también algunos métodos sólo adecuados para niños pequeños. La terapia de juego, las técnicas de narración de historias y los programas de modificación de conducta administrados a los padres son algunas terapias especialmente desarrolladas para los niños.

## Terapia de juego

Jugar es el medio natural mediante el cual los niños se comunican. No es posible esperar que los niños pequeños dediquen un largo periodo a hablar cara a cara con un terapeuta. La **terapia de juego** es una combinación de juego y conversación que facilita el proceso terapéutico. La figura 15-13 muestra una sesión típica de terapia de juego. Aunque el terapeuta puede participar en el juego con el niño, no se comporta como un compañero de juego. En vez de eso, los terapeutas se comunican tratando de comprender al niño a través del juego, por medio del cual los niños pueden expresar sus propias preocupaciones. El terapeuta muestra entonces interés en él, al mismo tiempo que participa sin emitir juicios y le pregunta al niño que es lo que sugiere su juego. El terapeuta normalmente alienta al niño a encabezar el juego, y puede pedirle instrucciones sobre la forma en que piensa que el terapeuta debe responder durante el desarrollo del mismo.

Otro uso de la terapia de juego es con los niños que han experimentado un tipo de trauma, por ejemplo, una muerte, incendio o accidente. En esta terapia de juego, el niño vuelve a vivir el evento en una forma repetitiva y muchas veces libre de emociones. Por ejemplo, el padre de Cathy, una niña de cuatro años y medio, se había suicidado recientemente. Durante una sesión, Cathy comenzó a jugar brevemente con una muñeca, y después hizo algunas “caritas de galleta” modelándolas con plastilina. Una de las caras estaba deformada, y cuando la terapeuta le preguntó si las caras se parecían a las de su familia, ella colocó las caras en el fondo de un recipiente y más tarde volvió a amasar la plastilina, destruyéndolas. Después se fue a la mesa de arena. La terapeuta describió lo que sucedió entonces. Cuando Cathy distraídamente corrió sus dedos a través de la arena, encontró la figura de un hombre enterrado en ella:

**C:** Mira: encontré un hombre aquí.

**T:** Te sorprendió encontrar un hombre enterrado en la arena.

**C:** [Su atención se concentró completamente en la mesa de arena, sus ojos se enfocaron y su cuerpo dio vuelta. Con un sentimiento de ansiedad procedió a revisar completamente la arena con sus dedos en busca de más hombres enterrados, pero no encontró ningún otro. Fue y buscó una caja con hombres parecidos a soldados y tanques y los enterró en la arena. Permaneció callada mientras trabajaba para poner a un lado toda la arena, y, conforme lo hacía, la terapeuta se dio cuenta de que estaba haciendo lugar para enterrar la caja.] Estoy haciendo lugar para que se quede la caja.

**T:** Quieres que tenga un lugar ahí. [Cathy toma entonces los tanques, los saca de la arena y los coloca cuidadosamente en la caja. Con mucho esfuerzo, apila la arena y la alisa contra la caja.] Parece que de verdad quieres que la arena tape la caja. Parece una montaña.

**C:** [con orgullo] Te das cuenta, ¿verdad? [toma algunas de las figuras y cuidadosamente las cubre con arena con una mirada de satisfacción.]

**T:** Algunas de las personas están enterradas.

**C:** ¡Sí! ... para que no se puedan salir.

**T:** Quieres estar segura de que se queden enterrados y que nadie las saque de la tierra... como las personas en un cementerio que son enterradas y ya no pueden sacarlas.

**C:** Como mi papá. Él está dentro de un ataúd.

**T:** En la tierra y nadie puede desenterrarlo. Se queda ahí en la tierra. ¿Está tu padre enterrado en un cementerio también?

**C:** Eso creo...

**T:** ¿Dónde está ahora tu padre?

**C:** Su espíritu se fue de su cuerpo.



**Figura 15-13** Con frecuencia, los niños se comunican mejor por medio del juego que a través del lenguaje. La terapia de juego está diseñada para aprovechar este hecho y darles a los niños una forma simbólica de expresar sus miedos, agresiones e inseguridades.



**Figura 15-14** Retrato de la familia de Charlie.

FUENTE: Robinson (1991), p. 224.

**T:** ¿A dónde?

**C:** Al cielo.

**T:** ¿Y qué pasó con su cuerpo?

**C:** Está en la tierra. Está en la tierra dentro de un ataúd. El ataúd se queda en la tierra enterrado. Quiero verlo de nuevo.

**T:** Tienes ganas de verlo pero no puedes. Eso hace que a veces nos sintamos tristes.

(Hurley, 1991, pp. 247–248)

Charlie, un niño de 10 años y su hermana vivían con su tía y su madre que recientemente se había divorciado del padre de Charlie después de un matrimonio que se caracterizó por violencia crónica. La madre de Charlie expresó su enojo en el momento de rompimiento de su matrimonio rehusándose a cumplir muchas de las solicitudes de éste y amenazarlo con no permitirle ver de nuevo a su padre. Charlie, en la primera visita que realizó al terapeuta, dibujó a su familia disfuncional como ocupantes de una nave espacial en crisis y con sus propios pies cerca de la puerta de salida (ver la figura 15-14). Describió el dibujo de esta manera:

*Es una nave espacial. Mi hermana está en los controles. Aquí está mi mamá. Y papá está durmiendo y mi tía se encuentra abajo, trabajando [...] a ella le gusta estar alejada de los demás. Éste soy yo. La nave espacial va hacia California. [Dónde vive el padre de Charlie] [...] pero vamos a chocar [...] vamos hacia una estrella (Robinson, 1991, pp 223-224).*

Charlie se sentía abandonado y vencido y estaba asustado por la hostilidad y el enojo de su madre. Actuaba algunos de estos senti-

mientos mediante juegos de guerra con su terapeuta. Utilizó soldados de juguete para luchar contra las “tropas” del terapeuta, construyó fuertes con los muebles y convirtió todo el salón de terapia en un campo de batalla:

**C:** Voy a volar todos tus búnker [...] Aquí vienen mis hombres a atacarte.

**T:** No tengo nada para protegerme; puede pasarme cualquier cosa.

**C:** Llévate todos estos hombres [le entrega el resto de los soldados]. El Capitán [una figura parecida a Rambo que adquiriría más poder en cada batalla] los derrotará.

**T:** ¡El Capitán está solo!, ¿cómo va a poder con todos esos atacantes él solo?

(Ibid., pp. 232–233)

Durante el juego, el terapeuta permitió que Charlie reconociera las grandes dificultades sobre las cuales el Capitán (Charlie) iba a triunfar. En estos episodios de juego Charlie siempre ganaba, pero eso no era suficiente: tenía que “arrasar” al terapeuta en cada uno de los juegos. Éste utilizó estas interacciones para ayudar a Charlie a expresar su agresión de forma segura y para que comenzara a dominarla en presencia de un adulto confiable y no reactivo.

## Terapia conductual y cognitivo-conductual

Probablemente el tratamiento más utilizado para los niños involucra métodos conductuales de diferentes tipos. Por ejemplo, Gerald Patterson (1982,1986) desarrolló una terapia conductual ampliamente utilizada para familias con niños que se comportan con una agresividad excesiva. Los miembros de la familia aprenden las habilidades sociales necesarias para interactuar en forma reforzante en vez de interactuar aversivamente. También les muestra cómo enseñar a sus hijos que las conductas hiperagresivas no serán toleradas. Esta estrategia de no tolerancia se demuestra mediante el rechazo a cumplir o a ceder a las demandas coercitivas, y sujetando al niño a un procedimiento de “tiempo fuera” en el cual se le envía a otra habitación y se le pide que se quede ahí durante un cierto periodo. Esta estrategia, junto con el reforzamiento positivo de las conductas deseables, ha sido eficaz para muchas familias.

Los enfoques cognitivo-conductuales también han sido útiles, especialmente en los ambientes escolares. Los niños han aprendido a identificar problemas, planear cómo enfrentarse a ellos, y después automonitorear sus conductas, muchas veces mediante técnicas de “pensar en voz alta” en las que se instruyen a ellos mismos dándose instrucciones verbales audibles. Esta capacitación no sólo mejora el desempeño escolar, sino que también parece mejorar la relación con los compañeros y la conducta en casa.



## Terapia familiar

El enfoque terapéutico de sistemas familiares sostiene que el problema radica en el sistema de interacción familiar, no en un miembro de la familia. (La familia como sistema se comentó con mayor detenimiento en el capítulo 3). A pesar de que una persona se identifica normalmente como el miembro con el problema, sus síntomas son un reflejo de una alteración en la unidad familiar. Por ejemplo, un niño cuya conducta era hiperactiva fue remitido para su tratamiento. Aunque fue tratado como el problema, al echar un vistazo a la familia se descubrió una dificultad más general:

*En esta familia el esposo y la esposa no estaban juntos. Él pasaba todo su tiempo preocupado por sus propios padres dependientes. Se sentía agobiado por su esposa y sus tres hijos y sentía que nadie se preocupaba por sus necesidades. La esposa se sentía rechazada y descuidada y se sentía satisfecha ante las payasadas de su hijo pequeño, el niño [remitido para tratamiento]. Las acciones de los otros dos niños mayores, que se comportaban bien, parecían excesivamente maduras. Los problemas en este sistema interconectado podrían verse observando a cualquiera de los miembros, no sólo al niño más pequeño etiquetado como hiperactivo (Andolfi, 1983).*

Esta terapia tiene mucho en común con el enfoque psicodinámico debido a que con frecuencia se concentra en el significado que existe detrás de la conducta de cada uno de los miembros de la familia. El terapeuta familiar trata de obtener una imagen real del problema de la familia. ¿Qué está sucediendo en la familia? ¿Qué sucedía en la familia cuando se presentó el problema? ¿Cómo han respondido los miembros? Con frecuencia, la primera tarea del terapeuta es replantear el problema del niño en términos de una disfunción familiar y ayudar a desarrollar formas más sanas y alternativas de enfrentar estos problemas.

## Eficacia de la terapia con niños

Una de las principales necesidades con respecto a las terapias para niños es su evaluación. Debido a que la investigación en donde se compara la eficacia de las diferentes técnicas está apenas en proceso, no es posible todavía lograr acciones definitivas. Sin embargo, existe una evidencia creciente de que varios grupos de niños son ayudados por diversas intervenciones terapéuticas. Por ejemplo, jugar es de ayuda para los niños pequeños, y en los enfoques cognitivo-conductuales se utilizan técnicas como la exposición y la reestructuración cognitiva que son eficaces con muchos niños que tienen trastornos internalizados marcados por ansiedad y/o depresión (Barrett y cols., 2001; Compton y cols., 2002; Werry y Andrews, 2002). Una buena relación de trabajo entre el niño y el terapeuta facilita en gran medida el cambio conductual y cognitivo (Shirk y Karver, 2003).

Aunque los metilfenidatos son de mayor ayuda en los niños con TDAH, existe generalmente mucha menos información acerca de la eficacia terapéutica con respecto a los trastornos externalizados, y se requiere más investigación sobre el uso de medicamentos con niños. Éstos y los adultos pueden presentar diferentes, e

incluso divergentes, respuestas a medicamentos en particular. En parte, esta diferencia se debe a factores de desarrollo. Por ejemplo, los niños muchas veces metabolizan y eliminan los medicamentos de sus cuerpos con mayor rapidez que los adultos. Además, requieren de dosis que tomen en cuenta sus niveles de desarrollo corporal más que las dosis estándares establecidas para los adultos.

Aunque sabemos por estudios basados en investigación que las intervenciones terapéuticas pueden ser útiles, una comparación de los resultados de estos estudios basados en la investigación con los resultados de la terapia infantil en la práctica clínica sugieren que bajo estas condiciones de mundo real, los resultados de la terapia para niños no son consistentemente positivos (Weisz y cols., 1995). En realidad, incluso en ambientes clínicos existen muchos reportes que demuestran que los niños reciben una ayuda significativa por parte de la intervención terapéutica. Por ejemplo, en un estudio realizado a niños con problemas de conducta y sus familias, fueron significativas las mejorías de niños, padres y del funcionamiento familiar. (Kazdin y Wassell, 2000). Los niños no sólo se benefician considerablemente sino que los padres y la familia en su conjunto también lo hacen, aun cuando el enfoque del tratamiento se concentre en el niño. Una tarea actual de los investigadores debe ser identificar los componentes claves del éxito de la terapia para niños y adolescentes, y probar formas más eficaces de incorporar estos componentes a los ambientes clínicos.

## El mensaje con el que nos quedamos

Uno de los desarrollos recientes más positivos en la psicología ha sido la atención cada vez mayor que se le otorga a los trastornos de la infancia. Muchas veces, cuanto más pronto se enfrentan los problemas, mayor probabilidad tendrá el tratamiento de ser eficaz. Sin embargo, siempre debe tenerse en cuenta que la conducta y los procesos mentales cambian mientras el niño se desarrolla, y que no siempre es claro cuándo deben aplicarse los mismos términos de diagnóstico a lo largo de un rango de edad. También debe reconocerse que los niños muchas veces desarrollan problemas que desaparecen o que se erradican sin necesidad de ninguna intervención. La información acerca de diversas preguntas es útil para decidir si un niño necesita ayuda clínica, y en caso de ser así, qué tipo de ayuda:

1. ¿Qué tan común es la dificultad del niño, por ejemplo, cuál es su epidemiología?
2. ¿Cuál es el probable curso a largo plazo de la dificultad? ¿Es probable que desaparezca sin intervención clínica?
3. ¿Cuáles son los factores que incrementan el riesgo del niño, por ejemplo, el estado de la familia, escuela o vecindario?
4. ¿Qué influencia tienen los procesos biológicos (como las condiciones médicas y la herencia) en un trastorno particular?
5. ¿Qué tan grande es el deterioro psicológico y social experimentado por el niño como resultado del trastorno?

## R esumen del capítulo

En promedio, una proporción significativa de niños estadounidenses están severamente afectados por uno o más trastornos del DSM en algún momento durante la infancia. Sólo cerca de 40% de los niños que necesitan tratamiento lo recibe. Además, sólo cerca de la mitad de éstos son tratados por personas capacitadas para enfrentar los problemas de salud mental de los niños. Muchos trastornos de la infancia pueden dividirse en *externalizados* o *internalizados*.

### Trastornos externalizados

Los niños que tienen trastornos externalizados muchas veces parecen estar fuera de control, tienen problemas para poner atención y suelen comportarse de manera agresiva y provocar daños a las personas y a sus propiedades.

#### Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Los niños diagnosticados con **trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** muestran una o ambas clases de conducta: 1) problemas severos o frecuentes para poner atención, y 2) una conducta impulsiva o hiperactiva. Los niños tienen cuatro veces más probabilidades que las niñas de padecer este trastorno. El TDAH puede tener efectos negativos serios en la adquisición de habilidades sociales y académicas. Aunque las causas del TDAH son complejas, es probable que la herencia genética tenga algo que ver. El tratamiento más común es el uso de medicamentos estimulantes, como puede ser el metilfenidato (Ritalin). La terapia conductual se utiliza también con éxito con muchos niños. Debido a que los criterios especifican que las conductas se presentan con mayor frecuencia de lo que es normal para la edad del niño y su nivel de desarrollo, el marco de referencia utilizado por la persona que realiza el diagnóstico muchas veces parece determinar si la conducta del niño cumple con los criterios del DSM-IV-TR para el TDAH. Este enfoque generaba preocupaciones acerca del sobreuso tanto del diagnóstico como del medicamento para tratarlo. Los síntomas del TDAH pueden cambiar, pero el trastorno parece persistir durante la edad adulta.

**Trastorno negativista desafiante** Los niños que frecuentemente se comportan de una manera negativa, desafiante, desobediente y hostil pueden tener **trastorno negativista desafiante (TND)**. La frecuencia del diagnóstico de TND tiene su punto más alto a mediados de la adolescencia. A diferencia del TDAH, los porcentajes de TND entre niños y niñas no son muy diferentes. El TND es más común entre los niños que tienen cuando menos un padre con historial de TDAH, TND, trastorno disocial o trastornos adultos como el trastorno antisocial de la personalidad, trastornos relacionados con sustancias o trastorno del estado de ánimo. Tanto los aspectos genéticos como las relaciones padre-hijo pueden ayudar a producir TND durante la infancia.

**Trastorno disocial** En el **trastorno disocial** se violan las normas más importantes de la sociedad así como los derechos básicos de los demás. Tanto el TDAH como el TND se relacionan con frecuencia con el desarrollo posterior del trastorno disocial. Si el comportamiento relacionado con el trastorno disocial se presenta en muchos ambientes, entonces existe una gran probabilidad de que la persona cumpla más tarde con los criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de la personalidad y trastornos del abuso de alcohol y drogas, o que cometa delitos durante la edad adulta. Se utiliza un modelo de vulnerabilidad

o de interacción persona-situación para comprender el trastorno disocial, debido a que se piensa que es provocado por una combinación de falta de habilidades académicas y sociales, factores negativos en el ambiente familiar y factores genéticos. El tratamiento más eficaz parece ser la prevención del desarrollo del trastorno a través de la construcción de habilidades tanto de los niños como de los padres cuando los niños que muestran una conducta externalizada están en una etapa temprana del desarrollo.

### Trastornos internalizados

Los síntomas predominantes de los **trastornos internalizados** incluyen la ansiedad y la depresión. Los trastornos internalizados muchas veces se pasan por alto durante largos periodos debido a que los adultos tienden a pensar en ellos como trastornos menos serios que los trastornos externalizados. Los problemas de los trastornos internalizados tienden a ser *encubiertos*, esto es, relacionados con preocupaciones y pensamientos alterados más que con conductas observables.

**Trastorno de ansiedad por separación** Un trastorno internalizado exclusivo de los niños, el **trastorno de ansiedad por separación**, tiene su síntoma más prominente en la ansiedad excesiva o incluso en el pánico experimentado por niños cuya figura de apego está por retirarse o está ausente.

**Otros trastornos de ansiedad en la infancia** Cuatro trastornos de ansiedad que se presentan en edad adulta —*fobia social*, *trastorno de ansiedad generalizada*, *trastorno por estrés postraumático* y *trastorno obsesivo-compulsivo*— también se encuentran en la infancia. Los niños con **fobia social** tienen más tarde actitudes tímidas ante las personas que no conocen, especialmente otros niños, pero no muestran esta misma ansiedad con miembros de su familia. Los niños con **trastornos de ansiedad generalizada**, como los adultos afectados por el mismo trastorno, tienden a tener síntomas físicos como dolores de estómago, náusea o vómito cuando están en situaciones que involucran presión para el desempeño o que conllevan un riesgo de pérdida de autoestima. El **trastorno por estrés postraumático** en niños tiene síntomas similares al de los adultos, incluyendo revivir el evento traumático, evitar los estímulos relacionados con el trauma y activación emocional incrementada. Aunque los niños muchas veces muestran conductas compulsivas u obsesivas ligeras en el curso normal de sus desarrollo, el **trastorno obsesivo-compulsivo** involucra una intrusión persistente de pensamientos no deseados y conductas ritualistas, que pueden afectarlos de forma tan severa que pueden requerir hospitalización.

**Tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños** La terapia cognitivo-conductual muchas veces es eficaz para tratar niños con trastornos de ansiedad. Las sesiones familiares pueden ser un complemento de las sesiones de terapia individual. Con frecuencia se recomienda el uso de medicamentos antidepresivos para el trastorno obsesivo compulsivo, pero la terapia conductual también puede tener un efecto positivo a largo plazo para este trastorno.

**Depresión** El **trastorno depresivo** en los niños tiende a ser de larga duración. La aparición de la depresión en la infancia o la adolescencia incrementa el riesgo de que el niño pueda 1) sufrir un episodio maniaco o hipomaniaco, y por lo tanto cambiar de una depresión a un trastorno bipolar 2) y tener una depresión recidivante más pronto que

alguien cuyo primer episodio depresivo se haya presentado en edad adulta. Con frecuencia se utilizan algunos medicamentos antidepresivos nuevos (de la clase llamada SSRI) en el tratamiento de niños mayores, aunque no se han obtenido todavía resultados consistentes. La terapia interpersonal y la terapia cognitiva han producido resultados prometedores entre los adolescentes deprimidos.

### Otros trastornos de la infancia

El DSM-IV-TR incluye muchas categorías de diagnóstico que se aplican particularmente a los niños. Éstas incluyen trastornos de conducta alimentaria, diferentes tipos de trastornos de aprendizaje específicos que no son resultado de déficit en las habilidades intelectuales, trastornos del habla y trastornos del movimiento. Uno de los trastornos del movimiento más misterioso es el trastorno de tics, especialmente el trastorno de la Tourette. El trastorno de tics involucra vocalizaciones o movimientos estereotipados, recurrentes, rápidos, repentinos e involuntarios que son experimentados como irresistibles por los afectados. Algunos ejemplos de tics motores incluyen el parpadeo, muecas nasales o gestos faciales más complejos. Entre los tics vocales se incluyen el gruñido, sorber la nariz y aclarar la garganta. Un tipo de trastorno de tic, el **trastorno de la Tourette**, que puede comenzar desde los dos años, puede provocar significativas dificultades sociales a los niños. Un síntoma inusual de este trastorno es la **coprolalia**, que se manifiesta a través de la expresión de obscenidades. Los medicamentos antidepresivos pueden disminuir los síntomas del trastorno de la Tourette.

### Terapia para niños y adolescentes

Debido a que los padres tienen un papel muy importante en la vida de los hijos, muchas veces el tratamiento más eficaz para los problemas

de conducta de la infancia involucra trabajar únicamente con los padres o con los padres y con el niño al mismo tiempo. Muchas técnicas terapéuticas para adultos pueden adaptarse para usarlas con niños. Cuando se trabaja con familias de diversos ambientes culturales, los clínicos tienen que evitar sus propios estereotipos y también tomar en cuenta los valores culturales familiares.

**Terapia de juego** La **terapia de juego** proporciona una forma para que los niños pequeños con habilidades verbales limitadas puedan comunicarse con el terapeuta. También permite a los niños trabajar con eventos traumáticos a través de juegos simbólicos.

**Terapia conductual y cognitivo-conductual** Los métodos conductuales pueden ser eficaces cuando los miembros de la familia están capacitados para utilizarlos con niños agresivos. Muchas veces, los enfoques cognitivo-conductuales utilizan la técnica denominada “pensar en voz alta”, que puede mejorar el desempeño escolar, la relación con los compañeros y la conducta en casa.

**Terapia familiar** El enfoque de los sistemas familiares se dirige a los patrones de las interacciones familiares, más que a un miembro de la familia en particular, como fuente de la dificultad. El terapeuta trata de evaluar la dinámica familiar y después ayudar a los miembros de la familia a desarrollar formas más adaptativas de interactuar.

**Eficacia de la terapia con niños** En general, las intervenciones terapéuticas para niños que se realizan en un ambiente de investigación han demostrado un efecto claramente positivo. Sin embargo, en los pocos estudios clínicos publicados aún se formulan preguntas acerca de la eficacia de la terapia infantil en los ambientes de tratamiento normales para muchos niños.



## Conceptos clave

Coprolalia, p. 506

Depresión, p. 502

Fobia social, p. 497

Terapia de juego, p. 508

Trastorno de ansiedad generalizada, p. 498

Trastorno de ansiedad por separación, p. 496

Trastorno de la Tourette, p. 505

Trastorno disocial, p. 490

Trastorno negativista desafiante (TND),  
p. 489

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC),  
p. 500

Trastorno por déficit de atención con  
hiperactividad (TDAH), p. 481

Trastorno por estrés postraumático (PTSD),  
p. 499

Trastornos externalizados, p. 481

Trastornos internalizados, pp. 481 y 495

## Un buen libro

Mientras que *The Boy Who Couldn't Stop Washing* (1989) describe casos de obsesiones y compulsiones que se presentan en muchos momentos en el curso de la vida, lo más impresionante son sus relatos de niños obligados a vivir con rituales y pensamientos demandantes. Su autora, Judith L. Rapoport, es psiquiatra infantil e investigadora. El título del libro describe a uno de sus pacientes, un niño de 14 años que

pasaba tres horas o más cada día en la regadera y empleaba dos horas para vestirse. Además de ofrecer descripciones clínicas precisas, el libro muestra los efectos del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en las familias de los niños afectados. Aunque hay mucho por aprender acerca del TOC, Rapoport demuestra que muchos de los que tienen el trastorno pueden recibir ayuda, a veces de manera impresionante.



## Trastornos generalizados del desarrollo y retraso mental



Stock Illustration Source, Inc.

### Trastornos generalizados del desarrollo

Trastorno autista  
Trastorno de Asperger  
Trastorno desintegrativo infantil  
Trastorno de Rett  
¿Existe un espectro autista?

### Retraso mental

Causas del retraso mental  
Panorama histórico del retraso mental  
Trastornos con causas genéticas  
Síndrome de X frágil  
Síndrome de Down  
El ambiente fetal y el retraso mental  
Síndrome de alcoholismo fetal

Problemas peri y postnatales  
Desventaja psicosocial  
Tipos de prevención e intervención en el retraso mental  
Programas de intervención temprana  
Programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales  
Reconocimiento y tratamiento de problemas psicológicos  
Las familias de los niños con retraso mental

**El mensaje con el que nos quedamos**

**Resumen del capítulo**

## DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Tal vez la palabra clave en el título de este capítulo es el adjetivo *generalizado*. En él se describirán dos tipos de discapacidades que tienen relación con casi todos los aspectos de la vida de la persona afectada. El trastorno autista se caracteriza por el deterioro de las habilidades sociales y de comunicación, desarrollo del lenguaje anormal y repertorios e intereses conductuales restringidos. Las personas con retraso mental muestran un funcionamiento intelectual por debajo de lo normal y déficit en las habilidades de afrontamiento y de conducta adaptativa. Los problemas tanto de los autistas como de los que tienen retraso mental son evidentes a temprana edad.

*John tiene cinco años. Fue remitido a un psiquiatra infantil debido a un retraso en el desarrollo del lenguaje y a que establece pocas relaciones con sus compañeros. Su madre lo describe como que "vive en una concha" y siente que nunca desarrolló una relación cercana y amorosa con ella. No empezó a hablar sino hasta los tres años e incluso ahora tiene un vocabulario que se limita a sólo aproximadamente 200 palabras. Gran parte de su lenguaje consiste en frases repetitivas que escucha en la televisión, o peticiones o exigencias sencillas. No puede iniciar ni sostener una conversación con niños de su edad ni con adultos.*

*John muestra varios comportamientos e intereses poco comunes. Por ejemplo, siente fascinación por el agua y con frecuencia pasa largos periodos observando cómo gotea en un recipiente. No muestra ningún interés por entretenerse con juguetes en forma normal, sino que prefiere ordenar los objetos en línea recta o bien hablar de modo ininteligible consigo mismo mientras se balancea de atrás hacia delante. (...) Se enoja mucho si en la casa cambian de lugar los muebles y estaba inconsolable cuando sus padres compraron un auto nuevo.*

*Su maestra del jardín de niños dice que tiene una facilidad asombrosa para los números y letras, pero está preocupada porque prefiere estar solo antes que jugar con otros niños. John se comunica muy poco con su maestra y parece extraño y aislado, "en su propio mundo".*

*Cuando John tenía tres años, el médico de la familia le dijo a su madre que era probable que superara estos problemas. Ahora, la madre siente que el pequeño pa-*

*dece de una condición grave y crónica. (Instituto de Medicina, 1990, pp. 26-27).*

La conducta de John es típica del trastorno autista, uno de los trastornos generalizados del desarrollo que se expondrán en este capítulo. Éste está enfocado en los trastornos generalizados del desarrollo y el retraso mental, dos tipos de trastornos que comúnmente se identifican en la infancia o niñez pero que también tienen efectos importantes y permanentes en el progreso del desarrollo y en el nivel de funcionamiento que se puede esperar que los niños adquieran como adultos.

## Trastornos generalizados del desarrollo

Todos los trastornos en este grupo provocan una discapacidad grave y de larga duración en varios aspectos del desarrollo que se espera del niño. Los **trastornos generalizados del desarrollo** son condiciones que se evidencian al inicio del desarrollo del niño y afectan a todos los sistemas importantes que se desarrollan cuando el niño crece (por ejemplo, los sistemas social, del lenguaje y el cognitivo). En algunos casos, los niños que son diagnosticados con estos trastorno parecen desarrollarse de manera normal durante algunos meses y después pueden retroceder en su conducta o desarrollan síntomas anormales conductuales o físicos. En otros casos, los niños con estos trastornos parecen anormales en algunos aspectos desde su nacimiento o al inicio de la vida.

Los niños que tienen trastornos generalizados del desarrollo no tienen las habilidades que necesitan para las interacciones sociales ordinarias y su capacidad para comunicarse con otros está muy deteriorada o ausente. Además, es probable que los niños afectados por estos trastornos se comporten en formas estereotipadas y no puedan adaptar su conducta a las diferentes situaciones. En definitiva, sus conductas sociales y cognitivas son claramente diferentes de las que exhiben la mayoría de los niños de la misma edad. Los trastornos generalizados del desarrollo incluyen el *trastorno autista*, *trastorno de Asperger*, *trastorno desintegrativo infantil*, *trastorno de Rett* y una categoría general llamada *trastorno generalizado del desarrollo, no especificado*. Este último se aplica a los niños que no se adecuan con exactitud a las definiciones en uno u otro de los cuatro grupos pero que su conducta atípica parece estar afectada por el mismo tipo de trastorno en general. La tabla 16-1 muestra las similitudes y diferencias más importantes entre estos trastornos. Por lo general, los trastornos generalizados del desarrollo ocurren con algún grado de retraso mental. Si también está presente el retraso mental, éste es codificado en el eje II del DSM-IV-TR, mientras que el trastorno del desarrollo en sí está codificado en el eje I.

TABLA 16-1

| Características de los cuatro tipos de trastornos generalizados del desarrollo |                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                      |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                                                                | Trastorno autista                                                                                                                        | Trastorno de Asperger                                                 | Trastorno de Rett                                                                                    | Trastorno desintegrativo infantil        |
| <i>Edad de inicio</i>                                                          | Antes de los tres años; por lo general mucho antes                                                                                       | Con frecuencia no se reconoce sino hasta la escuela                   | Por lo general entre el primero y segundo años de edad                                               | Después de los dos años de edad          |
| <i>Diferencias entre géneros</i>                                               | Más frecuente en hombres                                                                                                                 | Probable que sea más frecuente en hombres                             | Típico sólo en mujeres                                                                               | Más frecuente en hombres                 |
| <i>¿Hay presencia de retraso mental?</i>                                       | Con frecuencia, moderado, pero el niño puede tener una inteligencia promedio o arriba del promedio con una capacidad cognitiva irregular | No                                                                    | Sí, severo o profundo después de que inician los síntomas                                            | Sí, después aparecen los síntomas        |
| <i>¿Hay dificultad en la interacción social?</i>                               | Sí, al inicio                                                                                                                            | Sí: discapacidades cualitativas; intereses y actividades restringidas | Sí, pero no es duradera                                                                              | Sí, después de que aparecen los síntomas |
| <i>¿El desarrollo inicial fue normal?</i>                                      | Las diferencias cognitivas y sociales aparecen tempranamente                                                                             | Por lo general                                                        | Sí, pero la desaceleración del crecimiento de la cabeza y un desarrollo lento comienzan muy temprano | Sí, por lo menos durante dos años        |
| <i>¿Desarrollo del lenguaje está afectado?</i>                                 | Retrasado y afectado                                                                                                                     | No                                                                    | Deteriorado de manera grave                                                                          | No al principio                          |
| <i>¿Hay patrones de conducta o movimientos inusuales?</i>                      | Sí                                                                                                                                       | Conductas estereotipadas y repetitivas, retraso motor y torpeza       | Sí, después de que inician los síntomas                                                              | Sí, después de que aparecen los síntomas |

## Trastorno autista

Las personas con **trastorno autista** típicamente muestran un patrón inusual del desarrollo social y cognitivo en la niñez, que se caracteriza por dificultades marcadas en la interacción social y la comunicación. Un repertorio bastante restringido de intereses y actividades también son típicas del trastorno autista. Este trastorno afecta en promedio de dos a cinco personas de cada 10 000. Originalmente, el trastorno autista se consideraba bastante extraño, pero los estudios epidemiológicos más recientes señalan que su porcentaje ha aumentado (Gurney y cols., 2003). No se sabe si este aumento es el resultado de un mayor conocimiento del trastorno o si representa un aumento real.

Alrededor de 70% de las personas con trastorno autista también padecen retraso mental, esto es, el resultado de su CI es de 70 o menor. Sin embargo, el otro 30% de los resultados de CI se clasifican dentro de cualquiera de los rangos de inteligencia de normal a brillante. El trastorno autista no afecta a hombres y mujeres de la misma manera. El porcentaje de trastorno autista es de cuatro a cinco veces más alto en los niños que en las niñas, aunque si éstas son afectadas por el trastorno es posible que tengan un retraso mental más grave.

El primero en describir el trastorno autista fue Leo Kanner, un psiquiatra infantil, en 1943. Kanner estudió casos de niños que presentaban un patrón único de comportamiento, debido al cual eran incapaces de relacionarse de manera ordinaria con personas y situaciones desde los primeros años de vida. Además, de esta “extrema soledad autista”, destacó el “deseo obsesivo de los niños por la conservación de su monotonía”. Kanner consideró el trastorno autista como un tipo de psicosis infantil y creía que la mayoría de los niños autistas eran muy inteligentes. Sin embargo, éstos pertenecen a dos grupos: los que poseen una inteligencia normal o casi normal y los que funcionan en un nivel de retraso. Un área importante para las investigaciones futuras es separar el estudio de estos dos grupos que pueden ser muy diferentes especialmente en el funcionamiento social, a pesar de las similitudes.

**Características del trastorno autista** Los niños con trastorno autista muestran deterioro en las relaciones sociales, la comunicación y las actividades. Los criterios diagnósticos se mencionan en la tabla 16-2. Las personas con trastorno autista presentan una notoria falta de conciencia de la existencia y los sentimientos de los demás. Los niños autistas no buscan a un adulto para que los consuele si se lastiman o están molestos. No les gus-

TABLA 16-2

## Criterios diagnósticos del trastorno autista

Para ser diagnosticado, un niño debe mostrar un total de seis o más características de las categorías 1, 2 y 3. De éstas, por lo menos dos deben ser de la categoría 1 y por lo menos una de las categorías 2 y 3.

1. Alteración cualitativa en la interacción social como se indica a continuación:
  - a. Discapacidad marcada para desarrollar conductas no verbales como el contacto visual, postura corporal y gestos que regulan la interacción social.
  - b. Falla en el desarrollo de las relaciones con los compañeros, que podrían esperarse del nivel de desarrollo del niño.
  - c. Falta de espontaneidad al tratar de compartir con otras personas la diversión, intereses o logros (por ejemplo, señalar las cosas a los demás).
2. Alteración cualitativa en la comunicación como se indica a continuación:
  - a. Retraso o falta de lenguaje hablado no acompañado por intentos de compensación mediante comunicación gestual, mímica, etcétera.
  - b. Para los individuos con un lenguaje adecuado, una alteración notoria para iniciar o mantener una conversación con los demás.
  - c. Uso de lenguaje estereotipado y repetitivo o idiosincrásico.
  - d. Falta de variedad y espontaneidad en los juegos imaginarios o en el juego social de imitación apropiada al nivel de desarrollo de la persona.
3. Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conducta, intereses y actividades como se muestran a continuación:
  - a. Preocupación por uno o más patrones de interés estereotipado y restringido que tiene una intensidad o enfoque anormal.
  - b. Aparente adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
  - c. Preocupación persistente con partes de los objetos.
4. Retraso o funcionamiento anormal que se manifiesta en por lo menos una de las siguientes áreas —interacción social, lenguaje como el que es utilizado en una comunicación social o juego imaginativo o simbólico—, debe haberse iniciado antes de los tres años.
5. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o un trastorno desintegrativo infantil.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

ta que los abracen y evitan el contacto visual, prefieren el juego solitario y comprenden muy poco las reglas sociales. Incluso cuando son muy pequeños, no disfrutan las rutinas de besos y caricias entre padres e hijos. La figura 16-1 muestra que los niños con trastorno autista hacen cada vez menos contacto visual con sus madres que los bebés con síndrome de Down o los que estaban desarrollándose normalmente (el síndrome de Down se ve más adelante en el capítulo). En el autismo, el deterioro del lenguaje es aún más dramático que el del comportamiento social. Alrededor de la mitad de todos los niños autistas no desarrollan ningún lenguaje. Si aprenden a hablar, su lenguaje será probablemente inusual. Por ejemplo, quizá sólo repitan lo que escuchan en los comerciales de televisión. Otra característica del autismo es que presentan un rango de intereses y actividades muy limitado; pueden pasar mucho tiempo haciendo girar algún objeto, moviendo los dedos, girando o balanceando el cuerpo (Frith, 2003).

La monotonía y la rutina son muy importantes. Los niños con trastorno autista pueden resistir el cambio intentando controlar la conducta de los demás. Por ejemplo, una niña empezaba a llorar cada vez que su mamá no colocaba su pie derecho en el escalón cuando ella empezaba a subir las escaleras en la entrada de su casa. A otro niño, una pequeña reubicación de los muebles, como mover la silla de la sala a otro lugar, le provocaba un arranque de enojo y una rabietta. Una explicación de la importancia de la monotonía

y rutinas de quienes padecen de este trastorno y también de su aparente falta de deseo de contacto social puede ser que estas conductas sean un intento de controlar la exposición a una sobreestimulación. El relato de Temple Grandin en el cuadro 16-1 hace hincapié en este tipo de rigidez. En general, la capacidad de los individuos autistas es limitada por su incapacidad para desarrollar relaciones con sus compañeros, su retraso o falta total de lenguaje

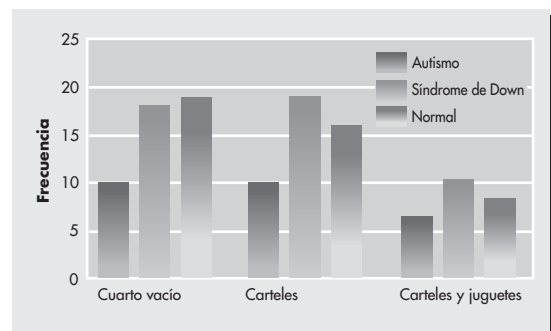


**Figura 16-1** Frecuencia promedio en que los niños con autismo y síndrome de Down vieron a sus madres en un ambiente de laboratorio. Se establecieron tres escenarios, que incluyeron un cuarto vacío a excepción de los muebles básicos, el mismo cuarto con carteles en la pared y también con carteles y juguetes.

FUENTE: Adaptación de Dissanayake y Crossley (1999).



## RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

## Vivir con autismo: dos experiencias

El autismo ha tenido un efecto profundo en las vidas de quienes nacen con este trastorno. Muchas personas que lo padecen también tienen retraso mental, pero algunas tienen una inteligencia promedio o arriba del promedio. En algunos casos, los afectados, especialmente si tienen una inteligencia arriba del promedio, pueden inventar técnicas especiales que les ayudan a compensar las dificultades en el lenguaje y pensamiento abstracto que son parte de este trastorno. Las dos personas aquí mencionadas tuvieron acceso a recursos expertos y contaban con familias que los apoyaron, por lo cual muestran resultados muy diferentes. Por lo menos en parte, esto ocurre debido a la combinación de vulnerabilidad y resiliencia que parecen aumentar o disminuir algunos efectos del trastorno autista. Sin embargo, hasta que se sepa más sobre las causas de este trastorno, es imposible decir con exactitud cómo sucede en los resultados en particular. Aunque se ha escrito mucho sobre los niños autistas, hay poca información disponible sobre su vida de adultos. Estas dos personas cuyas historias se resumen aquí, ayudan a proveer información sobre vivir con autismo como adulto o adolescente mayor.

## Temple Grandin

Temple Grandin, quien tiene un doctorado en ciencia animal, ha construido su reputación profesional como una de las principales diseñadoras mundiales de instalaciones de manejo de ganado. La figura 16-2 la muestra mientras observa el comportamiento del ganado en su corral. También ha escrito dos libros sobre autismo, ha dado pláticas a una variedad de grupos de padres de niños autistas para aumentar su comprensión sobre este padecimiento y conferencias para el público en general.

Grandin describe de esta manera el proceso de crecer con autismo y algunos de los problemas cognitivos que enfrentó:

*Entre el año y medio y los tres presenté muchas de las conductas autistas estándar, como fijación por los objetos que giran, rechazo a que me tocaran o a abrazaran, berrinches, incapacidad para hablar, hipersensibilidad a los ruidos repentinos, apariencia de sordera y un interés intenso por los olores. [...]*

*De los tres a los tres años y medio mi conducta mejoró mucho, pero no aprendí a hablar sino hasta los tres y medio. Entre los tres y cuatro años, mi conducta era más normal, hasta que me cansaba. Cuando lo hacía, regresaban las explosiones de conducta impulsiva...*

*En la universidad estaba en la lista de honor del Decano, pero me fue difícil cumplir con el requisito de aprender un idioma extranjero. Pude cumplirlo con notas regulares. También fue muy difícil aprender cosas secuenciales como las matemáticas. Mi mente es por completo visual y el trabajo espacial como el dibujo es fácil. En seis meses aprendí dibujo mecánico yo sola. He diseñado enormes instalaciones de acero y concreto para el ganado, pero todavía me es difícil recordar un número telefónico o sumar números en mi cabeza. Tengo que escribirlos. Toda la información que logro memorizar es visual. Si tengo que recordar un concepto abstracto "veo" la página del libro o las notas que tengo en la mente y "leo" la información que contienen. Las melodías son lo único que puedo memorizar sin una imagen visual. Recuerdo muy poco de lo que oigo a menos de que me excite en el aspecto emocional o pueda formar una imagen visual. En la clase tomo detalladamente mis notas porque olvido el material auditivo. Cuando pienso en conceptos abstractos, como las relaciones humanas, empleo modelos visuales. Por ejemplo, las relaciones entre las personas son como una puerta corrediza de vidrio. La puerta se debe abrir con gen-*

*tileza, pues si la pateas se pueden destrozar. Si tengo que aprender un idioma extranjero, tendrá que ser por medio de la lectura y hacerlo visual. (Grandin, 1984, pp. 144-145).*

Algunas de las experiencias de Grandin con el trastorno autista le han ayudado a entender la conducta animal, en especial cuando sufren estrés. Ella observaba que al igual que la mayoría de los niños autistas, a ella no le gustaba que la tocaran o que la abrazaran. Por otra parte, la sensación de sentirse encerrada en un pequeño espacio era relajante y le proporcionaba alivio a su ansiedad.

*Cuando tenía seis años me enredaba en mis mantas y me metía debajo de los cojines del sofá porque la presión era relajante. En la primaria, de día solía soñar por horas en construir algún aparato que pudiera ejercer presión en mi cuerpo. Visualizaba una caja con un revestimiento inflable en el que me pudiera acostar. Sería como estar completamente encerrada en una férula inflable. [...]*

*Después de visitar el rancho de mi tía en Arizona, tuve la idea de construir tal aparato, dibujado después de ver el contenedor en donde encerraban a las vacas. Cuando vi cómo ponían a las vacas ahí para vacunar-*



**Figura 16-2** Temple Grandin, que en la foto revisa al ganado en un redil, ha combinado su carrera profesional de diseño de instalaciones para el trato humano de los animales en corrales y establecimientos donde se procesa la carne con el activismo como defensora y educadora del trastorno autista.

FUENTE: De *Thinking in Pictures*, de Temple Grandin. Nueva York: Doubleday, 1995. Fotografía® de Rosalie Winard.

## CUADRO 16-1

las, me di cuenta de que algunas de ellas se relajaban cuando estaban presionadas contra los paneles laterales. Considero que allí realicé mi primera conexión con esas vacas, debido a que unos días más tarde tuve una fuerte crisis de pánico y me metí al contenedor del rancho. (Grandin, 1995, pp. 62-63).

Esta idea fue útil para Grandin en su carrera profesional como diseñadora de corrales para ganado.

Además, descubrió que las palabras sólo tenían significados muy literales. Aprender nuevas cosas sólo era posible si visualizaba lo que oía.

Las palabras espaciales como “encima” y “debajo” no tenían significado para mí hasta que tenía una imagen visual para poderlas fijar en mi memoria. Aún ahora, cuando escucho sólo la palabra “debajo”, automáticamente me veo debajo de las mesas de la cafetería de la escuela durante un ensayo de evacuación de ataque aéreo, un acontecimiento común en la era de los años 50 en la costa este. [...]

También visualizo los verbos. La palabra “saltar” provoca un recuerdo del salto de obstáculos en una simulación de las olimpiadas que se realizaba en la primaria. Los adverbios provocan imágenes inadecuadas —“rápidamente” me recuerda a Quick de Nestlé— a menos de que venga con un verbo, el cual modifica mi imagen. Por ejemplo “él corrió rápidamente” provoca una imagen animada de Dick, de mi libro de lectura de primero corriendo rápido y “él caminaba lentamente” disminuye la imagen. Cuando era niña omitía palabras como “es”, “el” y “lo” porque solas no tenían significado alguno. De manera similar, palabras como “de” y “un” no tenían sentido. Con el tiempo aprendí a utilizarlas de manera correcta porque mis padres siempre hablaban bien el inglés y yo copiaba sus patrones de lenguaje. Hasta el presente ciertas conjugaciones, como “ser”, para mí no tienen significado alguno.... [...]

Es como Raymond, el estudiante autista que es personificado en la película Rain Man, que utilizaba una estrategia similar para memorizar directorios telefónicos, mapas y otra información. Él simplemente fotocopiaba toda la página del libro en su memoria. Cuando quería encontrar cierto número, sólo escaneaba el directorio telefónico que estaba en su memoria. Para obtener información de mi memoria tengo que volver a ver el video. Obtener hechos con rapidez en ocasiones es difícil porque tengo

que revisar pequeños fragmentos de los videos hasta que encuentro el correcto, lo cual toma tiempo. (Grandin, 1995, pp. 30-31).

Grandin ha podido convertir esta deficiencia en un atributo positivo para su trabajo profesional, debido a que su dificultad con el simbolismo le facilitó entender la forma en que las vacas perciben su alrededor en un matadero.

Otra área problemática para los autistas, aun para las personas bien adaptadas y exitosas como Grandin, son las situaciones sociales:

*Las interacciones sociales que realizan de manera natural la mayoría de las personas pueden ser desmoralizantes para los autistas. Cuando era niña, era como un animal que no tenía instintos que me guiaran; aprendí por ensayo y error. Siempre estaba observando, tratando de la mejor manera de comportarme pero nunca encajaba. Tenía que pensar sobre cada interacción social. [...]*

*Me mantuve soltera porque hacerlo evitaba muchas situaciones sociales compli-*

*cadadas que son muy difíciles de manejar para mí. Para la mayoría de los autistas, la cercanía física es también una dificultad, como entender las conductas sociales básicas. En las convenciones, he hablado con muchas mujeres que han sido violadas en una cita porque no entendían las sutiles insinuaciones de interés sexual. Asimismo, los hombres que quieren una cita, con frecuencia, no entienden cómo relacionarse con una mujer. (Grandin, 1995, pp. 132, 133).*

El éxito de Grandin no es típico de una persona autista, pero ejemplifica cómo un individuo con una vulnerabilidad biológica puede capitalizar sus fortalezas no sólo para adaptarse sino para desarrollar habilidades que la mayoría de las personas no poseen.

### Ted Hart

Como Temple Grandin, Ted Hart creció en una familia que lo apoyaba (la figura 16-3 lo muestra con su padre en una visita a su casa). Aunque el padre, Charles Hart, había

*continúa*

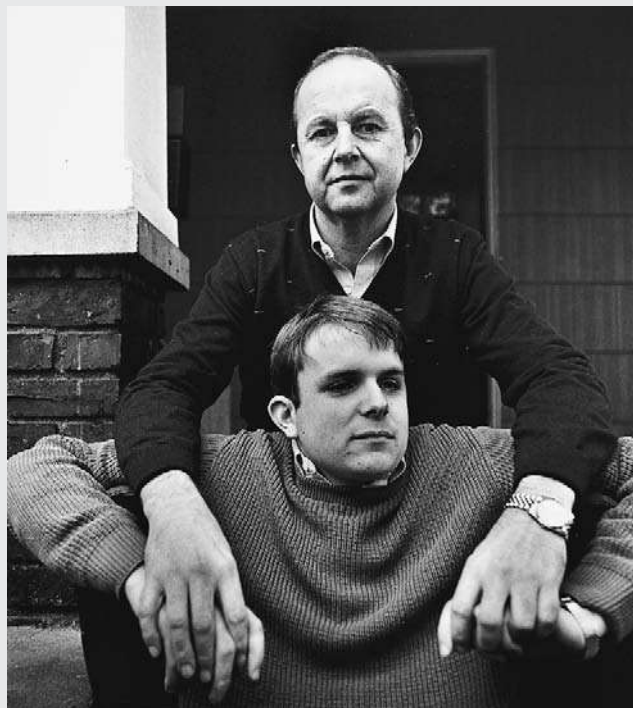


**Figura 16-3** Ted y Charles Hart durante una de las visitas a la casa de Ted. Charles Hart, que tiene un hijo y un hermano con trastorno autista, ha sido líder en el estímulo a la comprensión de este padecimiento y a la mejora de los establecimientos comunitarios que beneficiarán a quienes lo padecen y a sus familias. Escribió un libro en el cual describe su experiencia con su hijo y su hermano (Hart, 1989).

RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD *continúa*

## CUADRO 16-1

crecido con un hermano autista, en la infancia de Ted, el autismo aún no se reconocía con facilidad. Los señores Hart, a pesar de haber consultado a muchos profesionales durante años, tenían poca información sobre cómo manejar los síntomas de Ted. Incluso como un joven adulto con una familia que lo apoyaba y ayuda experta en la comunicación y otras habilidades, Hart continúa gravemente incapacitado. Vivió en un centro especial para jóvenes discapacitados durante varios años. Ahí se le estimularon sus habilidades de cuidado independiente, como consecuencia de lo cual aprendió a hacer su cama y a lavar su ropa.

Debido a lo desigual que eran sus habilidades cognitivas, aun los padres experimentados del centro especial juzgaban mal su capacidad para entender. Por ejemplo, en una ocasión, cuando su madre fue a recogerlo para el fin de semana y le ofreció empacar se dio cuenta que toda su ropa, tanto en el clóset como en los cajones, estaba muy mojada, como si la acabara de sacar de la lavadora.

*Sin poder obtener mayor información de Ted, Sara (su madre) le pidió a uno de los padres del centro que la ayudaran. Poco a poco entendió el misterio. Habían pasado varias semanas enseñando a Ted a lavar su ropa, reduciendo de manera gradual la supervisión después de que había memorizado todas las instrucciones y demostrara que las podía seguir él solo.*

*El análisis de la tarea incluía cada uno de los pasos que la persona tenía que realizar. Sin embargo, no incluía las medidas de seguridad en caso de alguna falla mecánica.*

*El día que Ted lavó su ropa sin supervisión, la secadora no funcionaba.*

*Despreocupado del cambio, siguió las instrucciones que había memorizado al pie de la letra. Cuando el timbre de la secadora, que no funcionaba sonó, retiró de manera obediente la ropa empapada y la colocó en su cómoda.*

*Nadie había considerado la posibilidad de que pudiera hacer algo así. Nadie se dio cuenta de que tenía que ser “programado” para asegurarse si la ropa estaba seca. Para el personal del centro esto era un paso muy obvio que nadie había considerado que Ted pudiera malinterpretar.*

*El sentido común de Ted debió haberle dicho que algo estaba mal. Pero su autismo le impidió desarrollarlo o entender lo obvio. Aunque era capaz de memorizar reglas y procesar una serie de instrucciones, no podía elaborar un simple juicio. (Hart, 1989, pp. 195-196).*

Tal como Grandin, Hart comprobó que las interacciones sociales eran difíciles. Aprendió expresiones sociales apropiadas, pero era obvio que las separaba de su significado y las utilizaba de manera mecánica.

*Conforme crecía, Ted aprendió ciertas frases sociales, como “¿cómo está usted?” y “bien gracias”, que no tienen un significado literal. Son cumplidos como “por favor” y “gracias” que deben utilizarse en una conversación educada. No nos dimos cuenta de cuánto se separaba el uso social de estas expresiones de su origen literal hasta que una noche Sara lo llamó...*

*Una amistad de la familia le había regalado a Ted un terrario con dos salamandras para Navidad. Le enseñamos a Ted cómo cuidar a las mascotas y lo hizo muy bien. [...]*

*Ted había nombrado a las salamandras Rick y Sasha, y parecía que las disfrutaba más que otras posesiones. Sin embargo, un día Sasha murió de causas desconocidas y Rick parecía letárgico y poco saludable.*

*Sara se preocupó porque Rick pronto podría morir, ante lo cual tendrían que comprar un reemplazo, así que llamó a Ted y le preguntó “¿cómo está Rick?”*

*“Está bien”. Luego dijo: “Murió el día de hoy”.*

*Ted suponía que la respuesta adecuada a la pregunta de Sara “¿cómo está Rick?” debía ser “está bien” (Hart, 1989, p. 281).*

Así como Grandin, Hart tiene deterioros provocados por el autismo. Aunque ambos tienen aptitudes bastante diferentes, hay ciertas similitudes generales en la forma en que piensan e interactúan con otros. Grandin, cuyo autismo era menos grave, que se convirtió en una profesional exitosa en una carrera exigente, puede decir más sobre sus propias reacciones. Para poder entender las habilidades y dificultades de Hart, es necesario confiar en las descripciones de los demás. Igual que Grandin, el padre de Hart fue un activo promotor del entendimiento del trastorno autista y de la mejora de los centros especiales y las oportunidades para los que padecen de este trastorno.

hablado, y su adhesión a rutinas o rituales inflexibles específicos que parecen no tener una función obvia. Por lo general, estos retrasos del desarrollo y anormalidades conductuales son notorios antes de los tres años.

Diversas perspectivas teóricas han contribuido a muchos de los cientos de estudios de investigación enfocados en el autismo. Los temas de particular interés para los investigadores incluyen déficit cognitivos, dificultades del lenguaje, déficit en las relaciones interpersonales, diagnóstico del autismo y factores biológicos que pueden ayudar a explicar la conducta autista. La investigación reciente sugiere que el autismo podría no ser un trastorno autónomo, sino un espectro de características que, en combinación con los factores del ambiente social, podrían generar varios niveles de perturbación y de habilidades (Constantino y Todd, 2003). El autismo puede estar conformado por varios trastornos relacionados, no uno solo.

**Déficit cognitivos** Los investigadores han tratado de entender los aspectos de la cognición que subyacen al autismo. Los déficit de la *teoría de la mente* y de las *funciones de ejecución* han sido el aspecto especial de la investigación en los últimos años. La **teoría de la mente** se refiere a la capacidad de atribuir estados mentales, como el deseo, conocimiento y creencia, a sí mismo y a otras personas como una forma de explicar la conducta. Esta capacidad puede verse al final del primer año de vida pero se desarrolla mejor entre los tres y cuatro años. En ocasiones, la marcada deficiencia de los niños autistas en ella se denomina “ceguera mental” (Baron-Cohen, 1995).

A pesar de que la capacidad para entender lo que los demás están pensando y por qué reaccionan de cierta manera (como se describe en la teoría de la mente) es muy importante, es sólo uno de los diferentes tipos de déficit que los niños autistas experimentan. Otro déficit cognitivo se encuentra en las funciones de ejecución.



Las **funciones de ejecución** son operaciones cognitivas (como planeación, inhibición de la respuesta, flexibilidad y memoria de trabajo) que se considera son dirigidas por la corteza prefrontal. Muchos niños y adultos autistas tienen problemas en la planeación y organización, en el uso de la retroalimentación y en el cambio de su centro de atención. Sin embargo, estos déficit no explican las preocupaciones obsesivas y patrones repetitivos de conducta que son característicos del autismo. Los investigadores intentan ir más allá de su concepto general de funciones de ejecución (a las áreas más específicas del procesamiento de información y de la neuropsicología cognitiva) para intentar entender cuáles componentes de las funciones de ejecución están dañadas y cuáles funcionan como se espera en el desarrollo normal. La investigación neuropsicológica se enfoca en clasificar las relaciones entre las estructuras cerebrales y las funciones psicológicas y conductuales observables. La flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo son dos de las áreas en las que cada día se profundiza más en este tipo de investigación.

La mayoría de los niños con autismo también muestran déficit en el juego simbólico aunque no es clara la naturaleza exacta de este problema. Por lo general, en el transcurso normal de su desarrollo los niños avanzan de lo que se conoce como juego funcional, como deslizarse en un carro en el suelo o colocar el auricular del teléfono en el oído, al juego simbólico, en el que pueden utilizar objetos a su alcance para realizar las mismas acciones. Con este objeto sustituto, como se le llama, los niños muestran que pueden “hacer como si”, en su juego, un objeto, como un cubo, sustituye o funciona como otro objeto, como un automóvil o una tasa. Progresan de utilizar un objeto funcional, a utilizarlo de manera simbólica. Aunque los niños por lo general realizan en gran medida el juego simbólico espontáneo, en el autismo éste es casi inexistente. En los niños que se desarrollan de manera normal, la capacidad para utilizar el juego simbólico parece ocurrir al mismo tiempo que se manifiestan las primeras etapas de adquisición del lenguaje. Los niños autistas tienen dificultad para iniciar el juego simbólico.

Los autistas parecen desarrollar de manera desigual sus habilidades cognitivas. Algunos de ellos, a pesar de que sus funciones cognitivas están deterioradas, tienen habilidades inusuales que parecen limitarse a áreas muy específicas, con frecuencia la de la memoria. Por ejemplo, aunque Ted Hart, a quien se describe en el cuadro 16-1, está bastante afectado por el autismo y no puede vivir de manera independiente, tiene una capacidad inusual de memoria:

*Ted parecía desarrollarse en forma normal hasta que tuvo casi tres años. Entonces, sus padres se empezaron a preocupar porque todavía no demostraba ningún interés por jugar con otros niños y había comenzado a utilizar patrones de lenguaje poco comunes y a mostrar otros comportamientos inusuales. A los nueve años podía leer y recordaba la ortografía de los nombres de cinco sílabas en griego de los dinosaurios, pero no podía atarse las agujetas ni diferenciar la fantasía de la televisión ni de los libros de la realidad. A los 19, conoce el número de dedos que tienen en las patas los animales exóticos y sabe en qué día de la semana caerá el cumpleaños de una persona durante varios años en el futuro. (Adaptación de Seattle Times, 9 de enero de 1990, p. H1).*



**Figure 16-4** De niño, a Jonathan Lerman le diagnosticaron autismo. Aunque tenía, y continúa con dificultades para comunicarse de manera verbal, ha mostrado un gran talento artístico. En su adolescencia dibujó esta caricatura de John Lennon (Rexer, 2002).

La presencia de estas capacidades *eruditas* (áreas de talento sorprendente de individuos con bajo funcionamiento) son por lo menos 10 veces más comunes en los niños autistas que en otras discapacidades mentales (Scheuffgen y cols., 2000). Las habilidades más conocidas incluyen la música, dibujo y cálculo de calendario (ver la figura 16-4). Otras capacidades fuera de lo previsto en el desarrollo general que pueden ser aún más frecuentes incluyen habilidad para los rompecabezas, memoria para rutas u horarios y un conocimiento superior de las palabras. Algunas veces estas capacidades dan la impresión de una inteligencia normal o superior aun en los niños autistas que parecen tener retraso.

**Dificultades de lenguaje** El lenguaje es un problema importante de quienes padecen de autismo (Rapin y Dunn, 2003). Más de la mitad de los niños autistas permanecen mudos y muchos de ellos tienen un retraso significativo en el desarrollo para empezar a hablar. En el caso de los que sí hablan, siguen presentes aspectos específicos del trastorno de lenguaje. El lenguaje de los niños autistas tiende a ser estereotipado, repetitivo e idiosincrásico. Tienen dificultad para comprender el significado de lo que los demás dicen, que abarca desde entender instrucciones simples hasta incapacidad para entender chistes. Por lo general los chistes requieren de la existencia de un pensamiento simbólico. Por lo tanto, incluso los niños con un desarrollo normal no entienden el humor de un chiste hasta los primeros años de la primaria, cuando los chistes sutiles empiezan a entenderse como lo que son. La hipótesis de la teoría de la mente sobre los autistas ha sido importante para entender estas dificultades del lenguaje. La falta de capacidad para entender cómo piensan y sienten los demás dificulta aprender que el lenguaje es un medio para compartir información, pensamientos y sentimientos, e interactuar con los demás. En lugar de considerar la perspectiva del oyente, las personas afectadas por el autismo tienden a hablar sobre sus propios intereses sin considerar el papel del oyente en la conversación. Las dificultades de lenguaje son



sólo uno de los problemas que contribuyen a aumentar las dificultades sociales que genera el autismo.

**Déficit sociales y afectivos**    En los primeros años de vida, los niños autistas muestran dificultades para interactuar con otras personas. En su infancia, los niños que más adelante son diagnosticados con autismo pueden no estar interesados en juegos que la mayoría de los niños disfrutan, como canciones y juegos de cuna. Por lo general, parece que a los niños les gustan estos juegos por su naturaleza interactiva. Los juegos requieren **conductas de atención compartida**, que involucran la coordinación de la atención entre el niño, otra persona y un objeto o evento. Por lo general, estas conductas se desarrollan antes del lenguaje y son de dos tipos, ya sea seguir la conducta de otra persona o iniciar la conducta. Es probable que los niños autistas tengan deficiencias en ambos tipos de conductas de atención compartida.

La falta de intereses interactivos normales y de capacidades en los bebés y niños pequeños con autismo puede ser una pista valiosa para el rápido diagnóstico y tratamiento de este trastorno. Los investigadores han descubierto que es posible identificar a los niños que más adelante serán diagnosticados con autismo cuando cumplen un año de edad. Investigaciones anteriores han demostrado que la mitad de los padres con hijos autistas sospechan del problema antes de que su hijo cumpla un año y que la mayoría de ellos empezaron a expresar su preocupación a su pediatra cuando sus hijos tenían sólo 18 meses.

**Diagnóstico del autismo**    El diagnóstico puede ser difícil porque aunque muchos niños autistas tienen cierto retraso, por lo general parecen ser normales físicamente y su desarrollo motor ocurre en el momento adecuado. A edad temprana pueden parecer normales con algunas conductas extrañas. Mirar hacia la nada y mecerse hacia atrás y hacia adelante son conductas autistas estereotipadas que los niños normales también llevan a cabo. Los niños normales también golpean su cabeza, que es común a una edad temprana. Sin embargo, también tienen contacto visual y señalan objetos, conductas que son raras en los niños autistas. Debido a que los profesionales hacen caso omiso de las preocupaciones de los padres sobre lo que ellos perciben como un desarrollo anormal en su hijo, los investigadores han desarrollado una lista de chequeo de conductas infantiles que, mientras que pueden ser parte de un desarrollo normal, les preocupan a los padres conscientes y definitivamente vale la pena explorarlas más a fondo como probables señales de peligro. La tabla 16-3 presenta una lista de chequeo con las señales de peligro que los padres pueden reportar. Las herramientas de exploración, como ésta, pueden utilizarse cada vez que un pequeño es examinado de rutina ya que la identificación de las primeras señales de autismo es muy importante. Muchos investigadores creen que las intervenciones deben iniciar lo antes posible en la vida de los niños autistas para que éstos puedan llegar a su total potencial (Filipek y cols., 1999). A pesar de esta importancia, la edad promedio de diagnóstico en Estados Unidos es de 3 a 4 años, y en otros países mucho más tarde. En un estudio que se realizó en Inglaterra, la mayoría de los padres de niños autistas reportaron que se les aseguró que su hijo “con el tiempo podría perder esos

**TABLA 16-3**

**Preocupaciones de los padres que son alerta roja para el autismo**

**Preocupaciones por la comunicación**

- No responde a su nombre
- No puede decir lo que desea
- Retraso en la adquisición del lenguaje
- No sigue instrucciones
- En ocasiones parece sordo o que no escucha, pero no en otras
- No señala ni dice adiós con la mano
- Deja de decir algunas palabras que ya conocía

**Preocupaciones sociales**

- No sonríe socialmente
- Prefiere jugar solo
- Obtiene cosas para sí mismo
- Es muy independiente
- Tienen poco contacto visual
- Parece estar en su propio mundo
- Excluye a sus padres
- No está interesado en otros niños

**Preocupaciones conductuales**

- Tiene frecuentes berrinches
- Es hiperactivo, no coopera o negativista
- No sabe cómo jugar con juguetes
- Se estanca constantemente
- Camina de puntitas
- Tiene un apego inusualmente intenso a juguetes específicos
- Alinea juguetes y otros objetos más que jugar con ellos
- Es demasiado sensible a ciertas texturas y sonidos
- Tiene patrones de movimientos extraños

**Indicadores absolutos para una mayor evaluación inmediata**

- No balbucea a los 12 meses
- No gesticula (señalar, movimiento para decir adiós, etc.) a los 12 meses
- No pronuncia ninguna palabra a los 16 meses
- No dice frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses
- CUALQUIER pérdida de CUALQUIER habilidad social o de lenguaje a CUALQUIER edad

FUENTE: Adaptación de Filipek y cols. (1999), p. 452.

síntomas” que los preocupaban, o fueron canalizados a otro profesional que les pudiera dar esa certeza (Howlin y Moore, 1997). Aun en los casos donde se dio un diagnóstico, no ofreció ninguna

ayuda en lo que se refiere a educación o terapia, ni se canalizó a los padres a un grupo de apoyo.

Un método creativo de evaluación para detectar de manera temprana el autismo ha sido desarrollado por algunos investigadores que han estudiado las primeras señales del trastorno. Los investigadores sabían que la mayor parte de la conducta que mejor predice el autismo es el poco contacto visual. Querían determinar si la misma característica conductual identificaría a los niños muy pequeños que más adelante serían diagnosticados con autismo. Para poder hacer esto, compararon los videos del primer cumpleaños de 11 pequeños que más adelante fueron diagnosticados con autismo, con los de 11 niños que se desarrollaron de manera normal (Osterling y Dawson, 1994). La figura 16-5 muestra un ejemplo de los tipos de imágenes que utilizaron. Las grabaciones de los cumpleaños fueron escogidas para el estudio sobre las de otras actividades, ya que los padres por lo general no pueden recordar cuándo las hicieron o qué edad tenían los niños en ese momento. El ambiente de la fiesta también redujo de cierta manera la variabilidad de los ambientes en los que se observaron a los niños.

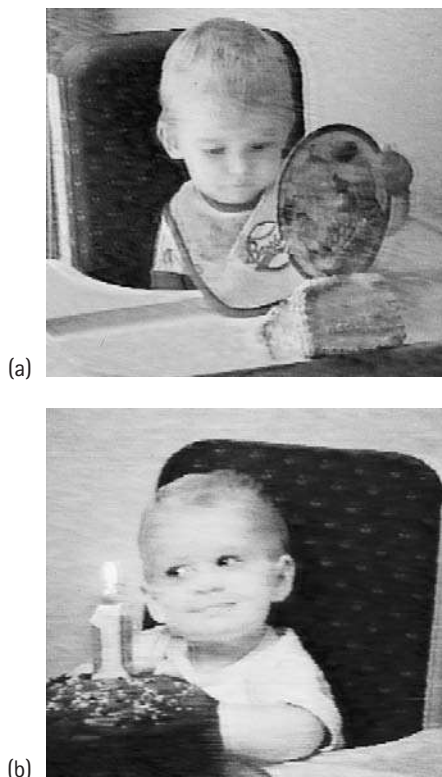


**Figura 16-5** Los videos de niños en la fiesta de su primer cumpleaños han sido utilizadas para detectar las primeras señales de autismo. Note la diferencia entre la conducta del niño en la foto (a) que luego fue diagnosticado con autismo, y el niño de la foto (b) cuyo desarrollo fue normal. El niño autista, en esta fotografía y en la cinta de video, tendía a enfocarse en los objetos más que en las personas. En contraste, el niño de la fotografía (b) pasó la mayor parte del tiempo de la grabación observando a las personas reunirse en la fiesta y compartir su alegría.

Los investigadores han desarrollado un sistema de códigos para detectar la presencia o ausencia de ciertas conductas apropiadas de desarrollo y conductas autistas. Los evaluadores que no sabían del diagnóstico observaron a los niños en los videos de las fiestas y codificaron el número de veces que un niño exhibía cierta conducta. Después de utilizar las codificaciones de los videos, los resultados del estudio mostraron la ausencia de cuatro conductas (contacto visual, mostrar un objeto a otra persona, señalar objetos y responder a su nombre) que pudo identificar con 91% de certeza a los niños que más adelante fueron diagnosticados como autistas. Una sola conducta (el número de veces que el niño miró la cara de otra persona) podría clasificar correctamente 77% de los niños en un grupo ya sea autista o no autista.

Parece que los niños autistas nunca desarrollan el juego social con otros niños. El recuadro 16-1 muestra que aun para alguien como Temple Grandin, que ha vencido la mayoría de las dificultades del autismo, interactuar con otros y seguir los convencionalismos sociales generales que la mayoría de las personas parecen aprender sin que se les enseñe, son obstáculos que pueden superarse sólo con la práctica y una preparación minuciosa. Como resultado, muchos niños autistas con frecuencia prefieren actividades solitarias.

Aunque hay un acuerdo general de que el autismo es causado por una disfunción del sistema nervioso central, hay diferencias de opinión en lo que se refiere a las características que los definen y la cadena causal que une la disfunción cerebral con las características conductuales (Kabot y cols., 2003). Los clínicos definen el autismo en tres diferentes niveles interdependientes: trastorno neurológico, psicológico e interpersonal o social. Como se mencionó con anterioridad, el autismo puede ser visto como un espectro, pero no necesariamente un espectro que sólo va de leve a severo.

**Perspectiva biológica del autismo** La perspectiva biológica del autismo ha sido investigada de diferentes maneras. Entre éstas, los dos tipos de estudio más relevantes son los que se enfocan en la estructura y el funcionamiento cerebral, y los que investigan sus aspectos genéticos.

**Estructura y función cerebral** Los estudios de los cerebros de individuos autistas, tanto los que utilizaron técnicas de imagenología para examinar los cerebros vivos como los estudios de laboratorio del tejido cerebral y su estructura realizados después de la muerte, muestran diversas anomalías. El problema con estos resultados es que en la mayoría de ellos no se encontró consistencia entre un estudio y los otros. Un área en la que estuvieron de acuerdo sobre los estudios de imagen es que los cerebros de quienes padecen autismo tienden a ser más grandes que los del promedio y que esta anomalía se debe al mayor tamaño de los lóbulos temporales, parietales y occipitales (Courchesne y cols., 2003). El inicio clínico del autismo parece seguir dos etapas del crecimiento cerebral anormal: un tamaño reducido de la cabeza al nacer y un repentino y excesivo aumento de sus dimensiones entre el primero y el segundo mes y nuevamente a los seis y 14 meses de edad. Este crecimiento anormalmente acelerado puede servir como una señal de alerta del riesgo de autismo.

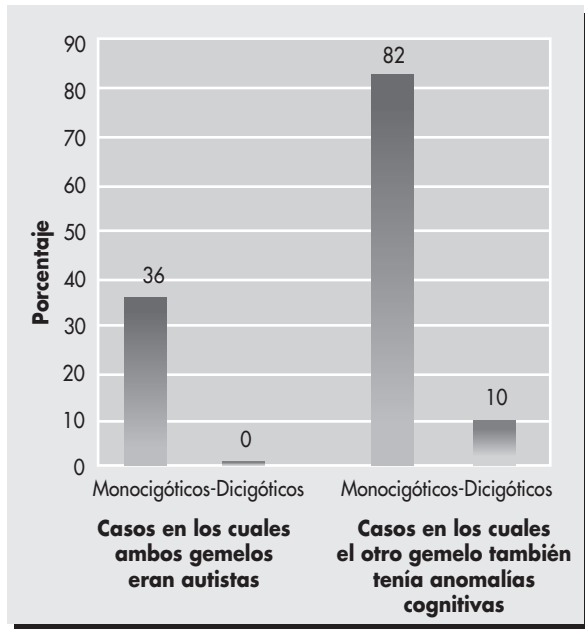


**Figura 16-6** Se han utilizado los estudios de gemelos para determinar la influencia de los factores hereditarios en el autismo. Como muestran los resultados, en los pares de gemelos donde uno de ellos cumple con los criterios del autismo había una mayor probabilidad entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos de que ambos hermanos padeciesen de autismo. Esta diferencia fue aún mayor en los casos donde el otro gemelo tenía alguna anomalía cognitiva, aunque no cumpliera con los criterios del autismo.

FUENTE: Adaptación de Folstein y Rutter (1978), p. 226.

**Investigación genética del autismo** Aunque no se ha identificado un gen o combinación de genes asociados con el autismo, diversos estudios sugieren que los factores genéticos pueden ser importantes. Un ejemplo se encuentra en los estudios de gemelos en los que se comparan los gemelos monocigóticos (MC) y los dicigóticos (DC), de los cuales uno de ellos era autista. Los resultados de uno de estos estudios se muestran en la figura 16-6. En él, la probabilidad de que ambos gemelos fueran autistas era mucho mayor en los pares MC que en los DC (Folstein y Rutter, 1978). Si los investigadores ampliaban su definición de los criterios del trastorno autista de tal manera que incluyeran anomalías cognitivas similares a las encontradas en el autismo, entonces ambos gemelos estaban afectados en 82% de los MC y sólo en 10% de los DC. Sin embargo, la herencia genética no puede ser el único factor que produzca el autismo ya que la probabilidad del diagnóstico autista de los gemelos MC no es de 100%. Los investigadores también descubrieron una correlación entre el autismo y una lesión cerebral producida durante o después del nacimiento. Entre los gemelos idénticos donde sólo uno era autista, es más probable que éste experimentara algún tipo de daño cerebral en o poco después del nacimiento (Folstein y Rutter, 1977).

En la actualidad, las preguntas sobre la herencia en el autismo se están investigando con métodos genéticos moleculares, que pueden ir más allá de los estudios de la ubicación de los genes en

ciertos cromosomas. Como con otros estudios genéticos moleculares, las diferentes investigaciones no han llegado a consensos sobre la ubicación de genes específicos. Hasta que no se obtengan resultados iguales o similares, no será claro cuáles genes son los importantes. Sin embargo, el problema es complejo debido a que el autismo parece estar relacionado no sólo con un gen sino con varios de ellos, los cuales actúan de manera independiente pero que, en combinación, aumentan la vulnerabilidad al autismo (Newschaffer y cols., 2002; M. Rutter, 1999).

En las familias con un hijo autista, las probabilidades de que otro hijo también pueda serlo es de alrededor de 3 a 6% (Ritvo y cols., 1989). Aunque esta probabilidad es mucho menor que la probabilidad que se encontró en los pares de gemelos MC, es mucho mayor que la que se encuentra en la población en general. De tal manera, el creciente riesgo para los hermanos no sólo sugiere un factor genético sino que fortalece el argumento de que varios genes independientes deben heredarse para causar el trastorno. Si cada padre contribuye con uno o más genes asociados con la vulnerabilidad al autismo y tres o cuatro genes deben heredarse para causarlo, es muy poco probable que el hermano de un autista herede todos esos genes. Sin embargo, también es poco probable que este hermano no herede ninguno de estos genes. Esto significa que la mayoría de los hermanos, así como los padres de los niños autistas, pueden tener algunos genes que contribuyen al desarrollo de este trastorno, pero que no son suficientes por sí mismos para provocarlo. Como resultado, cada miembro de la familia puede tener algunas de las características conductuales que se presentan en el autismo pero que no son lo suficientemente fuertes como para cumplir con los criterios del DSM-IV-TR. Esta predicción se sustenta en estudios de familiares de personas con autismo. Los familiares tienden en mayor grado a tener rasgos de personalidad inusuales, en especial timidez y retraimiento, e intereses restringidos o escasos (M. Rutter, 2000). Estos déficit sociales son leves si se comparan con los que caracterizan al autismo, pero semejan algunas de las características autistas. Los problemas de lenguaje solos no son más frecuentes en los familiares, pero acompañados por déficit social fueron detectados con mayor frecuencia en éstos que en la población en general. La siguiente descripción del “señor A” presenta un buen ejemplo de alguien que muestra ciertas características del autismo que se ven con frecuencia en los familiares de autistas, a pesar del hecho de que funciona de manera razonable y es un profesional exitoso.

*El señor A, de 35 años, es un profesor de ingeniería de la universidad. Pasa la mayor parte de su tiempo libre leyendo. Ha recibido tratamiento para ansiedad y depresión, e incluso una vez fue hospitalizado. El señor A se describe como un planeador organizado y cuidadoso. [...] Un colega de su área ha observado que pasa más tiempo que cualquier otro profesor en la preparación de sus clases.*

*El señor A. se siente más seguro cuando organiza su vida con base en una rutina. Dice que sería feliz si pudiera tener una vida sin sorpresas. Pide que programen sus clases a la misma hora cada semestre. [...] Su esposa asegura que protesta si le pide que deje una carta en el correo camino a su trabajo porque interrumpe su rutina. Prefiere utilizar un de-*

terminado tazón para su desayuno, que por lo general es lo mismo todos los días, y se molesta cuando su esposa le cambia su cepillo de dientes, pues dice que le toma meses acostumbrarse a uno nuevo. Siempre se ha sentido incómodo en situaciones sociales. Dice que en su infancia pasó más tiempo con libros que con personas. No le ve el sentido a las “conversaciones simples”. Prefiere que las conversaciones tengan un propósito. [...] tiene ciertas reglas para diferentes tipos de interacciones (por ejemplo, maestro-alumno) y cuando los papeles están bien definidos sabe qué reglas seguir, si no, se siente incómodo. (Piven, 1999, p. 302).

Los estudios de familiares de los afectados por autismo se basan en la idea de que cualquier desventaja genética del autismo de padres u otros miembros de la familia no autistas puede expresarse en conductas similares cualitativamente pero más leves que las que caracterizan al autismo. Por supuesto que los investigadores que buscan conductas inusuales en padres y otros familiares de niños autistas necesitan tomar en cuenta la posibilidad de que cualquiera de estas características en la conducta y personalidad de los padres pueden ser consecuencia de tener un hijo con un trastorno grave como el autismo. Una forma de descartar este factor es utilizar como control un grupo de padres que también tienen hijos con un trastorno grave, pero que probablemente tiene causas genéticas diferentes. Un ejemplo de estas investigaciones es un estudio que comparó las características de personalidad y de lenguaje de personas que tienen más de un hijo autista, con las de padres de niños con otro tipo de trastorno que causa retraso mental, el síndrome de Down (Piven y cols., 1997). Los resultados de esta comparación mostraron que los padres de niños autistas mostraban formas más leves de ciertas características asociadas con el autismo, lo que no sucedía con los padres de niños con síndrome de Down. Las carac-

terísticas de personalidad y conducta de los padres de niños autistas, en comparación con los padres de niños con síndrome de Down, muestran mayores niveles de rigidez en la conducta y el pensamiento, retraimiento, hipersensibilidad a la crítica y ansiedad. Asimismo, también es más probable que tengan déficit del lenguaje hablado y en otras áreas del lenguaje, que no sean tan extrovertidos socialmente y que tengan menos amistades. Debido a que estas características aunque menos extremas que las conductas características del autismo eran por lo general similares en tipo, los resultados apoyan la idea de un espectro autista (del cual se hablará al final de esta sección en los trastornos generalizados del desarrollo).

**Autismo versus esquizofrenia infantil** Aunque el trastorno autista se considera actualmente como un trastorno del desarrollo, originalmente se pensó que era una esquizofrenia infantil o una psicosis parecida. En el pasado, algunos casos de trastorno autista probablemente fueron diagnosticados como esquizofrenia infantil. Sin embargo, la *esquizofrenia infantil* casi nunca se presenta antes de los siete u ocho años, mientras que el autismo empieza mucho antes. Como la esquizofrenia en los adultos, la que afecta a los niños incluye alucinaciones y/o delirios, y parece involucrar una anatomía del cerebro similar a la encontrada en la esquizofrenia adulta. No es claro si la esquizofrenia que ocurre antes de los 15 años tiene los mismos resultados que la que se presenta durante la edad adulta, pero la investigación sugiere que es posible que la que padecen los adultos haya iniciado en la infancia. En el DSM-IV-TR existen diferencias entre las definiciones del autismo y la esquizofrenia que sugieren que estos trastornos pueden distinguirse claramente el uno del otro. La tabla 16-4 resalta algunas de esas diferencias.

TABLA 16-4

## Diferencias entre el trastorno autista y la esquizofrenia infantil

|                                     | Trastorno autista                                                                                                                                                                            | Esquizofrenia infantil                                                               |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Edad de inicio                      | Antes de los 30 meses                                                                                                                                                                        | De la infancia tardía hasta la adolescencia                                          |
| Frecuencia                          | De dos a cinco por cada 10 000                                                                                                                                                               | No se sabe; posiblemente menos frecuente que el trastorno autista                    |
| Proporción entre géneros (M:F)      | 3 : 1 o 4 : 1                                                                                                                                                                                | Casi igual; ligeramente más hombres                                                  |
| Historial familiar de esquizofrenia | Probablemente no                                                                                                                                                                             | Mayor que el promedio                                                                |
| Nivel socioeconómico de la familia  | Arriba de la media                                                                                                                                                                           | Debajo de la media                                                                   |
| Características conductuales        | No puede desarrollar relaciones; pobres capacidades de interacción social; lenguaje estereotipado; necesidad de monotonía; alteraciones del lenguaje; mutismo; sin alucinaciones ni delirios | Mayor interacción social que en el trastorno autista; hay alucinaciones y/o delirios |
| Nivel de inteligencia               | La mayoría se ubican en el rango de retraso; CI con frecuencia entre 35 y 50; una marcada desigualdad en las capacidades cognitivas                                                          | Regularmente dentro el rango normal; capacidades cognitivas relativamente iguales    |



**Tratamiento del autismo** Aunque se sostiene que muy diversos tratamientos tienen un efecto dramático en los niños autistas, una revisión de la investigación disponible puede aclarar que hay muy poca evidencia de alguna cura para el autismo. Sin embargo, algunos programas estructurados (en especial si se aplican en los primeros años de vida del niño) pueden mejorar de manera significativa su desarrollo. Los niños que empiezan a recibir algún tipo de intervención entre los dos y los cuatro años tienen un mejor avance que los que reciben ayuda similar cuando son más grandes. Para poder tener éxito, las intervenciones deben ser intensivas (por lo menos 15 horas a la semana), con una duración de seis meses o más, y utilizar un alto porcentaje de adultos y niños. En general, los programas exitosos proporcionan claras directrices sobre lo que pueden hacer los padres para ayudar, los ayudan a valorar a sus hijos como personas, y dan mayor atención y aliento a los padres de lo que es típico en las interacciones de ellos con los clínicos. Aunque es importante no darles falsas esperanzas, de la misma manera los programas exitosos los alientan a tener expectativas altamente razonables sobre las capacidades de sus hijos.

Por lo general el tratamiento del trastorno autista está dirigido a mejorar la vida de quienes lo padecen ayudándoles a reducir conductas problemáticas y aumentar sus habilidades. Estas metas limitadas son apropiadas porque —hasta el momento— no existe ninguna cura para él, y menos de 5% de los que reciben este diagnóstico llegan a ser adultos que funcionen de manera normal. La mayoría de los autistas viven la mayor parte de su edad adulta bajo algún tipo de cuidado en custodia o en una institución de salud. En la actualidad, los enfoques de tratamiento más comunes son la capacitación conductual y los medicamentos, a menudo usados en conjunto.

Aunque en general los resultados en el trastorno autista no son muy positivos, con el tiempo han mejorado. La figura 16-7

compara los resultados en la adultez del tratamiento del autismo, encontrado en estudios realizados antes y después de 1980. La diferencia entre los resultados de estos dos periodos puede estar relacionada con mejores tratamientos y un mayor interés en proveer cuidado externo en instituciones de custodia. Para cualquier individuo, varios factores predicen el resultado futuro. Los resultados más positivos se logran en niños que:

- Desarrollan al menos un lenguaje comunicativo simple a los cinco o seis años de edad.
- Tienen una calificación dentro o por arriba del rango de retraso leve en las pruebas de capacidad no verbal.
- Tienen habilidades o intereses adicionales que les facilitan encontrar una ocupación (por ejemplo, competencias especiales en matemáticas, música o computación).

Todavía no se han respondido muchas preguntas sobre el enfoque de tratamiento más eficaz. Éstas incluyen la comprensión de cuáles son los aspectos del tratamiento cruciales para el cambio, los papeles comparativos de los padres y clínicos, si los diferentes enfoques son mejores para diferentes subgrupos de niños, y así sucesivamente (Howlin, 2002).

**Capacitación conductual** La capacitación conductual intensiva se ha utilizado de manera extensa para reducir los síntomas conductuales del autismo y ayudar a los niños a aprender habilidades sociales. Este enfoque puede ser muy útil para algunos niños autistas, en particular para los que padecen de un retraso leve o que tienen una inteligencia promedio o arriba del promedio. Los procedimientos de modificación de conducta pueden ser muy útiles para establecer conductas deseadas y eliminar las que causan problemas.

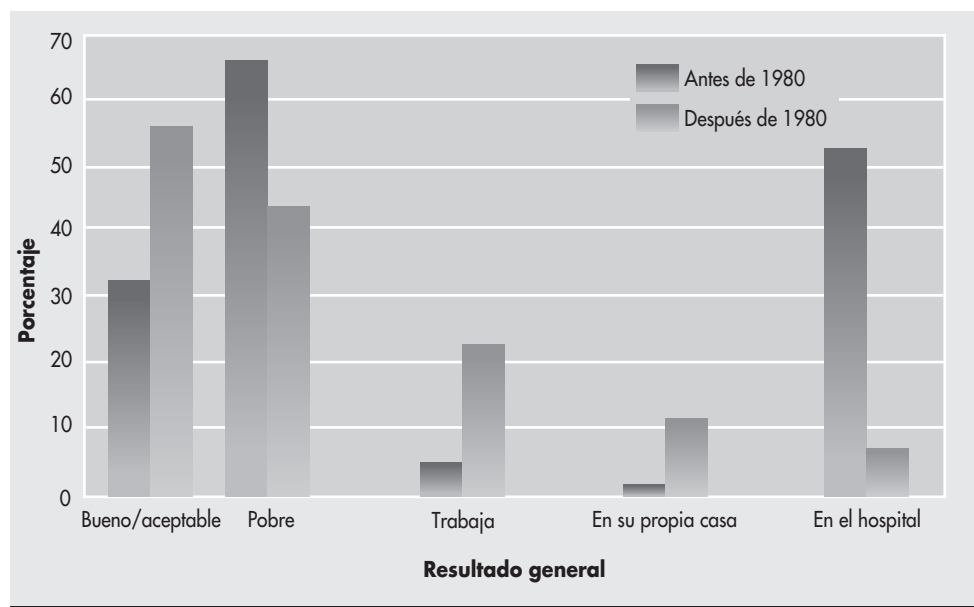


**Figura 16-7** La compilación de los resultados de muchos estudios muestran varios aspectos del resultado a largo plazo de quienes padecen autismo. Las diferencias entre los resultados de antes y después de 1980 pueden relacionarse con tratamientos más eficaces y con la importancia otorgada al cuidado externo en instituciones de custodia, como resultado de un movimiento de desinstitutionalización generalizado que mostró su mayor empuje a mediados de 1960.

FUENTE: Adaptación de Howlin (1997), p. 56.

Las técnicas de modificación de conducta de moldeamiento (aumentan de manera gradual los requerimientos de respuesta), motivación y entrenamiento de discriminación (aprender cuándo es o no apropiado responder), junto con instrucciones claras y reforzamiento positivo para una ejecución deseada, pueden ser útiles con niños autistas pequeños. Por ejemplo, se les puede enseñar a sentarse en una silla cuando se les pide con estas técnicas de la siguiente manera:

1. El terapeuta se sienta en una silla con el niño parado (de frente al terapeuta) entre las piernas del adulto para reducir la posibilidad de que el niño se escape. Un ayudante sostiene la silla detrás del niño.
2. El terapeuta le dice al niño que se siente, y si éste no lo hace, lo empuja con cuidado de tal manera que no haya otra opción más que sentarse.
3. Se recompensa al niño con su comida favorita, un aplauso u otra cosa que le guste.

Estas secuencias se repiten de manera continua hasta dos horas. Con el tiempo, no se necesitarán tantas indicaciones y el niño se sentará por periodos más largos. Se capacita a los padres para trabajar con el niño en ejercicios similares cuando el maestro no está presente. La figura 16-8 muestra dos aspectos de la capacitación conductual: motivación y refuerzo.

Tales métodos pueden ser exitosos por lo menos con algunos niños autistas. En un famoso estudio realizado por Ivar Lovaas y sus colaboradores de la Universidad de California en Los Ángeles, niños autistas de edad preescolar fueron tratados durante 40 horas o más a la semana por maestros y padres capacitados por estos maestros durante un periodo de más de dos años (Lovaas, 1987). La capacitación y el involucramiento de los padres fueron parte importante del programa. La intervención incluyó varios aspectos: reducir la conducta de autoestimulación, enseñar la conducta de imita-

ción, y más adelante destacar habilidades como la expresión de sentimientos, el aprendizaje por observación y capacidades preliminares de lecto-escritura. Los niños del grupo de intervención ganaron alrededor de 20 puntos de CI en promedio en un periodo de dos años y pudieron cambiarse a un programa normal de jardín de niños. La mitad de ellos pasó de manera exitosa al primer año. En comparación, los niños del grupo control no mostraron ningún cambio en los resultados de CI y sólo uno de ellos pudo pasar a un programa escolar regular. Un seguimiento posterior, cuando los niños tenían 13 años, mostró que la media de CI de los niños que fueron tratados de manera intensiva fue de 85 mientras que la media de los del grupo control fue de 55 (McEachin y cols., 1993). Otras medidas utilizadas en el seguimiento también mostraron que el grupo experimental funcionaba en un mejor nivel que el de control. Los investigadores describieron que 40% de los niños del grupo experimental eran “indistinguibles de sus compañeros normales”. En contraste, todos, menos uno del grupo control, continúan en escuelas especiales.

Para poder responder por qué el programa necesita ser tan intensivo, el mismo programa fue utilizado con otro grupo de niños autistas que recibió un tratamiento de sólo 10 horas semanales. Los resultados de este tratamiento no fueron mejores que los del grupo control. La figura 16-9 muestra algunos resultados de este estudio. Ello parece indicar que un programa de capacitación exitoso debe incluir contacto intensivo y de larga duración.

Algunos investigadores han cuestionado si estos resultados presentaban un panorama exacto de la mejoría de los niños (Mesibov, 1993; Mundy, 1993). Señalan que la mayoría de las habilidades necesarias para un desarrollo normal no fueron medidas en este estudio. Por ejemplo, no se evaluaron las áreas de interacción social, capacidades conceptuales, comunicación social, alteraciones del estado de ánimo y conducta obsesiva y ritualista (las cuales son problemas importantes en el trastorno autista). Las personas que no tienen dificultades en estas áreas serían discapacitadas



(a)



(b)

**Figura 16-8** La capacitación conductual es eficaz para enseñar las habilidades básicas a los niños gravemente afectados por el trastorno autista. Como parte de un programa de aprendizaje intensivo especial, un terapeuta (a) ayuda con la mano a que un niño mudo emita el sonido de la “wh” mientras que otro terapeuta (b) utiliza la comida como reforzador para motivar al niño a que establezca contacto visual.

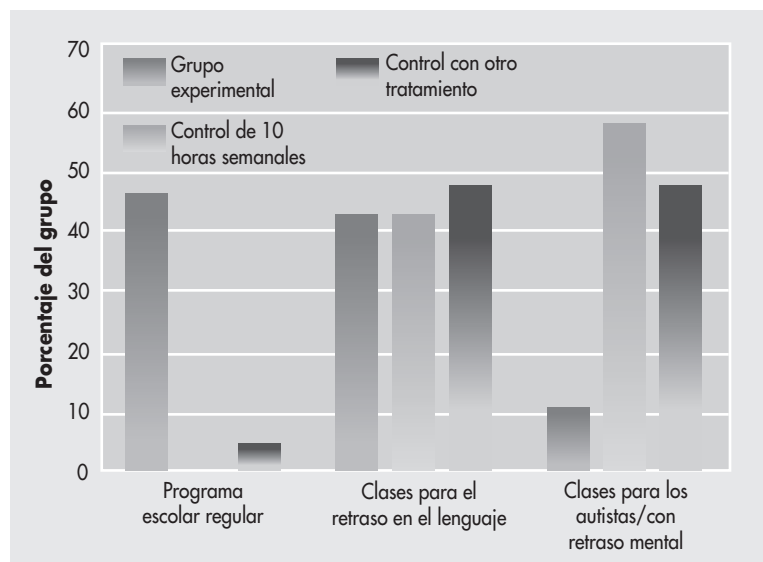


**Figura 16-9** Los resultados del estudio comparan los efectos posteriores de una intervención de terapia conductual intensiva en preescolares, y una intervención similar limitada a 10 horas a la semana con un grupo control. Los resultados muestran una clara diferencia en la ubicación escolar cuando estos niños llegan a segundo grado. La intervención de 10 horas semanales no pareció producir mejores resultados que la condición de grupo control.

FUENTE: Información de Lovaas (1987). ©1987 por la American Psychological Association. Reimpresión con autorización del autor.

severamente incluso si estuvieran participando en un programa escolar regular. Los propios autores del estudio señalan ciertas preocupaciones sobre el programa de intervención, en especial el hecho de que la intensidad de la terapia hará muy difícil su uso (Lovaas, 1993). Sin embargo, los resultados claramente muestran el poder de las intervenciones conductuales aplicadas a autistas.

A pesar de la controversia sobre si los métodos conductuales intensivos utilizados por Lovaas pueden producir grandes avances en los niños autistas, el tratamiento conductual puede utilizarse con niños pequeños para desalentar conductas que puedan considerarse inaceptables cuando los niños crezcan. Por ejemplo, un niño pequeño tenía lo que parecía ser una inofensiva obsesión de ver la ropa moverse en los diferentes ciclos de la lavadora (Howlin, 1998). Esta obsesión parecía ser tan inofensiva que sus amigos y vecinos no sólo le permitían sino que lo estimulaban para que fuera a ver sus lavadoras en acción. Sin embargo, cuando tenía 17 años, la obsesión se había fortalecido a tal grado que tuvo varios problemas con la policía por allanamiento de morada para ver los ciclos de las lavadoras. Existe el peligro de que si estos rituales y obsesiones comunes del autismo no se controlan cuando surgen por primera vez, pueden escalar de manera constante e interferir con muchas otras actividades.

Otro ejemplo más común del uso de métodos conductuales es ayudar a los padres a manejar los patrones rígidos de conducta de los niños autistas. Si éstos empiezan a gritar o a hacer un berrinche cuando hay un cambio en la rutina del hogar o cuando toman una diferente ruta hacia la tienda, por lo general los padres ceden a sus demandas por miedo a que su resistencia pueda dañar al niño. No obstante, si dejan que estas conductas controladoras persistan, al final se encontrarán atrapados en una serie de rutinas que impedirán que la familia funcione de manera eficaz. Para minimizar el

efecto de los problemas sociales, de comunicación y obsesivos más adelante en su vida, los padres necesitan ayuda para identificar los problemas potenciales, y que los motiven a manejarlos de manera coherente y firme. Es probable que la mayoría de las habilidades importantes que los padres deben poseer sean estrategias simples de comunicación aun con niños que aprenden lentamente a hablar o que nunca desarrollaron el lenguaje (Siegel, 2003).

Además de enseñar conductas y habilidades adaptativas, la capacitación conductual puede utilizarse para reducir la conducta autolesiva que es común en el autismo. Muchos niños autistas tienen berrinches intensos que son acompañados por conductas como golpearse la cabeza con los puños de manera constante si no se les restringe. Lastimarse y otros tipos de conductas no deseables, como los berrinches y la conducta agresiva, pueden reducirse de manera significativa si el niño aprende estrategias de comunicación más eficaces.

**Medicamentos** Aunque hasta este momento no se han encontrado fármacos que sean seguros y eficaces, se utilizan ciertos medicamentos (en especial antidepresivos, antipsicóticos, estimulantes y anticonvulsivos) para tratar el autismo (Rutter, 1999). Debido a que no se han identificado las anormalidades fisiológicas de este trastorno, la intención de quienes los recetan no es tratarlo de manera directa. La meta del uso del medicamento es reducir algunos de los síntomas que interfieren con la capacitación de las habilidades conductuales y educativas y que dificultan que los niños autistas puedan vivir en un entorno familiar. Una excepción es el uso de anticonvulsivos, que pueden ayudar a prevenir el desarrollo de efectos negativos a corto y largo plazos de los ataques epilépticos frecuentes que presentan algunos niños y adultos con autismo.

## Trastorno de Asperger

Este trastorno fue descrito por primera vez por el psiquiatra alemán Hans Asperger en 1944, pero no se incluyó como un diagnóstico oficial hasta la publicación del DSM-IV-TR en 1994. En muchas formas parece similar a la descripción de Kanner del autismo, que se realizó casi al mismo tiempo. Al igual que el trastorno autista, las características predominantes del **trastorno de Asperger** incluyen deterioros graves y de larga duración en la interacción social, y patrones de conducta e intereses restringidos y repetitivos. Sin embargo, a diferencia del autismo, no se manifiesta un retraso significativo en el lenguaje ni en el desarrollo cognitivo, en la curiosidad sobre el ambiente en la niñez o en las habilidades de autoayuda y otras conductas adaptativas, aparte de la interacción social. La tabla 16-5 presenta los criterios diagnósticos del trastorno de Asperger.

Todavía hay cierta disputa sobre si este trastorno debe considerarse como un trastorno independiente del autismo. Algunos investigadores creen que representa el extremo superior de la inteligencia de un mismo espectro que incluye el autismo como un tipo más grave (Myles y Simpson, 2003). Otros expertos destacan los resultados de ciertas investigaciones que demuestran que el trastorno de Asperger y el autismo de alto funcionamiento pueden diferenciarse en términos del perfil de déficit, aun cuando se compartan algunos de éstos (Siegel, 1998).

Lo poco que se sabe sugiere que el trastorno de Asperger puede ocurrir en uno de cada 1000 individuos y que es más frecuente en hombres que en mujeres. Por cada mujer diagnosticada, se diagnostican nueve hombres. A diferencia del autismo, que por lo ge-

neral se puede diagnosticar a los 30 meses de edad, el trastorno de Asperger con frecuencia no se sospecha o diagnostica hasta que el niño llega a la edad escolar (Gillberg y cols., 1999).

**Características del trastorno de Asperger** Por lo general, los niños con trastorno de Asperger disfrutaban la manifestación física del afecto de sus padres, en contraste con la aversión que los niños autistas muestran por los abrazos y el contacto físico. Aunque los criterios del trastorno de Asperger especifican que no existe un retraso general del lenguaje, algunos niños con este trastorno tienen problemas en su uso social. Su lenguaje hablado le parece a los demás poco natural y repetitivo, y lleno de palabras inusuales que la mayoría de los niños reconocen en sus lecturas pero que muy pocas veces incorporan en su conversación. Los niños que padecen este trastorno obtienen mejores calificaciones en las pruebas verbales de inteligencia que en las de ejecución, en contraste con los niños autistas cuyos resultados de ejecución son más altos que en los resultados verbales (Ehlers y cols., 1997). Otras características del trastorno de Asperger incluyen la torpeza motora, como se muestra en la forma torpe en la que caminan, una aparente falta de coordinación al arrojar o atrapar pelotas y problemas en la infancia con los movimientos motores finos, como atar las agujetas de los zapatos o abotonarse la ropa. Una característica que comparten los niños con trastorno de Asperger y los niños autistas son los altos niveles de ansiedad.

**Factores biológicos** En el trastorno de Asperger se conoce menos sobre el papel de los factores biológicos que en el autismo. Aunque algunos estudios han encontrado anomalías cerebra-

**TABLA 16-5**

### Criterios diagnósticos del trastorno de Asperger

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
  - a. Importante alteración del uso de múltiples conductas no verbales utilizadas de manera usual para regular la interacción social, como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos.
  - b. Incapacidad para desarrollar relaciones apropiadas con compañeros para el nivel de desarrollo de la persona.
  - c. Falta de conductas que indiquen una búsqueda espontánea de compartir intereses, diversión o logros con otras personas.
  - d. Falta de reciprocidad social o emocional.
2. Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados que se muestran al menos por una de las siguientes características:
  - a. Preocupación por uno o más patrones de interés estereotipados que son anormales por su intensidad o por su objetivo.
  - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
  - c. Manerismos motores estereotipados y repetitivos, como sacudir o girar manos o dedos.
  - d. Preocupación constante por partes de objetos.
3. Deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral u otras actividades importantes.
4. No hay un retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, conducta adaptativa (con excepción de la interacción social), y curiosidad sobre el ambiente infantil.
5. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.



les en los pacientes con trastorno de Asperger, se necesitará mayor investigación para obtener conclusiones sólidas. Se debe realizar mayor investigación en referencia al papel de los factores genéticos. Así como se han estudiado las bases genéticas del autismo al investigar si los padres de niños con este trastorno pueden mostrar algunas formas leves de los síntomas, el mismo enfoque se ha utilizado en la investigación del trastorno de Asperger. En un estudio, los padres de los niños con este trastorno mostraron déficit en dos áreas específicas cuando su rendimiento fue comparado con el grupo control de padres de niños que no tenían el trastorno (Baron-Cohen y Hammer, 1997). Los padres de niños que lo padecen no podían entender los sentimientos de los demás cuando interpretaban fotografías que incluían sólo la porción de la cara de otra persona, un déficit que puede esperarse si tuvieran deficiencias en la teoría de la mente. También lo hicieron mucho mejor que los padres del grupo control en una tarea de figuras insertadas que involucraba identificar figuras escondidas en un formato de rompecabezas. Este hallazgo es consistente con otros resultados de investigaciones donde tanto los niños autistas como sus padres resolvían estas actividades más rápido que los niños y padres del grupo control.

## Trastorno desintegrativo infantil

El **trastorno desintegrativo infantil** comienza después de un periodo inicial de desarrollo normal en el que los niños muestran relaciones sociales, conducta adaptativa y habilidades de comunicación apropiadas para su edad. Las primeras señales del trastorno, que aparecen de manera gradual o abrupta, aparecen entre los tres y los cuatro años de edad. Se piensa que el trastorno desintegrativo infantil es muy raro, pues sólo ocurre en uno de un millón de nacimientos. Se cree que es más frecuente en niños que en niñas. La tabla 16-6 enumera las características del trastorno desintegrativo infantil.

Así como el trastorno de Asperger (y el de Rett del que se hablará más adelante), el trastorno desintegrativo infantil fue incluido en 1994 en el DSM-IV-TR, aunque sus características fueron descritas por primera vez a principios del siglo XX. Las pruebas iniciales en ambientes clínicos justificaron la inclusión de este trastorno como una categoría separada debido a que se puede diferenciar del autismo. Aunque el trastorno desintegrativo infantil parece estar asociado con un deterioro del sistema nervioso central, todavía no se conocen sus causas.

## Trastorno de Rett

El **trastorno de Rett** es un trastorno progresivo cuyos síntomas generalmente inician a los cinco meses de edad. Antes de eso, el bebé parece desarrollarse de manera normal. Para ese entonces, lo que había sido un crecimiento normal de la cabeza del bebé disminuye gradualmente, por lo que su tamaño es más reducidos de lo que se considera normal a esa edad, condición que se llama microcefalia. Los niños afectados por el trastorno de Rett pierden varias

**TABLA 16-6**

### Criterios diagnósticos del trastorno desintegrativo infantil

1. Desarrollo aparentemente normal al menos durante los dos primeros años después del nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y conducta adaptativa apropiados a la edad.
2. Antes de los diez años, pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas con anterioridad en al menos dos de las siguientes áreas:
  - a. Lenguaje expresivo o receptivo.
  - b. Habilidades sociales o conducta adaptativa.
  - c. Control de esfínteres.
  - d. Juego.
  - e. Habilidades motoras.
3. Anormalidades del funcionamiento en por lo menos dos de las siguientes áreas:
  - a. Alteración cualitativa en la interacción social.
  - b. Alteración cualitativa del lenguaje hablado, como retraso o falta del mismo, incapacidad para iniciar o mantener una conversación, uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o falta de juego realista variado.
  - c. Patrones de conducta, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados.
4. Las conductas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

funciones y habilidades que habían adquirido con anterioridad, como el desarrollo temprano del lenguaje y la capacidad para relacionarse socialmente con otras personas. También desarrollan una forma peculiar de caminar, pierden la capacidad de mover sus brazos con un propósito y desarrollan conductas manuales estereotipadas como escribir, aplaudir o dar pequeños golpes. La tabla 16-7 enumera los criterios diagnósticos del trastorno de Rett. En la siguiente etapa del trastorno, los niños pierden las habilidades verbales y motoras que habían adquirido y pueden experimentar convulsiones. En este momento aparece la evidencia de retraso mental. Esta fase del trastorno, que puede durar hasta un año, viene acompañada de un periodo en el que parece ocurrir una mejoría breve o relativamente más duradera en la comunicación y el movimiento. A pesar de esa mejoría, el niño parece no regresar al nivel normal de desempeño, y el deterioro se presenta nuevamente, esta vez de manera permanente. En esta etapa los niños con el trastorno de Rett padecen de una discapacidad grave y están limitados a una silla de ruedas.

Por lo general, el trastorno de Rett sólo afecta a las niñas, pero se han reportado algunos casos de varones afectados. También es bastante raro, con una prevalencia estimada de una en 10 000

TABLA 16-7

**Criterios diagnósticos del trastorno de Rett**

1. Todas las características siguientes:
  - a. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
  - b. Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses después del nacimiento.
  - c. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.
2. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:
  - a. Desaceleración del crecimiento craneal entre los cinco y 48 meses de vida.
  - b. Pérdida de las habilidades manuales intencionales adquiridas con anterioridad entre los cinco y 30 meses de edad, seguido por el desarrollo de movimientos estereotipados como escribir y lavarse las manos.
  - c. Pérdida de la conducta de interacción social al inicio del curso de estos cambios (aunque más tarde se desarrolla alguna interacción social).
  - d. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
  - e. Desarrollo del lenguaje gravemente afectado, tanto del hablado como del receptivo, y retraso psicomotor grave.

FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.

a 15 000 niñas, o menos. El trastorno de Rett se encuentra en todo el mundo, aunque parece ser más frecuente en áreas pequeñas y aisladas, donde por lo general los matrimonios se consuman dentro de un grupo biológicamente relacionado. Con el tiempo, tales patrones de matrimonios limitan la diversidad de genes disponibles y aumentan la vulnerabilidad a trastornos hereditarios. Se sospecha de una causa genética porque si un gemelo monocigótico es diagnosticado con el trastorno de Asperger hay una alta probabilidad de que su hermano también lo padezca. Debido a que el trastorno por lo general afecta sólo a las mujeres, se ha investigado de manera intensa el cromosoma X. Los resultados de un estudio sugieren que un defecto en el gen MECP2 juega un papel en el trastorno de Rett (Kerr, 2002).

Los intentos de encontrar causas relacionadas con el metabolismo, funcionamiento hormonal y daño a los cromosomas han sido en vano. Parece que este trastorno es resultado de algún tipo de defecto en el crecimiento normal programado del sistema nervioso que ocurre durante los primeros años de vida. Tanto las técnicas de imagenología utilizadas en pacientes vivos como las autopsias de los que han muerto muestran anomalías en el desarrollo de las dendritas, en especial en ciertas áreas de la corteza cerebral (Belichenko y cols., 1997). Debido a que el trastorno de Rett ocurre muy poco, es difícil realizar estudios de investigación.

No hay un tratamiento específico para él. En algunos casos, los antipsicóticos han sido útiles para reducir la conducta estereotipada, pero deben utilizarse con cuidado, ya que pueden aumentar

la frecuencia de las convulsiones. La mayoría de los niños con este trastorno tienen un retraso mental grave; por esta razón, los métodos conductuales con frecuencia parecen ser el enfoque terapéutico más apropiado. Por ejemplo, éstos han sido utilizados experimentalmente para ayudar a que los niños afectados aumenten su capacidad para comunicar cuál de dos objetos prefieren (Sigafoos y cols., 1996). Aunque el trabajo intenso con uno de los niños produjo una mejora limitada, es muy poco para tener importancia práctica en el mejoramiento de su nivel de desempeño.

## ¿Existe un espectro autista?

El término *trastornos generalizados del desarrollo* es bastante nuevo y todavía no se sabe si es una categoría global útil o no. El **espectro del trastorno autista**, que se mencionó con anterioridad, es similar en su concepto al de los trastornos del espectro esquizofrénico que se vieron en el capítulo 12. El punto de vista del espectro considera que los diferentes trastornos del grupo de trastornos generalizados del desarrollo provienen de causas generales similares y que sólo representan diferentes manifestaciones del mismo trastorno básico. De acuerdo con este punto de vista, los individuos que tienen una carga más pesada de los diferentes genes que contribuyen al autismo serán diagnosticados con una variante más seria del trastorno. Experimentar sucesos estresantes extremos o frecuentes puede también interactuar con las cargas genéticas para producir síntomas más graves de lo que las propias cargas genéticas pueden predecir. El espectro del trastorno autista es más amplio que la categoría del trastorno generalizado del desarrollo del DSM-IV-TR, y puede incluir cualquier nivel de deterioro, desde una discapacidad profunda de aprendizaje hasta capacidades cognitivas promedio o superiores en áreas que no están directamente afectadas por los deterioros comunes del espectro. Si todos estos trastornos se incluyen dentro del espectro autista (autismo infantil, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo y trastorno de Rett), cuatro o cinco de cada 1000 niños pueden ser afectados con alguna forma de él (Gilberg y Wing, 1999).

Lorna Wing, una de las más importantes defensoras del trastorno del espectro autista, sostiene que los trastornos agrupados dentro de él tienen en común deterioros en la interacción social, la comunicación y la imaginación, así como un estrecho patrón repetitivo de conducta (Wing, 1997). Además, distingue cuatro grupos importantes dentro de este espectro. El grupo *retraído* que incluye niños que parecen indiferentes a los demás, en especial a sus compañeros. Este grupo es muy similar a la descripción del DSM-IV-TR del autismo, en el que los niños tienen un retraso en el inicio del habla y muestran las características del lenguaje autista que incluye la repetición de palabras o frases estereotipadas. El grupo *pasivo* incluye niños que no interactúan socialmente de manera espontánea, pero aceptan pasivamente el acercamiento de los demás. Tienen deterioros tanto en la comunicación como en la imaginación. A diferencia del grupo pasivo, el grupo *activo pero peculiar* tiene avances sociales, pero son inusuales y no encajan en la situación. Su conversación en estas interacciones sociales es repetitiva e inapropiada, bastante diferente de la de los niños que se desarro-

| TABLA 16-8                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Componentes de los programas para personas cuyos problemas se ubican dentro del espectro autista                                                                                                                     |
| 1. Desarrollo de una combinación de estrategias conductuales relevantes para el patrón de capacidades y déficit de la persona.                                                                                       |
| 2. Ayudar a la familia a aceptar los déficit de comunicación profundos y el repertorio conductual limitado que puede ocurrir en el autismo.                                                                          |
| 3. Aumentar el reconocimiento de la familia sobre la necesidad de los esfuerzos educativos estructurados y el fortalecimiento de las capacidades de convivencia diaria.                                              |
| 4. Aumentar el entendimiento de la familia sobre la importancia de las obsesiones y rituales, y la necesidad de establecer límites en dónde, cuándo, con quién y con cuánta frecuencia se presenten estas conductas. |
| 5. Trabajar con la familia para diseñar estrategias de afrontamiento útil.                                                                                                                                           |

llan de manera normal. El cuarto grupo son los *solitarios*, personas con por lo menos con una capacidad promedio y lenguaje fluido que prefieren estar solas, carecen de empatía, y ante todo están preocupadas por sus propios intereses. Pueden aprender los papeles de interacción social memorizándolos y con frecuencia encuentran la escuela muy estresante debido a sus demandas de conformidad social. Algunos individuos de este grupo tienen carreras exitosas, en especial en áreas donde no se requiere un elevado grado de interacción social. La tabla 16-8 enumera los componentes más importantes de programas para ayudar personas cuyos problemas caen dentro del espectro autista.

## Retraso mental

Los estudios epidemiológicos muestran que, en Estados Unidos, alrededor de una a tres de cada 100 personas tiene retraso mental (Wicks-Nelson e Israel, 2003). La característica central del **retraso mental** es un funcionamiento intelectual por debajo del promedio que inicia antes de los 18 años y se manifiesta junto con limitaciones significativas del funcionamiento adaptativo. Estas limitaciones pueden ocurrir en dos o más amplias variedades de las áreas de habilidades básicas enumeradas en la tabla 16-9, la cual también proporciona los criterios que deben cumplirse para diagnosticar el retraso mental. Es importante observar que estos criterios incluyen más que los resultados de las pruebas de inteligencia; también hacen hincapié en la conducta adaptativa. De este modo, las personas cuyas calificaciones están dentro del rango de retraso en las pruebas de inteligencia, pero que por otra parte funcionan bien en su hogar, en la escuela o en el trabajo no son clasificadas con retraso mental. A los que tienen bajos niveles de conducta adaptativa pero que no obtienen calificaciones bajas en las pruebas de inteligencia tampoco se les diagnostica con retraso mental.

| TABLA 16-9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Criterios diagnósticos del retraso mental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Para ser clasificada como retrasada mental, la persona debe cumplir con cada uno de los siguientes tres criterios:                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1. Funcionamiento intelectual muy por debajo del promedio, con un índice de CI de alrededor de 70 o menor en una prueba de CI administrada de manera individual o, para los niños, un juicio clínicamente basado del funcionamiento intelectual muy por debajo del promedio.                                                                                                 |
| 2. Déficit o deterioros en la eficacia para cumplir los estándares esperados para su edad y grupo cultural en por lo menos dos de las siguientes áreas: comunicación, autocuidado, vivir en casa, habilidades sociales e interpersonales, uso de los recursos de la comunidad, autodirección, capacidades académicas funcionales, trabajo, esparcimiento, salud y seguridad. |
| 3. Estos criterios deben ser cumplidos antes de los 18 años de edad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| FUENTE: Adaptación del DSM-IV-TR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

El DSM-IV-TR divide al retraso mental en cuatro categorías: leve, moderado, grave y profundo, clasificación que se basa en las calificaciones obtenidas en las pruebas de inteligencia. La tabla 16-10 muestra las categorías y porcentajes de todos los individuos con retraso que han sido clasificados. En ella se da a entender que la mayoría de los individuos con retraso mental están clasificados en el retraso mental leve, y que conforme la gravedad del retraso aumenta, el porcentaje de los casos disminuye. La tabla 16-10 también incluye algunas características típicas de individuos en cada nivel de retraso así como breves ejemplos.

Si se realiza un diagnóstico de retraso mental, se incluye en el eje II del DSM-IV-TR (también se utiliza el eje II para el diagnóstico del trastorno de la personalidad). Si la persona cumple con los criterios del diagnóstico del DSM-IV-TR de alguna psicopatología —por ejemplo, autismo, trastorno bipolar o esquizofrenia— ese diagnóstico se realiza en el eje I. Aunque antes se creía que los retrasados mentales tampoco tenían trastornos del eje I, ahora se sabe que, con frecuencia, coexisten los dos tipos de condiciones. El uso del eje II para el retraso mental hace que sea más probable que la condición y cualquier trastorno del eje I que esté presente sea incluidos en el diagnóstico.

## Causas del retraso mental

El retraso mental es una clasificación heterogénea, lo que significa que el término cubre condiciones con muchas causas. Por lo general, estas causas están agrupadas en dos categorías: las que resultan de alguna condición patológica que tiene un efecto en el cerebro y el sistema nervioso y las que se piensa que tienen un origen psicosocial. No obstante, esta agrupación es muy sencilla. El deterioro cognitivo que lleva a la clasificación de retraso mental con frecuencia es una interacción compleja entre la vulnerabilidad

TABLA 16-10

| Niveles de retraso mental y sus características |                                                  |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nivel de retraso mental                         | CI de las pruebas de inteligencia                | Porcentaje total del grupo | Características                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Leve                                            | Nivel de CI desde 50-55 hasta aproximadamente 70 | 85%                        | Con frecuencia no se distinguen de otros niños hasta la edad escolar.<br>Pueden lograr las habilidades académicas del quinto o sexto grado.<br>Pueden tener ciertas dificultades socioculturales y tener problemas de afrontamiento y necesitan supervisión para poder vivir solos.                                                                                                                                                                                             |
| Moderado                                        | Nivel de CI desde 35-40 hasta 50-55              | 10%                        | Perfiles de capacidades cognitivas variables; con frecuencia mayor capacidad espacial que de lenguaje.<br>Desarrollo del lenguaje variable.<br>Podría obtener habilidades académicas del nivel de 2º grado.                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Severo                                          | Nivel de CI desde 20-25 hasta 35-40              | 3%-4%                      | Pueden participar en trabajos estructurados de manera cuidadosa, como talleres protegidos.<br>No les es posible vivir de manera independiente.<br>Un número importante padece déficit motores notorios y del lenguaje para comunicarse.<br>Pueden aprender a leer palabras de "supervivencia", como, por ejemplo, "Alto", "Hombres" y "Mujeres".<br>Necesitan un ambiente de vivienda protegido. Según los problemas asociados, pueden necesitar los cuidados de una enfermera. |
| Profundo                                        | Nivel de CI menor de 20 o 25                     | 1%-2%                      | Lenguaje y comprensión limitado a peticiones y órdenes simples.<br>Capacidad para tomar parte en sencillas actividades variables del hogar.<br>La mayoría tiene anormalidad cerebral y trastorno neurológico específico.<br>Conducta de tipo autista.                                                                                                                                                                                                                           |

genética de la persona y los factores ambientales que la pudieran haber afectado antes, durante y después del nacimiento.

Existe una variedad de causas biológicas del retraso mental, entre las cuales se incluyen condiciones genéticas y hereditarias; químicos como el alcohol, radiación y ciertas drogas que afectan el desarrollo del niño antes de su nacimiento; factores que afectan la nutrición del feto, como las anormalidades circulatorias en la placenta y desnutrición de la madre durante el embarazo; trauma durante el nacimiento relacionado con carácter prematuro, falta de oxígeno u otros problemas de nacimiento; efectos traumáticos después del nacimiento como enfermedades, envenenamiento o accidentes; y diversas malformaciones de origen desconocido.

## Panorama histórico del retraso mental

Hasta 1870, lo que se llamaba deficiencia mental se consideraba como una categoría homogénea y no se hacía ninguna distinción entre los diversos tipos de retraso mental. Después, en 1877, John

Down publicó una monografía llamada *The Mongolian Type of Idiocy* (El tipo mongólico de la idiotez) en la que describe lo que ahora llamamos *síndrome de Down*. Aunque Down estaba equivocado sobre las causas del síndrome que lleva su nombre, pues pensaba representaban una regresión a formas raciales arcaicas, su trabajo sugería que el retraso mental era una condición que podía tener muchas causas y creció el interés en esta clasificación. Otros dos científicos cuya investigación y escritos crearon interés en torno al retraso mental fueron Gregor Mendel y Alfred Binet.

El trabajo de Mendel sobre los principios de la herencia genética en plantas lo llevó a interesarse en los efectos genéticos en los seres humanos, incluyendo la idea de que el retraso mental podría transmitirse de manera hereditaria. Una de las consecuencias de esta idea fue el movimiento eugenésico, que se enfocó en mejorar el repertorio genético de la población mediante la esterilización de los individuos con retraso mental para evitar que lo transmitieran por medio de la herencia genética. Los líderes del movimiento eugenésico también apoyaron la idea de que los individuos con retraso deberían ser institucionalizados debido a que se creía erróneamente



te que tenían tendencia hacia la delincuencia y una “conducta sexual relajada”.

En Francia, Alfred Binet y otros trabajaron para desarrollar pruebas psicométricas para poder seleccionar estudiantes para programas educativos especializados. Las pruebas de Binet fueron muy populares en Estados Unidos debido a que se consideraban objetivas y científicas. Sin embargo, más que utilizarse para determinar programas educativos apropiados, como lo pensó Binet, se emplearon para clasificar a las personas en niveles de inteligencia. Por ejemplo, en Estados Unidos, se utilizaron para clasificar a los que estaban encarcelados en prisiones e instituciones correccionales para determinar si eran “defectuosos mentalmente”. Muchas personas encarceladas por abuso de drogas, prostitución y conductas antisociales tenían bajas calificaciones en estas pruebas. La interpretación de los resultados para indicar un “defecto mental” no tomaba en cuenta los factores económicos y sociales que pudieran haber contribuido a obtener bajas calificaciones, sino que más bien crearon en la mente del público una fuerte conexión entre la conducta antisocial y la baja inteligencia. Esta opinión negativa del retraso mental y del mal uso de las pruebas de Binet provocó un considerable aumento en la institucionalización de las personas clasificadas con retraso mental para “proteger a la sociedad”.

Por último, después de la Segunda Guerra Mundial, los grupos de padres empezaron a organizarse para trabajar hacia el cambio de esta estereotipación y capacitar de manera adecuada a los niños con retraso mental o que presentaban problemas de aprendizaje significativos. En 1963, el presidente John F. Kennedy contribuyó a la reevaluación de las actitudes hacia el retraso mental cuando presentó el reporte del equipo de trabajo sobre retraso mental y enfermedades mentales al Congreso. Kennedy exigió un programa nacional para prevenir el retraso mental y mejorar la vida de los afectados (ver la figura 16-10). Desde ese momento, el trabajo en el campo de la genética ha ayudado a identificar las causas de algunos trastornos asociados con el retraso mental y ha creado interés en las diferentes causas del retraso.

Debido a las primeras actitudes sobre retraso mental, mucha de la terminología utilizada en el campo refleja el estigma asociado con ese estado. El término *idiotéz*, utilizado por Down en el título de su libro, es un ejemplo de ello. Hasta hace poco, se utilizó el término *deficiencia mental*, pero también tiene una implicación negativa. El DSM-IV-TR utiliza el término retraso mental. Muchas personas piensan que el término también es negativo, y prefieren términos como *discapacidad intelectual* o *discapacidad de aprendizaje*. Sin embargo, debido a que la terminología del DSM-IV-TR es relevante para el área de la psicología anormal, en este libro se utilizará el término retraso mental durante todo el capítulo.

## Trastornos con causas genéticas

Los trastornos genéticos incluyen los causados por genes específicos dominantes, por genes recesivos específicos heredados de ambos padres, por mutación genética, por anomalías cromosómicas y por combinaciones de genes aún no identificados de ambos padres, hacen que la persona rebase el límite de la normalidad y cai-



**Figura 16-10** La atención que el presidente John F. Kennedy prestó en 1963 a las necesidades de las personas con retraso mental fueron estimuladas por la experiencia personal de su familia (Shorter, 2000). Rosemary, su hermana, tenía un retraso mental leve. A pesar de que podía realizar muchas tareas tenía gran dificultad para adquirir las habilidades de lecto-escritura, así como otras habilidades motoras. Durante muchos años la familia Kennedy se sintió avergonzada de su lentitud en el aprendizaje. Cuando Rosemary era una adolescente adquirió un carácter rebelde, en parte debido a la presión que ejercían sobre ella sus hermanos y hermanas para sobresalir. Con la esperanza de mejorar su condición, su padre llegó tan lejos como contratar a un cirujano que le realizó una lobotomía prefrontal (el corte quirúrgico de la conexión entre el lóbulo prefrontal izquierdo y el derecho), un tratamiento experimental que en esa época se consideraba exitoso para una variedad de problemas de conducta. A medida que pasaron los años, la familia Kennedy llegó a aceptar las limitaciones de Rosemary y se convirtió en fiel partidaria de los planes de mejora de la calidad de vida de los individuos con retraso y de la investigación sobre las causas de éste. Esta fotografía, tomada 1938 (mientras el padre de los Kennedy, Joseph Kennedy, era embajador de Gran Bretaña) muestra a John y Rosemary (segundo y tercero del lado izquierdo) con sus padres y hermanos.

ga en la patología. Si el trastorno es causado por un gen dominante, sólo un gen de un par en particular debe estar afectado para producir el trastorno. En contraste, en los trastornos recesivos, ambos miembros del par de genes deben estar afectados.

El número de genes dominantes conocidos que causan retraso mental severo es pequeño debido a que las personas afectadas por estos trastornos por lo general no tienen hijos. Con frecuencia, una mutación o variación espontánea en un gen parece ser la causa del primer caso de trastorno por gen dominante reconocido en la familia. En muchos de estos trastornos, los síntomas no son evidentes inmediatamente después del nacimiento.

Con frecuencia, el primer caso de un trastorno que ocurre en una familia es el resultado de una mutación genética más que de herencia directa. Un ejemplo es la **fenilcetonuria (PKU)**, un trastorno metabólico producido por la mutación de un gen que provoca un daño en la función de una enzima específica, la fenilalanina hidroxilasa. Esta discapacidad da como resultado la incapacidad del organismo de oxidar el químico fenilalanina, que por lo tanto se acumula en él. Si se deja que esta acumulación continúe, puede

dar como resultado un retraso mental grave. Muy pocas víctimas de PKU que no reciben tratamiento tienen un CI arriba de 50. La única manera eficaz de reducir el exceso de fenilalanina en la sangre es por medio de una dieta especial baja en proteínas. Si el niño nace con este trastorno y el tratamiento, que implica una dieta estricta, empieza en forma oportuna, se puede prevenir la mayor parte de estos cambios. Cuanto más pronto inicie el tratamiento, mayor oportunidad habrá de que el resultado no sea el retraso mental. Por lo general, los niños que reciben tratamiento a una edad temprana se encuentran en el rango normal en las pruebas de inteligencia y los exámenes neurológicos. Sin embargo, aunque el tratamiento inicie aun más adelante en la vida, puede haber alguna mejoría (Fitzgerald y cols., 2000).

Debido a que un tratamiento rápido disminuye la probabilidad de retraso mental, las pruebas a los recién nacidos para detectar la PKU se practican en muchas áreas de Estados Unidos y en otros países. Un ejemplo de alguien que fue tratado con éxito con la terapia de dieta especial se muestra en la figura 16-11. La mayoría de los centros de tratamiento de Estados Unidos y Canadá recomiendan una adhesión vitalicia a una dieta sin proteínas necesaria para controlar los niveles de fenilalanina, aunque algunos investigadores creen que son aceptables niveles un poco más altos de esta enzima (Cerone y cols., 1999).

Antes de que se desarrollara el tratamiento para controlar la PKU, la mayoría de las personas que la padecían no tenían hijos. En la actualidad, debido a que la intervención alimentaria temprana ha reducido la probabilidad de padecer retraso mental, es más probable que las mujeres puedan tenerlos. Se estima que debido a los estudios a que son sometidos los recién nacidos y al tratamiento alimentario existen alrededor de 10 000 personas que se han desarrollado neurológicamente normales a pesar de tener PKU (Moats y cols., 2000). Si las mujeres que la padecen no siguen una dieta especial baja en proteínas diseñada para controlar el nivel de fenilalanina en la sangre antes y durante su embarazo, sus hijos pueden sufrir retraso mental, enfermedad cardíaca congénita, anomalías faciales o microencefalia (tamaño del cráneo anormal-

mente pequeño asociado con el retraso). Estos problemas de retraso mental y otros no se transmiten por herencia de un gen mutado que cause la PKU, sino que provienen de las características del entorno dentro del útero de la madre durante el embarazo. Aun si las madres embarazadas no tienen control sobre sus dietas antes del embarazo, cuanto más rápido lo hagan después de su inicio, menores serán las consecuencias negativas para el niño. Por ejemplo, en un estudio longitudinal en el que los niveles de fenilalanina de la madre fueron monitoreados durante su embarazo, los investigadores descubrieron que la probabilidad de que el recién nacido padeciera anomalías estaba relacionada con qué tan pronto durante el embarazo el nivel de fenilalanina en la sangre de la madre había sido reducido al rango recomendado (Rouse y cols., 1997).

## Síndrome de X frágil

Muchos tipos de retraso mental están relacionados con los genes del cromosoma X. El **síndrome de X frágil** recibe su nombre del hecho de que el cromosoma X de la persona afectada muestra un punto frágil cuando crece en un cultivo en laboratorio. Esta malformación se presenta en la figura 16-12. El cromosoma X es parte del par de cromosomas que determinan el sexo del individuo. Las mujeres tienen dos cromosomas X en este par, mientras que los hombres tienen un cromosoma X y uno Y. Si sólo uno de los cromosomas X de la madre está afectado por este síndrome, la mujer puede o no sufrir retraso, pero es probable que sea portadora y pueda transmitir las anomalías cromosómicas a sus hijos. Debido a que cada uno de los cromosomas sexuales proviene de cada padre, si el hombre tiene el síndrome debió haber sido transmitido por su madre, ya que su cromosoma Y debió provenir de su padre. Debido a que las mujeres tienen dos cromosomas X, uno de cada padre, las niñas tienen menor probabilidad de ser afectadas por el síndrome. No todas las personas cuyos cromosomas X muestran el síndrome del X frágil son afectadas de la misma manera. Una quinta parte de los hombres y dos terceras partes de las mujeres que llevan el cromosoma X frágil no muestran ninguna señal obvia del trastorno. Es-

**Figura 16-11** Jackie Gnechchi (izquierda) es miembro de la primera generación de personas jóvenes con fenilcetonuria que han alcanzado la edad adulta sin el daño cognitivo que ocurre cuando no hay tratamiento. Nació en 1970 después de que la práctica de monitorear a los recién nacidos se estableció en muchos hospitales de Estados Unidos. Debido a que identificaron rápidamente su fenilcetonuria, recibió una dieta especial desde que tenía dos semanas de vida. Aquí se le ve hablando con una trabajadora social en el Centro de Desarrollo Infantil y Retraso Mental de la Universidad de Washington, quien formó parte del grupo de tratamiento que trabajó con Jackie y sus padres.



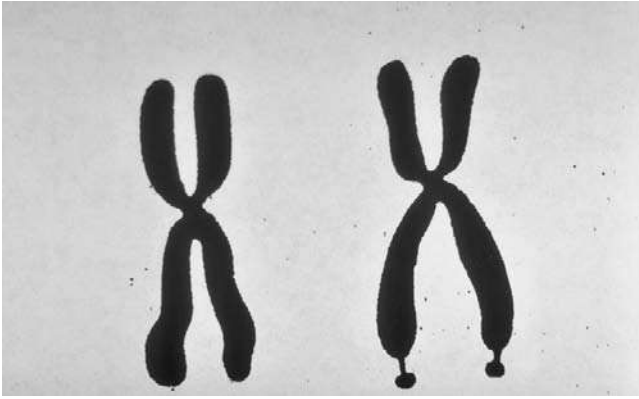


**Figura 16-12** El cromosoma X frágil (a la derecha) muestra la malformación que le dio nombre a este síndrome. Compare los brazos largos de este cromosoma con los del cromosoma X normal (a la izquierda).

tas personas que llevan el gen del X frágil pero que no muestran efectos visibles o conductuales llevan lo que se llama un gen de permutación (Mazzucco, 2000). Cuando el gen se transmite a uno de los hijos puede mutar, lo que significa que un juego de componentes del gen se repite varias veces y éste se alarga. Este aumento continúa de generación en generación. Cuando el número de repeticiones sobrepasa el límite da como resultado la enfermedad y el retraso mental que la acompaña (Kooy y cols., 2000).

El síndrome de X frágil es la forma más común de retraso mental heredado; se estima que tiene una prevalencia de uno en 1000 hombres y de una en 2000 mujeres. Es posible que las personas afectadas tengan retraso mental y varios problemas de aprendizaje específicos, deterioros en el lenguaje y varios otros trastornos como ADHD (del que se habló en el capítulo 15) o un trastorno generalizado del desarrollo (del que se habló antes en este capítulo). En particular, en el caso de los hombres, el síndrome de X frágil puede venir acompañado de conductas autistas, arranques de conducta agresiva y rasgos físicos distintivos. Estos rasgos distintivos incluyen caras muy largas, orejas grandes y, en el caso de los hombres adultos, grandes testículos. La figura 16-13 muestra rasgos faciales típicos de los jóvenes adultos con síndrome del X frágil.

Debido a que el gen responsable del síndrome de X frágil ha sido identificado, es posible detectar a personas que tal vez sean portadoras del gen premutado, pero que no muestren signos claros de sus efectos, a través del uso de pruebas de DNA. Mediante esta técnica se estima que una de cada 600 mujeres son portadoras de este gen. Este conocimiento es importante, ya que hace posible una mejor asesoría genética, así como un diagnóstico prenatal más exacto.

## Síndrome de Down

El **síndrome de Down**, llamado así por el clínico que lo describió por primera vez (mencionado con anterioridad), es una anomalía cromosómica que involucra el par 21 de los cromosomas. El sín-

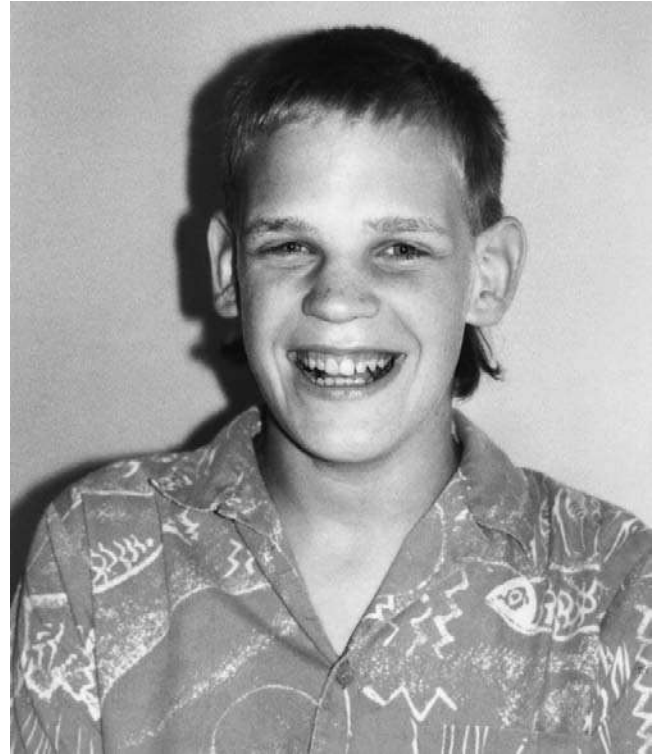


**Figura 16-13** Este joven niño tiene retraso mental como resultado del síndrome de X frágil. Su cara larga, frente prominente, y orejas grandes son típicos de la apariencia física que es resultado de este trastorno.

drome de Down se presenta en aproximadamente uno de cada 1000 nacimientos, y es la causa individual más común de retraso mental. Aunque en ocasiones el síndrome de Down produce retraso mental grave, la mayoría de las personas con este trastorno tienen un retraso de leve a moderado, y muy pocos pueden clasificarse en el rango normal de inteligencia (ver la figura 16-14). Los rasgos físicos característicos hacen que este trastorno se reconozca con facilidad. Estos rasgos incluyen un rostro plano y nariz pequeña, ojos que parecen sesgarse hacia arriba debido a pequeñas capas de piel en las esquinas interiores, labios y lengua ligeramente prominentes, orejas pequeñas y manos pequeñas y cuadradas con dedos cortos y el quinto dedo en forma de curva. Los niños con síndrome de Down tienden a tener una estatura más baja que el promedio, con brazos y piernas muy cortos en relación con su cuerpo. También son propensos a ser obesos en la niñez y adolescencia. Además, tienen una anomalía cardíaca congénita.

Tres tipos de anomalías cromosómicas pueden causar el síndrome de Down. La forma más común, responsable de 80 a 90% de los casos, es el resultado de lo que se conoce como **no disyuntivo**. Esto significa que existe un cromosoma extra en lo que generalmente es el sitio del par 21, por lo que hay tres y no dos cromosomas 21 en ese lugar. La probabilidad de una no disyunción aumenta con la edad de la madre y es mucho más alto en el caso de las madres mayores de 40 años o más: el riesgo es menor de uno





**Figura 16-14** Actividades enriquecedoras al inicio de la vida pueden ayudar a algunos niños con síndrome de Down a lograr más de lo que se espera de ellos. En 1994, Jason Kingsley (izquierda) y Mitchell Levitz (derecha) escribieron un libro, *Count Us In*, donde describen sus experiencias como personas con síndrome de Down. Ellos y sus padres atribuyen sus triunfos sobre el síndrome de Down a su exposición temprana a actividades y ejercicios que estimulan la mente.

FUENTE: *The New York Times*, 20 de marzo de 1994, p. 13.

por cada 1000 mujeres embarazadas a los veinte años, pero aumenta a 18 de cada 1000 después de los cuarenta. Esta forma de síndrome de Down también se conoce como *trisomía 21*. La trisomía en otros dos pares de cromosomas, los pares 13 y 18, se relacionan con el retraso mental, pero estas condiciones son mucho más raras que el síndrome de Down. Sin embargo, una vez que los padres han concebido un hijo con cualquiera de estas trisomías enfrentan un riesgo mayor de trisomía en los embarazos futuros.

Otros dos tipos de procesos pueden producir el síndrome de Down al afectar el par 21 de cromosomas. El primero, llamado **translocación**, ocurre cuando se desprende material de un cromosoma y se une a un par cromosómico diferente. El segundo proceso que provoca síndrome de Down se conoce como **mosaicismismo**.

**mosaicismismo** es el resultado de un accidente que ocurre en cierto momento durante el desarrollo embrionario, que genera un niño con una composición de cromosomas mixtos compuestos por células afectadas y otras que tienen una configuración normal. Dependiendo de qué tan temprano en el proceso del desarrollo ocurre, el nivel de retraso mental puede variar desde un rango normal de funcionamiento hasta un deterioro grave.

**Patrones del desarrollo intelectual** Durante la infancia, los niños con síndrome de Down exploran su entorno de la misma forma que los demás niños. Durante el periodo preescolar, su desarrollo, aunque es más lento que el promedio, parece seguir un patrón similar; aunque muestran menos comportamientos exploratorios y no son tan vivaces en la investigación de su entorno. Durante la niñez y adolescencia, los niños con síndrome de Down tienen menos tonicidad y coordinación muscular que el resto de ellos. Como resultado, son menos activos, realizan las tareas con mayor lentitud y tienen menos equilibrio. Cuando llegan a la edad escolar, sus retrasos en el desarrollo físico y cognitivo empiezan a causar más problemas. Los déficit de memoria a corto plazo significan que soportan una sobrecarga de información, que puede provocar un mal desempeño. La memoria auditiva es en especial baja, por lo que el niño será menos capaz de aprender de la información verbal.

Otros problemas de los niños con síndrome de Down que pueden ser impedimentos importantes en la búsqueda de una vida normal son la incapacidad para comprender instrucciones, prestar atención a varias cosas a la vez y expresar con claridad lo que piensan o necesitan. Incluso, los niños mayores emplean una especie de lenguaje telegráfico en el cual están ausentes las conjunciones como “y” o “pero”, así como otros tipos de palabras, como las preposiciones y los adverbios. En general, los niños con síndrome de Down parecen especialmente débiles en la abstracción de alto grado, el razonamiento y la percepción auditiva.

Los programas para proporcionar mayor estimulación a los niños muy pequeños con síndrome de Down intentan modificar la tendencia típica de reducción del desarrollo (W.I. Cohen y cols., 2002). Con frecuencia, la intervención comienza pocos días después del nacimiento con programas de terapia física. Los programas para los niños pequeños ofrecen una variedad de actividades para ayudar a desarrollar las capacidades cognitivas y físicas. Los padres también reciben capacitación para tomar parte en las actividades de estimulación de sus hijos. El involucramiento de los padres parece ser muy importante en el mejoramiento del desarrollo motor de los niños que tienen menor déficit intelectual inicial. El crecimiento de habilidades de comunicación, habilidades para la vida diaria y habilidades sociales pueden ser incrementadas según la calidad del ambiente familiar y las interacciones entre padre e hijo.

**Envejecimiento en el síndrome de Down** Por lo general, las personas con síndrome de Down empiezan a experimentar los cambios fisiológicos del envejecimiento a muy temprana edad (Cuskelly y cols., 2002). Por lo general, la disminución de sus capacidades cognitivas ocurre alrededor de los cuarenta años, cuan-



do muchos de ellos empiezan a experimentar deterioro de la memoria, dificultad para solucionar problemas, y reducción de sus capacidades de lenguaje y de autocuidado general (Holland, 2000). Esta disminución de sus capacidades cognitivas puede estar asociada con un alto riesgo de demencia temprana y la enfermedad de Alzheimer que se ha encontrado en los que padecen este síndrome. Los primeros síntomas de demencia también se manifiestan alrededor de esa edad, mucho antes de lo que podrían encontrarse en quienes no lo padecen, mientras que después de los cincuenta se puede esperar que desarrollen demencia.

Estudios de autopsia han mostrado que el mismo tipo de placas seniles y laberintos que parecen similares a los que se encuentran en el cerebro de los que sufren la enfermedad de Alzheimer empiezan a aparecer antes de los treinta años en personas con síndrome de Down. La figura 16-15 muestra estas lesiones cerebrales. Las autopsias de pacientes con síndrome de Down que murieron después de los cuarenta años muestran estos indicios de la enfermedad de Alzheimer en 95% de los casos. Las regiones del cerebro más afectadas también son similares en el síndrome de Down y en pacientes con esta enfermedad.

**Examen prenatal del síndrome de Down** Una gran cantidad de casos de síndrome de Down pueden identificarse en diagnósticos prenatales por medio del uso de **amniocentesis**. Con esta técnica, se extrae el líquido amniótico del saco que protege al feto y se realizan estudios para detectar defectos genéticos y cromosómicos. En Estados Unidos se aplica la amniocentesis a las mujeres embarazadas si tienen 35 años o más. Se escogió esta edad porque

el riesgo de tener un hijo con síndrome de Down aumenta sólo de manera gradual hasta más o menos los treinta años, pero después de esa edad aumenta de manera rápida. El riesgo de tener un hijo con síndrome de Down es de uno en 1300 para las mujeres de 25 años; a la edad de 35 el riesgo es de uno en 365; y a la edad de 45 el riesgo aumenta a uno de 30 (Newberger, 2000). El proceso de amniocentesis puede aumentar un poco las probabilidades de aborto, por lo que no se usa si se considera que el riesgo de síndrome de Down u otro trastorno genético es bajo.

El resultado de la amniocentesis se utiliza para asesorar a los padres sobre el riesgo del síndrome de Down, así como otros problemas genéticos en el embarazo. Con este conocimiento, los futuros padres pueden interrumpir el embarazo o prepararse para el nacimiento de un hijo con un problema específico. Debido a que la amniocentesis no se puede utilizar hasta el cuarto mes de embarazo y las células se deben cultivar durante dos semanas después de la prueba, el embarazo está bastante avanzado cuando se conoce el resultado. Esto significa que si las pruebas muestran un defecto en el feto, los padres deben enfrentar una decisión muy difícil acerca de la continuación o no del embarazo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el procedimiento de amniocentesis revela que el feto no tiene ningún defecto, con lo cual se evita a los padres meses de angustia. Una nueva prueba para la detección del síndrome de Down en el feto combina las pruebas de sangre y el uso del ultrasonido (Wapner y cols., 2003). Esta prueba es un avance significativo ya que se puede utilizar al principio del embarazo (alrededor de las 12 semanas). Aunque es menos exacta que la amniocentesis, también es menos agresiva. Identifica un mayor porcentaje de bebés afectados con el síndrome de Down y da como resultado menos identificaciones positivas falsas o incorrectas de la presencia del síndrome de Down que otras pruebas antes utilizadas para la detección temprana.



**Figura 16-15** Esta micrografía presenta una muestra de tejido cerebral de un joven paciente con síndrome de Down que, aunque algunas neuronas normales (flechas) todavía están presentes, también hay una cantidad considerable de plaquetas seniles (círculos) típicas de las que se encuentran en pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Se piensa que el envejecimiento prematuro del cerebro es resultado del síndrome de Down. La mayoría de los adultos que tienen este síndrome y aquellos que llegan a los 30 años desarrollan plaquetas seniles que se enredan, características de pacientes con enfermedad de Alzheimer, quienes, por lo general, son más viejos.

FUENTE: Cortesía de los doctores Brian Cummings y Patrick Kesslak del Institute for Brain Aging and Dementia de la University of California, Irvine.

## El ambiente fetal y el retraso mental

En ocasiones, los trastornos asociados con el retraso mental suceden, no por herencia, sino por las condiciones del ambiente en el que el feto, o nonato, vive antes del parto. Con anterioridad se explicó que la madre con PKU que no controla su dieta puede no heredárselo a su hijo, pero la situación química en su útero durante el embarazo puede causar diferentes defectos de nacimiento, incluso algún tipo de retraso mental. Los factores prenatales que se relacionan con el retraso mental incluyen infecciones maternas y condiciones crónicas, incompatibilidad sanguínea entre madre e hijo, químicos en el ambiente fetal, radiación y desnutrición así como factores asociados con la edad de la madre y el estrés que ella pueda experimentar. Cada uno de estos factores puede tener un efecto importante en el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso, y en el funcionamiento intelectual posterior. Con frecuencia, estos factores influyen de manera más notable si el problema ocurre al inicio del embarazo, en particular en las primeras semanas después de la concepción.

El saco de la placenta que rodea al feto actúa como una barrera que evita que muchas infecciones se transmitan de la madre al feto, pero diversos virus pueden cruzarla. Alrededor de la mitad de todos los fetos cuyas madres contraen la rubéola en los primeros tres meses de embarazo también se infectan. El virus destruye las células y puede interferir con el abastecimiento de sangre al feto. Alrededor de la mitad de los niños cuyas madres contrajeron rubéola al inicio del embarazo tienen retraso. Los que no lo tienen, con frecuencia presentan problemas de aprendizaje. El retraso mental también puede ser resultado de alguna enfermedad viral crónica como herpes o el virus de inmunodeficiencia (VIH). Los niños infectados con VIH antes del nacimiento tienen una alta probabilidad de sufrir convulsiones, atrofia cerebral y retraso mental dentro del primer año de vida.

Algunas condiciones médicas crónicas de la madre también pueden causar el retraso mental del feto. La hipertensión (presión arterial alta) y la diabetes son ejemplos de trastornos crónicos que pueden interferir con la nutrición fetal y causar daño cerebral. Ambas condiciones pueden tratarse durante el embarazo si se diagnostican a tiempo. Las drogas que consume la madre durante el embarazo pueden atravesar la placenta hacia el feto. Incluso los tranquilizantes suaves se asocian con un aumento en la tasa de malformaciones fetales graves. Además, los químicos del aire, la comida y el agua pueden afectar al niño antes de nacer. Otro ejemplo de un factor químico en el ambiente fetal que puede causar retraso es el alcohol, y un resultado del alcohol en el embarazo es el *síndrome de alcoholismo fetal*.

## Síndrome de alcoholismo fetal

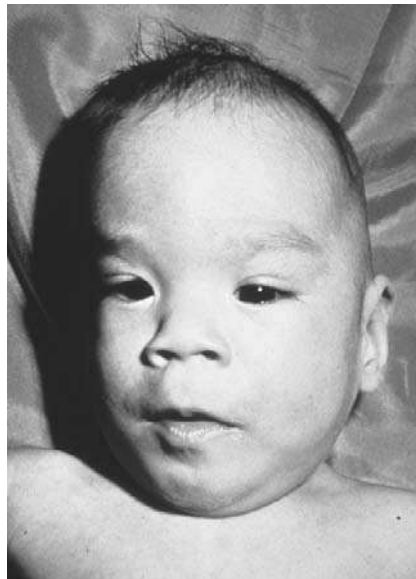
Los efectos del consumo de alcohol por la madre en un nonato fueron reconocidos por primera vez cuando se detectó un grupo de rasgos faciales en algunos hijos de mujeres consumidoras de alcohol durante el embarazo. Estas deformidades faciales, que identifican al **síndrome de alcoholismo fetal (FAS)**, incluyen ojos pequeños, párpados caídos, nariz corta y respingada con el tabique bajo, mejillas sumidas, labio superior delgado, orejas bajas, frente prominente y un espacio demasiado grande entre la nariz y la boca. La cara del niño que se muestra en varias edades en la figura 16-16 muestra muchas de estas características. El FAS está asociado con el retraso mental así como con el crecimiento retardado y una variedad de defectos físicos y deformidades, y anormalidades en el funcionamiento cerebral y la conducta. Se estima que más de 4% de los hijos de alcohólicos tienen FAS (Abel, 1995).

Los niños afectados por el FAS enfrentan muchas dificultades debido a sus dificultades cognitivas. Michel Dorris, quien adoptó a un niño con FAS, describió la vida de su hijo de la siguiente manera:

*Él no aprendía de sus errores, por inconvenientes o exasperantes que fueran. Se aferraba al orden establecido con tenacidad, es decir, se rehusaba a adaptarse a las fluctuaciones en su ambiente externo. Si usaba una camiseta sin abrigo durante el verano, entonces ¡vaya!, salía de la casa con la misma ropa en enero, a pesar de que la temperatura fuera bajo cero. Cuando aprendía una nueva habilidad, se enfocaba en algún*



(a)



(b)



(c)

**Figura 16-16** Por lo general, los niños afectados con el síndrome de alcoholismo fetal tienen ciertas características faciales comunes que incluyen tejidos oscuros en la esquina interior de los ojos, una nariz corta y un puente nasal bajo, un surco no desarrollado en el centro del labio superior entre la nariz y el borde del labio, y labio superior delgado. Este niño, que fue fotografiado en tres edades diferentes, muestra todas estas características faciales. Fue diagnosticado con el síndrome de alcoholismo fetal desde el nacimiento. A pesar de haber pasado su vida en un excelente hogar adoptivo y asistir a un programa escolar superior, su CI se ha mantenido en el rango de 40 a 45.

FUENTE: Dr. Ann Streissguth, de la University of Washington.

*detalle superfluo dentro de toda la estructura y soltaba el ancla. Toda la constelación de acciones, lo esencial combinado con lo accidental, se afianzaba y ninguna parte podía desecharse de manera selectiva. No reconocía matices, ninguna parte intercambiable en un patrón que había adoptado. La ropa correcta = camiseta. Punto. [...]*

*Pero su mayor problema, el inconveniente de todos los días que era el más difícil de afrontar en el mundo, era su falta de un tipo particular de imaginación. No podía, no puede, verse en un futuro. “Si hago X, entonces Y (bueno o malo) sería la consecuencia”. Su valoración de las consecuencias era tan vaga que se traducía en un enfoque en una acción tan conservadora que aparentaba terquedad. Existía en el presente con alguna referencia ocasional al pasado inmediato. [...]*

*Y si se aventuraba, algunas veces de manera tentativa, en ocasiones con excesiva desenvoltura por no tener nada que perder, tomaba malas decisiones, veía sólo una parte del todo, ya sea que fuera demasiado literal o demasiado casual en su interpretación del detalle. Si se le dejaba que controlara su medicina, podía tomar tres dosis del día al mismo tiempo para “dejarla atrás” o podría esconderlas en un cajón “para que no se le acabara”. Podría tomar un dólar de mi cartera aunque él tuviera diez iguales, “porque quería ahorrar los míos”. La pregunta “por qué” nunca ha tenido sentido para Adam; la relación de causa-efecto no la entiende (Dorris, 1989, pp. 200,201).*

A medida que la investigación sobre FAS continúa, es evidente que aun los niños que no tienen los rasgos faciales descritos con anterioridad, y cuyas madres no bebían tanto, también pueden tener problemas cognitivos y conductuales asociados con la exposición prenatal al alcohol. Estas dificultades incluyen problemas de atención, procesamiento de información y desarrollo académico que continuarán durante la infancia y adolescencia (Streissguth y cols., 1995).

## Problemas peri y postnatales

La vulnerabilidad al retraso mental también puede aumentar debido a factores ambientales que se presentan durante o después del nacimiento. Una porción relativamente grande de individuos que padecen retraso mental (de 10 a 20%) ha experimentado algún trauma o accidente durante el nacimiento (Gualtieri, 2002). Otro 5 a 10% experimenta algún tipo de trauma u otra condición después del nacimiento que provoca el retraso mental.

Los factores que pueden aumentar la probabilidad de retraso mental durante las dificultades en el nacimiento incluyen nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, falta de oxígeno durante el parto y un paso rápido por el canal de parto, que pueden dar como resultado hemorragia y desgarramiento del tejido cerebral. Las complicaciones neurológicas relacionadas con el nacimiento prematuro son una causa muy importante del deterioro cognitivo debido al desarrollo de tecnologías médicas que permiten la supervivencia de bebés de alto riesgo.

El daño al sistema nervioso después del nacimiento también puede provocar retraso mental. El daño puede ser causado por infecciones como la encefalitis, desnutrición extrema, golpes en la ca-

beza, tumores, privación de oxígeno (por ejemplo, en accidentes en los que casi se ahogan o quedar atrapado en un refrigerador que no funciona u otro contenedor), y venenos del ambiente, como el plomo de la pintura descascarada.

## Desventaja psicosocial

Algunas personas, cuyas calificaciones en las pruebas de inteligencia las colocan en el rango de retraso leve, también tienen padres cuyo CI es del mismo nivel. En muchos casos, no se puede identificar algún factor específico como la causa de su retraso. Con frecuencia se sugiere que el nivel intelectual de estos individuos sólo refleja su heredabilidad y representa la cola de la curva de campana, o distribución normal, que representa la inteligencia. Antes de llegar a esa conclusión, es importante tomar en cuenta que un porcentaje muy grande de los que se clasifican en el rango de retraso leve tienen una **desventaja psicosocial**, es decir, provienen de familias con un estatus socioeconómico bajo y oportunidades educativas y culturales limitadas. Debido a que la mayoría de las calificaciones de las pruebas de inteligencia reflejan factores biológicos (que incluyen un legado genético) y exposición a un ambiente estimulante y oportunidades educativas, es difícil asignar a una causa en particular el nivel de inteligencia medida de este grupo. La heredabilidad proporciona un rango de posibilidades para un niño en desarrollo, pero el nivel de éxito dentro de ese rango es el resultado de muchos factores, que incluyen aspectos del ambiente. La intervención temprana y los programas de enriquecimiento psicosocial como los que se exponen en las siguientes secciones con frecuencia están enfocados en los niños que pueden estar en desventaja, debido tanto a la heredabilidad como al ambiente en que crecen.

## Tipos de prevención e intervención en el retraso mental

Los esfuerzos para prevenir el retraso mental y para ayudar a los afectados a utilizar todo su potencial pueden tomar muchas formas. Éstas incluyen la *prevención primaria* (en primer lugar evitar que ocurra el trastorno), *prevención secundaria* (tratar el problema para que sean mínimos los efectos) y *prevención terciaria* (ayudar al individuo a hacer el mejor uso de sus capacidades). Estos tipos de prevención se revisan más a fondo en el capítulo 17.

**Prevención primaria** Se puede evitar que ocurran ciertos tipos de retraso mental. Un importante ejemplo de tal programa de prevención primaria es la campaña para informar a las mujeres que el consumo de alcohol durante el embarazo es potencialmente dañino para el desarrollo del niño. Las campañas de salud pública y las señales de alerta en los envases de bebidas alcohólicas y en los lugares donde se sirven pueden ayudar a lograrlo. La figura 16-17 es una muestra de este tipo de advertencia.





**Figura 16-17** Ésta es la fotografía de la etiqueta de una botella de una bebida alcohólica que ilustra la necesidad de advertir sobre el uso del alcohol durante el embarazo, así como los riesgos de otro tipo que genera su consumo. Las advertencias sobre los efectos de su ingestión en mujeres embarazadas son impuestas por la ley para que se muestren de manera destacada en las etiquetas de bebidas alcohólicas y también en los bares y restaurantes que las expenden.

Otro tipo de esfuerzo de salud pública está enfocado en reducir la probabilidad de daño cerebral a niños después del nacimiento. Un ejemplo de este esfuerzo es la exposición al plomo, que puede tener un efecto negativo en su funcionamiento intelectual. La exposición al plomo se ha reducido pues ahora las gasolinas no lo contienen y se ha prohibido su uso en algunas pinturas así como al hacer que los padres estén conscientes de los peligros de la pintura descascarada de las casas viejas.

Probablemente la medida que tiene un efecto mundial en la prevención del retraso mental es educar a las personas sobre la importancia del cuidado prenatal de las mujeres embarazadas. Mediante el cuidado prenatal, los médicos y otros trabajadores de la salud pueden monitorear a las mujeres para detectar el desarrollo de condiciones tales como presión arterial alta y un tipo especial de diabetes (llamado diabetes gestacional) que sólo ocurre durante el embarazo. Si no se controlan estos trastornos, pueden provocar daños en el desarrollo del niño. Es necesario ayudar a las madres que ya tienen algún trastorno como la diabetes o PKU a prevenir daños en el feto asesorándolas sobre la necesidad de que se sometan a una dieta estricta durante el embarazo. Un buen cuidado prenatal

también puede ayudar a prevenir los nacimientos prematuros que están asociados con un alto riesgo de retraso mental.

Otro tipo de cuidado primario asociado con el cuidado prenatal se logró cuando se incrementó la capacidad para detectar problemas genéticos y del desarrollo durante el embarazo por medio del uso de amniocentesis y ultrasonido. La información sobre estos procedimientos permite a los padres y a los médicos analizar los problemas potenciales y explorar el deseo de practicar un legrado. Por ejemplo, la amniocentesis se utiliza para detectar el síndrome de Down. Aunque el aborto terapéutico está permitido legalmente, puede presentar un dilema para los futuros padres si se oponen al procedimiento por razones morales o éticas. Sin embargo, el aumento del uso del examen prenatal hace posible que estos padres tomen una decisión informada sobre la continuación del embarazo.

Nuevas técnicas de investigación genética permiten detectar la ubicación del gen relacionado con diversos trastornos. Al final, se podrá identificar la ubicación de genes involucrados en otros trastornos que se considera tienen raíces genéticas. La información sobre este tema puede ayudar a los futuros padres a evaluar el riesgo de concebir un hijo con retraso mental u otro trastorno para que después de consultar con un asesor genético puedan tomar una decisión informada sobre iniciar o interrumpir el embarazo.

**Prevención secundaria** Algunos niños nacen con un trastorno que, de no ser tratado, puede causar retraso mental. Los esfuerzos de la **prevención secundaria** están enfocados en proporcionar tratamiento. Algunas de estas condiciones pueden causar retraso mental poco después del nacimiento a menos que se hayan identificado y tratado. Por ejemplo, el examen de PKU se realiza de manera rutinaria en los recién nacidos para descartar el problema, pero si existe, debe comenzarse de inmediato una dieta de control para prevenir daño en el sistema nervioso central.

**Prevención terciaria** La **prevención terciaria** está enfocada en mejorar la situación existente. Se han desarrollado programas de intervención para enfrentar trastornos específicos, en especial para el síndrome de Down y el autismo, que pretenden aumentar las capacidades de los niños al inicio de su ciclo de desarrollo. Otros ejemplos son los programas educativos en la escuela, programas de vida comunitaria y programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales. Otro tipo de prevención terciaria es el creciente reconocimiento de la importancia del tratamiento de problemas psicológicos y relaciones familiares de las personas con retraso mental.

## Programas de intervención temprana

Los programas de intervención temprana son programas de prevención terciaria, típicamente realizados con niños que son juzgados con un alto riesgo de retraso leve como resultado de un ambiente empobrecido o de padres cuyo CI se encuentra en ese rango de retraso.



## INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO

### Trastornos del aprendizaje, de la comunicación y de las habilidades motoras

Las barreras para adquirir habilidades específicas pueden tener consecuencias importantes durante toda la vida. El DSM-IV-TR incluye categorías de diagnóstico para tres áreas importantes de estas habilidades: *trastornos de aprendizaje*, *trastornos de la comunicación* y *trastornos de las habilidades motoras*. La tabla 16-11 enumera los tipos de trastornos específicos incluidos en cada categoría. Todos estos trastornos inician en la infancia, pero los del aprendizaje y los de la comunicación por lo general se detectan cuando las habilidades relacionadas no aparecen como se espera en el proceso normal del desarrollo infantil.

Ediciones sucesivas del DSM han aumentado en gran medida el número de estos trastornos, ya que de seis en el DSM-II, en el DSM-IV-TR aparecen 19. Los autores del DSM sostienen que es importante incluirlos porque las clasificaciones podrán llevar a mayores investigaciones y un aumento de la comprensión de los trastornos y cómo pueden tratarse de manera más eficaz. También creen que el aumento de estas categorías específicas del DSM alertarán a los pediatras y médicos familiares sobre los problemas para que puedan identificar oportunamente los

trastornos e iniciar el tratamiento que corresponda.

No todo el mundo está contento debido al creciente número de trastornos incluidos en el DSM. En la figura 16-18, el caricaturista Roz Chast satiriza esta situación. Aunque en general el DSM-IV-TR ha sido criticado por incluir muchos trastornos que otros consideran no son enfermedades mentales, existe una controversia específica sobre la inclusión de las categorías de trastornos del aprendizaje, de la comunicación y de las habilidades motoras. Muchos críticos, entre ellos los patólogos del lenguaje y terapeutas educativos, afirman que estos problemas no son en realidad trastornos mentales y por lo tanto no es apropiado que estén incluidos en un sistema de clasificación psiquiátrica. Una de las preocupaciones más importantes que los críticos tienen sobre los trastornos del aprendizaje y de la comunicación es la circularidad del razonamiento que pudo haber llevado al diagnóstico. Si un niño no tiene éxito en la escuela puede ser diagnosticado con uno de estos trastornos, por lo cual éstos se convierten en la razón del poco rendimiento. Para evitar este problema, es importante medir las capacidades intelectuales del niño mediante pruebas de inteligencia de mane-

ra individual y no en grupo para evaluar su motivación y su exposición a una buena enseñanza, y para determinar si hay algún problema familiar o de ajuste que pueda jugar un papel en su rendimiento escolar. Estas clasificaciones serán útiles sólo si llevan a una intervención de rehabilitación específica apropiada, no si se utilizan como simples explicaciones.

La forma más común de identificar uno de estos trastornos es la discrepancia entre las calificaciones en las pruebas de CI o inteligencia general y las que miden una habilidad específica. Sin embargo, no hay un acuerdo absoluto sobre el grado que debe tener la discrepancia para definir la presencia de un trastorno. Esta imprecisión en la definición significa que no hay mucho acuerdo sobre muchos niños que podrían ser señalados con uno de estos trastornos y como resultado reúnen los requisitos necesarios para recibir atención educativa especial. La ventaja del uso del enfoque de discrepancia es que ayuda a diferenciar a los niños con trastornos específicos de los alumnos de bajo rendimiento escolar en general. Una buena definición es importante porque en Estados Unidos más de dos millones de niños son clasificados con un problema de lenguaje.

**TABLA 16-11**

#### Trastornos del aprendizaje, de la comunicación y de las habilidades motoras incluidos en el DSM-IV

**Trastornos del aprendizaje:** rendimiento académico sustancialmente menor de lo que se espera de acuerdo con la edad cronológica, la medición de la inteligencia y una educación adecuada para la edad

- Trastorno de la lectura
- Trastorno del cálculo
- Trastornos de la expresión escrita
- Trastorno del aprendizaje no especificado

**Trastornos de la comunicación:** dificultades en el habla o en el lenguaje no explicadas por otras causas

- Trastorno del lenguaje expresivo
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
- Trastorno fonológico
- Tartamudeo
- Trastorno de la comunicación no especificado de otra manera

**Trastorno de las habilidades motoras:** coordinación motora considerablemente por debajo de lo que se espera de la edad cronológica y de las medidas de inteligencia y que no está relacionada con otro trastorno

- Trastorno del desarrollo de la coordinación

## CUADRO 16-2

# UNA CANCIÓN INFANTIL DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC SOCIETY



**Figura 16-18** El caricaturista Roz Chast ha modificado la vieja canción de cuna que categoriza a los niños nacidos en cada día ("los niños de los lunes tienen la cara pálida...") y ha creado "La canción de cuna para la American Psychiatric Society".

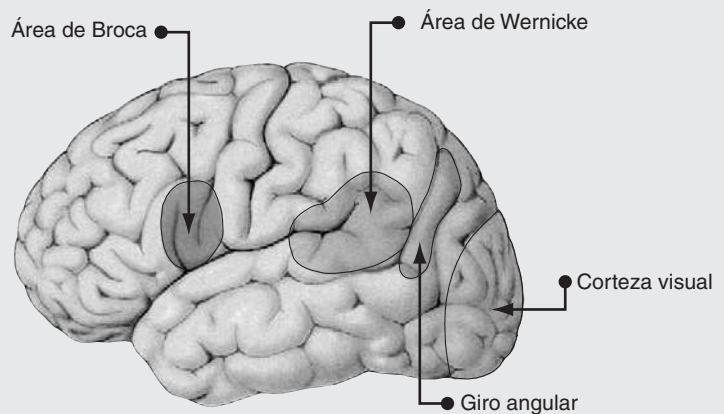
FUENTE: ©The New Yorker Collection 2000 Roz Chast del cartoonbank.com. Derechos reservados.

No se conocen la mayoría de las causas de estos trastornos aunque el aumento del empleo de varias técnicas de imagenología cerebral ha empezado a proporcionar algunas pistas. A pesar del desconocimiento de las causas, las conductas parecen estabilizarse con el tiempo y es probable que el resultado final de los niños con estos trastornos sea bajo en relación con el ajuste psicosocial y laboral. También es probable que los niños con problemas de aprendizaje sean rechazados por sus compañeros. Un estudio de niños de cuarto a sexto grado descubrió que no sólo es más probable que se los rechace socialmente sino que se les considere poco cooperativos o con menores probabilidades de ser líderes que otros niños de su clase (Kuhne y Wiener, 2000). Otro aspecto que destacaron los investigadores fue que era muy probable que los niños con trastornos del aprendizaje que habían calificado como promedio en el estatus social al inicio del año cambiaran su estatus al de abandonado o rechazado a medida que transcurría el año escolar.

La mayoría de los estudiantes con problemas de lenguaje (probablemente alrededor de 85 a 90%) tienen problemas de lectura (Bender, 1995), los cuales con frecuencia se relacionan con la dislexia. La **dislexia** se caracteriza por una lenta adquisición de las habilidades de lectura como consecuencia de una disfunción cortical. Las imágenes por resonancia magnética de lectores adultos normales y disléxicos muestran que estos últimos presentan menor actividad en la corteza visual, en el giro angular y en el área de Wernicke pero una relativa sobre-reacción en el área de Broca (Shaywitz y cols., 1998).

continúa

**Figura 16-19** La imagen funcional de la resonancia magnética se utiliza para determinar qué áreas del cerebro difieren en su actividad cuando personas normales y con dislexia leen (Shaywitz y cols., 1998). Diversas áreas fueron menos activas cuando eran los participantes disléxicos los que leían. Entre ellas se pueden mencionar la corteza visual, que recibe la entrada de datos visuales; el giro angular, que transforma la información en información auditiva; y el área de Wernicke involucrada en la comprensión. El área de Broca, asociada con el lenguaje, estaba relativamente más activa en el grupo disléxico.



INVESTIGACIÓN DE PRIMER PLANO *continúa*

## CUADRO 16-2

(La figura 16-19 muestra la ubicación de estas áreas). Los disléxicos tienen una inteligencia normal pero muestran poca velocidad para leer, escasa comprensión, así como omisión o distorsión e inversión de palabras. Con frecuencia, los niños disléxicos que reciben un entrenamiento especial mejoran considerablemente sus habilidades de lectura.

A menudo, los trastornos de lectura son discapacidades de por vida que también involucran otras dificultades de aprendizaje y comunicación. Casi todos los individuos con un trastorno de la lectura tienen otro déficit verbal. Los problemas particulares de la lectura varían de manera considerable. Algunos estudiantes no tienen el suficiente conocimiento básico y reconocimiento de palabras. Tienen dificultad para pronunciar algunas letras, buscan en su memoria palabras similares y piensan en los posibles significados de nuevas palabras. No tienen conocimiento de prefijos y sufijos y pueden tener problemas con las analogías. Parece que los malos lectores no pueden utilizar las pistas contextuales para derivar el significado. Parte de su problema al utilizarlas es su incapacidad para entender las ideas principales in-

mersas en el texto. Es probable que estos alumnos se concentren en la información periférica y en los pequeños detalles más que en entender los mensajes generales que el autor quiere transmitir. Con frecuencia, enseñar estrategias de aprendizaje específicas, como resumir un párrafo o cómo reconocer los sonidos de las letras y su combinación, puede producir una gran mejoría en el desempeño de los lectores (Scruggs y Mastropieri, 1993). Algunas veces las dificultades de lectura pueden provenir de problemas de percepción como incapacidad para copiar correctamente del pizarrón o para distinguir diversas figuras geométricas como los círculos y los triángulos. Otros problemas de percepción visual incluyen ver un estímulo visual como una recopilación de partes no relacionadas (por ejemplo, ver la letra A mayúscula como un juego de tres líneas no relacionadas [/, - y \]) y problemas para distinguir una figura del fondo. Algunos niños invierten las letras, como las invierten de manera horizontal leyendo la "b" como "d" o de manera vertical la "b" por la "p". Tales inversiones son frecuentes en niños pequeños, pero disminuyen al crecer. Si continúa

más allá de los siete u ocho años, puede ser la señal de la posible existencia de un problema. Las dificultades perceptuales de este tipo han sido atribuidas a problemas neurológicos, pero esta suposición es inferida de la observación de la conducta del niño y de la generalización de lo que se sabe sobre la disfunción cerebral más que de la evidencia directa de las técnicas de imagenología u otras pruebas. Por esta razón, se necesita prudencia al asignar causas a estas conductas (Bender, 1995).

Los que apoyan su inclusión en el DSM argumentan que es lo apropiado debido a que estos trastornos están asociados con un creciente riesgo de sufrimiento o angustia. Otra razón es que, con frecuencia, los trastornos de lectura y comunicación ocurren junto con otro trastorno clínico. Por ejemplo, es probable que los problemas del aprendizaje estén asociados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), del que se habló en el capítulo 15. Al parecer los trastornos del aprendizaje y de la comunicación aumentan la probabilidad de desarrollar posteriormente otro trastorno psiquiátrico clínico del eje I (Baker y Cantwell, 1987).

**Niños en riesgo psicosocial** Los niños que provienen de hogares con carencias económicas, en especial aquellos donde el resultado de las pruebas de inteligencia de las madres está en el rango de retraso leve están en un particular riesgo de padecer retraso mental. Muchos psicólogos y educadores sostienen que la pregunta más importante con respecto a estos niños no es cómo "curar" el retraso mental leve sino cómo alentarlos para que utilicen toda la inteligencia que poseen, es decir, proporcionarles un ambiente enriquecido por medio de una intervención temprana. La investigación ha demostrado que la intervención en la infancia y la niñez, combinada con un cuidado médico y programas sociales dirigidos a las familias puede reducir la proporción de niños cuyos resultados en las pruebas pueden caer en el rango de retraso mental leve (Wasik y cols., 1990).

**Programas escolares** Debido a que la política pública ha cambiado mucho desde el enfoque de la institucionalización de individuos con retraso hasta ayudarles a vivir de manera independiente en la comunidad, los programas para las personas con retraso mental también han sufrido modificaciones sustanciales. Por ley, desde 1970, las escuelas públicas deben ofrecer educación para todos los niños, incluyendo los que padecen retraso mental. Sin embargo, la sanción de la *Ley para la Educación de Individuos Discapacitados* de 1990, fortalece los intentos de exigir que la educa-

ción de los niños con discapacidad, entre ellos los que tienen retraso mental, sea similar a la de los niños normales. Debido a esta ley y a decisiones recientes de las cortes estadounidenses, las escuelas de distrito están obligadas a ofrecer capacitación para los niños con retraso grave y profundo y con otros tipos de discapacidades físicas. Además, ya se reconoce que, más allá del retraso mental, hay un número de trastornos del aprendizaje, de la comunicación y de las habilidades motoras que requieren de la implantación de programas de enseñanza especial (ver el cuadro 16-2). Sin embargo, se necesita mayor evidencia sobre los diversos tipos de programas escolares.

Como resultado de la obligación legal de que cada niño reciba la colocación "menos restringida" posible, la presión ha aumentado para colocar a los que padecen diversos tipos de dificultades del aprendizaje en clases regulares. Este enfoque no sólo incluye a los niños que puedan tener una desventaja psicosocial o un problema de aprendizaje específico sino a los afectados por un trastorno biológico como de los que se habló al inicio del capítulo. Estos niños pueden pasar parte del día escolar en clases regulares y el resto del tiempo en clases donde puedan recibir ayuda especializada. Esta flexibilidad es importante porque, a pesar de sus beneficios, las clases regulares pueden no proporcionar los servicios especiales y atención individualizada que estos niños requieren.

Una preocupación que los padres y maestros tienen sobre la inclusión de niños con retraso mental en clases regulares es el grado



de aceptación que mostrarán sus compañeros. Los estudios de actitud han comprobado que, con frecuencia, los niños de todas las edades no mencionan que tienen amistad con un niño hipotéticamente etiquetado con retraso mental (Rothlisberg y cols., 1994). Los niños que son aceptados por sus compañeros tienen mejores habilidades sociales y estrategias para hacer amistad más eficaces que los que no son considerados como parte del grupo.

## Programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales

Aunque es importante aprender cómo hacer un trabajo, obtenerlo y mantenerlo requiere de una combinación de habilidades de vida básica (incluyendo higiene personal) y la conciencia de que es importante ir a trabajar de manera regular y terminar las tareas asignadas. Es importante contar con habilidades sociales básicas, que incluyen una buena relación con los demás, así como saber cómo evitar que los demás se aprovechen de uno. En el caso de las personas con retraso mental, la preparación para el trabajo incluye estar en condiciones de ejercer todas estas habilidades. En un estudio de la relación entre la competencia social y el éxito de los empleados con retraso mental en un lugar de trabajo competitivo, las conductas de los empleados que mejor predicen la competencia y calidad de trabajo, según sus supervisores y compañeros, fueron la interacción social amable y el cumplimiento de las tareas (Butterworth y Strauch, 1994).

Esta capacitación utiliza principalmente los métodos conductuales. Por ejemplo, en un programa de capacitación varios problemas fueron modelados para que los futuros trabajadores pudiesen aprender formas apropiadas de manejar tales situaciones y cómo identificar las conductas problemáticas:

*Llega a trabajar una mañana y no puede encontrar uno de los materiales que necesita para hacer su trabajo (por ejemplo, las servilletas). Solución inadecuada: caminar por ahí platicando con los compañeros; sentarse en una mesa y no hacer nada. Solución adecuada: pedir ayuda al supervisor de manera educada.*

*Está trabajando en la mañana y la persona que labora cerca de usted hace mucho ruido, platica y se ríe. Le resulta difícil concentrarse en su trabajo debido al ruido. Solución inadecuada: gritar al compañero que se "calle"; lanzarle algún objeto; insultar a su compañero; amenazar al compañero. Solución adecuada: pedirle en forma educada que se comporte con tranquilidad, ignorar al compañero (LaGreca y cols., 1983, p. 272).*

La eficacia del modelamiento se ha comprobado por medio de comparaciones del grupo de capacitación y del grupo control. Después de siete semanas en el trabajo, sólo una de las 11 personas del grupo de modelamiento había sido despedida; en el grupo control, 10 habían sido despedidas y sólo dos continuaban en el trabajo.

Con frecuencia, organizaciones de caridad y otros grupos cuentan con talleres protegidos que ofrecen lugares de trabajo para personas con retraso mental. Por lo general, estas organizaciones contratan ayuda externa para llevar a cabo proyectos adecuados a las



**Figura 16-20** Un taller protegido ofrece un lugar para aprender habilidades laborales, así como un ambiente de trabajo a largo plazo para personas que no pueden competir por los trabajos en igualdad de condiciones.

capacidades de sus empleados. La figura 16-20 muestra la supervisión personal que se aplica en un taller protegido. Sin embargo, aun si los empleados están bien capacitados en los talleres protegidos, es probable que no puedan conservar exitosamente un empleo en el mercado abierto. Por ejemplo, a los adultos con retraso mental que participaron en dos talleres protegidos en Israel se les sometió a un seguimiento 20 años más tarde. Sólo 12% fue contratado en el mercado abierto. Más de la mitad sigue viviendo con sus padres y 20% en instituciones (Katz, 1994). Tales resultados destacan que, a pesar de la capacitación y el apoyo social, muchas personas con retraso mental no pueden competir en el mercado laboral.

Aunque los individuos con retraso mental se integran en la comunidad, son vulnerables a la explotación personal, sexual y financiera. Una fuente de estos problemas es la tendencia que tienen estas personas a responder que "sí" a todas las preguntas que se les formulan sin tomar en cuenta el contenido. Esta presteza para estar de acuerdo puede tener consecuencias negativas. Significa que los individuos con retraso son propensos a estar de acuerdo con peticiones inadecuadas o injustas.

Una forma de prevenir la explotación de los individuos con retraso es prestar especial atención en enseñarles lo que se puede esperar de una persona y cómo decir "no". Por ejemplo, se enseñó a los participantes de un programa de capacitación laboral de los servicios alimentarios la forma de manejar sus ingresos y a decir "no" a las personas que les piden dinero prestado. Otra área problemá-



tica es el comportamiento sexual. Los programas enseñan a las personas con retraso a reconocer y escapar de las situaciones de explotación sexual. Los individuos con retraso también necesitan ser capacitados para comprender lo que la sociedad considera un comportamiento sexual apropiado y evitar ciertos actos como la masturbación en público y los acercamientos sexuales inapropiados a otras personas.

## Reconocimiento y tratamiento de problemas psicológicos

El trastorno psiquiátrico parece ser más común en las poblaciones con retraso mental que en la población en general (Dosen y Day, 2001). Más de 40% de las personas con retraso mental también cumplen con los criterios para algún trastorno psicológico; es decir, tienen un diagnóstico dual (Einfeld y Tonge, 1996). Algunos de los trastornos psicológicos identificados en los individuos con retraso parecen estar relacionados con el deterioro del sistema nervioso central que también juega un papel en su retraso. Esto es especialmente verdadero en el caso de las personas que tienen un retraso severo. Si quienes componen este grupo tienen un diagnóstico dual, es más probable que muestren psicosis o hiperactividad y menos probable que cumplan con los criterios de un trastorno de conducta. Con frecuencia, las personas que tienen un retraso grave manifiestan conductas estereotipadas y dañinas para ellas. Estos comportamientos son comunes tanto en los grupos con retraso grave y profundo, como en los que padecen autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo. Entre los grupos con retraso leve y moderado que no muestran daño evidente del sistema nervioso central, la depresión es un problema frecuente. Hasta 10% de las personas con retraso tienen serios trastornos del estado de ánimo y casi la mitad de ellas cumple con los criterios de diagnóstico del trastorno distímico.

Alrededor de 25% de todas las personas con retraso tienen un trastorno de la personalidad y 50% de los adultos con retraso tienen personalidades disfuncionales (Bregman y Harris, 1995). Las características de personalidad que con frecuencia se encuentran en este grupo incluyen una exagerada dependencia, pobre imagen de sí mismos, niveles limitados de aspiración y métodos poco eficaces para solucionar problemas. Muchas de estas características de la personalidad se hacen evidentes durante la adolescencia, tal vez debido al aislamiento social, esto es, a “falta de amistades”.

Los problemas del desarrollo social que son más frecuentes en los adolescentes con retraso incluyen rabietas y arranques de cólera, conducta agresiva o destructiva, abuso de alcohol y drogas, y un aumento de la conducta retraída. Con frecuencia, estos problemas están relacionados con la creciente conciencia de los adolescentes con retraso de la brecha entre sus expectativas futuras y su capacidad para ser independientes. Los conflictos con los padres sobre temas de independencia y de las relaciones de pareja son muy comunes debido a las comparaciones con las actividades de los adolescentes normales.

Los niños y adultos con retraso mental no reciben ayuda adecuada para los problemas psicológicos que pueden experimentar.

Comprender la asociación entre los tipos de retraso mental, dificultades de personalidad y trastornos de la conducta puede ser útil para dar un tratamiento adecuado.

## Las familias de los niños con retraso mental

Desde el punto de vista de los padres, el nacimiento de un niño con retraso mental es estresante y, con frecuencia, un evento devastador. Durante nueve meses han esperado la llegada de un bebé normal y saludable. Cuando esas expectativas son destruidas, a menudo los padres atraviesan un proceso de duelo similar al de la muerte de un miembro de la familia. En el pasado, muchos profesionales, que consideraban que el proceso era de duración limitada, señalaban que los padres necesitaban ayuda hasta aceptar la situación. El padre de un niño con retraso ofreció estas observaciones:

*Los teóricos nos dicen que los padres de personas con retraso aprenden a vivir con las discapacidades de sus hijos. Atraviesan etapas de reacción que van del impacto, culpa y rechazo a la tierra prometida de la aceptación y el ajuste.*

*Mi propia experiencia como padre de un niño con retraso no forma parte de este patrón. Más bien, me convenció de que la mayoría de las personas malinterpretan la respuesta de los padres a esta situación. El punto de vista estándar no refleja la realidad de la experiencia de los padres, ni lleva a conclusiones útiles. Los profesionales podrían ayudar más a los padres, y sería más realista, si descartaran sus ideas sobre las etapas y el progreso. Entonces podrían empezar a entender algo sobre los cambios profundos y duraderos de la vida de los padres con un hijo o hija con retraso y podrían empezar a ver los sentimientos negativos (impacto, culpa y amargura) que nunca desaparecen, sino que se quedan como parte de la vida emocional de los padres.*

*Creo que la mayoría de los padres jamás resuelven por completo la complejidad de los sentimientos sobre el retraso de su hijo. No se “ajustan” o no “aceptan” este hecho, al menos no de la manera en que los libros de psicología lo describen (Searl, 1978, p. 27).*

Muchos padres que tienen un hijo con retraso mantienen cierto optimismo sobre el futuro progreso de éste mientras es pequeño. Pueden sobreestimar su potencial académico y quitarle importancia a los problemas de aprendizaje. Por esta razón es probable que los padres de niños pequeños sean más comprensivos del concepto de integrar niños de todo tipo de capacidades en un programa escolar que los padres de niños más grandes que ven una mayor necesidad de programas de educación especial. En general, a medida que el proceso de duelo continúa durante la vida, la aceptación de los padres sobre la severidad de la discapacidad de su hijo no es estable ni gradual, sino que los problemas de aceptación empeoran de manera aguda en etapas particulares del desarrollo del niño.

Las necesidades insatisfechas de los padres parecen formar una curva en forma de U. Estas necesidades son altas entre los padres de niños preescolares, cuando sus hijos ingresan en algún programa escolar y regresan nuevamente aun más allá de los niveles ori-

ginales cuando los niños se convierten en jóvenes adultos. Los periodos de transición en la vida de los niños también están asociados con un creciente estrés familiar, el cual se incrementa de manera aguda cuando los afectados se convierten en adolescentes o adultos jóvenes.

A medida que los padres envejecen surgen problemas en su capacidad para continuar como cuidadores de sus hijos con discapacidad mental. Muchos de ellos están comprometidos en mantener, lo más que se pueda, un cuidado en casa para sus hijos, por lo que también retrasan la planeación del cuidado de su hijo adulto para cuando no tengan la posibilidad de continuar cuidándolos o cuando uno o ambos padres mueran. Estas familias necesitan ser capacitadas para planear y encontrar ayuda de largo plazo para sus familiares con retraso mental, y determinar cómo lo pueden financiar.

Los hermanos y hermanas de los niños con retraso también pueden ser afectados por la presencia de éstos. Aunque no hay mucha investigación sobre el efecto de tener un hermano con retraso, se sabe que los padres de niños con retraso demandan demasiado de sus otros hijos. Al mismo tiempo, los padres con frecuencia tienen menos tiempo y prestan menos atención a sus demás hijos, debido a la necesidad de cuidar a los niños con retraso. Se espera que los demás hijos de la familia ayuden a cuidar y que pongan sus necesidades en segundo plano en beneficio de las de su hermano con retraso. Además, en ocasiones, los demás niños sienten la presión de tener éxito para poder “compensar” los del hermano con retraso mental.

## El mensaje con el que nos quedamos

Tanto los autistas como los individuos con retraso mental tienen una vulnerabilidad y una resiliencia limitada. Aunque, como hemos visto, hay grandes lagunas en la comprensión del autismo y del retraso mental, se ha progresado mucho en las últimas décadas. La evidencia del papel de la herencia en la conducta autista es ahora impresionante; en tanto que la asociación entre la vulnerabilidad genética y la conducta autista necesitan ser estudiadas con mayor detalle, parece ser razonable hacer hipótesis que en el autismo esta vulnerabilidad lleva a anomalías neuroanatómicas que provocan deterioros en el procesamiento de información y en la conducta adaptativa. Para vencer estos deterioros será necesario idear formas de ayudar a los autistas a codificar la información (en especial la social) de manera más eficaz, mejorar su capacidad de atención y enseñarles a planear mejor y organizar sus estrategias.

También hay varias razones para ser optimistas acerca de varios aspectos del retraso mental. El diagnóstico prenatal mejorado puede ayudar a eliminar ciertas formas de retraso, y en las próximas décadas se pueden desarrollar terapias genéticas eficaces. Se han impulsado avances en el cuidado y educación de las personas con retraso. Éstas, en la actualidad, tienen derecho a la educación pública, y existen mejores oportunidades de empleo y de vivienda que en años anteriores.

## R esumen del capítulo

### Trastornos generalizados del desarrollo

Los trastornos generalizados del desarrollo aparecen temprano en la vida y afectan el desarrollo del niño en importantes áreas, entre ellas la social, el lenguaje y las capacidades cognitivas. Los trastornos generalizados del desarrollo incluyen el *trastorno autista*, el *trastorno de Asperger*, el *trastorno desintegrativo infantil*, el *trastorno de Rett* y una categoría general llamada *trastorno generalizado del desarrollo no especificado*.

**Trastorno autista** Los niños con **trastorno autista** tienen notables dificultades en la interacción social y la comunicación, un rango restringido de intereses y un fuerte deseo de rutinas. Alrededor de 70% de los autistas también tiene retraso mental. Dos déficit considerados como centrales del autismo son a) la **teoría de la mente** o la capacidad para inferir los estados mentales de otros y pensar de manera abstracta y b) las **funciones de ejecución**, operaciones cognitivas involucradas en la planeación y la flexibilidad de la respuesta. Muchos niños autistas jamás desarrollan el habla y aquellos que lo hacen por lo general tienen patrones del lenguaje estereotipado, repetitivo e idiosincrásico. Otra área problemática radica en las **conductas de atención compartida**. La falta de conductas de atención, en especial la dificultad para mantener contacto visual con otra persona es un valioso signo de diagnóstico del autismo. Las interacciones sociales son un pro-

blema importante. Se sospecha de la existencia de varias anomalías cerebrales en el autismo debido a que las convulsiones epilépticas son comunes entre quienes lo padecen. Sin embargo, el único resultado consistente es que los cerebros de los niños autistas tienden a ser más grandes, especialmente los lóbulos temporales, parietales y occipitales. En los estudios de gemelos, la mayor probabilidad de tener un segundo hijo autista si hay otro con el trastorno y la tendencia de los parientes a presentar conductas autistas sugieren la importancia de los factores genéticos, aunque no se han identificado consistentemente los genes específicos. El estrés o las lesiones pueden interactuar con la vulnerabilidad genética para producir el autismo. El tratamiento de este trastorno se enfoca en una capacitación conductual intensiva para aumentar las habilidades y reducir los problemas conductuales. Para los niños autistas que no tienen retraso mental o sólo es mínimo, se ha demostrado la eficacia de técnicas especiales de aprendizaje que consideran los potenciales cognitivos específicos y las debilidades típicas del autismo. También se utilizan diversos medicamentos para tratar algunos de los síntomas del autismo, pero no parecen afectar al trastorno en sí.

**Trastorno de Asperger** Así como el autismo, el **trastorno de Asperger** incluye deterioro de la interacción social e intereses y patrones de conducta restringidos y repetitivos. No incluye el retraso o au-

sencia del desarrollo del lenguaje, ni deterioro del desarrollo cognitivo característico del autismo. Por lo general no se diagnostica al niño hasta la edad escolar. Algunos investigadores sostienen que el trastorno de Asperger no es un trastorno separado sino una forma leve del autismo.

**Trastorno desintegrativo infantil** Las primeras señales del **trastorno desintegrativo infantil** no aparecen sino hasta los tres o cuatro años, precedidas por un periodo de desarrollo normal. Aunque estos cambios se consideran como asociados con el deterioro del sistema nervioso, no se sabe la razón del deterioro. El trastorno desintegrativo infantil es más común entre los niños que entre las niñas.

**Trastorno de Rett** El **trastorno de Rett** es un trastorno progresivo que ocurre después de por lo menos cinco meses de desarrollo aparentemente normal después del nacimiento. La cabeza del niño deja de crecer, por lo cual no alcanza el tamaño normal, una condición que se llama microcefalia. Durante este periodo los niños pierden varias habilidades del desarrollo (incluyendo las del lenguaje y sociales) que habían adquirido con anterioridad. También resultan afectadas las conductas motoras. Por lo general, este trastorno afecta sólo a las niñas.

**¿Existe un espectro autista?** Algunos investigadores han sugerido que todos los trastornos generalizados del desarrollo son parte de un espectro autista. Con esto quieren decir que los trastornos pueden tener las mismas causas básicas.

## Retraso mental

Se diagnostica retraso mental si la persona tiene una función intelectual inferior al promedio que apareció antes de los 18 años, acompañada de limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo. El DSM-IV-TR divide el retraso mental en cuatro niveles (leve, moderado, grave y profundo) con base en las calificaciones de las pruebas de inteligencia. El eje II del DSM-IV-TR se utiliza para el diagnóstico del retraso mental.

**Causas del retraso mental** Con frecuencia, el retraso mental es resultado de complejas interacciones entre la vulnerabilidad genética, exposición a condiciones dañinas en el ambiente fetal, durante el nacimiento o después de éste y desventaja psicosocial. Existen diferentes causas, que se pueden clasificar en dos importantes categorías: causas biológicas y las que se considera que tienen un origen psicosocial.

**Panorama histórico del retraso mental** Hasta 1870, no se hacían distinciones entre las diversas formas de lo que se conocía como deficiencia mental. Después de que, en 1877, se publicó la monografía de lo que ahora se conoce como **síndrome de Down**, creció el interés en el retraso mental. Otros factores que aumentaron el interés en el retraso mental fueron el trabajo sobre la herencia, iniciado por Gregor Mendel, y el desarrollo de las pruebas de Binet. El trabajo de Mendel influyó sobre el movimiento eugenésico que se enfoca en la esterilización de quienes se consideran defectuosos para poder mejorar la dotación genética de la población.

**Trastornos con causas genéticas** Las condiciones hereditarias son transmitidas por uno o más genes. Otras condiciones genéticamente relacionadas son causadas por mutación de genes. La **fenilcetonuria** (PKU) es ejemplo de un trastorno genético resultado de una mutación genética.

**Síndrome de X frágil** El síndrome de X frágil es la forma más común de heredar el retraso mental que se diagnostica cuando un cultivo de laboratorio de un cromosoma X del individuo afectado muestra un punto disminuido o frágil. Debido a que este síndrome involucra al cromosoma X, es común entre los hombres. Es menos probable que las mujeres padezcan este trastorno debido a que tienen un segundo cromosoma X que si es normal podrá prevenir la manifestación de los síntomas del trastorno. Las personas que lo padecen tienen rasgos faciales característicos, mientras que los hombres afectados pueden tener conductas autistas y tendencia a presentar estallidos de cólera.

**Síndrome de Down** La causa más común del retraso mental, el **síndrome de Down**, por lo general es el resultado de una **no disyunción** cromosómica, la aparición de tres cromosomas en lugar de dos en el par cromosómico 21. Dos procesos, la **translocación** —el desprendimiento de material de un cromosoma del par 21 que se une a otro par de cromosomas— y el **mosaiquismo** —en el que algunas, pero no todas, las células presentan una anomalía que incluye el cromosoma 21— pueden producir el síndrome de Down. El cerebro de los individuos con este síndrome envejece de manera anormal y a los treinta años la mayoría de ellos han desarrollado algunas de las mismas placas seniles y laberintos de las neurofibras que típicamente se encuentran en personas mucho mayores que tienen la enfermedad de Alzheimer.

**El ambiente fetal y el retraso mental** Algunos trastornos asociados con el retraso mental se desarrollan debido a ciertas condiciones en el ambiente fetal. Estos factores prenatales incluyen infecciones y condiciones médicas crónicas en la madre, incompatibilidad sanguínea entre la madre y el hijo, químicos en el ambiente fetal, radiación, desnutrición, factores asociados con la edad y el estrés de la madre. Con frecuencia, estos factores tienen mayor efecto si la exposición ocurre en las primeras semanas del embarazo. Los ejemplos incluyen enfermedades virales como la rubéola, herpes y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Las condiciones médicas crónicas, como la presión arterial alta y la diabetes, también pueden causar daño cerebral en el feto. Las condiciones químicas en el útero de una mujer con PKU también pueden provocar retraso a menos de que la madre siga una dieta especial. Los factores químicos que involucra el uso de drogas legales e ilegales también pueden causar malformaciones fetales y retraso mental.

**Síndrome de alcoholismo fetal** El consumo de alcohol durante el embarazo puede dar como resultado un grupo de deformidades físicas y anomalías cerebrales en el niño llamado **síndrome de alcoholismo fetal**. El retraso mental es una de las probables consecuencias de este síndrome.

**Problemas peri y postnatales** El nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, falta de oxígeno durante el nacimiento y un paso muy rápido por el canal de parto (que puede provocar sangrado o desgarro del tejido cerebral) puede aumentar la probabilidad de retraso. El sistema nervioso central del niño también puede dañarse después del nacimiento por infecciones, desnutrición extrema, golpes en la cabeza, tumores, falta de oxígeno y venenos del ambiente.

**Desventaja psicosocial** Algunos niños clasificados con retraso mental tienen padres cuyos resultados en las pruebas de inteligencia están en el rango de retraso leve. Si los padres y el niño provienen de un

entorno con educación y oportunidades culturales limitadas, no es fácil determinar si la similitud entre el niño y los padres es resultado de la herencia o de una falta de educación y de un ambiente estimulante.

**Tipos de prevención e intervención en el retraso mental** Se pueden prevenir algunos tipos de retraso mental. Ejemplos de **prevención primaria** son las campañas de salud pública para advertir sobre los peligros potenciales que pueden producir retraso mental (como el uso de alcohol en el embarazo o el contacto del niño con plomo). La **prevención secundaria** se enfoca en brindar tratamiento para prevenir el retraso mental en un individuo de alto riesgo o vulnerable; un ejemplo son los exámenes de fenilcetonuria y un tratamiento por medio de una dieta. La **prevención terciaria** involucra el mejoramiento de posibles resultados para quienes ya están afectados por el trastorno, como los programas de intervención especial al inicio de la infancia para niños con síndrome de Down.

**Programas de intervención temprana** Los niños que se considera tienen un riesgo especial de retraso mental leve como resultado de pobreza, nacimiento prematuro o tener padres con resultados bajos en las pruebas de inteligencia pueden recibir un ambiente enriquecido en la infancia. Se les debe brindar educación pública a los niños que en el pasado habrían sido institucionalizados de manera ruti-

naria. Estas políticas también ordenan que los niños que resultan con retraso mental en las pruebas de inteligencia sean colocados en clases regulares cuando sea posible.

**Programas de capacitación en habilidades vocacionales y sociales** Los programas especiales, que a menudo utilizan métodos conductuales, ayudan a las personas con retraso a funcionar en diversos trabajos con frecuencia en escenarios de talleres protegidos.

**Reconocimiento y tratamiento de problemas psicológicos** Muchas personas que tienen retraso mental también padecen trastornos psicológicos del tipo diagnosticado en el eje I del DSM-IV-TR. En el caso de muchas de estas personas, estos trastornos no son identificados o tratados.

**Las familias de los niños con retraso mental** Las familias que tienen hijos con retraso mental atraviesan una serie de crisis que con frecuencia están relacionadas con los acontecimientos importantes del desarrollo. El grado de estrés que generan estos problemas con frecuencia sigue una curva en forma de U. Al inicio, el estrés es muy alto, después disminuye y vuelve a crecer a medida que el niño alcanza la adolescencia y la edad adulta.

## C

### onceptos clave

Amniocentesis, p. 538  
Autismo de alto funcionamiento, p. 529  
Conductas de atención conjunta, p. 529  
Desventaja psicosocial, p. 540  
Espectro del autismo, p. 531  
Fenilcetonuria (PKU), p. 534  
Funciones de ejecución, p. 520  
Microcefalia, p. 530  
Mosaiquismo, p. 537

Movimiento eugenésico, p. 533  
No disyunción, p. 536  
Prevención primaria, p. 540  
Prevención secundaria, p. 541  
Prevención terciaria, p. 541  
Retraso mental, p. 532  
Síndrome de alcoholismo fetal (FAS), p. 539  
Síndrome de Down, p. 536  
Síndrome de X frágil, p. 535

Teoría de la mente, p. 520  
Translocación, p. 537  
Trastorno autista, p. 516  
Trastorno de Asperger, p. 529  
Trastorno de Rett, p. 530  
Trastorno desintegrativo infantil, p. 530  
Trastornos generalizados del desarrollo, p. 515  
Trisomía 21, p. 537

## Un buen libro

El hermano mayor de Charles Hart, Sumner, tenía trastorno autista y su hijo Ted también. En *Without Reason*, Hart describe el autismo de ambos. Su libro es un recuento muy personal de los efectos de las dificultades que vivió con ambos, su esposa y otro hijo que no sufría de autismo. En *Without Reason* describe los desafíos cotidianos al proporcionar cuidado constante a los autistas, la búsqueda de ayuda (por ejem-

plo, para una experiencia escolar apropiada) y la importancia del apoyo social. Hart entiende el autismo como pocos. Su libro es una revelación convincente del mundo autista en la familia. La capacidad de afrontamiento de él y su familia ante el problema de un niño incapaz de pensar racionalmente es valiosa por lo que revela sobre la resiliencia de una familia y por lo que transmite sobre el mundo del autismo.



# Respuesta de la sociedad a la conducta desadaptada



Christie's Images Inc.

## **Tipos de prevención**

Niveles de prevención  
Prevención centrada en las situaciones  
y en las competencias

## **Áreas de prevención**

La familia  
La escuela  
La comunidad

## **Diversas rutas de prevención**

Psicología comunitaria  
Paraprofesionales  
Grupos de autoayuda

## **Tratamiento en la comunidad**

Problemas de los programas  
comunitarios  
Mejoras a los programas de tratamiento  
comunitario

## **Aspectos legales del tratamiento y la prevención**

Institucionalización  
Los derechos de los pacientes  
Confidencialidad y obligación de poner  
sobre aviso

## **Comentarios finales**

El mensaje con el que nos quedamos  
Resumen del capítulo

## DE QUÉ TRATA EL CAPÍTULO

Este capítulo comienza con un repaso del concepto de prevención y ejemplos del papel que desempeña la comunidad para poder lograrla. Después se analizan los esfuerzos recientes que se han realizado para desarrollar programas comunitarios para enfermos mentales. Termina con una exploración de algunos temas legales relacionados con la conducta desadaptada.

Si una persona se fractura una pierna en la calle, los servicios de asistencia civil (ambulancia, médicos, policía) lo atienden rápidamente. Si su mente sufre una fractura ahí se queda, a menos que demuestre que necesita ayuda levantándose y empujando a alguien en el tren subterráneo.

¿Cómo puede pasar esto? Por el dinero, por una parte. Tratamientos con píldoras, altas de los hospitales, instrucciones para que los pacientes tomen los medicamentos ellos mismos, clausura de hospitales. Es por esto que tan sólo en el estado de Nueva York, el número de pacientes en los hospitales mentales estatales ha disminuido, de aproximadamente 93 000 en la década de 1950 a alrededor de 9000 en la actualidad.

Sin embargo, uno de cada tres pacientes no toma sus píldoras después de ser dado de alta. Está demasiado enfermo mentalmente, está solo, o demasiados centros de asistencia, que se supone deben proporcionar ayuda, han cerrado.

La comunidad estadounidense encuentra dinero para atender a decenas de millones de pobres, de ancianos y a los que tienen enfermedades físicas. ¿Por qué hay tantas personas con enfermedades mentales a las cuales se les ha retirado la ayuda? Tan sólo en las calles de la Ciudad de Nueva York hay por lo menos 10 000 de estas personas.

Una razón es que todo el mundo conoce el dolor físico, pero el dolor que puede provocar un trastorno mental es literalmente indecible debido al sufrimiento y que para la mayoría de la humanidad es desconocido.

A. M. Rosenthal, *The New York Times*  
17 de enero de 1995, p. A15

Hace más de 25 años, Dennis Sweeney comenzó a oír voces que finalmente lo llevaron a Manhattan, al despacho legal de un antiguo diputado, Allard Lowenstein, donde sacó una pistola de su impermeable y le disparó siete veces a su antiguo amigo y mentor. El Sr. Sweeney, quien esperó tranquilamente a que llegara la policía, se declaró inocente por razones de locura. El estado no cuestionó su locura y fue consignado a la custodia del sistema de salud mental del estado de Nueva York. En el año 2000, lo liberaron de la custodia del Estado como resultado de las objeciones tanto de los fiscales como de los funcionarios

estatales de salud mental. Su libertad fue consecuencia de la sentencia de un juez, basada en la revisión de las pruebas disponibles que indicaron que ya no necesitaba estar hospitalizado por más tiempo.

Las reflexiones de A. M. Rosenthal sobre la respuesta de la sociedad hacia los enfermos mentales muestran las limitaciones de un punto de vista donde el pensamiento y la conducta desadaptada son sólo un asunto de problemas personales. Aunque el que sufre es el enfermo mental, la comunidad también está implicada, ya que ayuda a crear condiciones que contribuyen o van en detrimento de lograr que el enfermo mental alcance un nivel óptimo de funcionamiento. Por ejemplo, la reducción de aproximadamente una tercera parte de los fondos públicos para el cuidado y hospitalización desde 1955 es consecuencia de decisiones tomadas por los legisladores. La liberación de Dennis Sweeney fue el resultado de una decisión judicial.

En este capítulo se analiza el papel que desempeña la sociedad cuando se deben tomar decisiones sobre las desviaciones y su manejo. También se analizan estas preguntas: ¿Qué puede hacer la sociedad para prevenir la enfermedad mental y facultar a los enfermos mentales para poder llevar una vida lo más satisfactoria posible? Las personas tienen vulnerabilidades que no les permiten manejar los retos que se les presentan a lo largo de su vida y desarrollar capacidades óptimas: ¿Qué puede hacer la sociedad para minimizar los efectos negativos en el persona y el conjunto de vulnerabilidades creadas ya sea por factores biológicos o ambientales? No se puede hacer mucho respecto de factores como la herencia de una persona y su estructura cerebral, pero algunos de los aspectos poco afortunados de la vida de las personas (pobreza, abuso por parte de los padres) son el resultado de su entorno y, hasta cierto punto, podrían modificarse.

La vulnerabilidad y la resiliencia han sido temas a lo largo de este libro. La sociedad tiene un papel, no sólo en la reducción de la vulnerabilidad personal, sino también en el fomento de la resiliencia. La resiliencia no es un rasgo estático, sino más bien la capacidad para usar recursos internos o externos. Pueden surgir nuevas vulnerabilidades y nuevas fortalezas durante las transiciones evolutivas a lo largo de la vida de una persona. La comunidad puede desempeñar un papel en la prevención, así como en el fomento de la resiliencia tanto en niños como en adultos. Los efectos negativos de la pobreza parecen ser acumulativos, y aumentan al crecer los niños. Sin embargo, existe una buena razón para creer que la promoción del sentido de competencia de una persona y de la autoestima es uno de los elementos clave en cualquier proceso de prevención, y que las relaciones que dan apoyo son especialmente valiosas para estimular la resiliencia (Werner, 1993).

## Tipos de prevención

A lo largo de este libro se estudian los métodos para evaluar, dar tratamiento y cuidar a las personas con problemas conductuales, pero sólo se menciona brevemente la posibilidad de que se puede redu-

cir la frecuencia real de la conducta desadaptada entre la población. Éste es el centro de atención de la prevención. Hay muchos ejemplos del poder de la prevención para reducir el sufrimiento y los costos. Las intervenciones sencillas y probadas, como el uso de asientos de coche para niños y cascos para andar en bicicleta, el control del tránsito en áreas residenciales y la instalación de detectores de humo en los hogares y edificios pueden reducir en una tercera parte las muertes infantiles a consecuencia de lesiones. Las puertas de la reja que se cierran automáticamente alrededor de las piscinas pueden salvar a alrededor de 40 a 70% de los niños que mueren ahogados en ellas o reducir en el mismo porcentaje los incidentes en que los niños casi mueren ahogados.

## Niveles de prevención

“Una onza de prevención vale lo que una libra de curación” es un dicho conocido. Entonces, ¿por qué no son más comunes las medidas de prevención? En algunos casos, no está claro qué pasos es necesario dar para lograr el objetivo de prevención, mientras que en otros, la sociedad parece no querer o poder realizar las acciones que se requieren.

La prevención de un trastorno mental o físico puede tener lugar en tres niveles. Estos tres tipos de prevención abarcan la gama completa de intervenciones de salud mental, desde la universalidad de la prevención primaria hasta las intervenciones selectivas de prevención secundaria, y a la prevención terciaria, que equivale esencialmente al tratamiento.

La **prevención primaria** se ocupa de reducir los casos nuevos de estos trastornos y se administra a todas las personas de una población en particular, por ejemplo, a todos los alumnos de una escuela o a todas las madres embarazadas ya sea que presenten o no algún tipo de riesgo. La información científica sobre la causa y el efecto es muy importante en la prevención primaria. Por ejemplo, saber de la posibilidad de daño que le pueden ocasionar a los hijos no nacidos ha convencido a muchas mujeres para que no fumen o beban durante el embarazo. Los médicos son mucho más cuidadosos al prescribir un medicamento a las mujeres embarazadas debido a la información que relaciona incluso a fármacos aparentemente inofensivos con los defectos de nacimiento. Además, el conocimiento de los efectos dañinos de la adicción a la nicotina ha llevado a los psicólogos a realizar investigaciones para buscar formas de desalentar a los niños para que no empiecen a consumir tabaco. Otro ejemplo de prevención primaria es la asesoría prematrimonial. Los problemas conyugales y el divorcio se correlacionan en gran medida con la conducta desadaptada. La asesoría prenupcial tiene como objetivo motivar a las parejas para que se anticipen a cualquier problema y desarrollen formas de afrontarlos antes del matrimonio.

La **prevención secundaria** es más selectiva que la prevención primaria debido a que se limita a un subgrupo de la población que se encuentra en un riesgo más alto que el promedio de desarrollar un trastorno mental, pues existen factores psicológicos, sociales y biológicos que permiten determinar el riesgo. El objetivo de la prevención secundaria es reducir la incapacidad potencial de una condición anormal existente. Por ejemplo, si un niño con fenilketonuria

(*phenylketonuria*, PKU) se identifica a una edad temprana, una dieta especial puede evitar el retraso mental grave (ver el capítulo 16). Los niños que muestran un retraso en el desarrollo intelectual y social como resultado de vivir en hogares en los que existen poca estimulación y atención individual, pueden recibir ayuda para tener un mejor desarrollo a través de programas especiales de enriquecimiento. Estos programas pueden ayudar al niño a avanzar en el proceso del desarrollo y obtener capacidades que hacen más probable un desarrollo exitoso en años escolares posteriores. Otro ejemplo de prevención secundaria lo proporcionan los grupos de apoyo para personas que recientemente experimentaron un evento traumático.

Mientras que los esfuerzos de prevención secundaria se dirigen a personas que están en riesgo, el enfoque de la **prevención terciaria** son las personas a las cuales ya se les diagnosticó enfermedad o algún tipo de trastorno conductual. La prevención terciaria se dirige hacia la reducción del deterioro que resulta de un trastorno o suceso determinados, objetivo que se logra por medio de la rehabilitación y la readaptación a la sociedad. Por ejemplo, la terapia conductual le puede ayudar a un niño hiperactivo a prestar más atención en la escuela y a que reciba más aceptación de los otros niños, a pesar de los problemas constantes que se relacionan con su condición. La asesoría o la terapia de grupo después de un suceso traumático, como una herida y parálisis permanente por un accidente automovilístico, pueden proporcionar el apoyo social que reduce la vulnerabilidad de una persona al estrés de enfrentar una incapacidad. La rehabilitación de las personas que han cometido crímenes es otra área importante de la prevención terciaria. Con frecuencia, los criminales cumplen una sentencia en prisión y salen a la comunidad sin tener las capacidades adecuadas para controlar los impulsos ni las habilidades prácticas para obtener un empleo. Las personas que han estado hospitalizadas por un trastorno mental serio como el esquizofrénico y después regresan a la comunidad directamente sin ninguna atención ni apoyo enfrentan la misma difícil situación de transición. En muchos casos en los que se sabe que los factores biológicos provocan una conducta desadaptada se han desarrollado medidas preventivas. Sin embargo, con frecuencia se ignoran o descuidan los efectos perjudiciales de los factores sociales. Es mucho más fácil detectar y controlar los efectos de la deficiencia de una enzima en infantes recién nacidos que detectar y controlar la influencia dañina de la pobreza y el racismo. Pero ignorar estas causas y correlaciones de la conducta desadaptada no reduce su influencia.

Cuando los métodos de prevención tienen éxito, los factores de riesgo que provocan la conducta patológica se reducen o eliminan. En general, en los esfuerzos por lograr la prevención se da prioridad a las condiciones graves que tienen altos índices de frecuencia y para las cuales están disponibles métodos eficaces. Por ejemplo, los esfuerzos de prevención se han dirigido hacia una de las conductas desadaptadas más graves y frecuentes en la niñez, la delincuencia juvenil.

**Delincuencia juvenil** es un término legal que se emplea para designar el quebrantamiento de las leyes por parte de los menores de edad. Cada año, entre 4 y 5% de los adolescentes estadounidenses,



**Figura 17-1** Ayudar a los delincuentes juveniles a convertirse en miembros productivos de la sociedad es un desafío para el sistema legal, para quienes trabajan en la rehabilitación de estas personas y para la sociedad en general. (a) Con frecuencia, el juez trata de evaluar las actitudes del adolescente con respecto al delito. (b) Algunos delincuentes juveniles pueden recibir un tratamiento más eficaz en una institución residencial en la que se alejan del ambiente cotidiano y pueden recibir tratamiento intensivo. (c) Otra forma eficaz de ayudar a algunos delincuentes juveniles es disponer que dediquen un tiempo al servicio a la comunidad, en lugar de internarlos en una institución.



(a)



(b)



(c)

esto es, aproximadamente 1 300 000 jóvenes, son remitidos a los tribunales por sospecha de delitos que no son infracciones de tránsito (ver la figura 17-1). El caso siguiente ofrece un ejemplo de los jóvenes problemáticos ante los cuales deben responder la policía, el sistema legal y la comunidad.

*Carl es un estudiante de 16 años que abandonó el bachillerato y pasó siete meses en una correccional. Se le acusó de allanamiento de morada, robo a mano armada y violación de la libertad condicional, delitos en los que admitió haber participado. Empezó a tener problemas a la edad de 12 años cuando agredió a dos mujeres para arrebatarles la bolsa de mano. Cuando ingresó al bachillerato había sido consignado ante un tribunal juvenil por delitos que comprendían robo, destrucción de propiedad y uso de un automóvil sin autorización. Cuando tenía 15 años, él y sus*

*amigos irrumpieron en una tienda de aparatos electrónicos y robaron varios televisores a color, grabadoras y radios portátiles. El padre de Carl es contador y su madre es maestra de educación superior. Carl se describe a sí mismo como un “chico malo”. Piensa que sus padres creen que tener una amistad con las personas equivocadas es la fuente de sus muchas dificultades con las autoridades y la ley.*

La conducta delictiva parece tener varias causas, que van desde las malas condiciones de vida hasta un trastorno antisocial de la personalidad y la psicosis. Algunas de las condiciones siguientes también se identifican con la delincuencia:

1. Malas condiciones físicas y económicas en el hogar y el vecindario.
2. Rechazo o falta de seguridad en el hogar.



3. Exposición a modelos antisociales dentro o fuera del hogar y presiones antisociales por parte de las relaciones con los compañeros.
4. Falta de apoyo para obtener logros escolares.
5. Expectativa de hostilidad por parte de otras personas.

La delincuencia juvenil se puede abordar en distintos niveles de prevención. Con frecuencia, la prevención primaria adopta la forma de programas que se dirigen hacia el mejoramiento de las condiciones de vida y los logros escolares. Por ejemplo, el ofrecimiento de viviendas subsidiadas con un costo muy bajo, que permiten que las familias se muden a áreas con bajos índices de criminalidad, da la oportunidad de que exista una menor exposición a otros delincuentes. Los programas escolares especiales que ofrecen una enseñanza individualizada para ayudar a los niños con deficiencias en sus capacidades académicas no sólo los ayudan a tener más éxito en la escuela, sino que además pueden tener un efecto positivo a largo plazo en su vida pues le ofrecen esperanzas para el futuro así como oportunidades posteriores para alcanzar el éxito. A pesar de que esos programas son importantes y pueden ser útiles para los delincuentes en potencia, tal vez la prevención primaria más eficaz surge de las relaciones personales. Existen algunas evidencias de que si los niños que crecen en áreas con altos índices de criminalidad cuentan con un modelo positivo, su conducta puede tener más influencia de esa persona que de los compañeros antisociales. Cuando esto sucede, con frecuencia es debido a las oportunidades de observar y practicar las habilidades de afrontamiento cognitivas y conductuales que demuestra el modelo.

Los programas de prevención secundaria se concentran en personas jóvenes que muestran señales de delincuencia a temprana edad. Por ejemplo, puede haber una intervención especial enfocada en ayudar a los jóvenes que han cometido infracciones menores no violentas (como robo menor o ausentismo escolar) a comportarse menos impulsivamente. Cambiar la conducta delincente se puede clasificar, en ocasiones, como prevención terciaria. La juventud puede estar involucrada en conducta desadaptada grave. El siguiente caso presenta un ejemplo del tipo de medidas preventivas que se pueden tomar en una situación como esa:

*La corte envió a un chico de 14 años con un terapeuta porque había provocado varios incendios en pastizales que pusieron en peligro varias casas. No pudo explicar su conducta ni tampoco sus padres ya que siempre se había comportado de manera responsable en casa.*

*La familia del chico asistió a seis sesiones de terapia familiar. Éstas revelaron que la familia no podía hablar de los problemas de manera abierta, sino que tendía a comunicarse en forma no verbal. Varias crisis recientes en la familia habían provocado tensión. El padre parecía manejar esta infelicidad aislándose de la familia y refugiándose en las actividades del club. El hijo parecía expresar su enojo por los problemas familiares mediante incendios. Una vez que empezaron a reunirse en las sesiones de terapia y estos problemas se hicieron evidentes, todos los miembros de la familia pudieron cambiar su conducta. Un año después ya no hubo más incendios provocados. (Basado en Eisler, 1972, pp. 77-78).*

En todos los niveles de prevención y tratamiento terapéutico, los problemas de la delincuencia están muy lejos de resolverse. El número de delincuentes que cometen actos antisociales es elevado. Las distintas estrategias funcionan mejor en diferentes tipos de casos, pero aun así todos los métodos producen más fracasos que éxitos. La comprensión de la delincuencia requiere un mayor conocimiento de las variables que participan en la interacción entre la persona y la situación.

## Prevención centrada en las situaciones y en las competencias

La prevención se puede considerar desde dos perspectivas. La **prevención que se centra en las situaciones** está dirigida a reducir o eliminar las causas ambientales de la conducta trastornada, en tanto que la **prevención que se centra en las competencias** se encarga de aumentar la capacidad de las personas para afrontar las condiciones que pueden llevar a conductas desadaptadas. Los enfoques que se centran en las situaciones intentan cambiar el ambiente, por ejemplo, hacerlo menos estresante. Los enfoques que se centran en las competencias buscan reforzar las habilidades de afrontamiento de las personas, de modo que se vuelvan más resistentes en caso de que surjan distintos tipos de situaciones que produzcan estrés.

El divorcio es un ejemplo común de una situación que provoca estrés. Cerca de la mitad de todos los niños que viven en Estados Unidos pueden esperar vivir algún tiempo (un promedio de seis años aproximadamente) en una familia con un solo padre como consecuencia del divorcio. En estas familias uniparentales, el estrés de la crianza de los hijos así como las presiones económicas por lo regular aumentan para el padre que está al cuidado de los niños. Este estrés económico y psicológico incrementado puede estar relacionado con la deficiente crianza dañada de los hijos, y tanto a problemas conductuales como emocionales en los niños. Los programas dirigidos a reducir la probabilidad de un ajuste desadaptado en las parejas divorciadas y los hijos son valiosos.

Un acercamiento que involucre clases de maternidad y una oportunidad para que las madres adolescentes puedan obtener su certificado de educación superior, en conjunto con una guardería dentro de la escuela para los niños, proporcionan un enfoque de competencia para las madres y la prevención que se centra en las situaciones para sus hijos en edad preescolar (ver la figura 17-2). Debido a que las madres por lo regular tienen pocos recursos económicos, pocas habilidades laborales y falta de madurez y conocimiento sobre cómo cuidar a sus hijos, los niños se encuentran en alto riesgo. Además de obtener su certificado de educación superior y adquirir habilidades laborales por medio de estos programas, las clases de maternidad proporcionan a las jóvenes madres una oportunidad para aprender sobre la nutrición, el manejo de la ira, la economía del hogar y la educación de los hijos. Sus hijos pueden beneficiarse de forma cognitiva y social por medio de una guardería de niños que los estimule. Además, estos programas proporcionan un grupo de apoyo y un lugar de reunión para madres jóvenes.

Existe creciente evidencia de que los programas de prevención de salud mental pueden ser muy eficaces (Ripple y Zigler,



**Figura 17-2** Las instalaciones de guardería en las escuelas de educación superior ofrecen a las madres jóvenes la oportunidad de obtener un diploma y aprender habilidades laborales y la maternidad.

2003). Se ha demostrado que las personas que participan en ellos son superiores a las personas de grupos de control comparables en lo que respecta al desempeño y la competencia, relaciones interpersonales, a la vez que presentan menores niveles de ansiedad, depresión y problemas conductuales.

Los esfuerzos de prevención centrados en las competencias son igual de valiosos para las parejas casadas, para fortalecer las habilidades que son importantes en las relaciones interpersonales, particularmente con el cónyuge, mucho antes de que surjan pensamientos sobre el divorcio. La idea detrás de dicho esfuerzo es aumentar las habilidades de afrontamiento, y con ello capacitar a estas parejas para manejar de manera más eficaz el inevitable estrés del matrimonio. Los programas de educación temprana también ilustran la prevención que se centra en las competencias. El objetivo de estos programas es prevenir o reducir problemas en los años subsiguientes, por ejemplo, mediante el aumento de la capacidad del niño para identificar problemas y sentimientos en ellos mismos y en otros, para pensar en soluciones alternativas para un problema, observar relaciones entre enfoques alternativos y el logro de las metas y para apreciar las consecuencias de sus acciones. Las habilidades interpersonales para resolver problemas pueden mejorar el ajuste además de fomentar la competencia académica (ver la figura 17-3). La capacitación de habilidades cognitivas y sociales (como sentir empatía con otros niños) ha demostrado que influye positivamente en el ajuste conductual (Mash y Barkley, 2003).

## Áreas de prevención

Este capítulo hace especial hincapié en la investigación que es importante para la prevención del comportamiento desadaptado. En donde hace falta información, se especula sobre el empleo de la experimentación social. No se intenta un análisis comprensivo de todos los componentes de una estructura social compleja; y en vez de ello, se dirige la atención hacia tres áreas que en definitiva afectan el crecimiento y desarrollo de niños y adultos: la familia, la escuela y la comunidad.



**Figura 17-3** Con frecuencia, los niños actúan de manera directa. Cuando desean algo lo toman, o para expresar desagrado golpean a otro niño. Sin embargo, a través del modelamiento, reforzamiento y entrenamiento cognitivo, los niños pueden aprender a compartir y cooperar.

En la actualidad Estados Unidos pasa por un periodo de cambios importantes dentro de la familia. Como resultado de estos cambios, una cantidad sorprendente de niños menores de tres años de edad (así como niños mayores) están afectados por uno o más factores de riesgo que hacen más difícil un desarrollo saludable. Los cambios incluyen los siguientes:

- De todos los nacimientos en Estados Unidos en 1960 sólo 5% correspondieron a madres solteras. Actualmente la cifra supera 26%.
- Cada año más de un millón de adolescentes se embarazan.
- Los porcentajes de divorcio están en aumento. Es posible que casi la mitad de los niños vivan el divorcio de sus padres durante la infancia. Por lo regular, el ingreso de la familia disminuye después del divorcio.
- Es muy probable que los niños vivan sólo con un padre, por lo regular con la madre. Menos de 10% de todos los niños menores de 18 años vivían con un padre en 1960; en la actualidad la cifra es de 28%. Los papás se ausentan cada vez más del hogar.
- Aproximadamente 500 000 niños viven en hogares adoptivos.
- Uno de cada cuatro niños menores de tres años vive en una familia con un ingreso por debajo de la línea federal de pobreza.
- Las presiones económicas de los padres significan que es probable que los dos trabajen y como resultado tengan menos tiempo para compartir con sus hijos pequeños.

La familia

Los padres desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de sus hijos debido tanto a los genes que transmiten como al entorno que proporcionan. Este entorno empieza en el útero durante los nueve meses previos al nacimiento. Cualquier cosa que pueda mejorar el cuidado prenatal y, por lo tanto, reducir la frecuencia de nacimientos prematuros y otras dificultades prenatales, puede ayudar a reducir diversos tipos de problemas, así como algunas clases de retraso mental y ciertos tipos de epilepsia.

Desde el punto de vista de la prevención, la familia es importante porque gran parte del primer aprendizaje y desarrollo del niño tienen lugar en este escenario. Los grupos de autoayuda pueden ser útiles para los padres de niños pequeños. Estos grupos ofrecen a los padres una forma de comprender las maneras típicas en que se comportan los niños, así como aprender el modo en que otras personas manejan con éxito los problemas de crianza de los hijos. Reunirse con otras personas que tienen intereses similares también ofrece una oportunidad importante para las relaciones sociales con otros adultos, algo que con frecuencia les falta a los padres que tienen hijos pequeños. Las ideas de los padres acerca de la crianza de los hijos y el proceso de desarrollo contribuyen de manera importante al entorno cotidiano de los niños (ver la figura 17-4). La relación entre ciertas prácticas paternas y la agresión en los niños demuestra el efecto de las actitudes de los padres hacia los hijos. Muchos niños agresivos provienen de hogares en los que los padres los hacen sentir inseguros y rechazados, los bombardean con órdenes, burlas y amenazas y enseñan al niño que la fuerza es la única forma de conseguir lo que desea. La tabla 17-1 enumera las prácticas de los padres que se encuentran ligadas a la agresión en los niños.

Ciertos trastornos de los padres pueden afectar a sus hijos (Rutter y Shaffer, 1980). Los hijos de padres psicóticos presentan un lento desarrollo del lenguaje y del control de esfínteres, tienen más problemas alimentarios y del sueño y es más probable que sean delincuentes que otros niños. Los padres alcohólicos tienen una can-

TABLA 17-1

Prácticas de los padres que están ligadas a la agresión de los niños

- 1. **Falta de monitoreo.** Los padres de los niños agresivos y delincuentes están menos conscientes de dónde andan, las actividades y los contactos sociales de sus hijos.
- 2. **Agresión de los padres.** Muchos niños agresivos provienen de hogares en los que por lo menos uno de los padres es excepcionalmente violento.
- 3. **Permisividad.** Los padres de los niños agresivos con frecuencia no ponen límites al comportamiento de sus hijos y no son eficaces para detener el comportamiento desviado de éstos.
- 4. **Inconsistencia.** La inconsistencia, tanto de ambos padres como de uno de ellos en las prácticas de disciplina, se relaciona con el desarrollo de la agresividad.
- 5. **Rechazo.** Con frecuencia, las personas muy agresivas tienen antecedentes de rechazo por parte de sus padres.

FUENTE: Adaptación de Regine Labossiere, "Bittersweet Independence", *The Seattle Times*, 10/14/03, pp. el, E2. derechos de la propiedad literaria 2003, Seattle Times Company. Utilizado con autorización.

tididad desproporcionada de hijos hiperactivos y las madres alcohólicas figuran entre las que más tienen bebés de peso y CI bajos. También existe relación entre la criminalidad de los padres y la delincuencia de los hijos.

Como el comportamiento de los padres puede tener un papel en los problemas de sus hijos, muchos clínicos que se especializan en el tratamiento de trastornos infantiles hacen hincapié en la importancia de su capacitación, la terapia familiar o, en algunos casos, el trabajo terapéutico con los padres como las formas más eficaces para ayudar a los niños (Kumpfer y Alvarado, 2003).



Figura 17-4    Un grupo de autoayuda o de apoyo mutuo para los padres de niños pequeños puede ofrecer tanto oportunidades de aprendizaje como apoyo social.



**Abuso infantil** Los niños que han padecido abuso físico, desnutrición y descuido por parte de sus padres son más propensos a distintas formas de inadaptación que otros niños. En ciertas circunstancias, incluso los padres “normales” (es decir, aquellos que no presentan un desequilibrio obvio) pueden ejercer efectos negativos en el desarrollo de sus hijos. Uno de los ejemplos más trágicos es el abuso infantil.

El **abuso infantil** varía en grado y con frecuencia se mantiene oculto. Sin embargo, miles de niños, muchos menores de tres años, sufren de maltrato grave y con frecuencia fatal cada año. Cuando además del abuso físico se incluye el abuso emocional, las cifras se incrementan de manera considerable. Un gran porcentaje de los casos de abuso comprenden agresión sexual.

Los padres que abusan de sus hijos tienden a ser menos inteligentes y más agresivos, impulsivos, inmaduros, egocéntricos, tensos y autocríticos que los padres que no lo hacen. Es más probable que hayan abusado de ellos cuando eran niños; estos datos indican que el abuso infantil es un círculo vicioso. La tabla 17-2 menciona las características familiares que con frecuencia se asocian con el abuso infantil. En ocasiones, el daño físico y psicológico que causan los padres en sus hijos se puede observar de inmediato.

Un padre que abusa de sus hijos es por lo general una persona muy problemática que parece ser víctima de frustraciones e im-

pulsos incontrolables. El siguiente es un extracto de una sesión de terapia de grupo en la cual los participantes eran madres que habían abusado de sus hijos.

**Madre 1:** *Me encontraba a punto de explotar y sabía que si no conseguía ayuda en alguna parte, la situación continuaría y continuaría para terminar en un círculo vicioso. Creo que cualquiera que haya tenido este problema alguna vez ha pensado “Dios mío, debo ser la única persona en el mundo que se siente así”. Y cuando me di cuenta de que no lo era, fue un alivio para la mente.*

**Terapeuta:** *¿Que se siente cómo?*

**Madre 1:** *Desesperada con mis hijos. Sin saber cómo controlarlos. Con el temor de perder el control por completo y golpearles la cabeza, usted sabe. Pienso que a todos nos educaron con la creencia de que las mujeres deben tener hijos y deben tener el instinto maternal y, si no lo tienes, hay algo que en definitiva está mal. Y creo que fue necesario asistir a este grupo para darme cuenta de que las mujeres no nacemos con el instinto maternal [...] y eso me ha ayudado.*

**Otra madre:** *Si vas a golpear a tu hijo, lo mejor que puedes hacer es separarte de él.*

**Madre 1:** *Eso es fácil de decir, pero qué sucede si eres como yo y puedes funcionar muy bien durante uno, dos, tres meses y, de repente, sucede como la semana pasada que me sentía bien y limpié la casa como lo hago todos los lunes. [...] Enceré todos los malditos pisos y \_\_\_\_\_ se despertó de su siesta y no pudo desabrocharse la ropa, se enojó y mojó todo mi piso recién encerado. Yo me puse furiosa y la aventé como si hubiera matado a alguien porque justo en ese momento estalló mi ira; no me di cuenta que podía suceder. Estaba bien, todo salía excelente, nada estaba mal, no estaba de mal humor, no hubo ninguna advertencia.*

Este tipo de comportamiento es típico de los padres que abusan de sus hijos. El entrenamiento conductual para el control de los impulsos y habilidades de afrontamiento puede ser útil para aquellos que desean dejar de hacer daño a sus hijos. Se han puesto a prueba numerosos tipos de programas preventivos, entre los cuales se incluyen la educación a padres y el empleo de padres que eran abusivos en el papel de terapeutas. Un programa de ayuda mutua muy prometedor es Padres Anónimos (PA), una organización modelada a partir del planteamiento de apoyo social de Alcohólicos Anónimos.

Los programas dirigidos a la prevención del abuso de menores más eficaces parecen ser los que involucran 1) visitas a los hogares en los que los padres pueden recibir capacitación sobre la forma en que deben interactuar con sus hijos, y 2) monitorear la situación en el hogar (MacMillan y cols., 1994a, 1994b).

**Abuso conyugal** En Estados Unidos, el **abuso conyugal** se presenta en varios millones de hogares cada año y más de 8% de los homicidios involucran el asesinato de uno de los cónyuges por parte del otro. Aunque los hombres tienden a ser los que abusan con más frecuencia, algunas mujeres también abusan de sus parejas. El tipo de persona que es un abusador mientras la pareja está

| TABLA 17-2                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|
| Características de las familias que abusan de los hijos                    |  |
| Antecedentes de los padres                                                 |  |
| ➤ Experiencia de abuso o negligencia                                       |  |
| ➤ Falta de cariño por parte de los padres                                  |  |
| ➤ Crecer en una familia numerosa                                           |  |
| ➤ Se casaron cuando eran adolescentes                                      |  |
| Situación actual de la familia                                             |  |
| ➤ Aislamiento social, los padres carecen de apoyo social                   |  |
| ➤ Discordias conyugales                                                    |  |
| ➤ Impulsividad de los padres                                               |  |
| ➤ Retraso mental o analfabetismo de los padres                             |  |
| ➤ Condiciones de vida estresantes (por ejemplo, vivienda inadecuada)       |  |
| Enfoque de los padres en la crianza de los hijos                           |  |
| ➤ Casi nunca premian a los hijos                                           |  |
| ➤ Exigencias estrictas para los hijos                                      |  |
| ➤ Bajo nivel de supervisión                                                |  |
| ➤ Entrenamiento para ir al baño a una edad temprana                        |  |
| ➤ Disgusto de la madre por tener que cuidar a los hijos                    |  |
| ➤ Desacuerdos entre los padres sobre las prácticas de crianza de los hijos |  |



junta también tiende a volverse un acosador después de la disolución de la relación. En una situación de abuso, la mujer maltratada con frecuencia concluye (correctamente) que su situación puede volverse más peligrosa si trata de irse. Como resultado permanece en esa situación, y el maltrato y los golpes continúan. La aceptación cultural del dominio masculino también es un factor que contribuye en algunos casos de abuso. Muchas culturas tienen un código no escrito que afirma que el esposo debe gobernar y controlar a la esposa.

El miedo personal es sólo uno de los factores que obligan a muchas esposas a tolerar el abuso. La dependencia económica, el deseo de conservar el hogar y la preocupación sobre la separación de los hijos se añan a las razones de la renuencia de una mujer a irse, o hasta para formular cargos cuando la policía interviene después de una llamada urgente que solicita ayuda. También existe una influencia generacional: 80% de los hombres que golpean a las esposas son hijos de hombres que también lo hacían, esto es, que observaron a sus padres abusar de sus madres. Las mujeres amenazan y a veces matan a sus esposos o exesposos, pero en menor porcentaje, y con frecuencia para protegerse a sí mismas.

Los esfuerzos por ayudar a las esposas víctimas del abuso no sólo incluyen cuidado de emergencia, seguridad y protección, sino además planeación de largo alcance. Debido a que las esposas víctimas del abuso necesitan desarrollar mejores sentimientos de sí mismas (es decir, cambiar la imagen de sí mismas) es preciso que refuercen los conocimientos positivos sobre su persona. Con frecuencia, la asesoría hace hincapié en los siguientes tipos de autoafirmaciones:

- No soy culpable de que me peguen y abusen de mí.
- No soy la causa de la conducta violenta de otra persona.
- No tengo que soportarlo.
- Merezco que me traten con respeto.
- Tengo poder sobre mi propia vida.
- Puedo usar mi poder para cuidar de mí misma.
- Puedo hacer cambios en mi vida si así lo deseo.
- No estoy sola. Puedo pedir a otras personas que me ayuden.
- Merezco hacer que mi propia vida sea segura y feliz.

Los tres niveles de prevención se pueden aplicar al abuso conyugal. La asesoría prenupcial es un ejemplo de prevención primaria; la asesoría matrimonial para reducir la discordia ilustra la prevención secundaria; y ofrecer a las esposas víctimas del abuso seguridad, protección y asesoría ejemplifica la prevención terciaria.

Una persona que abusa de su esposa tiende a estar llena de enojo, resentimiento, sospecha y tensión. Además, debajo de toda su conducta agresiva, puede estar insegura y sentirse un perdedor. Quizás emplea la violencia para expresar todos los sentimientos negativos que tiene de sí misma o de su papel en la vida. El hogar es un sitio en el que puede expresar esos sentimientos sin castigarse a sí misma. Si se enojara con su jefe y lo golpeará, pagaría el precio; pero con demasiada frecuencia no recibe ningún castigo si golpea a su esposa.

**Conflicto y divorcio de los padres** Existe creciente evidencia de que los conflictos entre los padres y el divorcio tienen efectos adversos en el desarrollo de los niños (E. M. Cummings y Davies, 1994).

*Los padres de John se divorciaron cuando él tenía tres años. Poco tiempo después, su padre casi desapareció de su vida, lo visitaba ocasionalmente y sólo por algunas horas. A la edad de siete años, su madre se volvió a casar y la familia se mudó casi al otro lado del país. No volvió a ver a su padre hasta la edad de 11 años.*

*Cuando las visitas del padre de John se volvieron más regulares, la madre de John comenzó a criticar a su ex esposo cada vez que se le presentaba la oportunidad. Entre más lo criticaba, más se convertía John en su defensor. A la edad de 15 años, John se fue a vivir con su padre, convencido de que el pasto siempre es más verde del otro lado de la cerca. Sin embargo, ese arreglo duró poco más de un año, pues se dio cuenta de que la relación con su padre era mejor cuando no vivía con él. John empacó sus maletas nuevamente y pasó el último año de bachillerato con su madre y su padrastro.*

Desafortunadamente la historia de John es bastante común. Sin embargo, estos efectos pueden reducirse si se dan ciertos pasos preventivos.

No es posible separar los efectos del divorcio de los efectos del conflicto familiar y la inadecuación de los padres. El divorcio se puede considerar como un caso especial de conflicto familiar del cual resulta la disolución de la familia. En tanto que el divorcio es público y se puede medir, el conflicto entre los padres ocurre sobre todo en privado y no se puede reducir a una estadística. Los investigadores tratan de señalar las clases de resultados negativos que el conflicto familiar tiende a promover. En la mayor parte de los casos, se ha encontrado que los niños son más vulnerables que las niñas y con frecuencia responden en formas más notorias. Las reacciones más comunes en los niños son un aumento de la agresión, relaciones problemáticas con los compañeros y falta de control de los impulsos (Cherlin y cols., 1991).

El grado en el cual el divorcio provoca un desequilibrio en los niños se ha reconocido desde hace mucho tiempo. Los hijos de padres divorciados aparecen con mucha más frecuencia en las poblaciones de pacientes externos psiquiátricos que lo que podría predecir su proporción en la población. Incluso en las muestras no clínicas, los niños son propensos a mostrar cambios dramáticos en la conducta lúdica y las relaciones con los demás que se pueden vincular con el divorcio. Los niños no sólo tienen que manejar su propio estrés, sino que deben convivir con padres que también experimentan altos niveles de estrés y cuya salud emocional y bienestar económico quizá se encuentren bastante deteriorados. Los niños y sus padres se deben ajustar a una vida nueva y a arreglos sobre la custodia. La investigación y la experiencia clínica de muchos terapeutas y asesores proporcionan algunas ideas que pueden ayudar a los padres para suavizar el efecto del divorcio en sus hijos:

1. *Decírselo a los niños con anticipación.* Esto les permite prepararse para la salida del hogar de uno de los padres.
2. *Explicarles las razones por las que se tomó la decisión.* Esto ayuda a evitar la creencia tan frecuente por parte de los niños de que

ellos son la causa de la separación. La explicación debe ser breve pero sincera y apropiada para la edad del niño.

3. *Hacer hincapié en que el divorcio es una decisión permanente.* Muchos niños abrigan la idea de que sus padres volverán a reunirse con el transcurso del tiempo.
4. *Explicarles los cambios que habrá en la vida del niño.* Estos cambios pueden incluir mudarse de casa, una escuela nueva y mucho menos dinero para gastar. Haga hincapié en el desafío positivo de adaptarse a la nueva situación.
5. *Deje que los niños se sientan libres para expresar su enojo.* Ésta es una forma eficaz de prevenir los problemas a largo plazo. Al mismo tiempo, los padres deben evitar que sus hijos sean el blanco de su enojo y desesperación. En vez de ello, deben compartir sus sentimientos negativos con un amigo adulto o con un terapeuta o asesor.
6. *Evite forzar a los niños a que elijan entre los padres o inclinarse por una de las partes.* Se debe llegar a un acuerdo sobre la custodia y los derechos de visitas que sean justos para ambos padres. Ambos deben hacer que el contacto continuo con los hijos sea una prioridad.

**Familias con enfermos mentales adultos** Con frecuencia, las familias de personas que padecen enfermedades mentales graves se consideran agentes causales del problema. Sin embargo, la conducta desadaptada entre los padres puede ser el resultado, más que la causa, de la enfermedad mental de un hijo. La enfermedad mental grave de un miembro de la familia puede ser estresante para otros miembros de la familia y causar cargas objetivas tales como pérdida de ingresos y cargas subjetivas como dolor emocional. Se ha comenzado a prestar creciente atención a la difícil situación que las familias deben enfrentar ante este tipo de discapacidad de uno de sus miembros. La investigación sobre la emoción expresada (ver el capítulo 12) alude al valor de este enfoque.

### La escuela

*Ann Jackson había enseñado en la Buchanan High School durante ocho años. Tenía 33 años y todavía algunos ideales y, tanto entre los estudiantes como con el profesorado, contaba con la reputación de ser una buena persona. También era una persona sin ánimos, que con demasiada frecuencia sentía que no podía controlar a algunos de sus estudiantes. Uno de los que pertenecía a este grupo era Bill Hadley, de 16 años de edad. Bill prestaba muy poca atención a la clase, no terminaba las tareas y con frecuencia faltaba al colegio. Pero lo que más preocupaba a Ann Jackson era lo que sabía de las actividades de Bill fuera de clase. Otros estudiantes le temían debido a su imponente tamaño, su actitud intimidante y sus antecedentes de conducta antisocial. Había tenido numerosos contactos con la policía por distintas razones. Se le había acusado de poner las llantas de una docena de automóviles estacionados a lo largo de una calle, de extorsionar a otros estudiantes para obtener dinero y de robar en las tiendas del vecindario. La falta más grave fue una golpiza severa que Bill propinó a otro estudiante. De acuerdo con las personas que presenciaron la pelea, Bill experimentaba una rabia tan incontrolable que no pudo dejar de golpear y patear al otro estu-*

*te aun cuando era evidente que éste se encontraba indefenso y tenía dolores, y cuando intervinieron, empezó a pelear con los espectadores. Ann Jackson no podía alejar a Bill de su mente. Continuamente se preocupada por lo que iba a sucederle.*

Los problemas relativamente pequeños tienden a convertirse en grandes si no se hace algo al respecto. Ann Jackson deseaba que se pudiera hacer algo para reencauzar la vida de Bill Hadley mientras todavía era joven, pero no sabía lo que ella, la escuela o la comunidad podían hacer ahora, o que pudieran haber hecho antes, para evitar la infelicidad actual, enojo y conducta contraproducente de Bill.

Los distritos escolares, las escuelas y los salones de clase son sistemas sociales más grandes y más complejos que las familias. Con frecuencia pueden parecer difíciles o imposibles de manejar. Sin embargo, en algunos casos es más factible atacar los problemas de conducta en la escuela que en el hogar (Weinstein, 2002). Las observaciones tempranas de niños en edad escolar, junto con los datos disponibles para los trabajadores escolares sobre salud mental (por ejemplo, psicólogos y asesores), con frecuencia pueden predecir dificultades psicológicas posteriores. Con base en esa información, se llevan a cabo estudios de prevención secundaria para ayudar a los niños vulnerables antes de que sus problemas se vuelvan tan graves que necesiten ayuda clínica (Greenberg y cols., 2003).

**Deserción escolar** Algunos niños nunca se sienten a gusto en la escuela y para cuando llegan a la educación superior están listos para dejarla. El problema de deserción escolar es tanto social como educativo. En Estados Unidos, cada año por lo menos medio millón de estudiantes abandonan el bachillerato antes de graduarse. En general, los estudiantes de bachillerato que abandonan la escuela ganan 60% menos que los que se gradúan, y tienen 50% más de probabilidades de necesitar asistencia social. En la tabla 17-3 se mencionan algunas medidas que las escuelas pueden tomar para prevenir que los estudiantes abandonen sus estudios.

Cuarenta por ciento de las mujeres abandonan sus estudios debido al embarazo. Muchos estudiantes parecen estar destinados al fracaso en los programas escolares regulares. Algunos pue-

TABLA 17-3

#### Recomendaciones para prevenir el fracaso escolar y la deserción

1. La identificación temprana de los alumnos de alto riesgo es esencial. Es en especial importante prestar atención a los estudiantes durante las transiciones, como por ejemplo de la secundaria a la preparatoria.
2. Los grupos pequeños parecen ser benéficos para los alumnos de alto riesgo.
3. La atención y enseñanza individualizadas son necesarias para los niños con problemas en la escuela.
4. Los maestros deben tener expectativas razonables pero elevadas sobre la conducta y los logros, además de ser sensibles ante los aspectos del género, la raza y la cultura.
5. Los servicios de asesoría deben estar disponibles para los alumnos que presentan el riesgo de desertar pues, con frecuencia, tienen problemas personales y familiares.

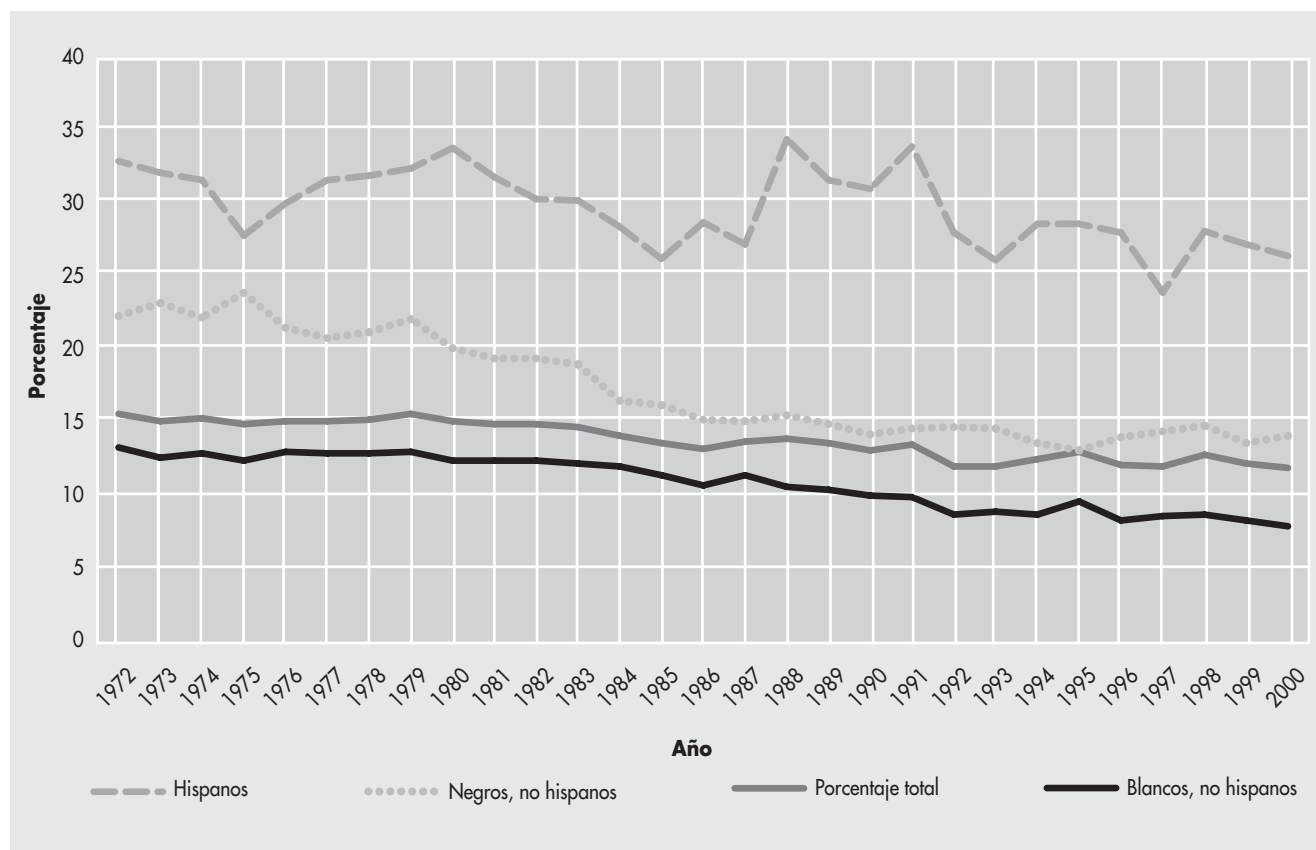


**Figura 17-5** El porcentaje de jóvenes entre 16 y 24 años que no han recibido sus certificados y actualmente no asisten al bachillerato ha bajado ligeramente a lo largo del tiempo, pero varía de acuerdo con la raza y la etnicidad.

FUENTE: Department of Commerce, U.S. Census Bureau, *Current Population Survey*, octubre (1972-2000).

den tener dificultades con el idioma inglés. Los estudiantes pueden pensar que no encajan socialmente, sentir que el trabajo es difícil o poco interesante o abandonar la escuela por un trabajo para poder ayudar a la economía familiar. Los estudiantes cuyos hogares se encuentran en la parte más baja de 20% de la población con respecto a los ingresos tienen una probabilidad de abandonar el bachillerato seis veces mayor a la de los estudiantes de hogares que se encuentran en el 20% más alto del grupo de ingresos (National Center for Education Statistics, 2002). La probabilidad de que los estudiantes de algunos grupos minoritarios terminen el bachillerato es menor que la de estadounidenses blancos no hispanos o asiático-estadounidenses (ver la figura 17-5). Por ejemplo, más de 40% de adultos hispanos jóvenes que nacieron fuera de Estados Unidos abandonaron el bachillerato en el año 2000, pero aun jóvenes adultos hispanos nacidos en Estados Unidos tenían una probabilidad mayor de abandonar sus estudios que otros adultos jóvenes. En una encuesta acerca de la deserción escolar en una ciudad suburbana del estado de Washington, el distrito escolar observó que los estudiantes hispanos representaban 60% del grupo. Como resultado, el distrito estableció un programa especial de deserción dirigido a ayudar a los miembros de este grupo a regresar a la escuela para obtener su certificado GED (General Education Development). Aunque al principio inscribir a los estudiantes requirió algunas técnicas de reclutamiento personal, el programa ha tenido éxito y otros distri-

tos intentan reproducirlo (Vinh, 2000). Otras ciudades han establecido programas escolares alternativos para los estudiantes que probablemente abandonen sus estudios, así como clases especiales en las cuales los estudiantes que han abandonado sus estudios pueden trabajar en la tarde o en horarios flexibles para obtener su certificado de bachillerato o su GED.

## La comunidad

Existe creciente evidencia de que la intervención temprana puede desarrollar la resiliencia que los niños necesitan para soportar el estrés y las dificultades de vivir en condiciones poco favorables. El programa *Head Start* ha combinado, desde 1965, la atención a niños orientada al desarrollo con la participación comunitaria, la participación de los padres, programas de atención médica nutricional y servicios sociales. Ha servido para que niños de tres a cinco años de familias de bajos recursos que necesitan una motivación adicional estén listos para ir a la escuela, y parece que han sido eficaces. También existe evidencia de que las intervenciones comunitarias multifacéticas con niños mayores pueden ser eficaces. Por ejemplo, la delincuencia juvenil se ha reducido a través de combinaciones de apoyo familiar temprano, programas educacionales especiales y oportunidades comunitarias para participar en actividades a favor de la sociedad (Yoshikawa, 1994).

Cuando las personas dejan la escuela, se encuentran sumamente solas. La mayoría de sus actividades no son supervisadas por figuras de autoridad, y se espera que tengan cierto grado de independencia. Al mismo tiempo, se espera que encajen en la comunidad trabajando y apegándose a las leyes, a los valores, a las normas y a las prioridades de la sociedad. Es cada vez más claro que se necesita saber más acerca de la forma en que las comunidades funcionan y la relación entre las características de la comunidad y la vulnerabilidad a la conducta desadaptada.

Un ejemplo de investigación que relaciona los factores comunitarios con la conducta desadaptada es el estudio de las tasas de violencia en los diferentes tipos de vecindarios (Sampson y cols., 1997). Aunque es un hecho bien establecido que la pobreza, la falta de empleo y la discriminación racial están correlacionadas con los crímenes violentos, un factor adicional es la *eficacia colectiva*, un término que describe la sensación de confianza, los valores comunes y la cohesión de un vecindario. En los vecindarios donde la eficacia colectiva es fuerte, la mayoría de los adultos disciplinan a sus hijos cuando no asisten a la escuela o pintan graffiti. El estudio se llevó a cabo en Chicago, en vecindarios que reflejan estrechamente la diversidad racial, social y económica de Estados Unidos. Un descubrimiento importante fue que los vecindarios donde los residentes comparten una visión, una voluntad compartida para intervenir y un sentimiento de comunidad y valores comunes tienen tasas de crímenes violentos relativamente bajas. La eficacia colectiva parece desempeñar un papel independiente cuantificable en las tasas de violencia, aunque no es el único factor relevante con respecto a los crímenes violentos.

La comunidad puede influir en las personas en formas importantes por medio de una gran cantidad de experiencias informales y no planeadas. En el siguiente ejemplo, un joven universitario exitoso creció en un ambiente familiar caótico y que provocaba estrés. Sin embargo, una relación informal con una familia vecina le proporcionó valiosas oportunidades de crecimiento personal.

*Provenía de un hogar en extremo desequilibrado, en el cual todos los miembros de la familia, excepto él, habían estado hospitalizados por enfermedades mentales severas; no obstante, se había graduado con honores de una prestigiosa universidad, había destacado en el equipo de fútbol y era muy popular. Durante su servicio en el gobierno, los miembros del personal le tenían gran estima y sus compañeros lo calificaban como una persona que era muy probable que tuviera éxito.*

*Al estudiar los antecedentes de este joven, descubrimos que durante los años de escuela primaria había sido adoptado prácticamente por una familia vecina y pasaba largas horas con ella. Ciertas características de esta familia parecían muy significativas. Se trataba de una familia que se ayudaba, en el sentido en que el amor emanaba de ellos y estaba disponible para todos. De especial importancia para el sujeto que estudiamos fue su relación con un miembro de la familia, un año mayor que él, que constituyó un modelo positivo con el que se identificaba muy estrechamente. [...]*

*Un factor aún más importante fue su relación con la madre de esta familia, que, a la larga, se convirtió en su guía, consejera y fuente principal de nutrimento emocional. Sus informes indican que, aun cuando esta relación era intensa, no era simbiótica y parecía alentar su in-*

*dependencia y desarrollo de sí mismo. A pesar que quizá hay pocas personas como ella, representaba una dimensión de terapia social innata que tal vez sea más importante de lo que por lo general se reconoce. Su hogar se convirtió en el lugar de reunión del vecindario. Se podría considerar una agencia de terapia informal, una clínica en la cocina. (Bergin y Lambert, 1978, pp. 149-150).*

**Agencias comunitarias** Todas las personas reciben influencia de la forma en que la sociedad y sus instituciones están organizadas. Aunque algunas instituciones se encargan de segmentos específicos de la población (por ejemplo, las guarderías, escuelas y centros sociales para ciudadanos ancianos), varias son capaces de abarcar a una gran variedad de los miembros de una sociedad. Debido a que existe la tendencia de dar por hecho la existencia de estas instituciones, quizá se pierde conciencia de su potencial para contribuir al crecimiento personal y reducir la probabilidad de desadaptación. Por ejemplo, una biblioteca pública puede ser una fuerza poderosa en la vida de una persona pues le ofrece acceso a libros que pueden dar a los jóvenes modelos positivos y una perspectiva más amplia del mundo. Si la biblioteca puede proporcionar además experiencias personales positivas, éstas quizá realicen contribuciones importantes a la prevención de la conducta desadaptada.

En ocasiones, el apoyo de la comunidad se presenta de manera informal. La mayoría de las personas enfrentan las crisis cotidianas de la mejor forma posible con el uso de los recursos disponibles. Al igual que no se consulta a un médico cada vez que se estornuda, no se acude al psicólogo clínico cada vez que se debe soportar un enojo. Una razón de esta conducta puede ser la disponibilidad de “terapeutas” no profesionales. Por ejemplo, la investigación muestra que personas como los peinadores y los cantineros escuchan de forma terapéutica los problemas de sus clientes (Cowan, 1982). Sin embargo, a algunas instituciones sociales se les asigna en forma específica la tarea de manejar las crisis. Aunque por lo regular no se incluyen en las listas de trabajadores para la salud mental, los oficiales de policía con frecuencia modifican la conducta, ya sea para bien o para mal y de manera consciente o no. Los policías no están en posición de eliminar las causas del crimen, pero a medida que se desarrollan sus habilidades en relaciones humanas pueden aumentar sus contribuciones a la prevención de los delitos (Lamb y cols., 2002). La capacitación psicológica ayuda a que los policías controlen la violencia y las disputas familiares con mayor eficacia (ver la figura 17-6). Además, puede ayudarlos a enfrentar muchos otros problemas con más tacto y discreción, como la conducta normalmente inofensiva pero extravagante de los ex pacientes de hospitales mentales.

## Diversas rutas de prevención

Al comienzo de este capítulo se dijo que la prevención puede presentarse en diferentes formas. En primer lugar puede involucrar los pasos necesarios para evitar que surja un trastorno, así como los esfuerzos para limitar el efecto del trastorno en la vida de la persona. En este sentido, la prevención y el tratamiento están estrechamente relacionados. El concepto de vulnerabilidad es común para ambos.





**Figura 17-6** Con frecuencia los oficiales de policía deben intervenir en disputas familiares. Esta oficial trata de tranquilizar un problema doméstico.

La vulnerabilidad surge cuando las características personales son insuficientes para enfrentar la situación. El reto de la prevención es identificar las oportunidades de crecimiento y estabilidad, y proporcionar dichas oportunidades a las personas que las necesitan. Estas diferentes oportunidades dependen de la naturaleza de las personas a las que se les ofrecen. Por ejemplo, durante su crecimiento, los niños necesitan ambientes que les proporcionen oportunidades para ser independientes. Por otra parte por lo regular los ancianos necesitan de gran cantidad de cuidado y atención.

De manera inevitable, la sociedad debe participar para enfrentar el desafío de la prevención, porque puede controlar o influir en muchas de las situaciones de la vida moderna. Hemos visto muchos ejemplos del efecto de la sociedad y las fuerzas sociales en nuestra vida. Ciertos tipos de conducta desadaptada (por ejemplo, las fobias y delirios) se pueden atacar sobre una base individual con los métodos clínicos que se describieron (psicoterapia, terapia conductual, medicinas). Pero las soluciones duraderas para muchos problemas de la vida requieren de un cambio social. Los niños que viven en departamentos muy reducidos y pobres, o con padres que abusan de ellos o los descuidan, tienen oportunidades muy limitadas para generalizar lo que aprenden en un programa escolar o preescolar que los estimula, si es que están disponibles para ellos.

Los medicamentos pueden ayudar a que los pacientes desinstitucionalizados tengan menos alucinaciones, pero aun así necesitan de un entorno de apoyo y la oportunidad de adquirir nuevas habilidades sociales y ocupacionales.

La prevención de la conducta desadaptada y la respuesta terapéutica a ésta cuando se presenta, requieren de un análisis de la sociedad, sus componentes y de la forma en que se relacionan entre sí. Este análisis debe incluir elementos de los que carece la comunidad así como pasos positivos que puedan tomar. Algunos ejemplos de estos pasos son albergues para los niños que huyen de su casa, centros sociales para adolescentes y centros para la intervención en crisis. Casi todos los programas de este tipo han sido iniciados por los ciudadanos sin el apoyo del gobierno y, por lo menos al principio, sobre una base no profesional. Como resultado de dichos esfuerzos, los profesionales de muchas áreas ampliaron el panorama de sus servicios clínicos y aumentaron su participación en los programas de la comunidad.

## Psicología comunitaria

La **psicología comunitaria** se ocupa del papel que los sistemas sociales desempeñan en la prevención de los problemas de las personas y de la conducta desadaptada. Los psicólogos comunitarios intentan trabajar en entornos que tienen efecto en la prevención (Rappaport y Seidman, 2000). Por ejemplo, pueden servir como asesores de relaciones humanas para un departamento de policía, trabajar para aumentar las habilidades de las personas que trabajan en oficinas de asistencia social o desarrollar programas de prevención en hogares y escuelas. Los programas de extensión tienen el objetivo de prevenir los colapsos o tratar los problemas de la comunidad antes de que sean necesarios programas de tratamiento más drásticos (como la hospitalización). Hacer que las comunidades sean lugares más adecuados para vivir requiere de buenas ideas sobre planeación social así como del convencimiento de que los distintos segmentos de la población, tales como los ancianos, las minorías y los desempleados, tienen necesidades especiales.

Los psicólogos comunitarios se interesan por los hechos ambientales de la vida de las diversas comunidades, así como por el efecto de esos hechos en la vida de las personas. El trabajo de la psicología comunitaria puede llevarse a cabo ya sea en instituciones comunitarias existentes (como centros comunitarios en vecindarios) o en ambientes especialmente creados. Los psicólogos comunitarios tratan de entender la interacción entre los ambientes en los que las personas viven sus vidas, el afrontamiento y su forma de adaptarse a las circunstancias existentes.

## Paraprofesionales

Con frecuencia existe una amplia brecha cultural entre los trabajadores profesionales de clase media (psicólogos clínicos, psiquiatras y trabajadores sociales) y las personas que provienen de grupos con un nivel socioeconómico más bajo que necesitan ayuda. Se han creado programas para capacitar y utilizar a los no profesionales para desempeñar papeles significativos en diversos entornos comunitarios. Las personas, después de cierta capacitación básica so-

**Figura 17-7** Los grupos de autoayuda se basan en la creencia de que algunos problemas se pueden resolver por medio del apoyo mutuo por parte de quienes han experimentado las mismas dificultades. En esta fotografía, un grupo de apoyo para mujeres que han padecido cáncer de seno se reúne para escuchar una presentación y plática sobre las formas de manejar la experiencia de ser un paciente con cáncer.



bre salud mental, pueden acceder al estatus de **paraprofesionales** que utilizan su conocimiento del vecindario y el interés de las personas que viven allí para llevar a cabo una variedad de actividades educacionales y de reclutamiento. Al parecer, gran parte del éxito de los paraprofesionales se debe a las similitudes entre sus antecedentes y los de sus pacientes. Por esta razón, algunos de los psicólogos comunitarios dedican una gran parte de sus actividades a capacitar a los paraprofesionales.

Los paraprofesionales pueden variar mucho en edad, educación y antecedentes culturales. Con frecuencia, constituyen gran parte del personal en los centros de servicio locales, centros residenciales para jóvenes y programas de salud mental en áreas urbanas y rurales. En esos lugares pueden servir como puentes entre un organismo establecido y un grupo de la comunidad al que el organismo no ha podido servir con eficacia. En algunas situaciones los paraprofesionales pueden ser tan eficaces como los expertos.

## Grupos de autoayuda

Millones de personas cuyos problemas y necesidades no son satisfechos por medio de un cuidado formal de la salud, servicios sociales ni programas de asesoría, pueden encontrar la esperanza y el apoyo personal que necesitan en los grupos de autoayuda. Dentro del estos grupos, cuyos miembros comparten las mismas preocupaciones, encuentran la comprensión y ayuda por parte de otras personas que han tenido experiencias similares.

Como seres sociales, todas las personas necesitan aceptación, cuidado y apoyo emocional; otras encuentran satisfacción en cuidar y apoyar a quienes las rodean. Dentro de los “sistemas de autoayuda” más naturales (la familia y los amigos) se establece el contacto de uno a uno que es tan importante para lograr felicidad y bienestar. Este apoyo informal es una parte básica del carácter social de los seres humanos, por lo cual se tiende a darlo por hecho, pero influye de manera clara en nuestra capacidad para controlar los eventos desagradables de la vida. Muchas de las conversaciones cotidianas son en realidad sesiones de asesoría mutua en las cuales se intercambia la seguridad y los consejos que ayudan a manejar el

estrés de todos los días. En realidad, los investigadores han descubierto que existe una unión muy estrecha entre la fuerza de los sistemas de apoyo social, la salud y la respuesta ante la enfermedad (Borkman, 1999) (ver la figura 17-7). Se necesitan más investigaciones para determinar cuándo, en qué condiciones y para qué tipo de problemas son más eficaces los grupos de autoayuda. La tabla 17-4 menciona algunas de las características de los grupos de autoayuda y las maneras en que benefician a sus miembros.

Algunos de estos grupos son muy conocidos y han existido durante varios años. Un ejemplo de ellos es Alcohólicos Anónimos. Con base en el éxito de este grupo, se han formado otros similares, como Apostadores Anónimos, para ayudar a las personas que tienen otro tipo de problemas.

**TABLA 17-4**

| Grupos de autoayuda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Las principales características de los grupos de autoayuda</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evitan el liderazgo y la dirección profesionales.</li> <li>➤ Miembros homogéneos que tienen un problema, una aflicción o un estado inadaptable común.</li> <li>➤ Lugares de reunión fuera de los escenarios tradicionales, tales como hospitales y clínicas.</li> <li>➤ Ingreso libre por lo cual la composición del grupo rara vez es constante.</li> </ul> |
| <b>Formas en las que los grupos de autoayuda benefician a sus miembros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comprensión y apoyo emocional.</li> <li>➤ Un grupo de referencia ofrece aceptación y reduce el aislamiento social.</li> <li>➤ Información y asesoría.</li> <li>➤ Modelos sobre cómo afrontar el estrés en forma eficaz.</li> <li>➤ Aumento de la conciencia de los miembros de las alternativas disponibles para manejar los problemas.</li> </ul>           |

## Tratamiento en la comunidad

Ya sea que las personas reciban los servicios de salud mental en la comunidad o en instituciones, la sociedad tiene un interés definitivo en la forma en que se proporcionan estos servicios, su eficacia y costos. La combinación de servicios disponibles puede influir no sólo en la sensación de bienestar de quien lo recibe, sino también en su productividad económica. Muchas personas que, de otra forma deberían haber sido hospitalizadas, pueden permanecer en la comunidad si disponen de instalaciones que proporcionen apoyo social y supervisión. La incompetencia de los servicios comunitarios es una de las razones por las que más de 30 000 personas con enfermedades mentales serias, con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar u otros padecimientos graves son confinados en cárceles en cualquier momento (ver la figura 17-8).

Un componente básico de los servicios necesarios es vivienda de apoyo económica. Aunque la existencia de cualquiera de ellas es muy pequeña, existen dos tipos de vivienda para enfermos mentales: 1) vivienda tutelar, y 2) vivienda alternativa. Las opciones de **vivienda tutelar** (albergues, asilos para ancianos y residencias de cuidados especiales) tienden a ser instalaciones grandes financiadas y con frecuencia manejadas por las ciudades, condados y estados con pocos o ningún programa de rehabilitación. Con frecuencia tienen una atmósfera institucional similar a la de los hospitales. Las opciones de **vivienda alternativa** (centros de readaptación social y hogares colectivos) tienden a ser pequeños y se centran en la rehabilitación e integración a la comunidad. La mayoría de estos últimos programas motivan a sus ocupantes a participar en la toma de decisiones sobre la selección de nuevos residentes y el mantenimiento del hogar. Con frecuencia, personas con capacitación en trabajo social o rehabilitación psiquiátrica son miembros del personal de estos hogares. El objetivo principal de las instalaciones de las viviendas alternativas es prevenir la hospitalización

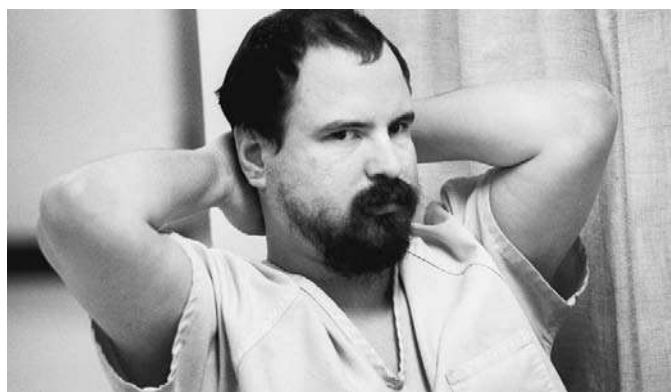


**Figura 17-8** David Bruce Bellamy, a quien se diagnosticó con esquizofrenia, fue registrado en la cárcel de Thurston County, Washington, trece veces en un periodo de 10 años. Igual que en otras cárceles en todo el país, alrededor de 15% de la población de la cárcel de Thurston County tiene enfermedades mentales. Una vez que liberan a los reos, muchos de ellos no tienen hogares a los cuales regresar y terminan en las calles. Sin la estructura de una rutina diaria, la estabilidad de un ambiente de hogar y alguien que los cuide, con frecuencia dejan de tomar sus medicamentos, lo cual permite que regresen los síntomas graves. Muchos terminan nuevamente en la cárcel.

FUENTE: *The Olympian*, 15 de noviembre de 1999, p. A5.

y mejorar la calidad de vida (ver el cuadro 17-1). Algunas instalaciones de vivienda de apoyo tienen departamentos privados en los cuales el residente es un arrendatario legal, aunque se proporciona apoyo psicológico y práctico.

## Problemas de los programas comunitarios

Un vistazo al camino que recorre una mujer enferma al pasar por todo el sistema de salud mental, ilustra muchos de los problemas endémicos de los programas comunitarios. La escritora Susan Sheehan (1982) siguió la historia de “Sylvia Frumkin” durante casi 20 años de tratamiento. Frumkin (el nombre es ficticio, pero después de su fallecimiento en 1994, se reveló que su nombre real era Maxine Mason) tuvo un largo y desalentador camino a través de lo que se conoce como “el sistema”. De hecho, se enfrentó a cada momento con un sistema desordenado, fragmentado e ineficaz. Después de su primer episodio psicótico en 1964, cuando tenía 15 años de edad, fue hospitalizada en repetidas ocasiones e ingresó en distintos tipos de instituciones. En diferentes épocas recibió diagnósticos de maniaco-depresiva o esquizofrenia indiferenciada o del tipo paranoide. Durante este periodo recibió una variedad de terapias en distintos momentos (psicoterapia individual, medicamentos antipsicóticos, litio, terapia de coma insulínico, terapia electroconvulsiva, “psicoterapia cristiana” y terapia con megavitaminas). A través de los años, consultó a un grupo cambiante de terapeutas, y con frecuencia veía a un determinado terapeuta durante periodos muy breves. Estos terapeutas le dieron tratamiento con casi todos los medicamentos disponibles, en ocasiones sin consultar sus antecedentes y a veces cambiaban, reducían de manera repentina o dejaban de administrar los medicamentos de forma al parecer arbitraria.

Sylvia Frumkin no era el tipo de paciente que agradaba a la mayoría de los terapeutas; la describían como desaliñada, desagradecida y poco cooperativa. Agotaba la energía del personal clínico pues era ruidosa, abusiva e incluso violenta durante las fases agudas de su enfermedad. Aun cuando no pasaba por una etapa aguda, un miembro del personal describió a Frumkin como “arrogante, desagradable y exigente”. Como lo muestra la figura 17-10, Frumkin experimentó 45 cambios de escenarios para el tratamiento durante 17 años. Cambió de manera repetida entre el hogar familiar, distintos hospitales e instalaciones de residencia de la comunidad. En 27 ocasiones fue admitida en ocho hospitales diferentes (estatales, municipales, generales, de voluntarios y privados), donde estuvo un total de nueve años. Pasó casi siete años en un hospital estatal. Durante poco menos de seis años vivió con su familia, de la cual salió y regresó en nueve ocasiones. Pasó un total de tres años en varios tipos de instituciones comunitarias, como centros de readaptación social, hogares adoptivos, una residencia de la YWCA y una comunidad religiosa. Se calculó que el costo de su cuidado, desde 1963 hasta 1982, fue de 636 000 dólares. El costo sería bastante mayor en la actualidad.

Después del fallecimiento de Sylvia Frumkin, Susan Sheehan (1995) describió su vida después de 1980 (posterior al periodo cubierto en la figura 17-10). Su calidad de vida no mejoró. Deambu-



## RESILIENCIA Y VULNERABILIDAD

## CUADRO 17-1

## Lograr independencia con la ayuda de agencias comunitarias

Mientras sus padres envejecen, los adultos discapacitados que siempre han vivido en su casa enfrentan transiciones difíciles, por ejemplo, cambiar del cuidado de un padre protector a otra situación, tal vez menos deseable. Con frecuencia, los padres que envejecen posponen la toma de estas decisiones, porque considerarlos no es agradable, pero para la mayoría de los padres llega el momento en que deben tomar alguna acción.

Tres mujeres, Lupita Cano y Martha Hinojosa, ambas de 34 años de edad, y Florence Ulrich de 43 años, recientemente enfrentaron esta situación. Aunque existen muchas diferencias entre ellas, estas mujeres son similares en varias formas. Las tres tienen síndrome de Down y diabetes (el síndrome de Down, descrito en el capítulo 16, es una discapacidad del desarrollo asociada con un retraso mental leve a moderado). Sus madres, que estaban envejeciendo y tenían menos capacidad física para proporcionar cuidado, querían garantizar que sus hijas vivieran lo más independientemente y en las mejores circunstancias posibles.

Los siguientes pasajes del artículo "Independencia agri dulce", del *Seattle Times* (marzo 14 de octubre de 2003 cuarta edición ROP-Northwest Life), de Regine Labossiere, reportera de ese diario, describe la forma en que una variedad de agencias públicas en Washington ayudaron a estas mujeres y sus padres.

...Lani Scheman, una supervisora de casos de la División de Discapacidades del Desarrollo del Departamento de Servicios Sociales y de Salud juntó a las tres mujeres debido a que tenían necesidades similares... Además "Las familias tenían buenas relaciones entre sí. Definitivamente era una muy buena combinación".

Organizar la mudanza tomó poco más de un año de planeación y coordinación entre diversos organismos y servicios de apoyo. Un punto crucial fue seleccionar un organismo que cubriera sus necesidades diarias... de ello se encargó *Banchemo Friends Services*, una organización que ayuda a que los adultos con discapacidades de desarrollo manejen sus vidas.

Finalmente... las tres mujeres se mudaron. El sentimiento de tener su propio departamento y ser independientes superó las complicaciones que afrontaron en el proceso. Heather Paul, la administradora del programa de *Banchemo* recuerda la reacción de Ulrich cuando recibió la llave de la puerta principal... "Nunca había visto a alguien tan feliz de tener las llaves de su propio departamento".

...Después de algunas semanas en el departamento en *Shoreline*, las tres se habían adaptado a una rutina. Sheman comentó: "Esto es totalmente nuevo para ellas. Por experiencia sé que toma unos seis meses para sentirse a gusto con todo. Tienen una gran curva de aprendizaje, que por supuesto es difícil si tienes una discapacidad de desarrollo"...

...Las tres mujeres dependen del transporte público para ir a donde necesitan ir. Hinojosa toma sola el autobús de la ciudad. Cano toma el autobús *ACCESS* (transporte público para los discapacitados y ancianos) y Ulrich toma ya sea el *ACCESS* o los servicios de transporte médico.

También están aprendiendo una de otra. Hinojosa tomó una clase sobre diabetes cuando era más joven y es capaz de inyectarse la insulina ella misma. Ulrich nunca

aprendió, pero Hinojosa está tratando de enseñarle. Ella comenta: "Me gusta ayudarle a Florence a aprender sobre el azúcar en la sangre".

...La mudanza también fue una prueba para las tres mujeres. Paul reconoce: "Desde que viven juntas, han aprendido a respetar el espacio de cada una. Han reñido por tonterías". Uno de los últimos altercados entre Cano y Ulrich dio como resultado la creación de reglas de la casa. Las reglas, pegadas en la pared sobre la mesa del comedor incluyen disculparse y perdonar, tener contacto físico solamente por amistad (es decir apretones de manos y abrazos, en lugar de empujones) y ser felices y estar sanas.

Aunque las mujeres están entusiasmadas al comienzo de esta nueva aventura, la transición ha sido agri dulce para los otros miembros de la familia... Toda la familia Hinojosa extraña a Martha, pero Sandra [Hinojosa] cree que es lo mejor. "Fuimos a visitar a *Banchemo* y observé lo bien que está todo; me sorprendió que tuviera ese tipo de apoyo para aprender a ser una persona independiente... El apoyo que está recibiendo para aprender nuevas habilidades es mucho más de lo que yo podría hacer por ella..."

FUENTE: Copyright 2003 *Seattle Times Company*. Utilizado con permiso.



**Figura 17-9** A Lupita Cano le gusta bailar con la música de su reproductor de CD. En el fondo está expuesta su obra artística, la cual vende en tarjetas de felicitación.



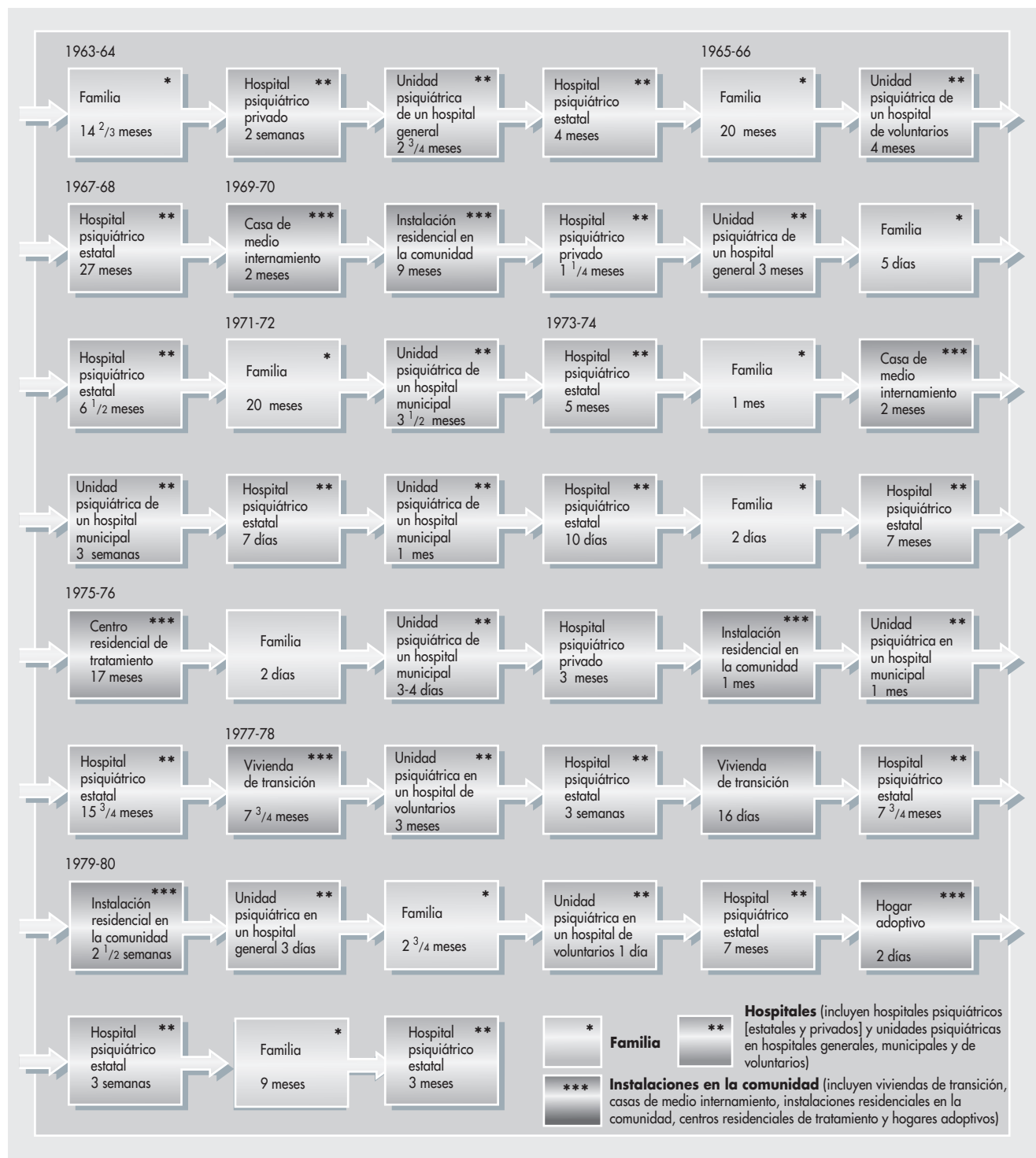


**Figura 17-10** La odisea de Sylvia Frumkin como paciente mental crónico 1963-1980. Su experiencia, como lo explica el texto, no fue mejor de 1980 hasta su fallecimiento en 1994.

FUENTE: A. E. Moran, R. I. Freedman y S. S. Sharfstein (1984), "The Journey of Sylvia Frumkin: A Case Study for Policymakers". *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 887-893. Derechos reservados © 1984 por la American Psychiatric Association. Reimpreso con autorización.

ló de una institución a otra con regresos ocasionales a la comunidad. Entre sus institucionalizaciones se pueden mencionar 15 meses en el Bellevue Hospital en Nueva York (aun cuando el objetivo de ese hospital urbano son los pacientes de corto plazo) y un tiempo considerable en un hospital estatal. Falleció en una institución a la edad de 46 años de una úlcera sangrante, de la cual no se detectó ningún indicio en todos los exámenes médicos que se le realizaron durante muchos años.

Desafortunadamente, la historia de Sylvia Frumkin no es única. Ella fue sólo una de los 1.7 a 2.4 millones de enfermos mentales crónicos estimados en Estados Unidos que requieren de algún tipo de tratamiento. El público en general y quienes elaboran las políticas pueden aprender mucho de las experiencias de personas como Sylvia Frumkin. Su historia ilustra en forma clara el profundo efecto que las enfermedades mentales crónicas tienen en los pacientes, su familia y comunidad, así como en los altos costos del cuidado. Tal vez el deterioro de Frumkin habría continuado incluso si las condiciones de su tratamiento hubieran sido más favorables, pero en realidad el comportamiento del sistema parece haber sido un factor contribuyente. En sus distintas estancias en el hospital, nunca estableció una relación prolongada con una persona que la cuidara. Durante los muchos años en “el sistema” no sintió que nadie se preocupara por sus intereses. Los casos como el de ella han hecho que los trabajadores de la salud mental, los jueces y otros funcionarios de gobierno piensen en maneras de reformar tanto el sistema como las leyes que obligan a que las personas desequilibradas ingresen a las instituciones públicas.

## Mejoras a los programas de tratamiento comunitario

Se necesitan con urgencia experimentos diseñados para mejorar la combinación de servicios disponibles para la salud mental. Varios enfoques parecen prometedores y merecen estudios adicionales. Éstos incluyen las **posadas-dormitorio** y las **casas de medio internamiento**; las residencias de tiempo limitado (por ejemplo, tres semanas) que proporcionan oportunidades para resocialización y transición a la comunidad; y **hospitalización parcial**, instalaciones que proporcionen tratamiento durante el horario vespertino y alojamiento durante la noche, así como la oportunidad de participar durante el día en actividades útiles fuera de las instalaciones. Los hospitales diurnos, un tipo de hospitalización parcial, han demostrado ser eficaces para facilitar que las personas con enfermedades mentales vivan en la comunidad y tengan una mejor calidad de vida (Marshall, 2003). Estas instalaciones, a las que se puede acceder ya sea en autobús o transporte proporcionado por el hospital, son eficientes porque tienen plantillas de personal relativamente pequeñas, aunque atienden a un gran número de pacientes. Los servicios que proporcionan incluyen terapia individual y de grupo, y camas de corto plazo disponibles cuando los pacientes experimentan una crisis.

Aunque la hospitalización parcial durante la noche es poco común en Estados Unidos, es una práctica común en Bélgica, país que cuenta con alrededor de 17 000 camas en hospitales para enfermos mentales, de las cuales más de 1000 son para hospitalización

parcial durante la noche. El Hospital Nocturno de Bruselas es una instalación activa de rehabilitación para pacientes psicóticos crónicos. La mayoría de ellos tienen esquizofrenia, la han tenido de cinco a 10 años, y han pasado más de dos años en hospitales mentales. Cada pequeño grupo de pacientes tiene su propia sala y cocina. Los pacientes deben participar en el mantenimiento de las instalaciones y sus habitaciones. Cada grupo es responsable de cocinar sus propios alimentos cuatro veces a la semana. (La cocina del hospital nocturno proporciona las comidas de los viernes y los fines de semana). El personal del hospital no realiza agotadores esfuerzos para “curar” a los pacientes. Su enfoque es, más bien, mejorar el nivel de funcionamiento del paciente y su calidad de vida. Una creencia central es que el cuidado debe proporcionarse en la comunidad con el mayor alcance posible. Se considera que el programa de hospital nocturno apoya la vida del paciente en la sociedad. Los resultados son alentadores, pues dos terceras partes de los pacientes llevan a cabo actividades regulares estructuradas fuera del hospital (DeHert y cols., 1996).

Aunque el concepto de cuidado comunitario para los enfermos mentales crónicos es bueno, la mayoría de las personas desinstitutionalizadas en Estados Unidos simplemente han sido botadas en comunidades que les temen por sus conductas excéntricas y no los supervisan de forma sistemática. La figura 17-11 ilustra un programa diseñado para prevenir este resultado. Una vez que los enfer-



**Figura 17-11** Los trabajadores del Proyecto de Ayuda, un programa de la ciudad de Nueva York para las personas sin hogar, hablan con una persona sin hogar para determinar si padece una enfermedad mental severa y necesita hospitalización. El Proyecto de Ayuda aplica un programa activo de ayuda para identificar a quienes la necesitan, a los cuales se les proporciona tratamiento inmediato y ubicación en residencias comunitarias, hogares grupales o sus propios departamentos. Desafortunadamente, debido a su enfermedad mental crónica y grave, muchas personas sin hogar que han sido apoyadas por el Proyecto de Ayuda acaban nuevamente en las calles.

mos mentales están afuera y solos, es más probable que dejen de tomar sus medicamentos y, tal vez, los arresten por cometer delitos (Monahan y cols., 2001). La falta de cuidado profesional en las calles y los efectos del abuso de alcohol y drogas son complicaciones aún más graves. Es muy probable que los pacientes desinstitucionalizados estén demasiado desorganizados para dejar de vivir en las calles, excepto cuando muestran conductas muy extrañas o destructivas que provocan su internación forzosa en un hospital o en la cárcel.

Pocas personas que salen de las instituciones reciben capacitación vocacional, dirección para el cuidado personal, diversión o las oportunidades para adaptarse a la sociedad que se requieren para tener una existencia digna. Durante mucho tiempo se ha ignorado la necesidad del cuidado de seguimiento, la dura realidad de los fondos insuficientes, el efecto de los pacientes en las comunidades y la incertidumbre sobre lo que constituye un programa eficaz en la comunidad. Como resultado de ello, una cantidad cada vez mayor de personas, que de otra forma se mostrarían entusiastas con respecto de la desinstitucionalización, se han visto al menos parcialmente desilusionadas. Una consecuencia de la gran cantidad de fallas en la desinstitucionalización es el aumento en las readmisiones a los hospitales estatales. En la actualidad, los pacientes permanecen en el hospital durante periodos más cortos, pero regresan con mayor frecuencia debido a su incapacidad para funcionar en la comunidad. Cerca de la mitad de los pacientes que salen de los hospitales estatales retornan un año después de que se dan de alta. No obstante, el potencial para mejorar la vida de los pacientes desinstitucionalizados sigue siendo bueno (McQuistion y cols., 2003).

¿Qué se puede aprender de la forma en que hasta el momento se practica la desinstitucionalización? Quizá la lección más importante de las malas experiencias de las últimas dos décadas, es que la desinstitucionalización, como ahora se lleva a cabo, no ayuda a muchas personas. Como sucede con tanta frecuencia, la sociedad descuida muchos de los conceptos básicos necesarios para alcanzar un objetivo valioso. Se necesita más dinero y más personal capacitado. Los problemas de los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad requieren un sistema integral de cuidados que incluya:

1. Una cantidad adecuada de viviendas comunitarias supervisadas.
2. Servicios clínicos en la comunidad, que van desde la disponibilidad de trabajadores profesionales en salud mental que puedan intervenir en una crisis, hasta la hospitalización en el caso de las condiciones agudas.
3. Reconocimiento de la importancia de las familias en el tratamiento, junto con el apoyo adecuado tanto para el paciente como para los miembros de su familia.

## Aspectos legales del tratamiento y la prevención

Debido a que la gente vive en grupo, la comunidad se interesa en prevenir la conducta desadaptada. A pesar que éste no siempre ha

sido el caso, en la actualidad los organismos gubernamentales tienen leyes que tratan tanto de ayudar a las personas que se comportan en forma desequilibrada, como de proteger al público de los peligros que representan ciertos tipos de personas trastornadas (por ejemplo, los criminales). En realidad, esas leyes pueden ser problemáticas si nuestro juicio de lo que constituye la ayuda resulta equivocado o si la persona no desea a recibirla.

## Institucionalización

El proceso de ingresar a una persona en una institución se conoce como **reclusión**. Los prisioneros son recluidos en las cárceles para recibir castigo y los pacientes mentales en los hospitales mentales para recibir tratamiento. La **reclusión penal** de una persona en un hospital mental puede ocurrir cuando la ley declara que un acto delictuoso es resultado de la demencia, y se determina que los intereses de la sociedad y de la persona se satisfacen mejor mediante la reclusión en un hospital mental que en una prisión. Algunos pacientes mentales se recluyen de manera voluntaria, pero otros son hospitalizados en forma involuntaria por medio de un procedimiento legal que se llama **reclusión civil**. La reclusión civil sólo se puede llevar a cabo si se juzga que una persona representa un riesgo para sí misma o para los demás. La institucionalización forzada de una persona representa problemas graves. Por un lado, la reclusión civil trata de dar ayuda, pero para hacerlo tal vez priva a la persona de sus derechos humanos básicos.

Un ejemplo de las dificultades logísticas que representan las leyes de reclusión es el caso de Anna May Peoples, una mujer de Seattle a quien se diagnosticó esquizofrenia paranoide. Ella dijo que debido a su esquizofrenia se refugió en el Edificio de Seguridad Pública de la ciudad. Peoples hizo del edificio su hogar durante dos años, pero las autoridades tuvieron que abandonar la idea de hacer cargos en su contra por violar la propiedad privada. Se consideró que no era competente para ser juzgada, pero tampoco lo suficientemente peligrosa como para ser internada en una institución (ver la figura 17-12).

**Reclusión penal** Para arrestar a una persona por un delito, el Estado debe establecer sin duda alguna no sólo que la persona cometió el acto prohibido, sino que el acto se cometió con intención dolosa. Si ésta no se puede probar, es posible la defensa por locura. Con frecuencia, el concepto de locura se confunde con el de la competencia para ser juzgado. Tanto *locura* como *competencia* son términos legales, cuya aplicación en un caso dado la determina un juez después de tomar en cuenta todas las evidencias, incluyendo las opiniones de peritos. **Locura** se refiere al estado mental de una persona en el momento en que se realizó el acto, en tanto que **competencia** se refiere al estado mental de una persona en el momento del proceso judicial. En un sentido legal, una **persona incompetente** es aquella que carece de la capacidad para consultar a un abogado y comprender la naturaleza de los procedimientos legales.

**La defensa por locura** El concepto de locura tiene una larga historia. Las primeras leyes inglesas no reconocían la locura como una excusa para la conducta criminal. Sin embargo, en el siglo

**Figura 17-12** Anna May Peoples, atrapada entre los aspectos técnicos de la incompetencia legal y la falta de peligrosidad, espera para escuchar su destino durante una audiencia en un tribunal.



XIII, la prueba de la intención criminal era necesaria para condenar a una persona. La **defensa por locura** establece que si las personas acusadas pueden comprobar que estaban totalmente “locos” podían defenderse con éxito contra un cargo penal.

En 1843, Daniel M’Naghten, un tornero escocés, asesinó a Edward Drummond, secretario del primer ministro de Inglaterra. No se le declaró culpable porque los jueces aseguraron que “actuaba bajo un defecto de la razón, por una enfermedad de la mente, y no conocía la naturaleza y calidad del acto que cometía o, si las conocía, no sabía que lo que hacía estaba mal.” Esa norma, que se conoce como la **regla de M’Naghten**, se convirtió en la prueba “del bien y el mal” de la locura y se adoptó de manera muy común. A medida que aumentaba la creencia en esta interpretación, se sancionaron leyes que permitían que los tribunales retrasaran las emisiones de sentencia hasta que se estudiara a la persona y se hicieran recomendaciones al juez. Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y agentes judiciales se convirtieron en asesores de los tribunales. Las sentencias se hicieron más flexibles y la libertad bajo palabra se utilizó cada vez más.

Un ejemplo de un intento por recurrir a la regla M’Naghten ocurrió en el caso de Jack Ruby, quien fue arrestado por matar al asesino del presidente Kennedy, Lee Harvey Oswald, en 1964. Cuando apeló contra la sentencia de muerte, Ruby declaró que padecía epilepsia psicomotora y que ésta le impedía determinar lo que estaba bien y mal. Sin embargo, el juez rechazó su declaración y Ruby fue considerado legalmente sano. Más adelante, murió en prisión.

La regla M’Naghten y las decisiones subsecuentes de los tribunales han sido objeto de muchas controversias debido a la dificultad para definir con precisión lo que significa en realidad “distinguir el bien del mal”. La idea del **impulso irresistible**, de acuerdo con la cual la persona no puede controlar su conducta, contrasta con el hincapié que hace la regla M’Naghten en la prueba “del bien y el mal”. Otro caso dio origen a la **regla Durham**, que establece que una persona no es criminalmente responsable si el acto doloso fue producto de una enfermedad o defecto mental. Ninguna de estas reglas sobre la naturaleza de la locura está libre de ambigüedades y dificultades.

En 1962, el American Law Institute (ALI) propuso un grupo de lineamientos que desde entonces se han incorporado a las leyes de varios estados. Los lineamientos del **American Law Institute (ALI)** se concentran en la incapacidad que surge de la enfermedad mental del acusado e incluyen las ideas siguientes:

1. *Una persona no es responsable de su conducta criminal si, en el momento en que presenta esa conducta, como resultado de una enfermedad o defecto mental carece de la capacidad sustancial para apreciar la criminalidad (lo incorrecto) de su conducta o de ajustar su conducta a los requerimientos de la ley.*
2. *[ . . . ] Los términos “enfermedad o defecto mental” no incluyen una anomalía que se manifiesta sólo por conductas delictuosas repetidas o antisociales.* (American Law Institute, 1962, p. 66).

Con cada década que pasa, los lineamientos del ALI obtienen mayor aceptación en todo el país. En 1983, en el caso de *Jones contra Estados Unidos*, la Suprema Corte estableció que las personas que no son declaradas culpables por locura pueden ser reclusas en forma indefinida en un hospital mental bajo un estándar de prueba de peligrosidad menos riguroso del que se requiere para la reclusión civil de las personas. La Corte estableció que los acusados que son absueltos por locura “constituyen una clase especial que se debe tratar en forma distinta”. En 1984, el Congreso aprobó la *Federal Insanity Defense Reform Act*, que modificó algunas características de los lineamientos del ALI y le asignó a la defensa la responsabilidad de establecer de forma convincente la locura del acusado.

La cantidad de defensas por locura que tienen éxito es muy reducida. Por ejemplo, en todo el estado de Nueva York, hay en promedio menor de 50 defensas por locura con éxito cada año. De modo que la defensa por locura contribuye sólo con una mínima proporción al problema de la criminalidad en Estados Unidos. En parte, esto se debe a que los jurados tienen dificultades para interpretar los aspectos legales involucrados en la defensa por locura. Es comprensible que el público recuerde casos a los que se dio mucha publicidad y en los que se recurrió a la defensa arguyendo locura y a alguien que, sin lugar a dudas, cometió un delito pero se le declaró inocente debido a que sufría de locura (ver la figura 17-13). En





**Figura 17-13** (a) Edmund Kemper III, fue absuelto por demencia del cargo de asesinar a sus abuelos en 1984 y, en 1989, fue dado de alta de un hospital mental como "curado"; más adelante asesinó a seis estudiantes universitarios, a su madre y a una amiga de ésta. La fotografía lo muestra en la sala de un tribunal esperando el veredicto por los asesinatos. El jurado lo declaró sano y culpable de asesinato en primer grado. (b) La fotografía muestra a John Hinckley, Jr., en custodia federal en 1981, unos instantes después de tratar de asesinar al presidente Ronald Reagan para impresionar a la actriz Jodie Foster. Fue absuelto del cargo por razón de locura y recluido en un hospital mental. En 2004, un juez le permitió a Hinckley tener visitas supervisadas con sus padres fuera del hospital. Aunque hubo muchas protestas públicas en contra de esta decisión, el juez estaba convencido de que Hinckley ya no era un peligro para sí mismo o para otros.

ocasiones, dichas personas salen en libertad después de un breve periodo de hospitalización y más adelante cometen otro crimen.

En 1981, la liberación de John Hinckley del cargo de intento de asesinato del presidente Ronald Reagan hizo que muchas personas pusieran en duda la justicia de la defensa por locura. La American Psychiatric Association argumentó que las personas debían ser absueltas por locura sólo si padecían un trastorno mental grave como la psicosis. Las personas que sólo padezcan de trastornos de la personalidad (por ejemplo, trastorno antisocial de la personalidad) o que abusen de drogas o alcohol deben ser responsables de sus acciones. Más adelante, la asociación afirmó que a los peritos no se les debía permitir atestiguar sobre si el acusado podía controlar su conducta (*Psychiatric News*, 4 de febrero de 1983).

El empleo de la opinión de los expertos representa grandes problemas de interpretación (R. Rogers y Shuman, 2000). Hasta el momento, ninguno de los lineamientos propuestos para manejar el problema de la locura ofrece una solución por completo satisfactoria. Durante el juicio de Hinckley, Jr., la andanada de testimonios contradictorios de expertos dañó la imagen de la psiquiatría desde la perspectiva del público. Los que buscan la abolición de la defensa por locura creen que una forma de terminar con este tipo de espectáculos sería limitar el testimonio psiquiátrico para presentar evidencias de la anomalía mental que afecta la conciencia y percepción del acusado (su "intención" de cometer el crimen). Otro testimonio que se refiere a incapacidades más sutiles de entendi-

miento, juicio y control de la conducta ya no sería relevante en la etapa de prueba del juicio, pero se podría presentar en el momento de dictar sentencia. Otra propuesta se refiere a un grupo de testigos expertos que debería elegir la corte. Estos expertos ya no presentarían testimonios a favor de la parte acusadora ni de la defensa. En vez de ello, el grupo imparcial trataría de llegar a una conclusión con respecto del estado mental del acusado cuando cometió el crimen.

Tres estados (Montana, Idaho y Utah) han derogado la defensa por locura. Aunque es poco probable que la mayoría de los otros estados vayan a hacerlo, la controversia la sigue rondando. Se pueden esperar enmiendas a las leyes en relación con su aplicabilidad. Varios estados aprobaron leyes que permiten a los jurados declarar a los acusados "culpables pero enfermos mentales". Dichos veredictos proporcionan a la persona condenada la oportunidad de recibir tratamiento y cumplir la sentencia completa igual que cualquier otro prisionero (ver el cuadro 17-2).

El caso de Theodore Kaczynski, quien al final admitió su participación en más de dos docenas de ataques con bombas que mataron a varias personas y mutilaron a otras, ilustra la diferencia entre los conceptos de competencia para ir a juicio y la falta de responsabilidad penal en razón de enfermedad mental. Los abogados de la defensa de Kaczynski, al igual que muchos otros, estaban convencidos de que era un enfermo mental. Sin embargo, tanto los abogados de la defensa como la parte acusadora y el juez, esta-



"No puede argüir locura, sólo es una infracción de tránsito."

**Figura 17-15** Esta caricatura refleja la creencia de algunas personas de que, con frecuencia, es frívolo alegar defensa por locura.

FUENTE: *The Wall Street Journal*. Con permiso de Cartoon Features Syndicate.

ban de acuerdo en que era competente para ir a juicio debido a que llenaba los criterios de comprensión de los cargos en su contra y de ser capaz de contribuir a su defensa. Sin embargo, el caso se complicó por el hecho de que el Sr. Kaczynski no quería que se utilizara el tema de la enfermedad mental en su defensa, aunque sus abogados sentían que sin ésta estaban limitados para presentar el caso de la forma más sólida posible. Finalmente, después de que un psiquiatra designado por la corte certificó que cumplía con los criterios del DSM para la esquizofrenia paranoide, y por ello debía considerarse como enfermo mental aunque competente para ir a juicio, estuvo de acuerdo en declararse culpable y lo sentenciaron a pasar el resto de su vida en prisión.

La complejidad de la defensa por locura puede ser desconcertante aun para personas muy bien informadas. Sin embargo, las exigencias para el cese de la defensa por locura por lo regular surgen de conceptos erróneos del público (ver la figura 17-15). La tabla 17-5 menciona tres de los conceptos erróneos que se cree, de forma extensa, que son verdaderos. Las grandes brechas entre la realidad de la defensa por locura y los conceptos erróneos populares sugieren la necesidad de reconsiderar los temas pertinentes y la educación pública.

La defensa por locura es un concepto imperfecto, en lo que se refiere a qué juicios personales y qué grado de arbitrariedad desempeñan un papel importante. No hay duda de que el concepto está en evolución y necesita mejorarse. Sin embargo, lo que se debe tener en mente es que la defensa por locura (ya sea la presente u otra versión que todavía no se inventa ni se acepta) desempeña un papel importante en el sistema legal. Un objetivo de éste es que lo perciban como justo, porque si no se le considera así pierde la credibilidad y el respeto de la sociedad. Un sistema legal que trata a las personas incompetentes y enfermos mentales de igual forma

**TABLA 17-5**

### Tres mitos con respecto a la defensa por locura

#### Mito 1: Los criminales utilizan la defensa por locura para evitar el castigo.

En realidad, las personas a las que se les declara "inocentes por razones de locura" nunca son liberadas de la misma forma en que una persona sería absuelta de un delito. Por lo regular son recluidas para darles tratamiento en un hospital especial para personas con enfermedades mentales graves que han cometido delitos. Las personas a las que se les declara inocentes por razones de locura, en promedio, son retenidas por lo menos un tiempo igual (con frecuencia mayor) que las personas que son declaradas culpables y enviadas a prisión por crímenes similares.

#### Mito 2: Se abusa ampliamente de la defensa.

En realidad, la defensa por locura se utiliza en contadas ocasiones.

#### Mito 3: La defensa permite que los criminales "se salgan con la suya".

A pesar de que se acusa de delitos violentos a aproximadamente la mitad de las personas que alegan locura, sólo a un pequeño porcentaje de ellas se les culpa de asesinato. Al resto se les juzga por robo, daño a la propiedad o delitos menores como robo en tiendas o emitir cheques sin fondos.

que a cualquier otra persona podría parecer que no cumple con la prueba de justicia. Cuando los expertos en salud mental testifican en el tribunal en relación con temas como la locura y la competencia, ayudan a los tribunales a ponderar los factores (como trastornos cerebrales, enfermedad mental y retraso mental) que se relacionan con la capacidad de una persona para participar con equidad en un proceso legal.

Otro factor que se relaciona con la defensa por locura es el carácter adverso del sistema legal estadounidense. En este sistema, el brazo de la ley es un adversario del ciudadano-acusado y trata de condenarlo. Para ser justo con un acusado que está enfrentando a un adversario tan imponente como lo es el Estado, debe estar en un estado mental lo suficientemente bueno para entender que está en juicio; comprender los cargos, las posibles sanciones y opciones; responder a las preguntas de manera significativa; detectar mentiras o errores de los testigos; y mantener informado al abogado de la defensa sobre los hechos relevantes mientras progresa el juicio. Si el estado mental de una persona interfiere con el cumplimiento de estos requerimientos, se necesita informar a la corte acerca de ello y tomarlo en cuenta al emitir un veredicto. Esto significa que el sistema legal se basa en ciertos supuestos morales. La forma de cumplir con estos supuestos es un trabajo en progreso.

**Reclusión civil** Los 50 estados tienen leyes para la reclusión civil. Estas leyes se basan en la doctrina de *parens patriae* (término en latín para la "paternidad del Estado"), de acuerdo con la cual el Estado puede actuar con base en los intereses de un menor o un adulto que está incapacitado. Las características principales del

## CASO DE ESTUDIO Y SU INTERPRETACIÓN

### ¿Debe ejecutarse a las personas con locura?

En junio de 2001, Andrea Yates, de 37 años de edad, ahogó a sus cinco hijos en la tina del baño de su casa en Houston. Yates llamó al servicio 911 una hora después de haber colocado los cuerpos sin vida en su

cama. Cuando llegó un oficial a su casa y le preguntó por qué había llamado a la policía, ella contestó: “Yo maté a mis hijos”. Le dijo que había sido una mala madre. Más adelante indicó que la única forma de salvar a sus

hijos del diablo era matarlos. La señora Yates había intentado suicidarse en dos ocasiones antes de esa fecha, y sufría de profundas depresiones después del nacimiento de cada uno de sus hijos.



(a)



(b)

**Figura 17-14** Andrea Yates fue enjuiciada y declarada culpable de ahogar a sus cinco hijos, cuyas edades oscilaban entre los seis meses a los siete años. (a) Andrea Yates entró a la sala del tribunal para ser acusada formalmente de cargos de asesinato que se castiga con pena de muerte. (b) Yates, su esposo y los cuatro hijos mayores en una foto familiar tomada antes del nacimiento de su último hijo.

proceso son una petición, una audiencia, y una decisión sobre el lugar en el cual se recluirá a la persona. En algunos estados, los juicios de los psiquiatras son decisivos para tomar las decisiones de reclusión. En otros, los médicos que no son psiquiatras desempeñan papeles dominantes. Hasta hace muy poco, los estándares para la reclusión no eran firmes y la protección para el paciente no existía o se ignoraba. Después, en una decisión que se tomó en 1979 (*Addington contra Texas*), la Suprema Corte de Estados Unidos estableció que las personas no debían ser recluidas en instituciones mentales a menos de que el Estado presentara evidencias “claras y convincentes” de que requerían hospitalización.

Todas las leyes civiles de reclusión implican dos juicios: si la persona padece de una enfermedad mental discapacitante o si es peligrosa. Es relativamente fácil establecer el primer criterio; el segundo es más problemático. La “peligrosidad” se refiere al potencial de infligir daño a otras personas y a uno mismo. Juzgar qué tan pe-

ligrosa puede ser una persona es, con frecuencia, un asunto difícil, como lo muestra el caso de Stuart.

*Al principio, el vecino mayor de Jane parecía ser amigable.*

*Stuart, que vivía solo, muy a menudo se detenía a platicar. En ocasiones pedía prestada una herramienta para el jardín o Jane se la pedía a él. Pero hace dos años, la relación cambió de manera dramática.*

*Stuart, que tiene más de 60 años, se enamoró de Jane, de 36 años. Le recitaba versos de la Biblia y una vez entró en su casa cuando ella no estaba. Le escribía a Jane extensas cartas de amor, trató de abordarla y besarla en la Iglesia e intentó atraer hasta su casa a sus tres hijos con dulces y tarjetas de béisbol.*

*Compró una camioneta costosa idéntica a la de Jane y dijo que planeaba secuestrar a Jane y a sus hijos y llevarlos por todo el país. (Con base en Seattle Times, 27 de agosto de 1990, pp. A1, A5).*

## CUADRO 17-2

Le diagnosticaron esquizofrenia, la trataron con medicamentos antipsicóticos y la hospitalizaron en varias ocasiones. Los clínicos indicaron que sus delirios y otras ideas extravagantes eran muy evidentes. El caso de la señora Yates atrajo la atención nacional, no sólo por la horrible naturaleza de los asesinatos, sino porque también provocó un

debate sobre la enfermedad mental y la defensa que arguye locura. Durante su juicio, el fiscal les dijo a los miembros del jurado que en el momento de asesinar a sus hijos, la señora Yates podía diferenciar entre lo correcto y lo incorrecto. Afirmó que en varias ocasiones ella dijo que se había dado cuenta de que lo que había hecho era ilegal, incorrec-

to y pecaminoso. De acuerdo con la ley de Texas, una defensa por locura requiere que el acusado no esté consciente de que está cometiendo un crimen o haciendo algo malo.

El jurado la declaró culpable a pesar de sus antecedentes de enfermedad mental. Aunque la defensa trató de que su enfermedad mental fuera el factor central del caso, los fiscales centraron su atención en el horrible acto de una madre. Podrían haber sentenciado a la señora Yates a la pena de muerte, pero en lugar de ello la sentenciaron a cadena perpetua (ver la figura 17-14).

Por casi dos siglos la sociedad estadounidense ha tenido dificultades para determinar la forma apropiada de impartir justicia a las personas a las que se considera que tienen enfermedades mentales significativas cuando cometen un acto criminal. Algunas personas creen que el veredicto de culpable en contra de Andrea Yates demuestra la dificultad extrema de probar que un acusado es inocente arguyendo locura, aun cuando pocas personas dudan que la persona sea un enfermo mental grave. Un indicio de los problemas con la defensa que arguye locura es la gran variación en la forma en que los estados la aplican. Debido a que el jurado estaba convencido de que Yates sabía que lo que hizo estaba mal, el derecho formal demandó un veredicto de culpable, a pesar de la franca evidencia de su enfermedad mental.



(c)

**Figura 17-14** (continuación) (c) En sus argumentos finales, la fiscal Kaylynn Lilliford, exhibió fotos de los cinco niños que fueron ahogados. No condenaron a Yates a la pena de muerte, debido a que se concluyó que tenía psicosis severa en el momento de ahogarlos, por lo que la sentenciaron a cadena perpetua.

¿Stuart es inofensivo o representa un peligro para sus vecinos? A pesar de que un juez lo declaró inofensivo, posteriormente fue encarcelado por varios delitos menores y también acosó a Jane durante mucho tiempo.

Debido a que la peligrosidad comprende una predicción de la conducta futura, su aplicación a los casos individuales provoca grandes problemas. ¿Un experto clínico puede decir al tribunal si una persona es peligrosa y cuándo va a dejar de serlo?

*En 1985, una contadora de 22 años fue empujada cuando pasaba el tren subterráneo en las horas de mayor afluencia de personas. Un equipo de médicos, enfermeras y técnicos la atendieron durante 22 horas, tratando de salvarle la vida y reparando las severas heridas en la cabeza y muchos huesos fracturados. Su agresor, quien fue detenido por otro pasajero del tren subterráneo hasta que llegó la policía, resultó ser una mujer de 19 años que no tenía empleo y presentaba antecedentes de problemas mentales. Había salido de un pabellón psiquiátrico menos de un mes*

*antes de cometer su delito, a pesar de que presentó un comportamiento violento mientras estuvo internada y un psiquiatra advirtió que era peligrosa. En dos ocasiones atacó a compañeros pacientes y se le tuvo que detener con una camisa de fuerza.*

A pesar de que, en este caso, el psiquiatra tenía razón al pensar que la mujer de 19 años era peligrosa, las evidencias disponibles sugieren que las predicciones de los médicos clínicos acerca de si una persona hará algo peligroso en el futuro con frecuencia no son precisas. Los especialistas en salud mental son los mejores para predecir la conducta peligrosa que quizá ocurra en el futuro próximo, pero incluso así, los estudios demuestran que sólo de 40 a 60% de las predicciones son exactas (Appelbaum, 1991). Los registros de las predicciones a plazo más largo son peores. En varios estudios que realizaron un seguimiento de los pacientes durante varios años, sólo de 14 a 35% de los que se consideraron potencialmente peligrosos para los demás fueron arrestados por crímenes violentos. En la



actualidad, el mejor indicio de peligrosidad futura es que ésta haya existido en el pasado, a menos de que ya no exista la circunstancia particular que produjo la conducta anterior (Cunningham y Reidy, 1999; Guthiel y Appelbaum, 2000). Además, los estudios de la peligrosidad han descubierto de manera permanente que pocos pacientes son peligrosos sólo para los demás. En un estudio de mil pacientes que se atendieron en las salas de emergencia psiquiátrica, sólo 4% eran peligrosos para los demás, tres veces más presentaban riesgo de suicidio o eran peligrosos para sí mismos y sólo 0.6% eran peligrosos sólo para los demás y no para sí mismos (Appelbaum, 1991).

Todos aceptan el objetivo de proteger los derechos de las personas que están reclusas en una institución en contra de su voluntad. No obstante, no está clara de ninguna manera la forma de proteger esos derechos mientras al mismo tiempo se asegura el bienestar de la persona y de la sociedad. En la actualidad, las reclusiones civiles parecen aumentar su frecuencia. Esta tendencia se ha visto reforzada por las decisiones recientes de la corte que hacen hincapié en el papel de *parens patriae* del Estado en el tratamiento de los pacientes por su propio bien. También contribuye el fracaso de muchos estados para desarrollar redes de tratamiento en la comunidad a fin de complementar los sistemas de los hospitales, así como los programas de seguros para la salud que ofrecen sólo subsidios marginales para el cuidado de los pacientes externos.

**Reclusión civil involuntaria** La forma en que una comunidad responde en un momento dado a los enfermos mentales que necesitan ayuda varía según los valores sociales, decisiones legales y juicios sobre el peligro potencial de las personas que se dañan a sí mismas y a otros. A finales del siglo XIX y principios del XX la mayoría de los estados promulgaron **leyes de reclusión civil involuntaria** para proporcionar cuidado a las personas con enfermedades mentales que lo necesitaran, pero que debido a su enfermedad mental no pueden reconocer su necesidad. La hospitalización y el tratamiento de los enfermos mentales se consideraron necesarios, aun sin el consentimiento informado del paciente, para ayudar a la persona con necesidad. Los valores cambiantes que comenzaron hace aproximadamente 40 años dieron como resultado nuevas leyes que otorgaron mayor importancia a las libertades civiles de las personas. La reclusión involuntaria se empezó a ver como una acción del estado que daba como resultado la pérdida del derecho a la libertad protegido constitucionalmente. No sólo las causales para la reclusión son ahora más restrictivas, sino que muchas autoridades argumentan que sólo un interés gubernamental convincente podría justificar la pérdida de la libertad que ocasiona la reclusión. Muchos estados cambiaron sus leyes de reclusión involuntaria para exigir una sentencia de enfermedad mental y peligrosidad para sí mismo y para otros como la única causal de reclusión. La mayoría de las agencias de salud mental adoptaron la política de hospitalización de corto plazo, siempre que fuese posible, como respuesta a los dictámenes de la corte de que los pacientes tienen el derecho a una alternativa menos restrictiva que la hospitalización.

Recientemente, debido a la preocupación del público sobre la seguridad, la mayoría de los estados promulgó leyes que autorizan la **obligación como paciente externo** de los enfermos mentales que no son peligrosos pero que son propensos a deteriorarse y a

tornarse peligroso si no reciben tratamiento. Se puede ordenar a los pacientes sujetos a obligación como paciente externo que tomen los medicamentos y acudan a sus citas en los centros de salud mental. Las leyes que tratan a los obligados como pacientes externos reflejan la creciente voluntad del Estado de utilizar su autoridad para obligar y solicitar que los pacientes no institucionalizados cumplan con su tratamiento. Las leyes recientes también han otorgado a los médicos más poder y responsabilidad para cuidar a los enfermos mentales a través del sistema de reclusión civil involuntaria. Los cambios en las leyes relacionadas tanto con la reclusión de pacientes hospitalizados como no hospitalizados refleja las tensiones existentes dentro de la sociedad entre la necesidad de ayudar a las personas y la de proteger a la comunidad.

La mayoría de las leyes de reclusión involuntaria intentan balancear los derechos del enfermo mental que rehúsa tratamiento con los derechos de las personas a las que puedan dañar seriamente. Las leyes se refieren sólo al daño físico, y no tratan acerca de la angustia de los miembros de la familia y el daño emocional, financiero y psicológico al que puedan estar sujetos. El siguiente pasaje lo escribió alguien cuyo esposo se suicidó recientemente:

*Hace dos años, mi esposo Patrick desarrolló esquizofrenia paranoide. Una breve hospitalización mostró que los medicamentos podían controlar sus síntomas. Por desgracia, su proceso de pensamiento crecientemente desordenado lo llevó a rehusar el medicamento y tratamiento adicional después de su alta. Aunque sus comentarios amenazadores, y con frecuencia suicidas, no eran lo suficientemente concretos para justificar una reclusión involuntaria, su conducta diaria era tan perturbadora que los miembros de la familia con frecuencia llamaban a los oficiales de la policía y a profesionales de salud mental para pedir ayuda. Pero el resultado siempre era el mismo: no se puede hacer nada a menos que Patrick sea una amenaza evidente para sí mismo o para otros.*

Recientemente, los oficiales de la policía y los jueces han recibido mejor capacitación con respecto a los temas de salud mental y se muestran muy dispuestos para considerar nuevos enfoques hacia las personas que se puedan tratar con estos nuevos conocimientos. Por ejemplo, Broward County, en Florida, estableció un tribunal especial para enfermos mentales. El tribunal está diseñado para llevar a los enfermos mentales acusados ante un juez, que tiene tanto la capacitación especial como la autoridad para transferir a los acusados de un sistema penitenciario sobrepoblado a un sistema de salud mental sin comprometer la seguridad pública. Normalmente, la situación de los enfermos mentales acusados de delitos menores se resolvía por medio de un sistema de tribunales penales, que manejaba miles de acusados diferentes. Antes de que se estableciera la corte especial, se reclusa cada año a alrededor de 7000 enfermos mentales en las cárceles de Broward County. Muchas de estas personas eran infractores menores no violentos. El tribunal sólo da audiencia a acusados que enfrentan cargos por delitos menores, excepto en el caso de cargos por violencia doméstica o conducir en estado de ebriedad. De acuerdo con la ley que creó el tribunal, los enfermos mentales, a los que se declara como peligrosos para sí mismos o para los demás, puede ser reclusos voluntaria o involuntariamente en un hospital mental estatal u otra institución de salud mental para recibir tratamiento.

## Los derechos de los pacientes

En el pasado reciente, a las personas se les trataba como si la admisión a un hospital mental justificara el retiro de todos sus derechos. Sin embargo, de acuerdo con las decisiones de los tribunales durante los últimos 20 años, los derechos de los pacientes se deben tomar en cuenta y se les debe ofrecer el tratamiento adecuado. En un caso de 1971 que atrajo la atención nacional (*Wyatt contra Stickney*), un tribunal estableció que el Estado debe proporcionar el tratamiento adecuado para los pacientes de los hospitales mentales que se encuentran reclusos de manera involuntaria. Además de reconocer el derecho de los pacientes al tratamiento, especificó relaciones y cualidades básicas del personal en los hospitales e impuso planes de tratamiento individuales.

En una decisión de la Suprema Corte, en 1975, (*O'Connor contra Donaldson*), Kenneth Donaldson obtuvo 38 500 dólares por daños y compensaciones por parte de dos psiquiatras del personal del Florida State Hospital porque no le proporcionaron el tratamiento adecuado durante 14 años de reclusión involuntaria. La importancia de la regla de *O'Connor contra Donaldson* radica en el reconocimiento de que las personas que están hospitalizadas y no son peligrosas tienen el derecho constitucional al tratamiento. Esta decisión fortaleció los derechos de los pacientes hospitalizados involuntariamente, pero no hizo más fácil la tarea de determinar si un paciente es peligroso o no.

Los tribunales han abierto las puertas a un mejoramiento esperado durante mucho tiempo en el tratamiento de los enfermos mentales. Un juez federal en Nueva Jersey estableció que un paciente mental recluso de manera involuntaria, que se opone a la terapia con fármacos que se le administra, no debe ser forzado a tomar los medicamentos (*Rennie contra Klein*, 1978). Ya que, en la actualidad, los fármacos constituyen la forma principal de controlar la conducta en las instituciones, y a casi todos los pacientes reclusos de modo involuntario se les administran antipsicóticos en forma rutinaria, es probable que éstas y otras regulaciones tengan efectos de largo alcance en la forma en que se define el tratamiento en las instituciones estatales. Además de reforzar el derecho de los pacientes a obtener tratamiento (y su derecho a rechazarlo), los tribunales también apoyan el derecho que tienen los pacientes de recibir el tratamiento menos restrictivo que esté disponible. El "tratamiento menos restrictivo" es sólo tan restrictivo y limitante como sea necesario para lograr los propósitos de la reclusión.

Cada vez con mayor frecuencia, tanto los pacientes como los jueces ponen en duda la seguridad y eficacia de los métodos actuales de tratamiento. Los tratamientos físicos, como los fármacos y la terapia electroconvulsiva, tienen el potencial de provocar una lesión permanente. Ciertos pacientes parecen deteriorarse como resultado de la psicoterapia. Algunos expertos también creen que los procedimientos de modificación de conducta, como las economías de fichas, también son coercitivos. Otros críticos piensan que el simple hecho de estar en una institución es contraproducente en el aspecto terapéutico, sin importar la calidad de la institución. Hasta hace poco se daba por hecho el poder del hospital para negar a un paciente el derecho de revisar sus expedientes. En la actualidad, los pacientes pueden ver sus expedientes, pero algunos hospitales no comunican a los pacientes que pueden hacerlo.

Las complejidades implicadas en los juicios sobre los derechos de los pacientes se ilustran en el siguiente caso:

*Nancy, de 36 años, estaba en una audiencia en la que se decidiría si podía rehusarse a tomar los medicamentos psicotrópicos. Un policía local la llevó a la sala de emergencia. Hace poco tiempo Nancy perdió su trabajo y posteriormente la desalojaron de su departamento. Esa noche la apresaron tratando de entrar en forma ilegal al departamento. La policía no la detuvo, pero la encontraron varias horas después en las vías del ferrocarril cercanas, acurrucada cerca de una fogata que había hecho para mantenerse caliente.*

*La estancia de Nancy en el hospital fue difícil. Se resistía a estar allí, negaba tener una enfermedad mental, y no quería tener nada que ver con un tratamiento. Aunque no tenía antecedentes de un tratamiento psiquiátrico previo, su familia reportó que había estado preocupada por mucho tiempo. Además de su conducta extravagante en la tarde en la que la recluyeron y su conducta poco cooperativa en el pabellón hospitalario, Nancy admitió que escuchaba voces. La recluyeron en el hospital. Sin embargo, continuó rehusándose a tomar el tratamiento, alegando que no tenía una enfermedad mental, que no necesitaba medicamentos y que en todo caso prefería no tomar medicamentos de ningún tipo. Los psiquiatras que trataban a Nancy intentaron medicarla involuntariamente a través de una orden de la corte. (Saks, 2002, p. 5).*

En este caso, los psiquiatras creían que Nancy tenía una enfermedad mental grave y que imponerle un tratamiento mejoraría su vida y bienestar. Nancy pensaba que estaba pasando por ciertos problemas de la vida pero no pensaba que estuviera "loca". Su abogado sostenía que forzarla a tomar medicamentos aumentaba los riesgos, conocidos y desconocidos, asociados con agentes químicos poderosos, y también era una grave agresión a su dignidad. Argumentó que escuchaba voces, pero que también las oyen algunos místicos religiosos. El psiquiatra estaba muy comprometido a restablecer la salud, mientras que el abogado estaba muy comprometido con la libertad.

**Consentimiento informado** A medida que se han ampliado los derechos de los pacientes, se ha reforzado el requerimiento del consentimiento informado. El **consentimiento informado** requiere que los pacientes reciban la información adecuada sobre la naturaleza del tratamiento que se planeó para ellos antes de que estén de acuerdo en someterse a éste. El clínico debe comunicar esta información en un lenguaje que el paciente pueda comprender, en lugar de emplear términos técnicos, y explicar en forma clara los riesgos y beneficios potenciales, incluyendo cualquier molestia que pueda surgir debido al tratamiento. Con frecuencia, si el paciente es incompetente para evaluar la información que se le proporciona (por ejemplo, con una condición psicótica), un abogado que se asigna para velar por los intereses del paciente desempeña un papel en el proceso de toma de decisiones. El requerimiento del consentimiento informado se aplica en personas que sirven como sujetos en los experimentos, así como en pacientes que se someten a un tratamiento. Tanto los pacientes como los sujetos experimentales tienen el derecho de dar por terminada su participación en el tratamiento o investigación, aun cuando hayan dado su consentimiento previo (Federman y cols., 2003).

Los tres elementos esenciales del consentimiento informado son:

- Competencia
- Información
- Voluntad

Ya sea que los participantes sean sujetos en investigaciones o pacientes en terapia, una pregunta clave es: ¿Son competentes? Es decir, ¿son capaces de entender el procedimiento en el que tomarán parte, decidir sobre una opción de tratamiento y comunicar dicha decisión en forma verbal o no verbal? Los participantes necesitan información acerca de la situación en la que se van a involucrar, más allá de la competencia (incluyendo las ventajas y desventajas potenciales), y la libre decisión sobre participar o no participar.

La institucionalización de los niños trae consigo problemas especiales que las cortes apenas empiezan a abordar. Entre las preguntas que se deben tomar en cuenta están: ¿Qué nivel de libertad deben tener los padres para buscar la institucionalización de un hijo o hija? ¿Cuándo y en qué condiciones puede el Estado internar en una institución a los niños en contra de la voluntad de los padres? ¿Qué procedimientos se necesitan para proteger los derechos de los niños? ¿Cuáles son esos derechos? La Suprema Corte de Estados Unidos establece que los padres pueden recluir a sus hijos en instituciones del Estado siempre y cuando lo aprueben “investigadores neutrales”. La calidad del tratamiento que se proporciona es un factor importante en la aprobación de la institucionalización de niños y adultos. Por ejemplo, han surgido dudas con respecto de la eficacia de las instituciones que ofrecen muy poca o ninguna capacitación especial para las personas con retraso mental.

El aspecto del consentimiento informado en la terapia se reconoce con mayor claridad en el caso del tratamiento biológico, como la terapia electroconvulsiva, pero también es importante en el caso de las terapias psicológicas. Siempre que sea posible, terapeuta y paciente deben determinar los objetivos de la terapia, sin que aquél ejerza ninguna influencia. ¿Un terapeuta debe motivar a un joven para que asista a la universidad porque así lo desean los padres del paciente, que son quienes pagan las cuentas? El paciente debe constituir la principal preocupación del terapeuta, pero las influencias externas, como los deseos de los padres, se pueden convertir en factores coercitivos en el tratamiento. Tampoco los clínicos deben imponer sus valores personales en la terapia que ofrecen a los pacientes. Una actitud de respeto hacia éstos, un planteamiento sin dogmas y un cuestionamiento sano de las prácticas terapéuticas son ingredientes importantes en todos los tipos de tratamiento.

## Confidencialidad y obligación de poner sobre aviso

*La psicoterapia eficaz [...] depende de una atmósfera de confianza en la que el paciente esté dispuesto a revelar en forma franca y completa los hechos, emociones, recuerdos y miedos. Debido a la naturaleza sensi-*

*ble de los problemas por los cuales las personas consultan a los psicoterapeutas, la revelación de comunicaciones confidenciales hechas durante las sesiones de asesoría puede causar vergüenza o desgracia. Por esta razón, la simple posibilidad de revelación puede impedir el desarrollo de la relación confidencial necesaria para un tratamiento exitoso. (Jaffe contra Redmond, 1996).*

La rotunda aprobación de la importancia de la confidencialidad cuando se proporcionan tratamientos de salud mental surge de la decisión de la Suprema Corte de Estados Unidos en el caso de *Jaffe contra Redmond*. Mientras las decisiones de la Suprema Corte y otros tribunales dejan pocas dudas de que existe amplia protección legal para el derecho de confidencialidad, existen numerosas excepciones o limitaciones, y la protección de la confidencialidad varía de un estado a otro. El siguiente caso ilustra la complejidad de los temas relacionados con la confidencialidad:

*Prosenjit Poddar, un estudiante en terapia en el servicio de salud estudiantil de la Universidad de California, expresó sentimientos homicidas hacia Tatiana Tarasoff, otra estudiante, que lo había desairado. El terapeuta descubrió a través de un tercero que Poddar había pensado adquirir una pistola, y se lo comentó a su supervisor. Llamaron y enviaron una notificación por escrito a la policía. Al encontrar que Poddar aparentemente no era una amenaza, la policía no lo arrestó. Poddar suspendió el tratamiento, y 3 meses después, cuando Tarasoff regresó de un viaje al extranjero, la asesinó. Inexplicablemente, el supervisor del terapeuta ordenó que se destruyeran todos los registros. Posteriormente, los padres de Tarasoff demandaron a todas las partes.*

En un juicio que surgió de este caso, la Suprema Corte de California sostuvo que los terapeutas tienen la **obligación de avisar** a las víctimas potenciales de la peligrosidad de su paciente, de llamar a la policía o tomar otras medidas razonables. El caso *Tarasoff* abrió nuevos caminos relativos a la responsabilidad de los clínicos respecto de otras personas que no sean sus pacientes. Dio como resultado dos dictámenes de la Corte. En 1976, dictaminó que un terapeuta debería notificar a una víctima potencial u otros que probablemente notifiquen a la víctima sobre el peligro. En 1982 decidió que los clínicos deben tomar acción legal responsable para proteger a víctimas potenciales.

La decisión de la Suprema Corte de California y dictámenes subsecuentes de otros tribunales han originado que, hoy en día, una gran cantidad de preguntas sean debatidas vigorosamente por terapeutas y abogados:

- ¿Cuándo debe el terapeuta romper la confidencialidad?
- ¿A quiénes debe advertir?
- ¿Qué pasa si notifican (o no) a la víctima potencial?
- ¿Cómo se supone que sepan si la amenaza de su paciente representa una fantasía o un peligro de violencia real?

Mientras que la importancia de la confidencialidad como un principio ético es evidente, también es claro que no es un valor

absoluto. En la actualidad, cada estado tiene leyes que establecen ciertas excepciones a ella. La excepción más común ocurre cuando una persona en tratamiento consiente en renunciar a la confidencialidad, tal vez a propuesta del terapeuta. Si la familia, en ciertas circunstancias, debe recibir información relacionada con un hijo adulto, es un tema de cierta controversia. Existe acuerdo general de que se necesita mejorar el marco legal para proteger la confidencialidad de la información concerniente a la relación clínica, por ejemplo, mediante la reducción de las diferencias actuales entre los estados en relación a los temas de confidencialidad. La confidencialidad es un asunto de preocupación tanto ético como legal.

## Comentarios finales

La interacción ha sido un tema importante a lo largo del libro. Una y otra vez se observa que mientras los factores biológicos y ambientales en ocasiones operan como determinantes independientes de la conducta desadaptada, con más frecuencia las interacciones entre ellos son de vital importancia. También se observa que las interacciones son importantes en el tratamiento de la desadaptación. Un reciente análisis sobre los efectos de varias sustancias psicoactivas concluyó que la relación médico-paciente es una variable clave en la eficacia de los medicamentos. Mientras mejor sea esta relación, más alta será la probabilidad de que los medicamentos sean eficaces (Tasman y cols., 2000).

Este capítulo agrega un término adicional a la ecuación: *política pública*. La política pública, a la que dan forma las opiniones públicas y actitudes, desempeña un papel importante en si un cierto grupo de personas recibe tratamiento o castigo, hasta qué grado se realizan esfuerzos para prevenir conductas no deseadas y los métodos empleados para prevenirlas. Esto significa que tal vez no sea suficiente con sólo describir la desadaptación y prescribir un programa de tratamiento apropiado. Para ciertos problemas y segmentos de la población, los temas de interés público influyen en forma significativa en la respuesta a problemas cognitivos y conductuales.

Este último capítulo, quizá más que ningún otro en el libro, ilustra el panorama optimista de muchos investigadores y terapeutas en la actualidad. Es fácil señalar los espacios en blanco de nuestro conocimiento: ¿Por qué la esquizofrenia se presenta sobre todo durante los últimos años de la adolescencia y los primeros de la adultez? ¿Qué provoca las crisis de pánico? ¿Qué se puede hacer con respecto de la senilidad? Pero tal vez más significativo que la falta de conocimiento que implican estas preguntas es el consenso actual de que 1) el método científico se puede aplicar de manera fructífera y 2) el conocimiento que resulta se puede utilizar para reducir la frecuencia de la conducta desadaptada. Otro desarrollo positivo es la voluntad creciente de los jueces, los profesionales en salud mental y el público para analizar y reevaluar los principios con base en los cuales se proporciona cuidado a los enfermos mentales. Existen muchos desarrollos prometedores en la búsqueda de la preven-

ción eficaz, pero es necesaria la investigación sistemática para desarrollar intervenciones eficaces. Aunque los enfoques preventivos que se revisaron en este capítulo parecen prometedores, sólo los estudios científicos pueden darles validez.

La fórmula para lograr la prevención se podría expresar como  $P = C \times V$ . La prevención (P) se logra cuando el conocimiento (C) necesario está disponible y la sociedad tiene voluntad (V) para emplearlo a fin de prevenir resultados indeseables. Uno de los grandes logros de la época actual es la conciencia generalizada de que se hace mucho daño y poco bien al culpar o estigmatizar a las personas por sus anomalías, ya sean físicas o conductuales. Uno de los grandes desafíos es encontrar una forma para motivar tanto a las personas como a la sociedad a que lleven a cabo acciones que incrementen la felicidad, la eficacia personal y el bien común de la familia humana.

Se ha hecho hincapié en muchas ocasiones a lo largo de este libro en la capacidad de muchas personas para afrontar la adversidad y ser más fuertes como resultado de ello. Mientras que el desafío de la resiliencia (la capacidad de recuperarse) se une al desafío de la vulnerabilidad y las características personales, sociales y biológicas que generan riesgo, el campo de la psicología anormal podrá contribuir aún más a la comprensión de la condición humana.

## El mensaje con el que nos quedamos

Es posible pensar que todo este capítulo trata sobre 1) cómo gastar dinero, o 2) valorar los juicios. La mayoría del dinero que las agencias gubernamentales, las organizaciones privadas y las personas invierten en la salud mental, se utiliza para el diagnóstico y el tratamiento de diversos tipos de desadaptación. Sólo una pequeña parte de la inversión se destina a la prevención. Una inversión mayor en la prevención produciría el incremento de los dividendos. Gracias a programas preventivos como la vacunación, muchas enfermedades (por ejemplo, la poliomielitis) se han eliminado casi por completo. En el área de la salud mental sería posible “vacunar” a niños y adultos por medio de programas con un costo relativamente bajo, como la educación, la capacitación de los padres e instalaciones recreativas en la comunidad.

Las leyes y los procesos sociales reflejan los juicios de valor de las comunidades. ¿Cuánta libertad e independencia deben tener las personas para vivir su vida? ¿Cuáles son las responsabilidades de la comunidad con respecto al cuidado y protección de quienes tienen dificultades para ajustarse a la sociedad tal como es? En el capítulo 1 se explicó el estigma que con frecuencia se anexa a la enfermedad mental. La estigmatización es una expresión de los valores y las actitudes, igual que la manera en que se formulan las leyes y se llevan a cabo los procesos legales. Se espera que este libro, además de proporcionar información útil, haya ayudado a aclarar algunos de nuestros valores y actitudes en relación con la conducta desadaptada.



## R esumen del capítulo

### Tipos de prevención

Los esfuerzos de prevención se pueden enfocar en diferentes puntos de la cronología del desarrollo del problema.

**Niveles de prevención** La **prevención primaria** centra la atención en la reducción de casos nuevos de trastornos que de otra forma se presentarían en la población. El papel de la **prevención secundaria** es reducir el efecto potencial de una condición anormal existente al disminuir su duración, intensidad o la incapacidad que provoca. La **prevención terciaria** se dirige hacia la reducción de la incapacidad que ya provocó un trastorno o suceso.

**Prevención centrada en las situaciones y en las competencias** La **prevención centrada en las situaciones** tiene como objetivo reducir o eliminar las causas ambientales de la conducta desadaptada. La **prevención centrada en las competencias** hace hincapié en el aumento de las capacidades de las personas para afrontar las condiciones que pueden provocar la conducta desadaptada. Cualquiera de estos dos planteamientos se puede aplicar al divorcio, un ejemplo de situación estresante que con frecuencia origina una conducta desadaptada. Los primeros programas educativos ilustran la prevención que se centra en las competencias. La capacitación en las habilidades cognitivas y sociales facilita el ajuste del niño en la escuela y puede también tener efectos positivos a largo plazo.

### Áreas de prevención

**La familia** La familia es un área importante para los esfuerzos de prevención. Los padres afectan el desarrollo de sus hijos desde el momento de la concepción, por medio de los genes que transmiten, el entorno prenatal y el entorno físico y psicológico en el cual crecen los niños. El **abuso infantil** y el **abuso conyugal** son ejemplos de conductas dañinas que se pueden tratar por medio de las intervenciones en los tres niveles de prevención. El conflicto entre los padres y el divorcio son también áreas en las que las intervenciones en cualquiera de los tres niveles de prevención pueden ser útiles para toda la familia. Para manejar ciertos tipos de problemas, los padres pueden recibir capacitación para actuar como terapeutas de sus hijos.

**La escuela** Muchos problemas familiares, conductuales y otros que se relacionan con el aprendizaje no se identifican sino hasta que el niño empieza a asistir a la escuela. Las intervenciones especiales por parte del maestro del grupo o los trabajadores de la salud mental del colegio pueden prevenir muchos trastornos de conducta en los niños.

**La comunidad** Los organismos u organizaciones comunitarios pueden proporcionar a los niños experiencias satisfactorias que tal vez les ayuden a desarrollar intereses y habilidades positivos. Pueden hacer que los niños establezcan contacto con adultos que se preocupan por ellos, así como ofrecer acceso a ideas nuevas. Los oficiales de policía pueden desempeñar un papel importante en la prevención. Suelen servir como modelos positivos y, si se les capacita en técnicas de prevención, pueden ayudar a reducir la violencia familiar cuando intervienen en los enfrentamientos.

### Diversas rutas de prevención

Prevenir la conducta desadaptada y proporcionar respuestas terapéuticas apropiadas cuando ésta se presenta, tienen implicaciones para las

instituciones sociales básicas, y también para programas específicos para grupos o tratamiento con personas.

**Psicología comunitaria** La **psicología comunitaria** se preocupa por el papel de los sistemas sociales y el entorno comunitario en la prevención. Los psicólogos comunitarios pueden trabajar dentro de instituciones comunitarias existentes o desarrollar nuevos programas de ayuda a los necesitados.

**Paraprofesionales** Los **paraprofesionales** que no tienen capacitación especializada en salud mental, pero que poseen antecedentes culturales similares a los de las personas a las cuales servirán, pueden ser capacitados para eliminar la brecha entre los trabajadores profesionales de clase media y los grupos objetivo en la comunidad.

**Grupos de autoayuda** Los **grupos de autoayuda**, compuestos por personas con problemas similares, pueden ser útiles para muchas personas que experimentan estrés extremo o pérdida.

### Tratamiento en la comunidad

Un sistema integral de servicios en la comunidad puede ayudar a prevenir el regreso al hospital de los enfermos mentales crónicos. Además, las comunidades pueden prevenir el ingreso a las instituciones mediante la creación de instalaciones de tratamiento, como **vivienda tutelar** y **vivienda alternativa**.

**Problemas de los programas comunitarios** Los programas comunitarios necesitan ofrecer servicios integrales de tratamiento y apoyo, así como más continuidad en el servicio para quienes tienen problemas crónicos de conducta desadaptada.

**Mejoras a los programas de tratamiento comunitario** Una variedad de programas de tratamiento comunitario pueden ofrecer alternativas para la hospitalización residencial de tiempo completo. Los programas de transición como las **posadas-dormitorio** o **casas de medio internamiento** pueden ayudar a los pacientes después de que son dados de alta del hospital. La **hospitalización parcial** en hospitales diurnos puede proporcionar tratamiento continuo y un lugar donde quedarse mientras los pacientes comienzan su transición hacia las actividades fuera del hospital durante el día. A pesar de que la desinstitucionalización ayuda a que salgan del hospital los pacientes a largo plazo, la falta de fondos para programas alternos da como resultado un aumento en la frecuencia de las readmisiones de los pacientes en los hospitales para estancias a corto plazo.

### Aspectos legales del tratamiento y la prevención

**Institucionalización** La **reclusión**, o ingreso a una institución, puede ser **reclusión civil voluntaria** (cuando los pacientes están de acuerdo en ingresar al hospital) o **reclusión civil involuntaria** (cuando son hospitalizados por medio de un procedimiento legal). La **reclusión penal** de una persona en un hospital mental puede ocurrir cuando el acto delictuoso de la persona es legalmente declarado como resultado de la locura; esta medida tiene por objetivo proteger los intereses de la sociedad.

La **locura** es un término legal que se refiere al estado mental de una persona cuando realiza el acto criminal; la **competencia** se refiere

al estado mental de una persona en el momento del procedimiento judicial. Una **persona incompetente ante la ley** carece de la capacidad para consultar a un abogado y comprender el procedimiento legal. La **defensa por locura** surge del reconocimiento de que un delito no fue necesariamente una violación intencional de las normas sociales, sino que puede ser resultado de un desequilibrio psicológico. A pesar de que la cantidad de defensas por locura que tienen éxito es muy reducida, este recurso ha sido objeto de controversias durante muchos años.

La **regla M'Naghten**, o la prueba del conocimiento "del bien y el mal" de la locura, se empleó durante muchos años. La **regla Durham** se refiere a la falta de responsabilidad penal si el acto fue el resultado de enfermedad o defecto mental. Posteriormente se incorporaron dentro de las leyes de muchos estados los **lineamientos del American Law Institute (ALI)**, que se enfocan en la incapacidad que surge de la enfermedad mental. La American Psychiatric Association argumenta que las personas deben ser absueltas por demencia sólo si padecen de un trastorno severo como la psicosis.

Las leyes de reclusión civil se basan en la doctrina de **parens patriae**, la idea de que el Estado puede actuar de acuerdo con los intereses de un menor o un adulto incapacitado. La ley actual requiere que el Estado presente razones "claras y convincentes" de cuándo es necesaria la hospitalización. Los derechos de los pacientes mientras están hospitalizados también han sido objeto de atención de las decisiones de los tribunales. El Estado debe proporcionar tratamiento adecuado para quienes se encuentran reclusos en forma involuntaria. Además, las decisiones de los tribunales respetan el derecho que tienen los pacientes a rechazar tipos específicos de tratamiento.

**Los derechos de los pacientes** Los derechos de los pacientes incluyen el derecho al **consentimiento informado**, que significa que se les deben explicar en un lenguaje claro la naturaleza del tratamiento y sus posibles consecuencias positivas y negativas antes de que den su consentimiento para someterse a éste. También tienen el derecho de suspender el tratamiento aun cuando hayan dado su consentimiento previo.

### Confidencialidad y obligación de poner sobre aviso

Existe amplia protección legal de la confidencialidad en los escenarios clínicos. Sin embargo, el derecho a la confidencialidad no es absoluto. La decisión *Tarasoff* les asignó a los terapeutas la **obligación de poner sobre aviso** a las víctimas potenciales de la peligrosidad de sus pacientes. Esto da lugar a preguntas importantes respecto de la confidencialidad de la relación paciente-terapeuta, y de la evaluación del terapeuta sobre la peligrosidad.

### Comentarios finales

La política pública desempeña un papel importante, pues influye en la forma en que se aprecia la conducta desadaptada y la respuesta de la sociedad a la misma, junto con la naturaleza de tipos particulares de conducta desadaptada y la disponibilidad de tratamientos que se pueden aplicar. La fórmula para la prevención se puede expresar como sigue: la prevención es igual al conocimiento necesario multiplicado por la voluntad de la sociedad para utilizar ese conocimiento.

## C

### onceptos clave

Abuso conyugal, p. 557  
Abuso infantil, p. 557  
Casas de medio internamiento, p. 567  
Competencia, p. 568  
Consentimiento informado, p. 575  
Defensa por locura, p. 569  
Delincuencia juvenil, p. 552  
Grupos de autoayuda, p. 563  
Hospitalización parcial, p. 567  
Impulso irresistible, p. 569  
Lineamientos del American Law Institute (ALI), p. 569

Locura, p. 568  
Obligación como paciente externo, p. 574  
Obligación de poner sobre aviso, p. 576  
Paraprofesionales, p. 562  
*Parens patriae*, p. 571  
Persona incompetente, p. 568  
Posadas-dormitorio, p. 567  
Prevención centrada en las competencias, p. 554  
Prevención centrada en las situaciones, p. 554  
Prevención primaria, p. 552

Prevención secundaria, p. 552  
Prevención terciaria, p. 552  
Psicología comunitaria, p. 562  
Reclusión civil, p. 574  
Reclusión civil involuntaria, p. 568  
Reclusión penal, p. 568  
Regla Durham, p. 569  
Regla M'Naghten, p. 569  
Vivienda alternativa, p. 564  
Vivienda tutelar, p. 564

## Un buen libro

El libro de Susan Sheehan sobre Sylvia Frumkin, que se describió brevemente en este capítulo, ganó un premio Pulitzer poco después de ser publicado en 1982. Vale la pena leer *Is There No Place for Me?* por varias razones. Cuenta la historia de una persona que, de ser una estudiante de primaria muy inteligente, cayó en las degradaciones de su esquizofrenia. (En cierto momento Sylvia cree que ve a Jesús, y en otro ser la esposa de Paul McCartney). El relato de Sheehan es especialmente valioso porque exhibe el funcionamiento interno de la mente de

una persona severamente perturbada y el fracaso de la sociedad y sus organismos para ayudarla. Sheehan conocía mejor a Sylvia Frumkin de lo que la mayoría de los biógrafos conoce a sus sujetos. Vivió con ella por algún tiempo, y hasta durmió en una cama cerca de ella durante una de sus hospitalizaciones. El libro es, al mismo tiempo, una descripción de una tragedia personal y una acusación social.



# Glosario

## A

**Abstinencia** Cambios fisiológicos, que van desde muy leves hasta en extremo desagradables, que tienen lugar después de que una persona interrumpe el uso de una sustancia adictiva. Quizá los más conocidos son los síntomas de abstinencia de la heroína.

**Abuso de sustancias** Consumo de sustancias psicoactivas al grado de que se presenta una afección severa y duradera en alguna función.

**Abuso del cónyuge** Daño físico que hacen las esposas o esposos a su pareja. Los más comunes son las agresiones físicas por parte de los esposos. El abuso también puede ser psicológico.

**Abuso infantil** Daño, casi siempre físico, que deliberadamente causan los padres o personas que cuidan a los niños, con frecuencia por medio de golpes repetidos.

**Accidente cerebrovascular (ACV)** Ruptura o bloqueo de los vasos sanguíneos en el cerebro que interrumpe o evita el flujo de sangre. Por lo general, se conoce como embolia.

**Aceptación incondicional** Término que emplea Carl Rogers para destacar la importancia de la aceptación incondicional por parte del terapeuta de un cliente como una persona que vale.

**Acetilcolina** Químico involucrado en la transmisión de los impulsos nerviosos.

**Ácido desoxirribonucleico** Véase ADN

**Ácido gamma-amino-butírico** Véase GABA.

**Ácido valproico** Estabilizador del estado de ánimo que se utiliza para tratar el trastorno bipolar.

**ACTH** *Adrenocorticotrópica*. Véase *hormona*

**Aculturación** Proceso en el que las creencias y conducta de una persona, con determinada cultura, son modificadas a través del contacto extenso con otra cultura. Este proceso es de particular interés para los psicólogos porque se considera que es relevante para el estrés experimentado por muchos inmigrantes al adaptarse a su nueva cultura.

**Adaptación premórbida** Logro de un nivel y ajuste a actividades interpersonales que mostraba una

persona en su vida anterior antes de que un trastorno fuera evidente.

**Adaptación** Proceso dinámico en el que una persona responde al medio ambiente y a los cambios que ocurren en éste; capacidad para modificar la conducta para enfrentar los requerimientos del ambiente. La adaptación a una situación es influida por las características personales y el tipo de situación. El término se emplea con frecuencia en un sentido biológico darwiniano.

**Adenosina** Químico natural que contiene la sangre que causa sueño.

**ADN** Abreviatura del ácido desoxirribonucleico, químico complejo que se encuentra en los cromosomas de los núcleos de las células vivas. La secuencia de sus unidades determina la herencia genética.

**Adrenalina** Secreción de las glándulas adrenales; también se conoce como epinefrina.

**Afasia** Pérdida total o parcial de la capacidad de comunicar los pensamientos por medio del lenguaje.

**Afecto** Emoción, sentimiento o estado de ánimo agradable o desagradable, intenso o superficial; también, sentimiento que acompaña a un pensamiento.

**Afrontamiento** Enfrentar las dificultades.

**Afrontamiento activo** Trabajar para mejorar una situación por medio de la persistencia, adquisición de mayor información e intento de soluciones alternativas, entre otras actividades.

**Afrontamiento pasivo** Ocuparse de una situación estresante con retraimiento y con una actividad de distracción.

**Agonista** Término utilizado para describir la acción de una droga que inhibe o bloquea una acción neurotransmisora, por lo general al unirse a un receptor y bloquear una acción transmisora.

**Agorafobia** Temor patológico a los espacios abiertos.

**Agotamiento (burnout)** Condición que presenta la mayoría de las personas que ejercen las profesiones de asistencia cuyo trabajo consiste en un trato personal intenso. Los síntomas incluyen pérdida de la afectividad y autoconfianza y el sentimiento general de incapacidad para manejar ciertas situaciones.

**Aislamiento** Mecanismo de defensa mediante el cual las actitudes y sentimientos incongruentes o contradictorios se separan entre sí en el consciente. Es similar a la represión, excepto que en el aislamiento el impulso o deseo se reconoce en forma consciente, pero se separa de la conducta actual; en la represión, no se reconocen ni el deseo ni su relación con la acción. La intelectualización es una forma especial del aislamiento.

**Albergue grupal** Tipo de vivienda protegida, temporal o permanente. Con frecuencia es utilizada para personas con retraso mental o con esquizofrenia crónica. Se hace hincapié en el autocuidado y autorregulación al grado de que la capacidad de la persona y su condición lo permita.

**Alcohólicos Anónimos (AA)**

Organización voluntaria compuesta principalmente por alcohólicos en recuperación que progresan hacia un mejor estado de salud y proveen apoyo social a quienes comienzan el proceso a través de juntas grupales y contacto individual. La organización ve al alcoholismo como una enfermedad que puede ser controlada pero no curada.

**Alcoholismo** Abuso del alcohol que da como resultado el deterioro en el rendimiento laboral y en la calidad de las relaciones interpersonales.

**Alprozolam** Fármaco tranquilizante derivado del grupo de la benzodiazepina. Utilizado para el tratamiento del trastorno de angustia.

**Alucinación** Percepción sensorial en ausencia de un estímulo externo. Por lo general, las alucinaciones son visuales ("ver cosas"), pero se pueden presentar también en otras modalidades sensoriales.

**Alucinaciones hipnagógicas** Estados de tipos de sueño aterradorantes que se pueden experimentar en la narcolepsia.

**Alucinógeno** Nombre general para designar un grupo de fármacos o químicos capaces de producir alucinaciones.

**Ambiente no compartido** Término que se emplea en el estudio de los gemelos o hermanos para comparar los efectos del ambiente que ambos experimentan en la familia con



- aquellos que ocurren con un solo miembro de la misma debido a los sucesos únicos, las características personales o las experiencias o relaciones fuera de la familia.
- Amígdala** Estructura pequeña ubicada en lo profundo del cerebro que puede ser activada de manera anormal en el trastorno de la ansiedad.
- Amnesia continua** Véase *trastorno amnésico*.
- Amnesia de guante** Condición en la cual una persona no puede mover ni sentir la parte del brazo y la mano que normalmente cubre un guante.
- Amnesia disociativa** Pérdida amplia pero selectiva de la memoria extensa que ocurre sin ninguna indicación de lesión u otro cambio orgánico. Incapacidad para recordar información personal importante, usualmente de contenido estresante o traumático y de un alcance que no puede ser atribuido a olvido común.
- Amnesia generalizada** Véase *trastorno amnésico*.
- Amnesia localizada** Véase *trastorno amnésico*.
- Amnesia selectiva** Véase *trastorno amnésico*.
- Amnesia sistematizada** Véase *trastorno amnésico*.
- Amniocentesis** Técnica que implica tomar una muestra de líquido amniótico de una mujer embarazada y analizarlo para determinar si existen defectos en los cromosomas del feto.
- Anfetaminas** Estimulantes del sistema nervioso (en particular de la corteza cerebral), como la dexedrina, que provocan sensación de bienestar y alegría. Después del efecto estimulante se presenta la fatiga y la depresión. Crean una adicción psicológica, pero quizá no fisiológica.
- Angina de pecho** Dolores periódicos de pecho provocados por un insuficiente abastecimiento de oxígeno al corazón. Tipo de enfermedad coronaria.
- Anomalía de los cromosomas** Anormalidades en la estructura o la cantidad de cromosomas.
- Anomalía física** Anomalías de algunas partes del cuerpo asociadas con el desarrollo prenatal anormal y más tarde con la esquizofrenia y otros trastornos.
- Anorexia nerviosa** Sensación intensa de estar obeso, que provoca una restricción excesiva del consumo de alimentos y una reducción de peso que pone en peligro la vida. Por lo general se presenta en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y es mucho más común en las mujeres que en los hombres.
- Anorgasmia** En las mujeres, incapacidad para lograr un orgasmo después de un nivel normal de excitación sexual.
- Ansiedad** Sentimiento con aspectos tanto psicológicos como fisiológicos. Por lo general, estado emocional desagradable acompañado por activación fisiológica y elementos cognitivos de aprensión, culpa y una sensación de desastre inminente. Se distingue del temor, que es una reacción emocional hacia un objeto específico o que se puede identificar.
- Ansiedad por el desempeño (sexual)** Alto grado de preocupación en los hombres acerca de la capacidad de mantener una erección hasta el orgasmo. La ansiedad tiene un efecto negativo en el desempeño sexual.
- Ansiolíticos** Por lo regular se conocen como *tranquilizantes*. Se utilizan para tranquilizar a las personas ansiosas.
- Antagonista** Fármaco que desestabiliza la acción de un neurotransmisor en lugar de sólo interrumpirla o inhibirla. Véase también *agonista*.
- Antidepresivos** Término general que designa a varios fármacos que se utilizan para aliviar la depresión y elevar el estado de ánimo.
- Antidepresivos tricíclicos** Grupo de fármacos utilizados para tratar la depresión. Un ejemplo es la imipramina, marca comercial común de los fármacos tricíclicos son Trofranil y Elavil.
- Antígenos** Sustancias extrañas que, cuando se introducen en el organismo, inducen la formación de anticuerpos y después reaccionan con éstos en una forma específica.
- Antimaniacos** Familia de fármacos que se basan en un compuesto de carbonato de litio que se emplea para tratar la manía, el trastorno bipolar y algunas depresiones.
- Antipsicóticos** Grupo de compuestos químicos que se utilizan para tratar personas que muestran una alteración grave de la conducta y de los procesos de pensamiento, especialmente en casos de esquizofrenia.
- Anulación** Mecanismo de defensa dirigido a negar o a compensar los impulsos o acciones desaprobados.
- Apnea del sueño** Trastornos respiratorios durante el sueño que pueden durar de 10 a 30 segundos.
- Apoyo social** Aspectos positivos de los lazos interpersonales que ayudan al afrontamiento y promoción de la salud física y mental.
- Apreciación primaria** Primera etapa del asesoramiento de la evaluación de una situación. En esta etapa, la situación se interpreta como amenazadora o inofensiva. En la siguiente etapa, apreciación secundaria, la persona decide cómo manejar la situación.
- Apreciación secundaria** Segunda etapa de apreciación de una situación en la que la persona considera el tipo de acción necesaria y si tiene las capacidades para manejarla.
- Aprendizaje implícito** Aprendizaje que se deriva de las observaciones de la conducta que se analizan e interpretan poco tiempo después de que se realizan.
- Aprendizaje vicario** Aprendizaje que ocurre al observar la conducta de otros.
- Arteriosclerosis** Trastorno provocado por formación de placa (depósito en las paredes de los vasos sanguíneos) que reduce el grosor de los vasos, y da como resultado el abastecimiento insuficiente de sangre al corazón.
- Asesor psicológico** Persona capacitada especialmente para trabajar con pacientes que experimentan estrés durante su vida, más que un trastorno serio o duradero. Un psicólogo consultivo usualmente tiene un título Ph.D. o Ed.D.
- Asesoramiento genético** Práctica de proporcionar información acerca del riesgo de herencia de ciertos trastornos que se basa en la información general sobre la herencia, el conocimiento de la historia familiar y las características genéticas de la persona o la pareja.
- Asfixia** Inconciencia o muerte provocada por la falta de oxígeno. Puede dar como resultado el retraso mental o crisis a causa del daño cerebral.
- Asma** Trastorno de naturaleza crónica, frecuentemente de origen psicofisiológico que se caracteriza por tos, jadeo, dificultad para respirar y sensación de sofocación.
- Ataque al corazón** Véase *accidente cerebrovascular*.
- Atracones** Característica del trastorno alimentario llamado bulimia nerviosa. Se refiere al sentimiento de pérdida de control sobre la conducta alimentaria acompañada por un

consumo de cantidades de comida anormales en un corto periodo.

**Atribución** Término que emplean los psicólogos sociales para describir la manera en que una persona atribuye la responsabilidad de la causa y el efecto.

**Aura** Estado confuso de conciencia, acompañado por sentimientos de irrealidad, que precede a una crisis epiléptica. También, alteración sensorial, motriz o anímica, que precede a la migraña.

**Autoactualización** Sinónimo de autorrealización. Proceso mediante el cual se logra el desarrollo de los potenciales y capacidades propias.

**Autoeficacia** Concepto que elaboró Albert Bandura que implica que las creencias sobre la eficacia o capacidad personal para llevar a cabo con éxito una tarea son determinantes importantes para intentarlas y terminarlas de forma exitosa.

**Automonitoreo** Llevar observaciones detalladas de la propia conducta y de las circunstancias en que ocurren los problemas conductuales.

**Autoobservaciones** Registros que lleva el paciente y que detallan la frecuencia de ciertos tipos específicos de conducta y que, por lo general, incluyen cualesquiera factores ambientales o pensamientos personales específicos que ocurrieron justo antes, durante o después de la conducta.

**Autopsicología** Teoría desarrollada por Kohut que considera el autoconcepto de la persona como el factor central de organización del desarrollo psicológico.

**Autoregulación** Técnica para controlar la propia conducta mediante el reforzamiento interno, con frecuencia en forma de cogniciones.

**Axón** Parte de la célula nerviosa que transmite los impulsos lejos del cuerpo de ésta, a través de la sinapsis, a las dendritas de otra célula.

## B

**Bagaje cognitivo** Forma habitual en que una persona aprecia el mundo y lo distorsiona en términos de sus características de personalidad y sus expectativas.

**Baquet** Tina llena de agua que utilizaba Mesmer como el lugar de tratamiento de los padecimientos de la histeria.

**Barbitúricos** Familia de fármacos que deprimen la acción del sistema

nervioso central y pueden crear adicción.

**Batería de evaluación de niños de Kaufman (K-ABC)** Prueba de inteligencia de niños que se basa en las ideas de la psicología cognitiva y la neuropsicología para medir las capacidades de procesamiento secuencial y simultáneo. Está diseñada para que haya menor influencia de la cultura que en las pruebas de inteligencia convencionales.

**Benzodiazepinas** Grupo de fármacos, como el Librium y el Valium, que se usan sobre todo para el tratamiento de la ansiedad.

**Beta amiloidea** Proteína localizada en grupos y placas de células del cerebro de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Aunque se ha comprobado que mata las células nerviosas, no es claro si su presencia pueda reflejar la causa del efecto de la enfermedad de Alzheimer.

**Biorretroalimentación** Método para inducir el cambio conductual en el cual el paciente aprende a alterar las respuestas del sistema nervioso autónomo monitoreándolas por medio de instrumentos de registro

**Bisexual** Persona que se caracteriza por sentir atracción sexual hacia miembros de ambos sexos.

**Bulimia nerviosa** Episodios frecuentes de atracones protagonizados por personas con peso promedio y sobrepeso. La purgación o la provocación del vómito es inducida por la persona al final de cada sesión de comida.

**Bullicio (Bedlum)** Confusión o alboroto. En inglés, el término se deriva de las condiciones imperantes en el Hospital Bethlehem en el siglo XVI, una institución inglesa para tratar enfermos mentales.

## C

**Cafeína** Compuesto cristalino que se encuentra en el café, el té y la cocoa que actúa como estimulante del sistema nervioso central y también como diurético.

**Camisa de fuerza** Prenda de confinamiento que se utiliza para atar con fuerza los brazos al cuerpo. Con frecuencia se utiliza para los pacientes violentos.

**Cannabis** Planta cuya resina produce una sustancia psicoactiva. En su

forma sólida, la resina se conoce como hachís.

**Capacidades “sabias”** Áreas de talento inusual que presentan personas con baja función cognitiva o retrasados.

**Capacidades de afrontamiento** Manera característica en que una persona maneja las dificultades o el estrés. Las capacidades que se utilizan con mayor frecuencia incluyen la actividad dirigida hacia una tarea, trabajar un problema paso por paso, el control apropiado de las emociones, etcétera.

**Capacidades de afrontamiento cognitivo** Formas particulares de pensar que ayudan a comportarse con eficiencia en situaciones estresantes.

**Características demandantes** Aspectos de una situación de investigación que dan indicios de la forma en que uno debe comportarse.

**Carbamazepina** Estabilizador del estado de ánimo utilizado para tratar trastornos bipolares.

**Cariotipo** Microfotografía de los cromosomas de una persona en un arreglo estándar.

**Casa de medio internamiento** Instalaciones de transición donde se aloja por un corto periodo a pacientes psiquiátricos recién dados de alta o a aquellos que han funcionado de manera desadaptada.

**Caso índice** Término que se emplea en el estudio de la genética para señalar a la persona con un trastorno cuyo factor hereditario se encuentra bajo investigación.

**Castigo** Estímulo aversivo que se impone a causa de una conducta indeseable con el fin de evitarla en el futuro.

**Catecolaminas** Grupo de hormonas, que incluyen la epinefrina, norepinefrina y dopamina, que son importantes en la respuesta hacia el estrés. Algunas catecolaminas se producen en el cerebro, donde son importantes para la transmisión nerviosa.

**Célula colinérgica** Tipo de célula cerebral que produce acetilcolina y que está involucrada en la memoria y el aprendizaje.

**Cerebelo** Parte del cerebro que consta de dos hemisferios que se localizan detrás y arriba de la médula; coordina las actividades motrices y mantiene el equilibrio corporal.

**CI de ejecución** Una de las dos subcalificaciones de las series de pruebas de inteligencia de Wechsler. Refleja la capacidad de resolver rompecabezas, copiar diseños y ejecutar otras actividades similares.

**CI total** Una de tres calificaciones de las medidas de inteligencia que se obtienen mediante la aplicación de las pruebas de Wechsler. Esta calificación de CI considera tanto la capacidad verbal, como la capacidad de ejecución y espacial.

**CI verbal** Una de las dos subcalificaciones de la serie de pruebas de inteligencia de Wechsler. Las pruebas reflejan la información general o el conocimiento y la capacidad para hacer abstracciones

**Ciclo compulsivo-purgativo** La secuencia de comer en exceso seguida por la provocación de vómito o el uso de laxantes son la característica central de la bulimia nerviosa. Algunas veces es vista como anorexia nerviosa, cuando se realiza en asociación con una ingesta de comida generalmente limitada que permite mantener el peso significativamente debajo del rango normal preestablecido.

**Ciclo rápido (en trastornos bipolares)** Tipo de trastorno bipolar en el que se presentan cuatro o más episodios afectivos definidos con claridad en un año. Los episodios pueden incluir periodos de depresión, manía o hipomanía. El ciclo rápido es más común en las mujeres que en los hombres.

**Circunvoluciones** Relieves que se observan en la superficie exterior del cerebro, separados por surcos.

**Cirugía de reasignación de sexo** Cirugía en la cual se extirpan los órganos genitales masculinos o femeninos y se crean facsímiles de los órganos genitales del sexo opuesto. Por lo general, la cirugía se combina con tratamiento hormonal para modificar las características sexuales secundarias.

**Citomegalovirus** Una de varias enfermedades virales que, si se presentan en una mujer embarazada, pueden dar como resultado el retraso mental y otros problemas congénitos en el niño.

**Clasificación** Sistema jerárquico de categorías que se basa en la relación o supuesta relación entre los objetos que se van a clasificar; por ejemplo, los trastornos de la conducta y cognitivos.

**Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)** Versión más reciente de un sistema de clasificación ampliamente usado que fue desarrollado por la Organización

Mundial de la Salud. El sistema DSM, limitado a los trastornos psiquiátricos, ha adoptado muchas (pero no todas) las características del CIE.

**Clínico Profesional** que trata directamente con la evaluación y tratamiento de los pacientes o clientes.

**Clozapina** Fármaco antipsicótico, “de nueva generación”, que puede ser eficaz en el caso de algunos pacientes a quienes no les ayudaron los primeros fármacos antipsicóticos. Tiene efectos secundarios potencialmente riesgosos si no es monitoreado con cuidado.

**Cocaína** Estimulante que tiene una serie de características comunes con las anfetaminas.

**Cociente intelectual (CI)** Manera tradicional de expresar el nivel de inteligencia de una persona o desviación del término medio esperado del desempeño en la prueba por aquellos de la misma edad. En un principio se calculaba con la ecuación  $CI = 100(EM/EC)$ , o IC igual a 100 veces la fracción que se obtiene al dividir la edad mental entre la edad cronológica.

**Codeína** Derivado del opio menos potente que la morfina.

**Coefficiente de correlación** Grado de correspondencia entre dos variables; índice estadístico de covariación que va de  $-1.00$  a  $+1.00$ .

**Comorbilidad** Superposición significativa o co-ocurrencia de síntomas y condiciones en diferentes trastornos. El descubrimiento de comorbilidad entre depresión y ansiedad, por ejemplo, es importante para comprender la relación entre estos dos trastornos.

**Competencia** Se puede referir a la adecuación de las capacidades de afrontamiento. En sentido legal, se refiere al hecho de que una persona que es objeto de un proceso legal tenga o no la capacidad para beneficiarse de la consulta a un abogado y para comprender el propósito de los procesos legales.

**Complejo demencial por SIDA (CDS)** Tipo de demencia secundaria al desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o al tener un resultado positivo para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

**Concepto de espectro** Noción de que varios trastornos que se clasifican de manera diferente pueden ser causados

por el mismo patrón genético general. En este caso, se considera que estos trastornos están relacionados genéticamente.

**Concordancia** Término que describe el grado de relación entre los gemelos y otros miembros de la familia con respecto de una característica o rasgo determinados. Se dice que son *concordantes* si ambos muestran un rasgo en particular; si no es así, la pareja se describe como *discordante* con respecto de ese rasgo.

**Concusión** Herida craneoencefálica que no causa daño estructural permanente. El porcentaje de recuperación es proporcional a la severidad de la herida; conmoción cerebral.

**Condicionamiento** Véase *condicionamiento clásico*; *condicionamiento operante*.

**Condicionamiento aversivo** Grupo de terapias conductuales que intentan condicionar las respuestas de evitación en los pacientes al asociar la conducta que se va a extinguir con estímulos aversivos; por ejemplo, descargas eléctricas, crítica social y drogas que provocan vómito.

**Condicionamiento clásico** Método experimental de Pavlov mediante el cual se asocia un estímulo condicionado con un estímulo incondicionado. El procedimiento comprende la presentación de dos estímulos en cierta proximidad temporal. El primer estímulo, o incondicionado, produce un reflejo. Después de una serie de ensayos, el segundo estímulo, o condicionado, adquiere el potencial de evocar un reflejo similar.

**Condicionamiento instrumental** Véase *condicionamiento operante*.

**Condicionamiento operante** Forma de condicionamiento en la cual ocurre una respuesta deseada y se refuerza de manera subsecuente para aumentar la probabilidad de que se presente con mayor frecuencia; también se llama condicionamiento instrumental.

**Conducta artificial** Término de la perspectiva existencial que se refiere a la conducta dictada no por las elecciones propias de la persona sino por lo que los demás creen que debería hacer.

**Conducta auténtica** Término utilizado por algunos teóricos existenciales para describir la conducta dictada por los objetivos personales de una

persona más que por los de la sociedad.

- Conducta bisexual** Preferencia, en distintos momentos, por las parejas femeninas o masculinas.
- Conducta compulsiva** Comportamiento caracterizado por la necesidad de una persona de repetir una serie de actos aun cuando los perciba como absurdos o que interfieran con actividades deseadas.
- Conducta desadaptada** Conducta que maneja una situación de manera inadecuada, sobre cuando es estresante.
- Conducta desorganizada** Conducta impredecible, que ante el observador parece como no relacionada con lo que sucede en el ambiente. Es una de las señales del diagnóstico de la esquizofrenia si la desorganización es marcada.
- Conducta externalizada** Conductas que expresan las dificultades de la persona en una forma destructiva u hostil hacia los demás.
- Conducta homosexual** Actividad sexual entre personas del mismo sexo.
- Conducta no auténtica** Según la teoría existencial, la conducta está gobernada no sólo por el deseo de la persona sino por los deseos de otras personas.
- Conducta obsesiva** Preocupación con un tipo de pensamiento particular que ocurre en forma repetitiva.
- Conducta obsesivo-compulsiva** Comportamiento que combina la conducta ritualista y el pensamiento compulsivo.
- Conducta ritualista** Comportamiento consistente en una serie de acciones preescritas que se repiten a pesar de ser desadaptadas. Se cree que es una forma de reducir la ansiedad.
- Conductas de atención compartida** Conductas que coordinan la atención de dos personas, o de una persona y un evento u objeto. Pueden implicar la iniciación de una conducta hacia otra o seguir la conducta de otro. Los niños con autismo son propensos a tener deterioro de la conducta de atención compartida.
- Confabulación** Proceso de sustituir los recuerdos perdidos con información fabricada; reemplazar los hechos olvidados con la fantasía.
- Confiabilidad** Tendencia de una medida o procedimiento para producir los mismos resultados cuando se administran en dos ocasiones diferentes. También se refiere a la

congruencia interna de una prueba de reactivos múltiples.

- Confusión** Efecto de una o más variables incontrolables sobre una variable dependiente que resulta de la interpretación errónea de las relaciones entre las variables dependientes e independientes.
- Congénito** Características que son innatas o adquiridas, por lo general mediante una acción química, mientras el niño se encuentra en el útero.
- Consciente** Aspectos de la vida mental de una persona de los cuales tiene conocimiento en cualquier momento en particular.
- Consentimiento informado** Requerimiento de que a los pacientes se les debe proporcionar información adecuada acerca de los beneficios y riesgos de los tratamientos planeados antes de someterse a ellos.
- Construcción personal** Concepto desarrollado por George Kelly, que se refiere a la forma en que las personas organizan de manera cognitiva la información. Kelly sostenía que cada persona tiene su punto de vista del mundo basado en su clasificación de personas y eventos en categorías.
- Contratransferencia** Término psicoanalítico para denominar las reacciones emotivas del terapeuta hacia el paciente. Véase también *transferencia*.
- Contusión** Condición cerebral en la cual ocurrió un daño estructural difuso (por ejemplo, ruptura de los vasos sanguíneos). Por lo general, se eleva la presión del líquido cefalorraquídeo, lo cual provoca síntomas del tipo del coma y estupor.
- Coprolalia** Síntoma inusual presente en el trastorno de la Tourette en el que la persona tiene un deseo incontrolable de blasfemar y otras palabras tabúes concernientes al sexo y funciones corporales.
- Corteza** Capa exterior de un órgano como el cerebro, el cerebelo o la glándula adrenal.
- Corteza adrenal** Capa exterior de la glándula adrenal; fuente de secreción de hormonas en el organismo.
- Corteza cerebral** Capa cerebral de materia gris que tiene circunvoluciones; capa exterior del cerebro.
- Corticosteroides adrenales** Hormonas secretadas por la corteza adrenal que afectan la respuesta del cuerpo al estrés.

**Cortisona** Hormona producida por la glándula adrenal en situaciones estresantes.

- Crack** Término coloquial para denominar la forma concentrada de la cocaína que produce efectos rápidos y de gran intensidad. Su precio relativamente bajo ha generado un uso aumentado de esta forma de cocaína entre los adolescentes.
- Crisis de pánico** Oleada de ansiedad intensa que aumenta rápidamente, ocurre de repente con o sin indicios claros y de una manera impredecible.
- Crisis epiléptica** Disturbio corto o transitorio de la función cerebral resultado de la inestabilidad eléctrica de algunas células cerebrales, las cuales comienzan a responder en forma "fuera de control". Las crisis epilépticas pueden ser menores (pequeño mal) o mayores (gran mal) y con tendencia a recurrir.
- Cromosomas** Estructuras que producen los genes dentro de las células.
- Culpa por la supervivencia** Sentimiento de que es injusto estar vivo cuando otras personas en la misma situación ya murieron. Sentimientos sobrecogedores de culpa, indignidad y desamparo.
- Cultura** Valores, actitudes, logros y patrones de conducta generales que comparten los miembros de una sociedad.
- Chamán** En culturas tradicionales, sacerdote inspirado o médium que puede provocar o comunicarse con espíritus buenos y malignos.

## D

- Defensa por locura** Argumento legal que comprueba la intención criminal que es necesaria para condenar a los enfermos mentales que no pueden ser juzgados culpables de un crimen aunque sí pueden ser institucionalizados.
- Deficiencia mental** Término antiguo para el retraso mental.
- Delincuencia juvenil** Conducta violatoria de la ley que presentan los niños y adolescentes (por lo general, se definen como personas de 18 años de edad o más jóvenes).
- Delincuente sexual** Término que se emplea para designar a las personas que establecen contacto con el sistema legal por la práctica de desviaciones sexuales que prohíbe la ley.



**Delirio** Creencia incorrecta que se mantiene a pesar de la clara evidencia de lo contrario.

**Delirium** Condición que se caracteriza por un estado mental confuso, por lo general provocado por un choque o fiebre, que va acompañado por alteraciones en la atención, delirios e incoherencia.

**Delirium tremens** Delirio agudo causado por una sobredosis de alcohol, que consiste en alteraciones severas de la conciencia y la atención. También se conoce como DT.

**Demencia** Atrofia progresiva del tejido cerebral que da como resultado alteraciones de memoria, juicio pobre y desorientación. Si ocurre antes de los 65 años, se conoce como demencia presenil, y como demencia senil, si se presenta después de esta edad.

**Demencia parálitica** Véase *paresis*.

**Demencia por infarto múltiple** Véase *demencia vascular*.

**Demencia presenil** Véase *demencia*.

**Demencia senil** Véase *demencia*.

**Demencia vascular** Déficit en la función intelectual que puede resultar de una serie de derrames cerebrales que ocurren en un periodo. También se llama demencia por infarto múltiple.

**Dementia praecox (demencia precoz)**

Antiguo término para designar la esquizofrenia; Kraepelin lo utilizó para destacar el inicio temprano y la irreversibilidad del trastorno como él lo definió.

**Demográfico** Descripción de la población humana en términos de crecimiento, densidad, distribución y estadística.

**Dendrita** Parte ramificada de una célula nerviosa que sirve como receptor de los impulsos nerviosos en los axones de otras células nerviosas y los transmiten hacia el cuerpo de la célula.

**Dependencia de sustancias** Patrón de uso de sustancias que provoca un deterioro clínico significativo o padecimiento que incluye síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos.

**Dependencia fisiológica al alcohol**

Condición marcada por una capacidad aumentada para consumir alcohol sin efectos de conducta notorios y la experiencia de síntomas físicos desagradables de la abstinencia si el consumo cesa.

**Depresión** Sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después

de alguna pérdida o un suceso estresante, pero que continúa mucho tiempo después. Son característicos los patrones de pensamiento inapropiados que generalizan todos los eventos como una calamidad.

**Depresión desesperanzada** Subtipo sugerido de depresión en la cual el estilo de atribución es importante en el surgimiento del estado depresivo.

**Depuración sináptica** Proceso de desarrollo en el que las neuronas reducen selectivamente el número de ramas en sus dendritas. La depuración anormal puede provocar problemas de la función cognitiva.

**Desadaptación personal** Percepción por parte de una persona de las insatisfacciones y preocupaciones personales que interfieren con la felicidad, pero no de manera significativa con el ajuste social ni con el logro en el trabajo.

**Desensibilización sistemática** Técnica terapéutica que se basa en la teoría del aprendizaje, en la cual el paciente recibe primero entrenamiento sobre la relajación muscular y después imagina una serie de situaciones que le provocan cada vez mayor ansiedad, hasta que ya no la experimenta al pensar en el estímulo. El principio de aprendizaje que comprende es la inhibición recíproca, de acuerdo con la cual una persona no puede dar dos respuestas incompatibles simultáneamente (por ejemplo, ansiedad y relajación).

**Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)**

Tipo de terapia de imaginación que toma la forma de una actividad de atención dual. Combina el enfoque de uno mismo en un recuerdo traumático con el rastreo visual del dedo del terapeuta frente al campo visual del paciente.

**Deseo sexual** Resultado complejo de factores psicológicos, cognitivos y conductuales determinado por factores de desarrollo y culturales.

**Desesperanza** Expectativas negativas que pueden ser características de una persona en riesgo de suicidio. La escala de desesperanza de Beck se utiliza para pronosticar el riesgo del suicidio.

**Desinstitucionalización** Movimiento cuyo propósito es retirar de los hospitales a aquellos pacientes que no presenten un peligro inminente para los demás o para ellos mismos y proporcionarles tratamiento y

condiciones de vivienda en la comunidad.

**Desintoxicación** Liberación del cuerpo de la sustancia tóxica en particular que causa el problema. Con frecuencia, en la desintoxicación de drogas o alcohol se experimentan signos de abstinencia a medida que se reduce la cantidad de sustancia tóxica que se ingiere.

**Despersonalización** Sentimientos de irrealidad o pérdida de la identidad personal; con frecuencia se experimenta como si fuera otra persona o como si se estuviera viviendo en una película.

**Desplazamiento** Mecanismo de defensa en el cual una actitud emocional se transfiere de un objeto a otro (objeto sustituto).

**Desvanecimiento** Técnica para eliminar en forma gradual las señales que se utilizan para modificar la conducta después de que una persona empieza a lograr una respuesta deseada.

**Desventaja psicosocial** Crecer en un ambiente con carencias intelectuales, culturales y financieras.

**Desviación estándar** Medida estadística de la variabilidad que refleja el tamaño de la desviación de cada una de las calificaciones en la distribución del grupo medio. Cuando se considera la curva normal, cada desviación estándar contiene una proporción conocida del número total de casos incluidos en la distribución.

**Detención del pensamiento** Técnica cognitiva que utiliza una directriz específica como una distracción para terminar un periodo de pensamiento obsesivo.

**Deterioro cerebral** Véase *demencia*.

**Deterioro cognitivo asociado con el VIH** Dificultades en la solución de problemas, memoria y capacidad para concentrarse asociadas con la infección del VIH. Los síntomas cognitivos casi siempre van acompañados por problemas motores menores y conducta apática. A medida que progresa la infección del SIDA el paciente puede desarrollar demencia severa y síntomas psicóticos.

**Deterioro cognitivo leve** Cambios intelectuales sutiles que no interfieren con la vida diaria pero que pueden ser indicadores iniciales de un proceso de deterioro del proceso intelectual.

**Determinismo** La idea filosófica de que todos los actos son el resultado inevitable de lo que sucedió antes y

de que la elección o libre albedrío no influyen en lo que sucede.

**Determinismo biológico** Noción de que cada evento, acto y decisión así como el desarrollo de una psicopatología es la consecuencia inevitable de antecedentes biológicos específicos.

**Determinismo psíquico** Principio de causalidad, uno de los supuestos básicos del psicoanálisis y afirma que todos los eventos, abiertos o encubiertos, están determinados por eventos mentales anteriores y, con frecuencia, múltiples.

**Dextroanfetamina** Fármaco estimulante (por ejemplo, Dexedrina) que en ocasiones se emplea para tratar la hiperactividad.

**Diagnóstico** Clasificación de los trastornos de conducta en términos de grupos relativamente homogéneos con base en conductas similares o correlacionadas. Descripción resumida de los correlatos conductuales y la personalidad que se asocian con una clasificación en particular. En medicina, acto o proceso de decidir la naturaleza de la condición de una enfermedad.

**Diazepam** Una de las benzodiazepinas, grupo de tranquilizantes ansiolíticos. Se conoce por su nombre comercial, Valium.

**Dimorfinas** Uno de los opiáceos que se generan en el cuerpo de manera natural, que forma parte de un sistema de señales que se relaciona con el dolor, la regulación del estado de ánimo y el aprendizaje.

**Discordante** Término que se utiliza con frecuencia en los estudios con gemelos para describir las distintas características de los mellizos. Las características que son iguales en los dos se conocen como concordantes.

**Diseño balanceado de placebo** Diseño experimental en el cual algunos sujetos reciben una sustancia inactiva y otros una psicoactiva. A una parte de cada grupo se le hace creer que recibió la otra categoría de sustancia y, a otra parte se le informa con exactitud acerca de la sustancia que se le administró.

**Disforia** Sentimientos de ansiedad, depresión e inquietud.

**Disfunción eréctil** Tipo de disfunción sexual en la cual el hombre es incapaz, en forma ocasional o crónica, de lograr y mantener la erección del pene. La condición puede tener causas físicas o

psicológicas. Véase también *impotencia*.

**Disfunción sexual** Problemas en una o más fases de la relación sexual que reducen el placer de los participantes o hacen que sea imposible la culminación exitosa.

**Dislexia** Deterioro de la capacidad para leer que no es el resultado de un déficit intelectual.

**Dismorfia muscular** Preocupación de la imagen muscular como un ideal. Sobre todo, se encuentra en los hombres, por ejemplo, en los levantadores de peso.

**Disociación** Estado que incluye sentimientos de irrealidad y despersonalización, algunas veces acompañado de la pérdida de identidad propia. Grupo de procesos mentales donde la persona parece separarse del recuerdo.

**Disomnia** Grupo de problemas de sueño que involucran anomalías en la cantidad, calidad o duración del sueño que no son atribuibles a otras condiciones mentales o médicas o por abuso de sustancias.

**Dispareunia (funcional)** Tipo de disfunción sexual en el que hay un dolor genital persistente y recurrente que se asocia con el coito sin que haya una aparente causa física.

**Disquinesia tardía** Trastorno que comprende movimientos corporales incontrolables, con frecuencia de los labios y la lengua, que pueden ser resultado del tratamiento con drogas antipsicóticas.

**Distimia** Estado de ánimo depresivo que dura mucho tiempo y que va acompañado por una pérdida del interés y falta de placer en situaciones que la mayoría de las personas considerarían agradables.

**Dolor de cabeza, migraña** Dolor de cabeza severo, por lo general de un solo lado, provocado por una constricción seguida por una dilatación de la arteria craneal. Casi siempre está precedida por algunos indicios sensoriales o emocionales que se conocen como aura. Se cree que el trastorno tiene algunos componentes que se relacionan con el estrés.

**Dolor de cabeza en racimo** Dolores de cabeza que se presentan en grupos durante un periodo relativamente corto. Cada uno es muy agudo por varios minutos y desaparece por completo en una hora. Periodos largos sin dolor tienden a alternarse

con series de dolores de cabeza durante un día o semana.

**Dolor de cabeza por contracción de los músculos** Véase *dolor de cabeza por tensión*.

**Dolor de cabeza por tensión** Quizá la forma más común de dolor de cabeza; se caracteriza por dolores en forma de banda y por el cuero cabelludo sensible. Empieza de manera gradual y casi siempre es prolongado. Se cree que es resultado del estrés.

**Dominancia ligada al cromosoma X** Genes que se transmiten mediante el cromosoma sexual X cuya presencia determina una característica. Las mujeres tienen dos cromosomas X. Los hombres un cromosoma X y un cromosoma Y. Esto significa que las características que resultan de la dominancia ligada al cromosoma X pueden ocurrir en los hombres sólo a través de la herencia por parte de la madre. En las mujeres se puede heredar de cualquiera de los dos padres.

**Dopamina** Uno de los neurotransmisores que se incluyen en la categoría de las catecolaminas y también en la categoría más amplia de neurotransmisor de monoamina.

**Drogas psicodélicas** Sustancias que pueden alterar las percepciones sensoriales.

**DSM** Véase *Manual Diagnóstico y Estadístico*.

**DTs** Véase *Delirium Tremens*.

**Duelo** Pesar, usualmente por una pérdida.

## E

**EC** Véase *enfermedad coronaria*.

**Economía de fichas** Aplicación de los principios del condicionamiento operante para modificar la conducta desadaptada. Las fichas pueden ser cambiados más tarde por artículos deseados o ciertos privilegios cada vez que un sujeto o paciente se comporta de la manera deseada.

**Edad mental** Equivalente de edad en el cual una persona se coloca por su inteligencia. En contraste con la edad cronológica, edad real de la persona según se determina por la fecha de nacimiento. La relación entre las dos  $[(EM - EC) \times 100]$  constituyó la fórmula original del cociente intelectual.

**EEG** Véase *electroencefalograma*.

**Efecto de expectativa** Respuestas o conductas que son una función de lo que el sujeto o paciente cree que será el resultado de una intervención, más que las consecuencias actuales de la intervención que tome lugar. Estos efectos pueden ser observados tanto en intervenciones que cambian características del medio ambiente y en aquellas que involucran medicamentos u otro tratamiento.

**Efecto de halo** Tendencia a calificar a una persona demasiado alto o demasiado bajo en un factor en particular, debido a una información previa o a una impresión general que se tiene de ella.

**Efecto de Stroop** Dificultad para ignorar las palabras y prestar atención al color en la tarea de Stroop.

**Efecto de trasgresión de la abstinencia** Reacción de conflicto y culpa cuando una persona no resiste la tentación de caer en una conducta que trata de evitar; por ejemplo, consumir alcohol. Esta respuesta con frecuencia dispara un exceso o una recaída total.

**Efecto placebo** Cambios en la conducta como resultado de la creencia de que un placebo, o sustancia inactiva, es una droga activa o “real”; tipo de efecto de la sugestión.

**Efecto Werther** Término que describe los suicidios que parecen ser provocados por el suicidio de una persona conocida.

**Eje I** Principal sección de clasificación del DSM-IV-TR. Incluye todos los trastornos clínicos y otros trastornos que puedan ser objeto de atención clínica a excepción de los trastornos de la personalidad y el retraso mental.

**Eje II** Eje del DSM-IV-TR en el que se indican los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Se utiliza para que estos trastornos no se pasen por alto cuando se diagnostiquen las características más destacadas del trastorno del eje I.

**Electroencefalograma (EEG)** Registro gráfico por minuto de los impulsos eléctricos que surgen de las neuronas cerebrales. Se mide con un dispositivo electrónico que se llama *electroencefalógrafo*.

**Ello** En el psicoanálisis, división de la psique en la que se encuentran todos los impulsos instintivos y los contenidos reprimidos de la mente. Representa el verdadero inconsciente o la parte “más profunda” de la psique.

**Emoción expresada (EE)** Medida del compromiso emocional y las actitudes de los miembros de la familia cuando se habla acerca de uno de sus miembros con trastornos de conducta.

**Encefalina** Proteína que se genera de manera natural en el cuerpo y produce una actividad parecida a la morfina.

**Encubierto** Conducta interna que no se puede observar de manera directa. Incluye los pensamientos y sentimientos no expresados, así como otros fenómenos mentales conscientes e inconscientes.

**Endorfina** Sustancia analgésica que se produce de manera natural en el cerebro.

**Enfermedad coronaria (EC)** Trastorno en el cual los depósitos obstruyen total o parcialmente una o más arterias coronarias. Esto da como resultado una suspensión temporal o permanente del flujo de sangre a partes del músculo cardíaco.

**Enfermedad de Alzheimer** Trastorno cerebral crónico, que se puede presentar desde la cuarta década de vida y comprende la destrucción progresiva del tejido nervioso, lo que da como resultado la confusión del lenguaje, movimientos musculares involuntarios y deterioro gradual del intelecto con lapsos crecientes de amnesia.

**Enfermedad de Alzheimer de tipo esporádico** Tipo de enfermedad de Alzheimer que no tiene ningún componente hereditario evidente.

**Enfermedad de Alzheimer de tipo familiar** Tipo de enfermedad de Alzheimer que se presenta en una familia y que se cree es hereditario.

**Enfermedad de Huntington** Enfermedad degenerativa poco común que se presenta en las familias. Los síntomas incluyen movimiento convulsivo y de torsión, gestos faciales y síntomas psicóticos. También se conoce como corea de Huntington.

**Enfermedad de Parkinson** Trastorno neurológico crónico y progresivo que se caracteriza por temblor motriz, rigidez, pérdida de la fuerza vocal y síntomas psicóticos. Se cree que la causa es un defecto adquirido del metabolismo cerebral.

**Enfermedad de Pick** Tipo de demencia progresiva causada por la atrofia de la corteza cerebral.

**Enfermedad de Tay-Sachs** Trastorno metabólico que se hereda, es

inevitablemente fatal y provoca el deterioro progresivo del sistema nervioso.

**Enfermedad venérea** Enfermedad contagiosa (por ejemplo, sífilis y gonorrea) que se contrae mediante la relación sexual.

**Enfermera psiquiátrica** Enfermera titulada que recibió capacitación especializada para el cuidado de las personas con enfermedades mentales.

**Enfoque de apoyo no residencial** Uso de clínicas de salud mental e instalaciones de cuidado durante el día para tratar enfermedades mentales y prevenir recaídas. Con frecuencia, este enfoque se combina con la coordinación del tratamiento del paciente y alojamiento dado por el encargado del caso.

**Enfoque de sistemas familiares** Enfoque terapéutico según el cual los disturbios experimentados por un paciente son vistos como el resultado de la forma en la que la familia interactúa, más que en los problemas causados por el propio paciente.

**Enfoque del control de bebida** Enfoque terapéutico que disminuye el abuso del alcohol al enseñar a los pacientes capacidades de afrontamiento, automonitoreo de los antecedentes conductuales al beber en exceso y las expectativas alteradas concernientes a los efectos del alcohol.

**Enfoque interaccionista** Punto de vista que dirige la atención hacia la unión de efectos o interacciones de muchas variables destacadas por diferentes enfoques teóricos sobre el surgimiento de la conducta anormal.

**Enfoque intercultural** Método de estudio de las causas de diversos problemas psicológicos y físicos la observación de su acontecimiento en una variedad de culturas y después de intentar identificar los factores que están correlacionados con una frecuencia alta y baja de los problemas.

**Enfoque prototípico** Uso de una lista de comprobación para realizar una decisión diagnóstica. Se realiza el diagnóstico si se encuentra un número predeterminado mayor que las características. Como resultado de ello, las personas con el mismo diagnóstico tienen diferentes grupos de características.

**Enfoque sensorial** Enfoque de terapia sexual propuesto por Masters y Johnson en el que una persona aprende a enfocarse en la sensación erótica hasta excluir otros estímulos.

- Ensayo clínico** Uso de un diseño de investigación que incluye uno o más grupos experimentales y un grupo de control para probar la utilidad de un planteamiento particular en el tratamiento de pacientes.
- Ensayo cognitivo** Procedimiento en el cual un paciente aprende a ensayar las formas de manejar mentalmente situaciones problemáticas. Este ensayo le facilita al paciente comportarse de manera adecuada en las situaciones reales.
- Ensayo conductual** El uso de ejercicios prácticos para ayudar a los pacientes a probar y aprender conductas apropiadas en las situaciones que les causan ansiedad.
- Ensayo guiado** Aspecto del modelamiento en el cual el paciente practica la conducta que se modela con anterioridad y el terapeuta lo guía con el objeto de mejorar el desempeño.
- Entrenamiento asertivo** Combinación de los enfoques cognitivo y conductual diseñada para aumentar la frecuencia de conducta agresiva que es socialmente deseable.
- Entrenamiento en habilidades sociales** Enfoque terapéutico conductual o cognitivo-conductual que hace hincapié en aprender formas más eficaces de interacción con otras personas en diversas situaciones.
- Entrenamiento en relajación** Serie de ejercicios específicos que el paciente aprende a realizar para eliminar la respuesta de tensión que puede ser característica en ciertas situaciones.
- Entrevista clínica estructurada para DSM (ECE)** Entrevista de diagnóstico menos estructurada que el programa de entrevista de diagnóstico (PED). El ECE permite al entrevistador formular preguntas de seguimiento basado en su juicio clínico.
- Entrevista de diagnóstico** Entrevista diseñada para recopilar información y evaluar la conducta, casi siempre con el propósito de determinar la gravedad y el pronóstico o para decidir qué tratamiento es apropiado.
- Entrevista de evaluación** Véase *entrevista de diagnóstico*.
- Entrevista estandarizada** Véase *entrevista estructurada*.
- Entrevista estructurada** También se conoce como entrevista estandarizada. Procedimiento en el cual se da al entrevistador una serie de instrucciones que incluyen definiciones de los síntomas, registros numéricos para las distintas gravedades de los síntomas, una serie de preguntas que se relacionan con cada tipo de síntoma, un conjunto de temas que se deben cubrir e información acerca de qué tanto debe indagar el entrevistador en cada tipo de pregunta. Se concede flexibilidad al entrevistador para ordenar las preguntas.
- Entrevista terapéutica** Interacción entre un paciente y el terapeuta (aunque quizá se incluyan también otros miembros de la familia). Está diseñada para ayudar a promover el cambio en el comportamiento y las actitudes.
- Epidemiología** Estudio científico de las relaciones entre las enfermedades o las desviaciones de la conducta y las variables de la clase social, geográficas o del ambiente. Estas relaciones, que se derivan del estudio de grandes grupos de población, ayudan a sugerir posibles causas de los problemas de salud que se observan.
- Epilepsia** Alteración transitoria de la función cerebral que se caracteriza por un comienzo repentino y pérdida de la conciencia, que puede comprender espasmos musculares tónico-clónicos.
- Epilepsia de gran mal** Forma grave de epilepsia que comprende crisis convulsivas mayores y pérdida de la conciencia.
- Epilepsia de pequeño mal** Forma leve de epilepsia que comprende alteraciones parciales de la conciencia.
- Epilepsia psicomotora** Estado similar al trance con episodios recurrentes de confusión durante el cual ocurren movimientos musculares semiautomáticos y repetitivos. Con frecuencia están acompañados de confusión y alucinaciones visuales.
- Epinefrina** Una de las hormonas que secreta la médula adrenal, activa en la excitación emocional y como respuesta al estrés.
- Episodio hipomaniaco** Periodo distintivo de estado de ánimo elevado expansivo o irritable y otras conductas maníacas que no es lo suficientemente severo para impedir el funcionamiento social u laboral y no requiere de hospitalización.
- ERM** Véase *espectroscopia por resonancia magnética*.
- Escala de calificación de la conducta infantil** Tipo de escala de calificación diseñada para ser usada por los observadores inexpertos para calificar diferentes aspectos de la conducta infantil.
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)** Medida del eje V de DSM-IV-TR del funcionamiento general psicológico, social y laboral.
- Escala de inteligencia Wechsler para adultos. (WAIS-III)** Prueba de inteligencia administrada de manera individual que se aplica a personas mayores de 16 años. Serie de subpruebas de distintos tipos que indican el CI verbal, de ejecución y total.
- Escala de inteligencia Wechsler para niños (WISC-IV)** Se utiliza para niños de entre seis y 16 años. Emplea el mismo formato general que la Escala de inteligencia Wechsler para adultos e indica el CI verbal, de ejecución y total.
- Escala de registro** Tipo de prueba en el cual una persona puede indicar en una escala el grado de acuerdo o desacuerdo con cada reactivo.
- Escalas visuales análogas (EVA)** Tipo de escala de calificaciones que se utiliza para evaluar diversos fenómenos subjetivos al emplear porciones de una línea para representar una percepción personal de los fenómenos.
- Escisión** Término utilizado para describir la incapacidad de una persona con trastorno límite de la personalidad para integrar las experiencias positivas y negativas con otra persona en una relación coherente. Término utilizado por los teóricos de relación de objetos.
- Esclerosis tuberosa** Trastorno causado por un gen dominante que se caracteriza por retraso mental severo, ataques y la aparición de pequeños tumores fibrosos.
- Escopofilia** Véase *voyeurismo*.
- Especificidad genética** Patrón de genes que es único en un trastorno o grupo de trastornos en particular.
- Espectro del trastorno autista** Grupo de trastornos generalizados del desarrollo del DSM-IV, que de acuerdo con una teoría, representan diferentes manifestaciones del mismo trastorno. Se piensa que incluye autismo infantil, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastornos atípicos, entre ellos, el trastorno de Rett.
- Espectroscopia por resonancia magnética (ERM)** Medida de las funciones químicas y metabólicas de



- los tejidos de organismos vivos a través del análisis de radiación electromagnética emitida durante los cambios químicos.
- Esquema cognitivo** Véase *esquemas*.
- Esquemas** Plural de *esquema*.  
Expectativas que tienen las personas sobre la forma en que los demás se comportan y las conductas apropiadas en distintos tipos de situaciones. Además de lo que en realidad le ocurre, los esquemas de una persona son importantes para determinar la forma en que va a responder a tipos particulares de situaciones.
- Esquizofrenia** Miembro del grupo de trastornos psicóticos. De estos trastornos, la esquizofrenia es la más severa y debilitante.
- Esquizofrenia de tipo catatónico** Tipo de trastorno esquizofrénico que se caracteriza por una alteración psicomotora. Con frecuencia toma la forma de rigidez o contorsión corporal. Otra conducta puede incluir flexibilidad cérica o mutismo.
- Esquizofrenia de tipo desorganizado (hebefrénica)** Tipo de esquizofrenia que se distingue por un lenguaje incoherente y un afecto aplanado, incongruente o falta de éste. Con frecuencia se relaciona con extravagancias extremas de la conducta, como gesticulaciones o muecas.
- Esquizofrenia de tipo indiferenciado** Subtipo de esquizofrenia en la que la persona no satisface los criterios de los subtipos paranoide, catatónico o desorganizado pero que muestra síntomas característicos del trastorno, entre ellos, delirio, alucinación, lenguaje o conducta desorganizada y síntomas negativos como afecto aplanado.
- Esquizofrenia en remisión** Reducción o desaparición de los síntomas que eran evidentes cuando se le diagnosticó un trastorno esquizofrénico a la persona. El término refleja el punto de vista de que la esquizofrenia es una enfermedad que dura toda la vida y para la cual no hay cura, sólo la posibilidad de una reducción, por lo menos temporal, de los síntomas.
- Esquizofrenia, tipo residual** Diagnóstico utilizado para designar a las personas que antes reunían las características del criterio de esquizofrenia, pero que en la actualidad ya no las reúnen.
- Estadística descriptiva** Procedimientos que se emplean para resumir grupos de observaciones individuales. Las estadísticas descriptivas más comunes son medidas de tendencia central (por ejemplo, media) y medidas de variabilidad (por ejemplo, desviación estándar).
- Estadística inferencial** Métodos que se basan en las leyes de la probabilidad y que se utilizan para sacar conclusiones acerca de las relaciones entre las variables que se estudian.
- Estadístico kappa** Tipo de índice de confiabilidad que corrige el acuerdo de la probabilidad para proporcionar un cálculo verdadero de la confiabilidad.
- Estado de ánimo disfórico** Trastorno que se caracteriza por síntomas de depresión, tristeza, melancolía y desesperanza.
- Esteriotipia** Desarrollo de una conducta ritualista o muy repetitiva. En ocasiones, se considera un resultado del estrés o del consumo de ciertas drogas (como las anfetaminas).
- Estigma** En medicina, señal que indica la historia de una enfermedad o anomalía. En general, algunas características que conllevan a la deshonra, reproche o discriminación por los demás.
- Estímulo condicionado (EC)** Según el condicionamiento clásico, estímulo neutro que no da lugar a una respuesta antes del entrenamiento.
- Estímulo incondicionado (EI)** En el condicionamiento clásico, el estímulo que produce la respuesta deseada en forma automática antes de que tenga lugar el entrenamiento.
- Estrés** Sentimiento o reacción que tienen las personas cuando se enfrentan a una situación que demanda acción de su parte, en especial, aquella que está más allá de sus capacidades.
- Estresor** Causa del estrés, presión o tensión. Algo que perturba el equilibrio de un organismo.
- Estresor psicosocial** Sentimiento de que el estrés se origina en las relaciones con otras personas del ambiente.
- Estudio de adopciones** Método de evaluación de factores hereditarios en los trastornos de la conducta que se basa en comparar la frecuencia de un trastorno en grupos con vulnerabilidad genética educados por padres adoptivos saludables y grupos sin vulnerabilidad genética conocida que se educaron con padres adoptivos que padecen un trastorno de conducta en particular.
- Estudio de alto riesgo** Estrategia de investigación que comprende el estudio longitudinal de las personas que pueden ser vulnerables a un colapso.
- Estudio de caso** Observaciones detalladas de la conducta, los síntomas y los pensamientos informados de un paciente durante un cierto periodo, con inferencia acerca de la causa y el efecto proporcionados por el clínico. Véase también *método clínico*.
- Estudio de correlación** Tipo de investigación en el cual se mide la relación de dos o más características. A partir de la investigación de correlación no se puede hacer ninguna afirmación acerca de la causa y el efecto.
- Estudio de evaluación** Estudios dirigidos a recolectar información para describir un grupo en particular cuyas variables no son manipuladas. La información se puede utilizar para hacer predicciones y es usualmente expresada en forma de correlación entre variables.
- Estudio de gemelos** Estudio de las contribuciones relativas de la herencia y factores ambientales a varios trastornos al contrastar la probabilidad de que un trastorno ocurrirá en dos tipos de gemelos; gemelos (MC) monocigóticos (que tienen herencia genética idéntica) y gemelos (DC) dicigóticos (que comparten sólo 50% de su herencia genética).
- Estudio de seguimiento** Método en el cual las personas que se trataron en un momento dado se contactan más adelante para reevaluar su conducta, de modo que se pueda observar cualquier cambio.
- Estudio experimental** Investigación que usa el método experimental.
- Estudio longitudinal** Estrategia de investigación que se basa en la observación y el registro de la conducta de las personas durante ciertos periodos. Comprende la obtención de mediciones de las mismas personas ya sea en forma continua o en intervalos específicos o regulares.
- Estudio transversal** Investigación en la que diferentes grupos se muestrean al mismo tiempo y se comparan los resultados. Por lo general, esta técnica se utiliza para estudiar el desarrollo humano.

**Estudios de adopción** Intento de comprender la genética de un trastorno y separarla de los efectos del ambiente, al comparar a niños adoptados en la infancia cuyos padres biológicos estaban afectados por un trastorno con niños adoptados sin ese tipo de herencia.

**Estudios de familia** Estudio de las características de un grupo de personas relacionadas para descubrir los patrones genéticos.

**Etapas meseta** Segunda etapa de la respuesta sexual que incluye aumento del ritmo cardíaco y tensión muscular así como dilatación del tejido genital.

**Etapas psicosexual** Una de las diferentes etapas del desarrollo vital como las definió Sigmund Freud. Estas fases, que difieren en términos de la fuente de gratificación primaria, incluyen las etapas oral, anal, fálica y genital.

**Etapas psicosexual anal** Etapa del desarrollo psicosexual en la cual el niño encuentra un placer intenso en las actividades que se relacionan con la evacuación.

**Etapas psicosexual fálica** Etapa del desarrollo psicosexual durante la cual el niño empieza a percibir su cuerpo como una fuente de placer. Durante este periodo, aumentan los sentimientos de narcisismo.

**Etapas psicosexual genital** De acuerdo con Freud, etapa psicosexual en la que el placer se deriva principalmente de una relación heterosexual madura que incluye amor, afecto y satisfacción sexual.

**Etapas psicosexual oral** Primera etapa del desarrollo de la infancia, durante la cual el placer se deriva del contacto de los labios y la boca con objetos que satisfacen ciertas necesidades (por ejemplo, el pecho).

**Etapas psicosociales** Término de Erik Erikson para designar las etapas del desarrollo psicológico humano.

**Etiología** Asignación de una causa; estudio científico de las causas y orígenes de la conducta desadaptada.

**Etiquetación** Estrategia cognitiva mediante la cual una persona clasifica sus propias respuestas emocionales como una forma de controlar la conducta, sobre todo en situaciones que le producen estrés. También, forma en que las personas categorizan a los demás, esto es, una forma de estereotipar.

**Evaluación** Información recolectada dirigida a describir y predecir la conducta. Especialistas en la

evaluación diseñan pruebas para medir varios aspectos de la conducta.

**Evaluación cognitiva** Especificación y enumeración de los pensamientos típicos que proceden, acompañan y siguen la conducta desadaptada. Se utiliza en la investigación y por terapeutas cognitivo-conductuales, en especial los que trabajan con personas depresivas.

**Evaluación conductual** Registro objetivo de categorías en particular de conducta observable antes de empezar una terapia conductual. El asesoramiento podrá tomar lugar específicamente en situaciones planeadas o bajo situaciones reales.

**Evaluación relacional** Instrumentos de prueba utilizados para evaluar las relaciones sociales claves de la persona.

**Examen del estado mental** Entrevista, que en ocasiones se complementa con pruebas psicológicas y neurológicas, que se utiliza para evaluar la función intelectual de una persona, así como su capacidad para interactuar en forma apropiada con el ambiente.

**Excitación sexual** Estado caracterizado por dilatación de los órganos genitales externos y sentimientos subjetivos de excitación placentera.

**Exhibicionismo** Exposición de los genitales en público con el propósito de obtener placer y gratificación sexual.

**Exhibicionista** Persona que practica el exhibicionismo.

**Exorcismo** Rituales diseñados para expulsar espíritus malignos que se cree son la causa de enfermedades o conductas desviadas.

**Experimento** Estudio que emplea el método experimental.

**Experimento de prueba de hipótesis** Evaluación del grado de precisión de una idea mediante una prueba experimental.

**Experimento del cambio conductual** Prueba de una manipulación terapéutica para determinar si se reduce la conducta desadaptada de una persona.

**Exposición (en la terapia)** Requerir que el cliente participe en situaciones que provocan ansiedad bajo la supervisión de apoyo hasta que se extinga la respuesta de ansiedad. Esta perspectiva se basa en el planteamiento del condicionamiento clásico.

**Exposición fantaseada (en terapia)** Terapia de exposición en la cual los

estímulos molestos se imaginan en lugar de que se presenten en realidad.

**Exposición in vivo (en terapia)** Técnica que se utiliza en la terapia cognitiva o en la desensibilización en la cual la persona practica cogniciones adaptadas o la conducta de relajación en presencia del objeto o situación que le provoca ansiedad.

**Extinción** Debilitamiento de una respuesta después del retiro del reforzamiento.

**Eyacuación precoz** Incapacidad del hombre para inhibir la eyacuación el tiempo suficiente para que la mujer experimente el orgasmo.

**Eyacuación tardía** Inhibición de la respuesta sexual de los hombres que da como resultado incapacidad para eyacular el semen aun cuando se encuentren sexualmente excitados.

## F

**Facilitación social** Adquisición de capacidades de competencia social mediante la observación de la conducta de los demás.

**Factor de liberación de corticotropina (FLC)** Sustancia que secreta el hipotálamo que libera la HACT cuando alcanza la glándula pituitaria.

**Factor de riesgo** Característica personal que se correlaciona con algún trastorno. Indica una probabilidad elevada de que la persona desarrolle un tipo particular de problema o enfermedad. Se dice que las personas con factores de alto riesgo son en especial vulnerables a un trastorno específico.

**Factores del método** Variaciones en los resultados que provienen de la forma en que se condujo el estudio, el tipo de cuestionario que se utilizó u otros factores que no están asociados con una diferencia real en lo que se midió.

**Factores interpersonales (en la terapia)** En la terapia, término que se refiere a la relación entre el terapeuta y el paciente como consecuencia de la personalidad de ambos, en vez de un resultado de las técnicas que emplea el terapeuta.

**Factores técnicos (en la terapia)** Procedimientos particulares que emplea un terapeuta para tratar a un paciente. Son distintos a los efectos de la personalidad del terapeuta en el tratamiento.

**Fármaco psicoactivo** Término que incluye varios tipos de fármacos que pueden reducir la conducta

desadaptada. Comprende los antipsicóticos, ansiolíticos y antidepresivos.

**Fármacos neurolépticos** Nombre de un grupo de fármacos psicoactivos utilizados en el tratamiento de trastornos esquizofrénicos. Estos medicamentos reducen los síntomas psicóticos pero pueden tener efectos secundarios parecidos a los trastornos neurológicos.

**Fase de resolución** Periodo después del orgasmo sexual en el cual se reduce la excitación y el estado fisiológico del cuerpo al regresar a la normalidad.

**Fenciclidina (PCP)** Droga ilegal, técnicamente un anestésico disociativo, que produce con frecuencia delirio y alucinaciones. Se le conoce como “polvo de ángel” o “cristal”.

**Fenilalanina hidroxilasa** Enzima que se produce de manera natural en la sangre. Su función puede ser dañada por un gen de mutación en el trastorno de fenilcetonuria (FCE).

**Fenilcetonuria (FCE)** Forma de retraso mental causada por una deficiencia metabólica.

**Fenobarbital** Barbitúrico que en ocasiones se utiliza como sedante y para controlar el desarrollo de crisis epilépticas.

**Fenotiazinas** Grupo de fármacos antipsicóticos utilizados tradicionalmente para tratar el trastorno esquizofrénico.

**Fetichismo** Desviación sexual en la cual el interés sexual se centra en alguna parte del cuerpo o en un objeto inanimado que es capaz de estimular la excitación sexual.

**Fetichismo travestista** Desviación sexual en la que una persona obtiene placer al utilizar ropa del sexo opuesto.

**Fijación** Apego exagerado e inapropiado por alguien o algo. También se refiere a una interrupción anormal del desarrollo durante la infancia que continúa durante la vida de adulto como un conjunto inadecuado de actitudes, hábitos e intereses.

**Fingimiento** Conducta diseñada para recibir recompensas financieras o de otro tipo mediante la simulación de algún trastorno. Contraste con los *trastornos facticios*.

**Fisonomía** Arte de juzgar el carácter o la personalidad humanos a partir de los rasgos faciales.

**Flashback** Reexperimentar alucinaciones u otros síntomas perceptuales que ocurrieron originalmente mientras la

persona se encontraba intoxicada por una sustancia psicoactiva.

**Fluoxetina** Véase *Prozac*.

**Fobia** Miedo excesivo o inapropiado a algún objeto o situación en particular que en realidad no es peligroso.

**Fobia simple** Tipo de fobia relativamente raro que comprende un temor irracional que no se relaciona con situaciones poco familiares ni interacciones sociales; por ejemplo, el temor a los lugares encerrados (claustrofobia) o a algunos animales en especial.

**Fobia social** Tipo de temor irracional a las situaciones en las que una persona se expone al escrutinio de los demás. Los tipos más comunes son el temor a sonrojarse, a hablar, comer y escribir en público, así como a utilizar instalaciones sanitarias públicas.

**Fobias específicas** Miedos irracionales persistentes asociados con un tipo particular de objetos (por ejemplo, arañas o perros), o situaciones (por ejemplo, claustrofobia o acrofobia)

**Folie a deux** Véase *trastorno psicótico compartido*.

**Formación reactiva** Mecanismo de defensa que permite que la persona exprese un impulso no aceptado por medio de su transformación en el opuesto.

**Formato de entrevista de diagnóstico** Procedimiento estandarizado de entrevista que contiene preguntas, pruebas y criterios para cierto número de diferentes grupos de síntomas. Es muy utilizado en la investigación y en los escenarios clínicos.

**Fototerapia** Exposición a la luz muy brillante durante varias horas al día como tratamiento de los trastornos afectivos estacionales.

**Frenología** Teoría obsoleta de que las diferentes conductas psicológicas se relacionaban con las distintas partes del cerebro y que se podían evaluar al tocar la superficie del cráneo.

**Frotteurismo** Práctica que implica obtener gratificación sexual a través de tocamientos o frotamiento sexuales contra alguien en un tumulto. La víctima no se percata de la conducta debido al entorno abarrotado.

**Fuga disociativa** Estado de amnesia que comprende una partida inesperada de su entorno acostumbrado, la suposición de una nueva identidad y la incapacidad de recordar la identidad anterior.

**Función ejecutiva** Operaciones cognitivas que se piensa que involucran la corteza prefrontal. Estas funciones incluyen planeación, capacidad para inhibir respuestas, flexibilidad de pensamiento y memoria de trabajo.

## G

**GABA** Término para designar el neurotransmisor ácido gamma-amino-butírico. Se cree que en la enfermedad de Huntington se presenta una deficiencia de GABA que se asocia con causas hereditarias.

**Gay** Vocablo utilizado para describir un estilo de vida homosexual por quienes sienten que el término homosexual tiene demasiadas connotaciones negativas.

**Gemelos dicigóticos** Gemelos fraternos que se desarrollan a partir de dos huevos fertilizados. Las dos personas tienen la misma relación genética que cualquier par de hermanos.

**Gemelos monocigóticos** Gemelos idénticos que se desarrollan a partir de un huevo fertilizado.

**Gen** Estructura microscópica ubicada en el cromosoma; unidad física de la transmisión de la herencia.

**Gen ApoE** Gen cuya presencia indica vulnerabilidad a la enfermedad de Alzheimer. Se cree que está relacionado con la incapacidad de recuperarse normalmente de heridas craneoencefálicas.

**Gen dominante** Miembro del par de genes que determina si la persona tendrá los rasgos que controla ese gen. El otro miembro del par puede ser igual (también dominante) o diferente (recesivo).

**Gen penetrante** Porcentaje de los casos en el que un rasgo o característica derivada de un gen específico se manifiesta en organismos subsecuentes de las especies.

**Gen recesivo** Miembro de un par de genes que determina los rasgos característicos o la apariencia de la persona sólo si concuerda con el otro miembro del par. Se lo compara con gen dominante.

**Genética conductual** Estudio de los efectos de la herencia genética en la conducta.

**Genética de la población** Estudio de las formas en que están distribuidos los genes en una población mediante la unión de las personas.

**Genoma** Grupo completo de genes y su localización en cromosomas específicos.

**Glándula gonadal** Glándulas de secreción interna que son parte del sistema endocrino.

**Glándula pituitaria** Glándulas de secreción interna que constituyen parte del sistema endocrino.

**Glándula tiroides** Glándula de secreción interna que forma parte del sistema endocrino.

**Glándulas adrenales** Glándulas de secreción interna que son parte del sistema endocrino.

**Grupo de apoyo** Grupo de personas con problemas iguales o similares que se reúnen para analizarlos y encontrar la forma de manejarlos.

**Grupo de autoayuda** Grupo de personas con el mismo problema que se reúnen para compartir experiencias y formas de manejar las situaciones en un intento por ayudarse a sí mismas a mejorar sus propias capacidades para afrontar estos problemas.

## H

**Hachís** Sustancia alucinógena compuesta por la resina solidificada del cannabis sativa (marihuana).

**Heredabilidad** Grado en que las influencias genéticas afectan una característica en particular, aunque las influencias ambientales también puedan tener un efecto en la forma en que éstas se expresan.

**Hereditario** Cualidades que se transmiten de padres a hijos por medio de la transmisión genética.

**Heroína** Derivado opiáceo de la morfina extremadamente adictivo.

**Herpes virus homínus (herpes simple)** Enfermedad viral crónica que, si se presenta en una mujer embarazada puede provocar retraso mental y otras malformaciones congénitas en el niño.

**Heterogeneidad genética** En genética, noción de que es necesario más de un gen para transmitir una característica. Sin embargo, cada uno de los genes tiene un efecto por separado y no aditivo.

**Hiperactividad** Véase *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*.

**Hipersomnia** Tipo de disomnia en la que hay somnolencia excesiva, periodos prolongados de sueño en la noche y/o largos periodos de sueño durante el día.

**Hipertensión** Alta presión arterial, por lo general considerada un trastorno psicofisiológico.

**Hipnosis** Estado alterado de la conciencia inducido por la sugestión. Varía de la hipersugestibilidad leve a los estados de trance profundos.

**Hipocampo** Una de las dos cordilleras a lo largo de los ventrículos laterales del cerebro. Está involucrado con la experiencia de la emoción.

**Hipocondriasis (hipocondría)** Trastorno en el cual una persona se ve afectada por el miedo a las enfermedades, es decir, se preocupa desmesuradamente por su salud sin tener una causa real.

**Hipomanía** Trastorno que se caracteriza por una elevación poco común del estado de ánimo, que no es tan extrema como la que se encuentra en la manía.

**Hipotálamo** Parte del cerebro que se encuentra debajo del tálamo. Controla diferentes actividades del sistema nervioso autónomo, que incluyen la regulación de la temperatura corporal.

**Hipótesis** Postulación de una relación causa efecto en términos que permiten probarla científicamente.

**Hipótesis de la dopamina** Noción de que la esquizofrenia comprende un exceso del neurotransmisor dopamina en ciertos lugares del cerebro.

**Hipótesis nula** Relación evaluada por varias pruebas estadísticas donde los grupos no difieren. Si se rechaza la hipótesis nula, se da por hecho que es poco probable que cualquier diferencia observada se deba a la casualidad.

**Hipótesis psicosomática** Idea popular durante las décadas de los años treinta y cuarenta de que los síntomas físicos podían ser causa de la incapacidad para expresar las emociones fuertes.

**Histeria** Presencia de un problema físico sin ninguna causa física. A la persona que sufre de histeria se le llama histérica.

**Histeria masiva** Aunque no es parte del DSM-IV-TR, el término se utiliza para referirse a los brotes de enfermedades en un ambiente grupal que no tienen causas que se puedan descubrir, más que el estrés y la ansiedad. Con frecuencia, los síntomas incluyen náusea, vértigo, dolor de cabeza o problemas para respirar.

**Histórico** Término que utiliza Charcot para describir a una persona que se queja de síntomas orgánicos como dolor, ceguera o parálisis para los

cuales no se puede encontrar ninguna causa orgánica.

**Homeostasis** Mantenimiento del equilibrio y la coherencia entre los procesos corporales.

**Homosexual** Persona que prefiere participar en actividades sexuales con personas de su propio sexo y continúa con esta conducta durante un periodo prolongado.

**Hormona adrenocorticotrópica (ACTH)** Hormona secretada por la glándula pituitaria, que se dirige a la corteza adrenal para liberar corticosteroides adrenales, químicos que estimulan la respuesta del organismo al estrés.

**Hormonas** Secreciones glandulares que funcionan como coordinadores de las reacciones corporales ante eventos externos así como durante el crecimiento y desarrollo del cuerpo.

**Hospitalización de día** Tratamiento que se emplea ya sea para pacientes crónicos o agudos o para pacientes que necesitan rehabilitación. Los pacientes asisten a un programa de hospital durante el día y regresan a su casa por la noche. Las actividades diurnas se enfocan en el desarrollo de habilidades sociales y la solución práctica de problemas.

**Hospitalización parcial** Cuidado hospitalario, ya sea de día, de noche o durante los fines de semana, para pacientes que no necesitan cuidados permanentes. En especial, está diseñada para ayudar a la transición de regreso a la comunidad. También se utiliza para evitar la hospitalización completa si la familia puede proporcionar un cuidado parcial (por ejemplo después de sus horas de trabajo).

**Humores** Los cuatro fluidos corporales esenciales —sangre bilis amarilla, bilis negra y flema— que, según creencias entonces aceptadas, causaban diversos trastornos desde las épocas antiguas hasta el periodo medieval.

**Huso del sueño** Despliegue violento y rápido de las ondas cerebrales que ocurren durante la etapa dos del sueño.

## I

**Identidad étnica** Grupo étnico del cual la persona considera ser parte. Muchas veces es un factor importante para los inmigrantes y para los hijos de padres que son de dos diferentes



etnias. Parte del autoconcepto de una persona.

**Identidad sexual** Característica básica de la personalidad que comprende la convicción que tiene una persona de ser hombre o mujer.

**Identificación** Sentimiento de asociación con otra persona o grupo, de modo que una persona adopta el punto de vista y la conducta de otro(s).

**Identificación con el agresor** Mecanismo de defensa en el que el miedo a alguien es manejado al asumir psicológicamente alguno de los aspectos atemorizantes de la conducta del agresor.

**Imagen por resonancia magnética (IRM)** Método que utiliza la radiación electromagnética para visualizar y medir la anatomía de una persona viva.

**Impotencia** Fracaso de un hombre en lograr o mantener la erección del pene aun cuando se encuentra sexualmente excitado.

**Impulso irresistible** Idea utilizada en el sistema de justicia criminal, según la cual una persona no puede controlar su conducta como consecuencia de una enfermedad mental. Como resultado, la persona no puede considerarse responsable de un crimen aun si admite que lo cometió o se comprueba su autoría.

**Incesto** Relaciones sexuales entre miembros cercanos de la familia, como hermano y hermana o padre e hija.

**Incidencia** Conteo del número de casos nuevos durante cierto periodo; se utiliza en epidemiología. Contrasta con *prevalencia*.

**Inconsciente** Fuera de la conciencia; contenido mental que se puede llevar a la conciencia sólo con gran dificultad (o no se puede).

**Inconsciente colectivo** Idea de Jung de que el inconsciente de la vida de una persona atañe tanto al inconsciente personal de las experiencias pasadas que se han ido olvidando o reprimiendo y el inconsciente colectivo. Estructura heredada que es común en la humanidad y que simboliza las situaciones humanas universales (tales como el tener padre, encontrar pareja, enfrentar la muerte, etcétera)

**Indefensión aprendida** Creencia adquirida de impotencia para manejar una situación o controlar el medio ambiente. Concepto utilizado para

explicar la depresión que suele aquejar a los humanos.

**Indicadores** Características biológicas o conductuales que pueden permitir la identificación de las personas vulnerables a ciertos trastornos.

**Índice de la masa corporal (IMC)** Fórmula utilizada para medir la obesidad, que se expresa como 703 multiplicado por el peso de la persona (en libras) dividido por la altura (en pulgadas) sobre dos.

**Indolamina** Tipo de neurotransmisor del grupo de las monoaminas (por ejemplo, la serotonina) que parece estrechamente relacionada con el estado de ánimo.

**Infarto al miocardio** Daño al tejido del músculo cardíaco debido a una reducción drástica de la cantidad de sangre que llega al corazón; por lo general, se conoce como ataque cardíaco.

**Inhalantes** Sustancias volátiles, por lo general algún compuesto de hidrocarburo, que producen efectos psicológicos cuando entran en contacto con los capilares de los pulmones. Algunos ejemplos son las pinturas en aerosol y los limpiadores líquidos.

**Inhibidor de la MAO** Véase *inhibidor de monoaminooxidasa*.

**Inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO)** Una de un grupo de drogas que se utilizan para tratar la depresión. Funciona al prevenir la degradación de las monoaminas y permitir, de esta manera, que se junte más norepinefrina y serotonina en los receptores.

**Inhibidores reversibles de la monoamina oxidasa** Véase *IRMAO*

**Inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina (SSRI)** Categoría de antidepresivos que tiene menos efectos secundarios que el grupo tricíclico.

**Innata** Características que se adquieren por medio de la herencia general o la mutación de un gen o genes que transmiten los padres.

**Insight** Conocimiento de sí mismo; comprensión de la importancia y el propósito de los motivos o conductas propias, incluyendo la capacidad para reconocer lo inapropiado e irracional.

**Insomnio** Dificultad para conciliar el sueño, mantenerse dormido, o no sentir descanso después de despertar. Para el DSM-IV-TR, el problema debe durar por lo menos un mes.

**Instalaciones residenciales** Refugio donde a los pacientes o antiguos pacientes que en la actualidad no pueden vivir de manera independiente se les proporcione asistencia psicológica y práctica y apoyo. Entre los ejemplos se pueden incluir los hogares para grupos y casas de medio internamiento.

**Integración** Política educativa que permite que los niños con discapacidades físicas y mentales participen por lo menos hasta cierto grado en clases escolares regulares. Algunas clases especiales enfocadas en sus dificultades de aprendizaje especiales pueden ser provistas durante el día escolar.

**Intelectualización** Mecanismo de defensa en el cual una persona separa la descripción o significado de un suceso de su efecto emocional.

**Intención paradójica** Técnica terapéutica en la cual se instruye al paciente a presentar conductas que parecen contrarias al objetivo terapéutico. Por ejemplo, a alguien que teme a las multitudes se le puede pedir que asista se sume a una muchedumbre y se concentre en sentirse con tanto temor como sea posible.

**Intervención social** Esquema de tratamiento que comprende no sólo la interacción con el paciente, sino además el intento de modificar su ambiente en el hogar o el trabajo.

**Intoxicación por alcohol** Estado en el que la cantidad de alcohol consumida produce cambios significativos en la conducta y la respuesta psicológica.

**Intoxicación por sustancias** Efectos distintivos pero reversibles de la ingestión o exposición a ciertas sustancias como resultado de su efecto en el sistema nervioso central. Los efectos más comunes incluyen alteraciones en la percepción, vigilia, atención, pensamiento, juicio, conducta motriz y conducta interpersonal.

**Inundación** Técnica terapéutica conductual utilizada particularmente para tratar fobias. El tratamiento consiste en la exposición del paciente a los estímulos que producen miedo hasta que la respuesta a éste se extinga.

**Inventario clínico multiaxial de Millon** Medida específicamente diseñada para evaluar los trastornos de la personalidad clasificados en el DSM-IV-TR.

**Inventario de la personalidad** Pruebas de papel y lápiz en las cuales la persona se describe a sí misma mediante respuestas a una serie de preguntas de falso y verdadero o calificando una serie de frases que la describen. La mayoría de los inventarios de la personalidad producen varias calificaciones, cada una de las cuales lleva la intención de describir un aspecto de la personalidad.

**Inventario de la personalidad NEO revisada (NEO-PI-R)** Inventario que evalúa la personalidad en términos de los cinco factores más importantes. Se utiliza con frecuencia en estudios de investigación.

**Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI)** Cuestionario de autorreporte de la personalidad diseñado para facilitar el diagnóstico psiquiátrico.

**Investigación del proceso** En la investigación psicoterapéutica, intento por comprender lo que sucede en el transcurso de la psicoterapia en contraste con el interés sólo por la deseabilidad del resultado.

**Investigación epidemiológica** Estudios diseñados para relacionar la ocurrencia de un trastorno con una población específica. Un punto central de este tipo de investigación es el estudio de la relación entre los trastornos mentales y las distintas variables de la población. Con frecuencia, los resultados se expresan en términos de incidencia, o la cantidad de casos nuevos que se presentan durante un periodo específico, y prevalencia, la cantidad de casos que existen entre la población.

**Investigación observacional** Método en el cual no se manipula ninguna variable y las relaciones se estudian como ocurren de manera natural. Contraste con el *método experimental*.

**IRM** Véase *imagen por resonancia magnética*.

**IRMAO** Tipo nuevo mejorado de los inhibidores de la MAO, más selectivo en sus efectos sobre las funciones químicas del cerebro y por lo tanto más seguro que las primeras y potencialmente peligrosas formas de inhibidor de la MAO.

## J

**Juego patológico** Juego compulsivo que se considera una adicción conductual. Los afectados continúan jugando a

pesar de que provocan dificultades familiares severas y problemas económicos. Sienten una gran excitación cuando juegan, y tienden a negar las consecuencias de su comportamiento.

## L

**La belle indifférence** Ausencia muy marcada de preocupación por incapacidad propia, que en ocasiones se observa en los pacientes con trastorno de conversión.

**Laceración** Desgarradura o rotura gruesa en un tejido. Las laceraciones cerebrales pueden ocurrir debido a heridas en la cabeza.

**Las cuatro A** Eugen Bleuler resume los aspectos primarios de la esquizofrenia. Incluyen alteraciones en *los anhelos*, *la asociación* y la presencia de *ambivalencia* y *autismo*.

**Lenguaje desordenado** Medida utilizada para identificar la esquizofrenia. Se caracteriza por la pérdida de asociaciones que si son severas pueden producir un lenguaje incomprensible.

**Lenguaje perseverante** Tendencia a repetir palabras o frases característico de algunos lenguajes de personas que padecen esquizofrenia. Las repeticiones son usualmente insertadas en las oraciones subsecuentes, con lo cual éstas parecen ilógicas y difíciles de entender.

**Lesbianismo** Práctica de la conducta homosexual por parte de las mujeres.

**Libido** Término de Freud para designar la energía emocional y psíquica que creía se originaba en el ímpetu innato del placer sexual.

**Libre asociación** Técnica básica del método psicoanalítico por medio del cual un paciente expresa sus pensamientos en forma tan libre y tan desinhibida como sea posible. Las libres asociaciones proporcionan procesos de flujo de pensamiento natural libre de interrupciones o explicaciones.

**Librium (clordiazepóxido)** Tranquilizante que se prescribe para los problemas de ansiedad.

**Licantropía** Término para designar el cambio mágico que se creía que sufrían las personas y las hacía comportarse como lobos.

**Lineamientos del American Law Institute (ALI)** Lineamientos para establecer la responsabilidad de una

conducta criminal como resultado de una enfermedad mental o defecto adoptados por varios estados estadounidenses.

**Linfocitos** Término general que incluye varios tipos de células del sistema inmune que combaten las enfermedades.

**Litio (carbonato de litio)** Sal química que se emplea para tratar el trastorno bipolar.

**Lóbulo frontal** Parte de cada hemisferio cerebral que participa en los procesos del pensamiento abstracto.

**Lóbulo parietal** División central de cada hemisferio cerebral, detrás del surco central, arriba de la fisura de Silvio y en frente de la fisura parieto-occipital.

**Lóbulo temporal** Parte del hemisferio cerebral que se encuentra detrás de las sienes y debajo de la fisura lateral frente al lóbulo occipital.

**Locura** Término legal que señala incompetencia mental, incapacidad para distinguir "el bien del mal" e incapacidad para cuidar de sí mismo.

**Locus, gen** Posición característica dentro de un cromosoma en el cual se localiza un par de genes en particular.

**Locus de control** Característica de la personalidad que describe Julian Rotter, en la cual una persona cree que tiene el poder de afectar el resultado de las situaciones (locus de control interno) o que tiene muy poco control sobre lo que sucede (locus de control externo).

**Logoterapia** Término utilizado por Viktor Frankl para su terapia existencial-humanista.

**LSD (dietilamina del ácido lisérgico)** Alucinógeno sintético que se produce químicamente y que tiene propiedades psicotomiméticas.

**Lunático** Término que se empleaba en el pasado para describir a las personas con sus facultades mentales alteradas. La palabra proviene de *luna*, que se refiere a la antigua creencia de que quienes los dementes estaban abstraídos por la luna.

**Luto** Estado que se guarda después de haber perdido a alguien por medio de la muerte.

## M

**MAEC** Véase *mapeo de la actividad eléctrica cerebral*.

**Magnitud del efecto** Método estadístico para determinar qué tan prácticas y significativas son las diferencias entre dos o más grupos. Incluso si son

estadísticamente diferentes, el tamaño de la diferencia puede tener poca importancia.

**Manía** Estado eufórico e hiperactivo en el cual se ve afectado el juicio de una persona.

**Mantenimiento con metadona** Empleo de la metadona como sustituto de la heroína. La metadona evita los síntomas de abstinencia y elimina el deseo por la heroína, aunque también tiene efectos secundarios indeseables.

**Mantra** Véase *meditación*.

**Manual diagnóstico y estadístico (DSM)** Sistema de clasificación de la conducta anormal publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría. Por lo general, el sistema, cuya versión actual es llamada DSM-IV-TR, es utilizado en Estados Unidos para el diagnóstico oficial y para propósitos de documentación administrativa.

**Mapeo de la actividad eléctrica cerebral (MAEC)** Técnica para el estudio de la actividad eléctrica cerebral en la cual los impulsos eléctricos se resumen en esquemas de color.

**Marihuana** Sustancia derivada de las hojas o los tallos en flor de la planta cannabis. Cuando se fuma se alcanza un estado de ensueño y conciencia alterada, en el cual las ideas son incoherentes, incontrolables y abundantes. Bajo la influencia de la marihuana, la conducta es impulsiva y se eleva el estado de ánimo.

**Masochismo** Desviación en la que el placer sexual se logra a través del dolor que una persona se causa a sí misma, de ser dominada o maltratada.

**Masochista** Persona que practica el masochismo.

**Masturbación** Autoestimulación de los genitales con el propósito de producir placer sexual.

**Mecanismo de defensa** Término psicoanalítico para designar distintas operaciones psíquicas que utiliza el yo para evitar la conciencia de estímulos desagradables que provocan ansiedad. El yo emplea los mecanismos de defensa de manera selectiva para detener la ansiedad que se origina en el ello, el superyo o los peligros presentes en la realidad externa.

**Media** Promedio matemático.

**Mediador** Vínculo (por ejemplo entre un estímulo y la conducta resultante). Los mediadores no hacen una contribución independiente a un

resultado; más bien, su influencia se debe a otra variable relacionada tanto a ellos como al resultado.

**Mediana** Valor que se encuentra a la mitad entre las calificaciones más altas y las más bajas cuando éstas están ordenadas desde de menor a mayor.

**Medicina conductual** Área que se enfoca en las maneras de mejorar la salud, el tratamiento y la rehabilitación mediante el uso de técnicas conductuales para ayudar a las personas a adoptar formas de vida en general más saludables y seguir los planes de tratamiento para manejar problemas específicos. También se dedica a ayudar a mejorar el servicio de las personas que proporcionan cuidados de la salud.

**Medio** Ambiente, escenario.

**Meditación** Técnica para relajarse mediante la concentración en un pensamiento, sensación o palabra especial o mantra.

**Médula adrenal** Una de las dos partes principales de las glándulas adrenales, la parte del sistema endocrino que se localiza exactamente arriba de los riñones. Su función principal es la secreción de hormonas en situaciones de emergencia.

**Melatonina** Hormona producida por la glándula pineal importante en el ciclo del sueño.

**Mente** Conciencia humana que se muestra en el pensamiento, la percepción y la memoria. Refleja la dicotomía artificial que se realiza con frecuencia entre la mente y el cuerpo.

**Metaanálisis** Técnica que se emplea para combinar los datos de varios estudios de manera que tengan un significado. Se utiliza para investigar los efectos de la psicoterapia en los pacientes.

**Metacognición** Conocimiento de una persona sobre sus propios procesos cognitivos y los productos de éstos.

**Metadona** Químico sintético cuya acción es similar a la de la morfina. Debido a que se sostiene que su uso no lleva a la escalación de la dosis, algunas autoridades lo prescriben para tratar la adicción a la heroína.

**Metanfetamina** Compuesto químico relacionado con la anfetamina pero con efectos mayores en el sistema nervioso central. A menudo se le llama "cocaína de los pobres".

**Metilfenidato** Droga estimulante (Ritalin) que en ocasiones se utiliza para tratar la hiperactividad.

**Método clínico** Estudio de caso de la persona por medio de la observación. En gran medida, puede depender de los juicios intuitivos del clínico, más que de la experimentación y la medición sistemáticas.

**Método doble ciego** Diseño experimental que se emplea en la investigación sobre drogas. Ni los sujetos ni las personas que realizan el experimento saben si el medicamento que se administra a los distintos grupos de comparación son activos o inertes (placebos).

**Método experimental** Estudio de los factores que ejercen influencia en el resultado mediante la manipulación de una o más variables experimentales, en lugar de sólo observar lo que ocurre en forma natural.

**Microcefalia** Condición asociada con el retraso y el deterioro mental, donde el tamaño de la cabeza de la persona es menor que la media.

**Miedo** Emoción desagradable y con frecuencia fuerte provocada por la anticipación o conciencia del peligro.

**Migraña** Véase *dolor de cabeza, migraña*.

**Moda** Calificación obtenida por un gran número de sujetos.

**Modelamiento** Conducta que se aprende o modifica como resultado de la observación de la conducta de otras personas. Para aprender la nueva conducta, quien estudia no tiene que imitar la respuesta observada ni recibir ningún reforzamiento por realizarla. El término se emplea en combinación con aprendizaje por observación. Véase también *modelamiento encubierto, en vivo o simbólico*.

**Modelamiento en vivo** Aprendizaje a través de la observación directa de otra persona que realiza el acto o actos que se deben aprender.

**Modelamiento encubierto** Aprendizaje por medio de la imaginación de la forma en que otros realizan una tarea o por la anticipación de la respuesta que daría si presenta cierto tipo de conducta.

**Modelamiento participante** Procedimiento terapéutico en el cual primero el terapeuta demuestra la respuesta al paciente y después éste produce la misma respuesta con sugerencias por parte del terapeuta.

**Modelamiento simbólico** Aprendizaje a través de la observación de secuencias en película o cinta de video de alguien que realiza el acto o actos que

se deben aprender o aprendizaje de las respuestas apropiadas al escuchar cintas de audio o la lectura de un texto.

**Modelo biopsicosocial** Punto de vista que hace hincapié en la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes de la conducta y el funcionamiento del organismo.

**Modelo categórico** Planteamiento de clasificación que se utiliza en el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). En este método, el diagnóstico se puede realizar si se cumple con cierta cantidad de criterios, en lugar de requerir la satisfacción de todos ellos.

**Modelo de distorsión cognitiva** Modelo de depresión desarrollado por Aaron Beck, quien sostiene que ciertos tipos de errores cognitivos son específicos de la depresión. Entre ellos se incluyen la triada cognitiva: pensamientos negativos sobre uno mismo, la situación y el futuro. En contraste con las personas ansiosas que se preocupan sobre lo que el futuro les pueda deparar y si podrán manejar estos eventos, las personas depresivas piensan que no podrán manejar las situaciones negativas que les ocurran en el futuro y proyectan lo que sucedió en el pasado.

**Modelo de los cinco factores** Enfoque a la personalidad que la describe en términos de cinco categorías básicas: estabilidad emocional, extroversión, disposición a la experiencia, afabilidad y escrupulosidad.

**Modelo de rehabilitación** Tipo de hospital de día o de tiempo completo en el cual se ofrece atención para mejorar el funcionamiento social y vocacional. Por lo general, el tratamiento tiene una extensión limitada pero puede durar más que el cuidado intensivo.

**Modelo del neurodesarrollo** En el estudio de la esquizofrenia, este modelo da por sentado que la anomalía relacionada con el desarrollo neuronal ocurre al principio de la vida pero que no se manifiesta hasta que la región afectada del cerebro madura durante el curso normal del desarrollo.

**Modelo dimensional** Planteamiento para clasificar que se centra en patrones de características para determinar los perfiles de los rasgos que distinguen las distintas categorías. El Inventario

Multifásico de la Personalidad de Minnesota se emplea en esta forma.

**Modelo monogenético (gen único)**

Teoría de herencia que sostiene que un gen de un locus en particular (una parte de un cromosoma) es suficiente para producir una característica hereditaria.

**Modelo poligenético multifactorial**

Teoría que sostiene que varios genes de distintas ubicaciones se pueden combinar para producir una característica o trastorno particulares.

**Modelo poligénico** Teoría genética que sostiene que varios genes en diferentes ubicaciones deben interactuar para producir una característica heredada en particular.

**Modificación cognitiva** Técnica mediante la cual las personas aprenden a modificar los patrones de pensamiento desadaptado o sustituir los antiguos diálogos internos negativos.

**Modificación conductual** Tipo de terapia que se basa en los principios del condicionamiento operante.

**Moldeamiento** Proceso básico del condicionamiento operante que involucra el reforzamiento de aproximaciones cercanas y exitosas a una conducta deseada.

**Monoaminooxidasa (MAO)** Enzima existente en los receptores de las neuronas que desactiva las distintas aminas, incluyendo las catecolaminas.

**Morfina** Principal derivado del opio, que se emplea extensivamente para aliviar el dolor.

**Mosaquismo** Condición en la cual no todas las células de una persona tienen la misma cantidad de cromosomas, como resultado de un error en la división celular en el óvulo fertilizado.

**Movimiento coreiforme** Muecas faciales involuntarias, fuertes sacudidas y movimientos contorsionistas característicos de la enfermedad de Huntington.

**Movimiento de eugenesia** Movimiento social desacreditado en estos días que apoya el desarrollo de programas de esterilización de personas que tienen retraso mental con la idea de que este acto mejorará el inventario genético de la población.

**Movimiento de rastreo ocular** Estudio de los movimientos oculares de seguimiento suave y de saltos mientras una persona trata de seguir un estímulo que se mueve

rítmicamente. Uno de sus objetivos es descubrir indicios genéticos de vulnerabilidad.

**Movimiento ocular sacádico** Sacudida rápida del ojo intercalada con fijación estática con control voluntario.

**Movimientos oculares de búsqueda suave** Tipo de movimientos que en esencia son involuntarios y que ocurren cuando una persona sigue visualmente los movimientos rítmicos de un objeto, como un péndulo.

**Muestreo** Proceso en el que los casos o sujetos se extraen de una población más grande. Ya sea por casualidad o debido a la forma en que se seleccionaron, estos casos no tienen características similares a la población más grande, por lo que los resultados de la investigación pueden no reflejar la verdadera relación de variables en el grupo.

**Muestreo representativo** Selección de personas de un grupo grande que, como grupo, tienen la misma distribución de la característica o características bajo estudio que se encuentran en poblaciones grandes. La selección de este tipo de muestreo permite al investigador generalizar sobre los resultados del estudio que puedan aplicarse a un grupo más amplio que sólo a personas que han participado en el estudio actual.

**Mutación** Cambio repentino en la composición de un gen, que por lo general provoca características anormales en la progenie.

**Mutante** Célula en la cual se alteró el material hereditario. Esta mutación puede ser espontánea (que ocurre en forma natural) o inducida por factores internos como la radiación y ciertos químicos.

## N

**Naloxona** Fármaco que bloquea los efectos analgésicos de las endorfinas.

**Naltrexona** Fármaco que evita la reincidencia en la adicción a la heroína y otros opiáceos al bloquear los receptores específicos.

**Narcisismo** Término para designar el amor por sí mismo o el ensimismamiento que se deriva del mito griego sobre Narciso, (quien se enamoró de lo que pensó era una ninfa acuática pero que, en realidad, era su propio reflejo en un estanque).

**Narcolepsia** Tipo de alteración del sueño en el que la persona ingresa directamente a la fase de sueño REM.



A menudo produce somnolencia incontrolable durante las horas del día así como experiencias inusuales durante el sueño. Se cree que tiene algunos fundamentos genéticos.

**Narcóticos** Término legal para denominar las drogas adictivas, las más comunes de las cuales son los opiáceos, que se derivan de la amapola oriental.

**Negación** Mecanismo de defensa que permite el rechazo de los elementos de la realidad que serían conscientemente intolerables; negación de las experiencias de la realidad a través de la falta de aceptación.

**Negligencia infantil** Característica de la conducta de la persona que se encarga de cuidar a un niño, al cual no le proporciona un ambiente saludable, el alimento, la ropa ni la supervisión adecuadas.

**Neoanalista** Teórico que está de acuerdo con una versión revisada de los conceptos de Freud.

**Neofreudiano** Perteneciente a los antiguos seguidores de Freud que se apartaron del psicoanálisis ortodoxo para crear varias doctrinas importantes. En tanto que los psicólogos del yo se consideran a sí mismos psicoanalistas, los neofreudianos no. Entre los neofreudianos prominentes se encuentran Adler, Jung y Sullivan. Sus escritos hacen hincapié en los determinantes sociales y culturales del comportamiento.

**Neurociencia** Área interdisciplinaria de la ciencia que trata de explicar la relación entre la estructura y función cerebrales y la conducta, el afecto y las cogniciones.

**Neurofarmacología** Campo especializado enfocado en el desarrollo de fármacos para compensar los defectos o deficiencias en los químicos del cerebro y la transmisión neuronal.

**Neurogénesis** Producción de nuevas células cerebrales.

**Neurólogo** Especialista en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sistema nervioso.

**Neurona** Célula nerviosa.

**Neuropsicología** Rama de la psicología que trata de las relaciones conducta-cerebro.

**Neurorreceptores** Proteínas localizadas en las dendritas neuronales que recogen y transmiten señales a través del cerebro y sistema nervioso.

**Neurosis** Término antiguo para los que en la actualidad se conocen como trastornos de ansiedad.

**Neurosis traumática** Síntomas psicológicos que ocurren después de un suceso traumático, pero que no son el resultado directo del daño físico.

**Neurotransmisor monoamina** Tipo de neurotransmisor con un aminoácido sencillo distintivo ( $\text{NH}_2$ ) en su estructura molecular. Hay dos tipos de monoaminas: catecolaminas e indolaminas.

**Neurotransmisores** Producto químico del sistema nervioso que hace posible el movimiento de los impulsos nerviosos a través de la sinapsis.

**Nicotina** Sustancia psicoactiva volátil, principal químico activo del tabaco.

**No disyuntivo** Presencia de un cromosoma extra en lo que debería ser un cromosoma par.

**Non compos mentis** Término latino que significa “no sano de mente” (y, por lo tanto, no responsable legalmente).

**Norepinefrina** Hormona también llamada noradrenalina, producida por la médula adrenal. Integra el grupo de las catecolaminas.

## O

**Obligación de avisar** Precedente legal que plantea que si un terapeuta cree que un paciente quiere dañar a otra persona, tiene la obligación de informar a la posible víctima del peligro a pesar del conflicto de mantener confidencial lo que se analizó durante las sesiones de terapia.

**Observación de línea base** Procedimiento de condicionamiento operante en el cual se establece una puntuación inicial para alguna respuesta. Se puede utilizar para propósitos descriptivos o como una condición de control antes de introducir procedimientos de modificación conductual y comparaciones subsecuentes de puntajes de respuesta.

**Observaciones operantes** Tipo de observación conductual en la que las observaciones concernientes a las frecuencias de ciertas conductas específicas se realizan antes de que comience el tratamiento.

**Onda alfa** Tipo particular de actividad eléctrica cerebral que, por lo general, se observa cuando una persona está

tenso y cuya frecuencia disminuye con la somnolencia o relajación.

**Ondas delta** Ondas extremadamente lentas que aparecen en la tercera fase del sueño y dominan en la cuarta fase.

**Opiáceos** Sustancias naturales o sintéticas derivadas del jugo de la amapola del opio.

**Opioide** Droga con una acción parecida a la morfina. Puede ser una sustancia natural o sintética.

**Orgasmo** Tercera etapa de la respuesta sexual, que comprende contracciones musculares rítmicas y excitación física elevada. En los hombres, la eyaculación del semen tiene lugar durante esta etapa.

**Orientación de exposición** Noción de que la adicción a las drogas es causada por un ambiente que ofrece disponibilidad de las sustancias.

**Orientación interaccionista (en las adicciones)** Noción de que tanto aspectos de la persona como de la situación son importantes para determinar si ocurrirá la adicción. Las personas que pueden consumir drogas mientras se encuentran en una situación estresante a largo plazo pueden no mostrar signos de adicción, como la abstinencia, cuando se les transfiere a un ambiente menos estresante en el que están ausentes las señales que acompañaban su consumo.

**Orientación sexual** Término que se refiere sólo a la elección de una persona de un compañero sexual del mismo sexo o del sexo opuesto. No se refiere al autoconcepto sexual de una persona. Diferente de *identidad sexual*.

## P

**Paradigma** Modelo o ejemplo.

**Parafilía** Desviación sexual que se caracteriza por la elección de parejas sexuales inapropiadas u objetos inadecuados para el acto sexual. Algunos ejemplos son la pedofilia, el sadismo y el voyeurismo.

**Parálisis del sueño** Síntoma de narcolepsia en el que la persona afectada no puede moverse o hablar por cierto periodo después de despertar.

**Paranoia** Véase *trastorno delirante*.

**Paraprofesionales** Término que se emplea para describir a los trabajadores que recibieron cierta capacitación básica que les permite desempeñar actividades que antes realizaban los profesionales. Con

frecuencia, los paraprofesionales provienen de las mismas comunidades y tienen los mismos antecedentes educativos que las personas que tratan o ayudan.

**Parasomnias** Grupo de trastornos del sueño caracterizados por conducta anormal y eventos psicológicos que ocurren durante el sueño, en etapas específicas o en la transición sueño-vigilia. Su ocurrencia no puede atribuirse a otras condiciones mentales o médicas o a abuso de sustancias. Ejemplos: pesadillas y terrores nocturnos.

**Parasuicidio** Término que se utiliza para describir cualquier acto que no termina con la muerte, en el cual la persona se hace daño en forma deliberada o toma una sobredosis de drogas con la intención aparente de suicidarse.

**Parche transdérmico** Almohadilla de múltiples capas aplicada a la piel con un adhesivo que permite la absorción gradual del medicamento o químico por el organismo durante un periodo prolongado. A menudo se utiliza para administrar pequeñas cantidades de nicotina a personas que intentan dejar de fumar.

**Parens patriae** Doctrina legal que otorga al Estado el poder para actuar en lo que considera ser los intereses de un adulto incapacitado o un menor de edad.

**Paresis** Condición cerebral crónica y con deterioro progresivo causada por una infección sifilítica que se caracteriza por la pérdida de las funciones cognitivas y motrices, trastorno del lenguaje y finalmente la muerte.

**Paresis general** Véase *paresis*.

**Patrón mendeliano de herencia**

Llamado así por Gregor Mendel, quien descubrió la existencia de los genes. Mendel desarrolló tres teorías: primero, que durante la formación de las células sexuales, se crean parejas de factores genéticos con el fin de que el espermatozoide y el óvulo contengan cada uno la mitad del conjunto final de genes del nuevo ser; segundo, que los rasgos se heredan separado, no enlazados; y tercero, que cada característica es determinada por la interacción de dos factores hereditarios o genes. En los rasgos que estudió, Mendel descubrió que unos factores predominan sobre otros. Por ejemplo, el gen de la alta estatura es dominante; el individuo es bajo sólo

cuando hereda dos genes relacionados con la corta estatura.

**PCP** Véase *fenilciclidina*.

**PDC** Véase *Prueba del desempeño continuo*.

**Pedofilia** Desviación sexual en la cual un adulto desea o sostiene relaciones sexuales con un niño. Puede ser de naturaleza homosexual o heterosexual.

**Pedófilo** Persona de 16 años de edad o mayor que sostiene actividad sexual con uno o más niños preadolescentes.

**Pelagra** Enfermedad crónica causada por la deficiencia de niacina. Los síntomas incluyen erupciones de la piel, molestias digestivas y del sistema nervioso que pueden provocar una conducta similar a la de los psicóticos.

**Pensamiento autista** Término utilizado para describir ciertos tipos de patrones del pensamiento esquizofrénico caracterizados por un pensamiento enfocado en sí mismo que sólo entiende la persona.

**Pensamiento irracional** Ideas y creencias que se derivan de una respuesta emocional en lugar del razonamiento.

**Pensamiento racional** Pensamiento que se basa en el razonamiento y la lógica, no en la observación ni la evidencia experimental.

**Pensamientos automáticos**

Pensamientos recurrentes que surgen en la mente aparentemente sin referencia a una situación externa. Parecen ser más habituales que las respuestas al medio ambiente. Los pensamientos automáticos son considerados por los teóricos cognitivo-conductuales como factores importantes en la persistencia de la depresión.

**Periodo de latencia** De acuerdo con Freud, periodo desde los cinco años hasta la adolescencia durante el cual los impulsos sexuales del niño no se enfocan primordialmente en actividades que le proporcionen placer.

**Periodos sensitivos** Periodos del desarrollo en el que puede cambiar un circuito cerebral en particular o en el que son posibles tipos específicos de aprendizaje.

**Persona incompetente** Término legal que se utiliza para describir a las personas que no son capaces de entender el significado de los procedimientos legales en los que toman parte ni de consultar a un

abogado de manera que pueda ayudarles en su defensa.

**Personalidad** Conjunto particular de atributos que definen la individualidad de la persona.

**Personalidad dependiente oral** Término psicodinámico que describe a las personas que afirman parte importante de su gratificación psicológica en actividades tales como comer, tomar, fumar, y que pueden mostrar características de personalidad dependiente.

**Personalidad tipo A** Patrón de conducta caracterizado por competitividad extrema, lucha por el éxito, inquietud, hipervigilancia, lenguaje explosivo, tensión de los músculos faciales, sensación de estar bajo presión de tiempo y de tolerar responsabilidad excesiva, asociado con un alto riesgo de padecer enfermedades coronarias.

**Personalidad tipo B** Patrón de conducta caracterizado por los extremos opuestos a la personalidad tipo A; se cree que tiene bajo riesgo de sufrir una enfermedad coronaria.

**Personas non compos mentis** Véase *non compos mentis*.

**Perspectiva biológica** Enfoque teórico que sostiene que todos los trastornos, físicos o de conducta, tienen causas biológicas. Éstas se pueden encontrar en la herencia, en un accidente genético o en una infección o trauma corporal.

**Perspectiva cognitiva** Punto de vista que considera que la conducta puede ser el resultado del procesamiento de información y la solución de problemas. Hace hincapié en los procesos mentales por los cuales la persona se da cuenta o puede darse cuenta.

**Perspectiva comunitaria-cultural** Punto de vista de que gran parte de la conducta desadaptada es el resultado de malas condiciones de vida, pobreza, discriminación, etc. Se hace hincapié en las actividades preventivas.

**Perspectiva conductista** Teoría de la conducta basada en la idea de que la conducta de una persona es aprendida más que basada en la genética. Según este punto de vista, la conducta se basa en experiencias pasadas en el medio ambiente.

**Perspectiva existencial-humanista** Noción de que todas las personas son únicas y deben ser libres de realizar sus propias elecciones sobre la

- dirección de su vida. Hace hincapié en la libertad creativa y en el potencial de la persona.
- Perspectiva psicodinámica** Punto de vista que hace hincapié en los pensamientos y emociones como los determinantes más importantes de la conducta. Las ideas básicas provienen del trabajo de Sigmund Freud.
- Perspectiva teórica** Conjunto particular de creencias o ideas que determina lo que la gente observa en la conducta, cómo lo interpreta y cómo cree que se deben manejar los problemas.
- Pesadillas** Sueños aterradores que tienden a ocurrir durante el sueño REM. Véase también *parasomnias*.
- Placa** Depósito anormal encontrado en el cuerpo, en las arterias de personas con arteriosclerosis o en células nerviosas de personas con la enfermedad de Alzheimer.
- Placebo** Sustancia inactiva o inerte que se presenta como remedio eficaz para algún problema con el objeto de determinar qué papel juega la sugestión en el cambio de los síntomas.
- Plasticidad neuronal** Capacidad del sistema nervioso para cambiar en respuesta a un estímulo. Véase también *periodos sensitivos*.
- Polígrafo** Instrumento que mide las respuestas emocionales por medio de las reacciones fisiológicas, como la presión sanguínea y la respuesta galvánica de la piel. Por lo general, se conoce como detector de mentiras.
- Polisomnografía** Monitoreo de varios procesos biológicos durante el sueño.
- Posadas-dormitorio** Instalaciones comunitarias que proporcionan refugio a las personas que se están recuperando de una enfermedad mental.
- Postvención** Intervención terapéutica en la que los sobrevivientes reciben tratamiento de apoyo.
- Preconsciente** Pensamientos que no se conservan en la mente de una persona en un momento en particular, pero que se pueden hacer conscientes con facilidad.
- Prevalencia** Información relacionada con el número de casos de un trastorno en particular que es continuo en un periodo determinado. Contrasta con *incidencia*.
- Prevención centrada en la competencia** Acciones para prevenir la conducta desadaptada mediante la ayuda de personas en riesgo de desarrollar capacidades de afrontamiento.

- Prevención enfocada en la situación** Acciones para prevenir la conducta desadaptada mediante el cambio de aspectos del ambiente. Por ejemplo, ofrecer actividades que se realizan después de la escuela para evitar que los niños salgan a las calles, o utilizar pintura sin plomo para evitar que los niños ingieran este metal, que le puede provocar retraso mental.
- Prevención primaria** Esfuerzos por prevenir el desarrollo de la desadaptación mediante la eliminación de los factores que la favorecen.
- Prevención secundaria** Esfuerzos dirigidos a detectar en forma temprana signos o síntomas para prevenir una condición más grave.
- Prevención terciaria** Esfuerzos que se dirigen a reducir la afección que puede resultar de un trastorno determinado.
- Principio de placer** Término psicoanalítico que se da al mecanismo regulador de la vida mental que funciona para reducir la tensión y obtener placer. Principio que regula el funcionamiento del ello para obtener placer sin tomar en cuenta las consideraciones de la realidad.
- Problemas con la bebida** Término para designar el patrón de abuso del alcohol que no incluye la dependencia de la bebida ni la adicción fisiológica.
- Problemas externalizados** Trastornos caracterizados por conductas destructivas u hostiles hacia otros. Esta categoría incluye el trastorno del déficit de atención con hiperactividad, trastorno de la oposición desafiante y trastornos de la conducta.
- Proceso primario del pensamiento** Modo cognitivo primario, característico de los bebés y niños que no se basa en las reglas de organización o lógica. La presencia del proceso primario del pensamiento, libre asociación en su forma pura, es característica del ello. El proceso primario del pensamiento es ilógico, está orientado completamente al placer, no tiene sentido del tiempo u orden, y no discrimina la realidad de la fantasía. Se lo compara con el *proceso secundario del pensamiento*.
- Proceso secundario del pensamiento** Concepto psicoanalítico que se refiere al pensamiento adulto organizado, lógico y orientado hacia la realidad.

- Mientras que el proceso primario del pensamiento es característico del ello y se basa en el principio del placer, el secundario es una función del yo basada en el principio de la realidad.
- Prognosis** Pronóstico; curso y resultado probables de un trastorno.
- Programa de prevención de recaídas** Programas enfocados en identificar situaciones problemáticas y ayudar al paciente a identificar dispositivos de afrontamiento que pueden ayudarlo a sentir control sobre las situaciones. Se utiliza en el tratamiento cognitivo-conductual manejar para problemas de alcoholismo y otras disfunciones adictivas.
- Programa de reforzamiento** Plan de entrega de algunos reforzadores a pesar de que la persona presenta una respuesta deseada en particular. Por ejemplo, puede darse cada vez que ocurre una conducta; en un programa regular; a la quinta vez que sucede de manera continua o intermitente; una vez durante un grupo de cinco respuestas.
- Proyección** Mecanismo de defensa que comprende la atribución a otras personas de características o impulsos indeseables que presenta la persona pero que no son aceptables por ella.
- Prozac** Nombre comercial del fármaco fluoxetina. (Una del grupo de antidepresivos llamados SSRI.) Se utiliza para tratar depresión y ansiedad. Se considera útil en algunos otros trastornos. Existe una considerable controversia sobre su uso.
- Prueba de ansiedad** Respuesta aprensiva inusual ante situaciones de evaluación. Por lo general, factor de un pobre desarrollo debido a preocupaciones y pensamientos interferidos.
- Prueba de apercepción temática (TAT)** Prueba proyectiva que consiste en ilustraciones ambiguas. Se pide al sujeto que relate una historia acerca de cada ilustración. La dinámica de la personalidad se deduce de estas historias.
- Prueba de asociación de palabras** Técnica proyectiva en la cual se presenta una lista de palabras de una en una. Se pide al paciente que responda a cada reactivo con la primera que le venga a la mente.
- Prueba de frases incompletas** Prueba proyectiva en la cual se presenta al paciente una serie de frases

incompletas y se le pide que complete cada una.

**Prueba de inteligencia Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-III)**

Se utiliza para niños de entre tres y siete años. Emplea el mismo formato general que la Escala de inteligencia Wechsler para adultos e indica el CI verbal, de ejecución y total.

**Prueba de manchas de tinta de Rorschach**

Prueba proyectiva que desarrolló Hermann Rorschach, en la cual se muestra a la persona una serie de manchas de tinta ambiguas y se le pide que describa lo que ve en ellas.

**Prueba de supresión de la dexametasona**

Prueba química que se utiliza en un intento por diferenciar a las personas deprimidas que pueden recibir ayuda por medio de distintos tratamientos.

**Prueba del desempeño continuo** Prueba de atención visual sostenida en la cual se requiere que el sujeto indique cada vez que se presente cierto estímulo e ignore todos los demás.

**Prueba gestáltica-visomotora de Bender**

Prueba neuropsicológica clásica utilizada para ayudar a diagnosticar la función cerebral anormal. Se le pide a la persona copiar una serie de figuras bidimensionales. La precisión de las copias es fácil de medir.

**Pruebas de Binet** Prueba de inteligencia basada en el concepto original de Binet, en el cual se pide a la persona que se somete a ella que realice una variedad de tareas que evalúan el razonamiento, la capacidad para seguir instrucciones y el juicio. Originalmente, los resultados se basaban en el concepto del coeficiente intelectual o CI como la relación de la calificación de la prueba o el nivel mental con la edad cronológica, pero en la actualidad se calculan en términos de cuánto se desvía la calificación que obtiene la persona de la media de calificaciones de esa edad cronológica en particular.

**Pruebas de inteligencia** Pruebas estandarizadas que miden la variedad de funciones cognitivas como la información y capacidades para resolver problemas, que a menudo pretende predecir el potencial del futuro éxito escolar.

**Pruebas neuropsicológicas** Pruebas que pretenden medir varias consecuencias de las anomalías cerebrales sobre las capacidades cognitivas, sensoriomotoras y perceptuales.

**Psicoanálisis** Término que tiene tres significados 1) teoría de la psicología y la psicopatología que desarrolló Freud a partir de sus experiencias clínicas con sus pacientes; 2) procedimiento para investigar la vida mental, los conflictos y los procesos de afrontamiento, que emplea las técnicas de asociación libre, análisis de los sueños e interpretación de los fenómenos de transferencia y resistencia; y 3) forma de terapia que utiliza el procedimiento psicoanalítico y las teorías de la personalidad y la psicopatología recién descritas.

**Psicodrama** Método de terapia de grupo según el cual las personas representan sus respuestas emocionales en situaciones que consideran difíciles y, además practican roles nuevos y constructivos.

**Psicología cognitiva** Estudio de los seres humanos como procesadores de información y personas que resuelven problemas. El centro de atención se amplió hace poco tiempo por medio de los estudios tradicionales de la memoria, la atención y la solución de problemas para incluir los efectos de los factores de la personalidad y las emociones sobre el aprendizaje y el desempeño.

**Psicología comunitaria** Rama de la psicología aplicada que se dedica a modificar tanto la conducta de la persona como la estructura del sistema social para producir beneficios óptimos para ambos. Con frecuencia, los psicólogos comunitarios se interesan sobre todo en prevenir la conducta desadaptada.

**Psicología de la salud** Área de la psicología que se encarga tanto de llamar la atención sobre las formas en que se pueden prevenir las enfermedades al cambiar los hábitos de vida, como de ayudar a las personas a modificar una conducta que aumenta los riesgos contra la salud.

**Psicología del yo** Desarrollo de la teoría psicoanalítica que enfoca su atención en los procesos racionales o funciones del yo. El trabajo teórico de Erik Erikson es un ejemplo de la psicología del yo.

**Psicólogo clínico** Psicólogo del área clínica que tiene una capacitación especial y capacidades para evaluar y tratar la conducta desadaptada.

**Psicométrico** Término que se refiere a las medidas del funcionamiento psicológico.

**Psicomotor** Vocablo que se utiliza para describir la acción muscular que resulta de una actividad mental previa, en especial una actividad mental consciente.

**Psiconeuroinmunología** Área de especialización científica que se dedica a la comprensión de las relaciones entre la conducta, la actividad neuronal y el sistema inmune.

**Psicópata** Término que empleó Harvey Cleckley para describir a las personas antisociales que presentan un grupo determinado de características que incluyen el encanto, ausencia de ansiedad o culpa, pobreza de juicio y fracaso en el aprendizaje de la experiencia.

**Psicosis** Trastorno que incluye cualquiera de los síntomas siguientes: delirios, alucinaciones, incoherencia, desvarío del pensamiento, pobreza marcada del contenido del pensamiento, falta de lógica y conducta desorganizada o catatónica.

**Psicosis postraumática** Síntomas psicóticos que aparecen repentinamente después de un daño al cerebro o de un suceso estresante.

**Psicoterapia** Término general que se refiere a las técnicas psicológicas, verbales y expresivas que se utilizan para tratar la conducta desadaptada. El paciente intenta resolver los conflictos internos y modificar su conducta por medio de intercambios verbales con el terapeuta. El "insight" sobre los sentimientos y las conductas es el objetivo de la mayoría de las psicoterapias.

**Psicoterapia cognitiva** Terapia que se enfoca en clarificar el sistema de creencias del paciente y la forma en que se relaciona con la desadaptación y la infelicidad. La atención se centra en confrontar creencias inexactas o desadaptadas que representan una amenaza.

**Psicoterapia interpersonal (PIT)** Forma de psicoterapia que se enfoca en aumentar la eficacia social de los pacientes y el grado en que se sienten que le importan a los demás.

**Psicótico** Adjetivo que indica la presencia de psicosis.

**Psilocibina** Una de las dos sustancias psicoactivas que se aislaron del hongo psilocibino.



**Psiquiatra** Médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales.

**Punto de vista organísmico**

Perteneciente al organismo como un todo, más que a partes en específico. Conducta que se considera como una función interrelacionada e interactiva del organismo integrado.

## R

**Racionalización** Justificación mental de la conducta que sirve como excusa por hacer algo que no es socialmente aceptado.

**Racismo** Creencias y actitudes que humillan a los miembros de grupos raciales particulares. Por lo general, los resultados son menos oportunidades educativas, condiciones de vida inferiores y estatus económico bajo para los miembros de ese grupo.

**Rango** Medida simple de variabilidad; diferencia entre las calificaciones más altas y más bajas que los sujetos reciben en una prueba en particular u otro instrumento de medición.

**Rasgo expresado** Rasgo dominante en la persona que se determina ya sea por un gen dominante o por un par de genes recesivos. Si sólo un gen recesivo está presente, la persona tiene el potencial de transmitir una característica genética, pero ésta no se puede observar en ella.

**Reactividad** Cambios que ocurren en la conducta cuando un sujeto sabe que es estudiado. Este factor hace más difícil la exactitud de que el comportamiento estudiado en el laboratorio o en los estudios clínicos pueda inferirse como predictivo de conductas en otras situaciones no relacionadas con el estudio.

**Reactor frío** Término utilizado por quienes muestran respuestas cardiovasculares normales ante el estrés. Contraste con *reactores calientes*.

**Reactores calientes** Término para aquellos que muestran intensas respuestas cardiovasculares al estrés (por ejemplo, aumento en la presión arterial).

**Recaída** Reaparición de síntomas después de un periodo de mejora (pero no completo, a la normalidad) o después de una breve remisión o regreso a la normalidad que no es lo suficientemente larga como para calificar como recuperación.

**Reclusión Internamiento** en una institución, por lo regular sin el consentimiento del internado, por medio de un procedimiento legal. Véase también *reclusión civil*, *reclusión criminal*.

**Reclusión civil** Internamiento de una persona en una institución basada en el juicio de que es un peligro potencial para sí misma y para los demás.

**Reclusión civil involuntaria** Internación en un hospital psiquiátrico permitido por las leyes de Estado si una persona es declarada enferma mental y potencialmente peligrosa para sí mismo o para otros. Esta medida se basa en la doctrina *parens patriae*, en la que el Estado actúa en el interés del menor o adulto imposibilitado.

**Reclusión civil voluntaria** Internación en un hospital psiquiátrico con el consentimiento de la persona por considerarse un enfermo mental.

**Reclusión criminal** Reclusión de una persona en una institución con base en el juicio de que es culpable de un acto criminal y que además está legalmente demente.

**Reclusión de pacientes no hospitalizados** Procedimiento basado en la ley de algunos estados que requieren que los enfermos mentales que no son peligrosos pero que probablemente lo sean si suspenden su tratamiento, tomen sus medicinas y mantengan sus citas de salud mental.

**Reestructuración cognitiva** Técnica utilizada por Albert Ellis y otros terapeutas cognitivos que permite que el paciente esté conciente de la conexión entre pensamientos irracionales y la conducta desadaptada que él evoca. Los pacientes son ayudados a desarrollar maneras más racionales de apreciar su conducta.

**Reforzador** Consecuencia de una conducta que hace que sea más probable que ésta se presente nuevamente. Un reforzador positivo logra este resultado al provocar una recompensa o placer. Un reforzador negativo es un estímulo que cesa cuando se logra la conducta deseada. Véase *castigo*.

**Reforzador negativo** Tipo de estímulo opuesto que se elimina en cuanto la respuesta deseada ocurre, con lo cual aumenta la probabilidad de esa respuesta.

**Reforzador positivo** Véase *reforzador*.

**Reforzamiento** Cualquier evento (estímulo) que, si depende de la respuesta de un organismo, cambia la probabilidad de que la respuesta se presente nuevamente. Los reforzamientos pueden ser positivos (recompensas) o negativos (aversivos) y se pueden presentar de acuerdo con un programa prescrito (continuo, intermitente). También pueden ser primarios (que reducen los impulsos; por ejemplo, la comida) o secundarios (que se derivan de la asociación previa con un reforzador primario; por ejemplo, dinero, premio).

**Regla de M'Naghten** Precedente legal basado en la decisión de un tribunal del siglo XIX. Hizo la defensa por locura más específica al demostrar que quienes cometían un delito en estado de locura no entendían lo que hacían y, si lo sabían, no entendían que los actos eran delictuosos.

**Regla Durham** Precedente legal en el que una persona no puede ser responsabilizada criminalmente si una enfermedad mental o defecto fue responsable de su acción.

**Regresión** Mecanismo de defensa que se caracteriza por un retroceso a modos de respuesta anteriores o primitivos. Por medio de la regresión, el yo vuelve a una fase anterior del desarrollo del funcionamiento que cumplió con cierto éxito.

**Relaciones objetales** Enfoque psicoanalítico que centra la atención en los lazos emocionales entre las personas en lugar del punto de vista de una persona acerca de sí misma.

**Remisión** Cese de los síntomas que permite que la persona recupere su estado normal por lo menos por un tiempo. El término implica que el problema no se ha curado y que todavía existe.

**Remisión espontánea** Desaparición de los síntomas o de la conducta desadaptada en ausencia de intervención terapéutica.

**Reporte Kinsey** Primer reporte estadístico detallado cuya intención era representar las variaciones de la conducta sexual humana desde el punto de vista descriptivo-científico.

**Representación de roles** En la psicoterapia, técnica que requiere que una persona represente un rol social diferente al suyo o que pruebe roles nuevos. En sociología, cuando una persona asume el rol que se espera en un tipo de situación en particular.

**Represión** Mecanismo de defensa psicoanalítico que incluye una “interrupción del pensamiento” o “incapacidad para recordar”. La represión obliga en forma activa que los eventos traumáticos, los impulsos intolerables y peligrosos y otras afecciones mentales indeseables abandonen el consciente y se recluyan en la región menos accesible del inconsciente.

**Resiliencia** Capacidad de recuperarse después del estrés, esto es, de funcionar de manera eficaz en situaciones en las que otros podrían desarrollar conductas desadaptadas.

**Respuesta condicionada (RC)** En el condicionamiento clásico, la respuesta que ocurre después de que se llevó a cabo el entrenamiento y de que se presenta el estímulo condicionado.

**Respuesta de escape** Intento de salir de una situación desagradable o aversiva.

**Respuesta de evitación** Intento de abandonar una situación en la cual se espera que ocurra un estímulo aversivo.

**Respuesta de orientación** Cambios psicofisiológicos que se pueden medir, que se presentan cuando una persona se percata de la existencia de un estímulo en el ambiente y se prepara para recibir alguna información de éste.

**Respuesta galvánica de la piel (RGP)** Cambio en la resistencia eléctrica de la piel. La respuesta sirve como una variable dependiente en el condicionamiento y se emplea en las pruebas de detección de mentiras.

**Respuesta incondicionada (RI)** En el condicionamiento clásico, la respuesta que ocurre de manera automática, antes del entrenamiento, cuando se presenta el estímulo incondicionado.

**Retraso mental** Nivel de funcionamiento intelectual notablemente inferior al promedio. Por lo general, se define como obtener una calificación en la prueba de inteligencia de 70 o menos, acompañado por la incapacidad para comportarse en forma adaptada dentro de la sociedad debido a esta falta de capacidad cognitiva.

**Ritalin** Véase *metilfenidato*.

**Ritmo circadiano** Ciclo de vigilia y sueño que se repite durante periodos de 24 horas.

**Rol social** La función que una persona en particular representa en la

sociedad, se determina por el rol que cumple. La mayoría de las personas tienen una variedad de roles sociales que se superponen, como un rol ocupacional, varios roles en la familia y quizá algunos roles recreativos.

## S

**SAD** Véase *Trastorno afectivo estacional*.

**Sádico** Persona que practica el sadismo.

**Sadismo** Desviación sexual en la cual se obtiene placer sexual al causar dolor físico a otras personas.

**Sadomasoquismo** Tipo de desviación sexual en el que quienes gozan al producir dolor y los que gozan al experimentarlo se buscan para gratificación sexual mutua.

**Salud mental** Una persona que puede pensar de manera lógica y racional y que afronta eficazmente las situaciones estresantes, se considera ser mentalmente saludable. La estabilidad emocional y la capacidad para adaptarse a nuevas situaciones que surgen de la duración de vida también forman parte de la salud mental.

**Sensibilización encubierta** Terapia conductual en la cual se crea ansiedad hacia una situación de estímulo en particular que es probable produzca una conducta indeseable. Por lo general, el estímulo se asocia con las cogniciones relacionadas con las posibles consecuencias negativas si la persona sigue presentando cierta conducta. Tratamiento que se utiliza con frecuencia para cambiar la atención que se centra en la excitación sexual.

**Sensoriomotor** Perteneciente a las funciones de las actividades sensoriales y motoras de la persona; por ejemplo, los nervios sensoriomotores.

**Serotonina (5 hidroxitiptamina o 5HT)** Uno de un grupo de neurotransmisores químicos que implementan la transmisión neuronal a través de la sinapsis. Se cree que participa en algunos tipos de depresión.

**Sesiones de apoyo** Tratamiento adicional que se lleva a cabo después de que pasó un periodo desde la serie de tratamientos originales. Intenta contrarrestar cualquier punto débil del efecto del tratamiento.

**Sexualidad infantil** Punto de vista de Freud, que sostiene que los niños, así como los adultos, tienen sentimientos

sexuales y experimentan estimulación erótica.

**Sífilis** Enfermedad venérea crónica infecciosa, transmitida por contacto directo, causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*.

**Sinapsis** Punto en el cual un impulso nervioso pasa desde un axón de una neurona hasta la dendrita de otra.

**Síndrome** Grupo de síntomas que con frecuencia aparecen juntos.

**Síndrome cultural** Trastornos que aparecen sólo en uno o varios grupos culturales. Por ejemplo, en Malasia existe el síndrome llamado *amok*, en el que la persona afectada desarrolla una histeria homicida que termina en amnesia o somnolencia.

**Síndrome de alcoholismo fetal** Condición que puede ocurrir en los hijos de madres alcohólicas o madres que ingirieron alcohol en exceso durante el embarazo. Se caracteriza por el retraso mental y características físicas poco usuales.

**Síndrome de Briquet** Véase *trastornos de somatización*.

**Síndrome de Down** Condición que se relaciona con alguna desigualdad en el par de cromosomas que se conoce como número 21. Por lo general, se asocia con una trisomía, o presencia de un cromosoma extra además del par normal. También se llama trisomía 21.

**Síndrome de fatiga crónica** Condición que no es reconocida en la actualidad como un trastorno oficial DSM-IV-TR, que incluye un funcionamiento anormal del sistema inmune, acción del sistema nervioso autónomo anormal y sentimientos depresivos y de ansiedad.

**Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)** Resultado de la evolución del virus de inmunodeficiencia humana debido al fracaso de la capacidad de protección del sistema inmune.

**Síndrome de Korsakoff** Trastorno cerebral crónico provocado por una deficiencia de vitaminas que se deriva del alcoholismo. Se caracteriza por desorientación marcada, amnesia y falsificación de la memoria.

**Síndrome de Munchausen** Trastorno facticio en el cual la persona pretende tener un trastorno en particular con el objeto de obtener tratamiento médico. Comprende la simulación de los síntomas y, con frecuencia, el daño a sí mismo.

**Síndrome de X frágil** Anomalía del cromosoma X que es la causa más frecuente de retraso mental.

**Síndrome del intestino irritable (SII)** Grupo de síntomas gastrointestinales (incluyen dolor abdominal, gas, inflamación o distensión abdominal o movimientos intestinales alterados) en cuyas causas no son factores fisiológicos o psicológicos claros. Por lo general, esta condición se asocia con el estrés, reacciones emocionales fuertes y pensamientos desadaptados.

**Síndrome general de adaptación** Concepto propuesto por Selye. Reacción en tres etapas de un organismo al estrés excesivo y prolongado, que incluye 1) alarma o reacción de movilización; 2) una etapa de resistencia, y 3) una etapa final de agotamiento.

**Síntoma prodromal (en la esquizofrenia)** Cambio de conducta que ocurre antes del claro inicio de la esquizofrenia pero que también se presenta en personas que no la desarrollan. De ese modo, los síntomas sugieren el desarrollo de esquizofrenia pero no predicen un riesgo específico de este trastorno.

**Síntomas de primer orden** Grupo de síntomas que describió Kurt Schneider en un intento por establecer criterios culturales claros para la esquizofrenia. Una de las bases para la definición del DSM-III-R de los trastornos esquizofrénicos que se refleja en versiones posteriores DSM, entre ellos el DSM-IV-TR.

**Síntomas negativos de la esquizofrenia** Síntomas que se caracterizan por déficits de la conducta, tales como aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje y apatía. En ocasiones se le llama esquizofrenia tipo II.

**Síntomas positivos de esquizofrenia** En forma general, los síntomas que muestran los excesos conductuales: alucinaciones, delirios, conducta extravagante, etc. En ocasiones se conoce como esquizofrenia tipo I.

**Síntomas residuales** Síntomas que permanecen después de que la persona mejora y que no satisfacen el criterio de un trastorno. Estos síntomas pueden disminuirse de lo que antes eran, ya sea en o de sí mismos, o porque no están en combinación con otros como lo estaban antes.

**Sistema autónomo** División funcional del sistema nervioso relacionada con la actividad de las vísceras, los

músculos lisos y las glándulas endocrinas. Su nombre se origina en el hecho de que, antiguamente, se creía que funcionaban de manera independiente del sistema nervioso central.

**Sistema de clasificación multiaxial** Sistema que clasifica a una persona en forma separada sobre varios criterios o ejes diferentes. El sistema DSM es un ejemplo.

**Sistema de diagnóstico multiaxial** Sistema de clasificación multiaxial que se desarrolló para diagnosticar la conducta trastornada.

**Sistema endocrino** Grupo de glándulas endocrinas (incluye las glándulas pituitaria, tiroide, adrenal y gonadal y parte del páncreas) que secretan hormonas directamente al flujo sanguíneo.

**Sistema inmune** Sistema corporal que combate las enfermedades mediante la inactivación de las sustancias extrañas por medio de las células linfáticas.

**Sistema límbico** Parte del cerebro que controla los cambios viscerales y corporales que se relacionan con la emoción; también regula la conducta motivada por los impulsos.

**Sistema nervioso central (SNC)** El cerebro y la médula espinal; no incluye los troncos nerviosos ni sus conexiones periféricas.

**Sistema nervioso periférico** Sistema que incluye todas las estructuras nerviosas externas no incluidas en el sistema nervioso central.

**Sistema somático** Parte del sistema nervioso periférico que envía impulsos nerviosos desde los órganos de los sentidos hasta los músculos que determinan el movimiento voluntario.

**Sobregeneralización** Según Aaron Beck, forma característica de pensamiento que presentan algunas personas deprimidas. Tendencia a exagerar el significado de un evento convirtiéndolo en un principio general.

**Sonambulismo** Rutina de conductas motoras que implica levantarse de la cama y caminar, que usualmente ocurre durante la primera parte del ciclo del sueño. Véase también *parasomnias*.

**SSRI** Véase *inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina*.

**Stanford-Binet** Modificación de la prueba de Binet que Louis Terman desarrolló en la Universidad de Stanford.

**STP (dietiltriptamina)**

**Sublimación** Mecanismo de defensa y concepto del desarrollo que comprende el mejoramiento o el cambio de dirección de los impulsos indeseables hacia canales nuevos y mejor aceptados por la sociedad. En tanto que el desplazamiento comprende una alteración en la elección del objeto, la sublimación cambia tanto la meta (impulso no aceptado) como el objeto por uno que sea socialmente aceptado.

**Subtipo paranoide de esquizofrenia** Tipo de esquizofrenia caracterizada por falsas ilusiones persistentes, por lo general espectaculares o acusatorias.

**Subtipo residual de esquizofrenia** Véase *esquizofrenia tipo residual*.

**Sueño REM (movimiento ocular rápido)** Etapa del sueño que se caracteriza por movimientos oculares rápidos y un patrón distintivo de las ondas cerebrales. La reducción del sueño REM puede ayudar a disminuir algunos tipos de síntomas depresivos.

**Suicidio por contagio** Aumento a corto plazo de la incidencia de suicidio seguida por un suicidio ampliamente publicado, por lo general de una persona conocida.

**Supervisor del caso** Persona asignada por la agencia de servicio social para ayudar al paciente a enlazarse con los servicios esenciales y proveer cierta supervisión general.

**Superyo** En teoría psicoanalítica, estructura de la psique que se desarrolla debido a la internalización de los estándares de los padres y a la identificación con ellos. Contiene dos partes: el ideal del yo y la conciencia. El ideal del yo representa el total de identificaciones positivas con padres que ofrecen aceptación y amor y los estándares deseados de excelencia y buena conducta. La conciencia incluye aquellos valores y actitudes que son morales (bueno-malo) por naturaleza.

**Surcos** Depresiones poco profundas en la superficie del cerebro que separan las circunvoluciones.

## T

**TAC** Véase *tomografía axial computarizada*.

**Talleres protegidos** Organizaciones que, con frecuencia, son dirigidos por grupos de caridad, que ofrecen capacitación laboral y experiencia y, en ocasiones, trabajos a largo plazo

para aquellas personas que no pueden competir en el mercado debido a una incapacidad física o mental.

**Tarantismo** Necesidad incontrolable de bailar que se creía que era resultado de la picadura de una tarántula. Era frecuente en la parte sur de Italia en los siglos XV al XVII.

**Tarea de Stroop** Medida de atención selectiva en la que los nombres del color están representados y escritos en negro, en el color nombrado o en otro color al nombrado. El efecto de Stroop mide la relativa dificultad o tiempo de reacción en el que se le pide al sujeto ignorar la palabra contra ignorar el color. Quienes padecen trastornos esquizofrénicos muestran mayor efecto de Stroop que los pacientes del grupo de control.

**TAT** Véase *prueba de apercepción temática*.

**TCEF** Véase *tomografía computarizada por emisión de fotones*.

**TEC** Véase *terapia electroconvulsiva*.

**Técnica de la compresión** Técnica utilizada en la terapia sexual para ayudar al hombre a retrasar la eyaculación mediante la compresión suave de la punta del pene cuando la eyaculación es inminente.

**Técnicas de imagenología cerebral**

Variedad de técnicas computarizadas, no intrusivas, que proporcionan datos de la actividad estructural o metabólica del cerebro.

**Técnicas proyectivas** Estímulos ambiguos que provocan respuestas subjetivas de naturaleza asociativa o fantasiosa. Se llama así porque se cree que una persona “proyecta” aspectos de su personalidad en la tarea. Las actividades pueden incluir interpretación de grupos de manchas de tinta (prueba de Rorschach), historias contadas con fotografías ambiguas (prueba de apercepción temática), así como distintas técnicas asociativas (asociación de palabras y frases incompletas).

**Temperamento** Naturaleza general de una persona, permanente en el tiempo y las situaciones; se cree que surge de los factores constitucionales presentes durante el nacimiento.

**Teoría de diátesis-estrés** Noción de que sólo las personas que presentan una vulnerabilidad subyacente a un trastorno lo desarrollarán cuando se exponen a un estrés excesivo. En particular, este planteamiento se emplea para comprender por qué algunas personas desarrollan los

síntomas de uno de los trastornos del espectro de la esquizofrenia cuando se exponen al estrés.

**Teoría de escape del suicidio** Teoría propuesta por Baumeister en 1990 en la que el suicidio es visto como precipitado por uno o más eventos de la vida que generan atribuciones negativas de sí mismo. Las atribuciones, que resultan ser emociones negativas, se separan de sí mismas por el proceso de conocimiento y resultado del incremento de la aceptación del suicidio.

**Teoría de la causalidad social** Teoría de que la conducta desadaptada es resultado de circunstancias económicas de carencia, vivienda pobre y servicios sociales inadecuados.

**Teoría de la mente** Capacidad para pensar de forma abstracta o simbólica, por ejemplo, capacidad para inferir lo que piensan los demás. Esta capacidad está ausente o en gran parte disminuida en el trastorno autista.

**Teoría de la selección social** Perspectiva teórica que sostiene que en la clase socioeconómica más baja hay personas que provienen de clases más altas que llegaron ahí por su pobre desempeño. La incidencia más alta de conducta desadaptada en la clase más baja se explica según este punto de vista.

**Teoría del aprendizaje social cognitivo** Teoría que refleja el aumento de la incorporación de pensamientos así como la conducta abierta en la teoría de aprendizaje contemporánea.

**Teoría del aumento del estrés** Noción de que el efecto negativo de la condición de pobreza y crimen incrementa la probabilidad de padecer enfermedades mentales, en especial la esquizofrenia, debido al aumento de las presiones de la vida. Contrasta con la *teoría de la selección social*.

**Teoría socio-cognitiva** Teorías que aceptan el papel del condicionamiento y el reforzamiento en el aprendizaje pero restan importancia a los procesos sociales y cognitivos como las creencias y las metas.

**Teorías de aprendizaje social** Puntos de vista teóricos similares que sostienen que la conducta social y los pensamientos y sentimientos internos

se aprenden por medio de las interacciones sociales.

**TEP** Véase *tomografía por emisión de positrones*.

**Terapia centrada en el cliente**

Planteamiento terapéutico de Carl Rogers, que considera que el contenido de la psicoterapia es el mundo de experiencias inmediatas del cliente que se debe abordar desde el marco de referencia de éste. En el sistema de Rogers, la labor principal del terapeuta es crear la oportunidad para que la persona logre reorganizar su mundo subjetivo y alcance la autorrealización.

**Terapia cognitiva** Forma de psicoterapia que se enfoca en cambiar los procesos de conocimiento que llevan a una conducta desadaptada al reestructurar el pensamiento para que los pensamientos desadaptados sean reemplazados por otros que permitan un afrontamiento más eficaz.

**Terapia cognitivo-conductual (TCC)**

Enfoque terapéutico que integra métodos de terapias cognitivas y conductuales. Incluye sesiones de capacitación estructurada y ejercicios prescritos para ayudar a los pacientes a cambiar la conducta desadaptada mediante la modificación de tipos de pensamientos específicos (de ellos mismos y de los demás) que ocurren por lo general en ciertas situaciones.

**Terapia con fármacos** Uso de una variedad de fármacos psicoactivos para tratar distintos tipos de conducta desadaptada. Los fármacos se emplean con mayor frecuencia para tratar la esquizofrenia, el trastorno bipolar, algunas depresiones y la ansiedad. Casi siempre el tratamiento con fármacos se combina con otros tipos de terapias.

**Terapia conductual** Incluye varias técnicas de modificación conductual que se basan en principios de aprendizaje y condicionamiento que se derivan del laboratorio. Las terapias conductuales se centran en modificar las conductas manifiestas, con una referencia mínima de los eventos internos o encubiertos.

**Terapia conductual dialéctica (TCD)**

Tipo de terapia conductual desarrollada por Marsha Linehan para aplicarse a pacientes con trastorno límite de la personalidad. Incluye conceptos cognitivos, psicodinámicos y conductuales.

**Terapia de apoyo** Forma breve de psicoterapia en la cual el terapeuta



- ofrece aceptación al paciente y le da alguna oportunidad de ser dependiente.
- Terapia de exposición** Terapia conductual que tiene como elemento básico mantener o imaginar el contacto con el estímulo al que se teme.
- Terapia de exposición de realidad virtual** Uso de un casco óptico con un visor donde aparece el campo visual generado por computadora. El estímulo al que se teme se proyecta con exactitud y puede incluir sonidos asociados y la sensación de manipular objetos.
- Terapia de grupo** Psicoterapia para varias personas al mismo tiempo en pequeños grupos.
- Terapia de grupo cognitivo-conductual** Terapia que utiliza la perspectiva cognitivo-conductual con varios pacientes al mismo tiempo. Está enfocada en aumentar las capacidades y el confort en situaciones sociales de los pacientes.
- Terapia de juego** Estrategia de tratamiento que se utiliza con los niños; se basa en el supuesto de que los niños pequeños pueden expresar de manera más directa sus pensamientos y fantasías en el juego que a través de medios verbales.
- Terapia de mantenimiento** Continuación del tratamiento (por lo general sin medicamentos) durante cierto tiempo después de que la persona muestra remisión de síntomas en un esfuerzo por ayudar a prevenir que éstos reaparezcan.
- Terapia de pareja** Subtipo de terapia de grupo en el cual una pareja se reúne con el terapeuta en un intento por mejorar su interacción.
- Terapia del medio** Esfuerzo por proporcionar un ambiente terapéutico completo dentro de una institución al señalar los esfuerzos de todos los miembros del personal como proveedores de alguna forma de contacto terapéutico.
- Terapia electroconvulsiva (TEC)** Tratamiento para la depresión en el cual la corriente eléctrica pasa por el cráneo del paciente. Se emplea en caso de que sea necesario un tratamiento rápido debido a un alto riesgo de suicidio o si los fármacos antidepresivos no han sido eficaces.
- Terapia existencial** Tipo de psicoterapia que utiliza tanto el planteamiento humanista como el psicodinámico. Hace hincapié en la capacidad de cada persona para afectar el curso de su vida con base en las elecciones que hace.
- Terapia familiar** Tipo especializado de terapia de grupo en el cual todos los miembros de la familia del paciente participan en las sesiones de tratamiento en grupo. La idea básica es que la familia, y no sólo el paciente, tiene que cambiar su conducta para resolver el problema.
- Terapia gestalt** Tipo de psicoterapia originada por Fritz Perls que hace hincapié en la forma en que un paciente integra su percepción dentro de un todo significativo o gestalt.
- Terapia implosiva** Técnica de terapia conductual que se basa en el principio de la extinción. Al paciente se le presentan varias veces estímulos que le provocan ansiedad hasta que ya no reacciona en forma ansiosa.
- Terapia interpersonal** Véase *psicoterapia interpersonal*.
- Terapia marital** Véase *terapia de pareja*.
- Terapia multimodal** Combinación de diversos tipos de tratamiento que parecen ser especialmente útiles en varias condiciones incluyendo trastorno por uso de sustancias, trastorno límite, trastorno de la ansiedad y esquizofrenia. El tratamiento puede incluir terapias biológicas y psicológicas o distintos tipos de intervenciones psicológicas que pueden utilizarse no sólo con el paciente sino también con los miembros de la familia.
- Terapia psicodinámica** Planteamiento terapéutico que se basa en la perspectiva psicodinámica que se origina en las teorías de Freud, pero que no se limita al psicoanálisis.
- Terapia racional emotiva** Terapia que desarrolló Albert Ellis para modificar el pensamiento irreal e ilógico.
- Terapia somática** Tratamiento que afecta de manera directa el estado físico de la persona (como la terapia con fármacos, electroconvulsiva o cirugía).
- Terapias humanistas** Psicoterapias que hacen especial hincapié en el deseo fundamental del ser humano de obtener respeto propio y la necesidad de éste. Un ejemplo es el planteamiento de Carl Rogers.
- Terror nocturno** Terror nocturno que tiende a ocurrir durante las primeras etapas del sueño. No se recuerda como parte del sueño pero tiende a producir despertar parcial y bajo nivel de activación del sistema nervioso autónomo. Véase también *parasomnia*.
- THC (tetrahidrocannabinol)** Principal ingrediente activo en la marihuana.
- Tics** Contracciones musculares involuntarias, repetitivas y rápidas que casi siempre se presentan en el rostro. Se cree que están relacionadas con la tensión y la ansiedad.
- Tolerancia (a las drogas)** Condición en la cual una persona debe emplear dosis cada vez mayores de una sustancia para producir el mismo efecto fisiológico.
- Tomar en exceso** Término utilizado por quienes estudian el uso del alcohol para describir el consumo de un número específico de bebidas alcohólicas en una sesión. Para los hombres el número es de cinco o más bebidas consecutivas y en las mujeres es de cuatro o más.
- Tomografía axial computarizada (TAC)** Técnica que emplea un fino haz de rayos X para fotografiar una zona del cuerpo desde distintos ángulos. Después, una computadora analiza esta información para proporcionar una imagen clara de los tejidos suaves, así como de los tejidos que se ven en los rayos X convencionales.
- Tomografía computarizada por emisión de fotones (TCEF)** Técnica de imagenología que mide el flujo sanguíneo cerebral y los cambios neuroquímicos que ocurren ante diferentes tipos de actividad cerebral.
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)** Técnica para estudiar la actividad química dinámica del cerebro mediante un dispositivo de rastreo que produce una serie de imágenes de corte transversal del cerebro.
- Tonto natural** Antiguo término para una persona con retraso mental que significa persona que nació con deficiencias de juicio.
- Torazina** Nombre comercial de la chlorpromazina, una de un grupo de fármacos tranquilizantes que se emplean para tratar la esquizofrenia.
- Trabajadora social psiquiátrica** Persona graduada en trabajo social que recibe capacitación especializada para tratar y ayudar en forma práctica tanto a los pacientes con problemas conductuales como a sus familias.
- Tranquilizantes** Fármacos (por ejemplo, de las familias de la clorpromazina y la fenotiazina) que se utilizan para reducir la agitación y la ansiedad. La

acción de las drogas inhibe las actividades del hipotálamo.

**Transexualismo** Véase *trastorno de identidad sexual*.

**Transferencia** Término psicoanalítico para referirse al desplazamiento del afecto de una persona a otra. Los patrones de sentimientos y conducta que originalmente se experimentaron con las figuras importantes en la niñez se desplazan o vinculan a las personas en sus relaciones actuales (por ejemplo, un psicoterapeuta). La persona reacciona como si fuera un ser importante del pasado de quien responde. Las reacciones de transferencia pueden ser positivas o negativas.

**Transferencia negativa** Sentimientos de hostilidad que un paciente transfiere de relaciones anteriores a su relación con el terapeuta.

**Transferencia positiva** Transferencia de los sentimientos positivos sobre otras relaciones a la relación entre el paciente y el terapeuta.

**Translocación** Desplazamiento de material de un cromosoma y su unión a otro cromosoma. Puede dar como resultado la transmisión de demasiado material genético al hijo o a la persona con esta translocación.

**Trastorno adaptativo** Reacción desadaptada ante una situación estresante en particular, que da como resultado el deterioro del funcionamiento y un exceso de síntomas de lo que podría ser una respuesta normal al evento estresante. La reacción se debe presentar poco después de haber iniciado el estrés y se espera que reduzca cuando cese dicho evento.

**Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** Subtipo de trastorno de ajuste en el que los síntomas predominantes incluyen llanto, desesperanza o sentimientos generales de depresión.

**Trastorno afectivo estacional (SAD)** Forma de trastorno afectivo en el cual la depresión es más probable que ocurra durante el invierno (cuando las horas de luz natural están limitadas) y la manía es más probable que se presente durante la primavera y el verano (cuando el número de horas de luz de día están en su máximo). Con frecuencia, la depresión de este tipo se trata con fototerapia (uso de iluminación brillante).

**Trastorno amnésico** Alteración de la memoria debido a una condición médica o del efecto persistente de alguna sustancia química. La amnesia localizada implica la incapacidad de recordar eventos que ocurrieron en un periodo específico. La amnesia selectiva se refiere a la incapacidad de recordar sólo ciertos subconjuntos de eventos relacionados con un periodo en particular. La amnesia generalizada se refiere a la incapacidad de recordar cualquier evento de la vida pasada de una persona. La amnesia continua implica imposibilidad de recordar eventos que ocurrieron después de un punto específico en el tiempo y se extiende hasta el presente. La amnesia sistematizada es la pérdida de los recuerdos de ciertas categorías de información tales como los que pertenecen a un lugar o persona en particular.

**Trastorno antisocial de la personalidad** Disfunción que se caracteriza por una conducta antisocial continua y crónica, que comienza antes de los 15 años y continúa en la edad adulta. No se diagnostica hasta los 18. La conducta tiende a transgredir los derechos de los demás y se caracteriza por el deterioro de la capacidad para relacionarse de manera cercana.

**Trastorno autista** Trastorno del desarrollo que por lo general ocurre en los primeros años de la infancia, que se caracteriza por el deterioro severo en las relaciones sociales, la comunicación y la actividad. Con frecuencia incluye el retraso mental.

**Trastorno bipolar** Trastorno del estado de ánimo en el cual la persona experimenta tanto periodos de manía como de depresión. Antes se conocía como trastorno maniaco depresivo.

**Trastorno bipolar I** Incluye por lo menos un episodio de manía y en la mayoría de los pacientes uno o más episodios depresivos mayores.

**Trastorno bipolar II** Tipo de trastorno bipolar en el que la persona ha experimentado por lo menos un episodio depresivo mayor y un episodio hipomaniaco pero jamás ha tenido un episodio maniaco o ciclotimia.

**Trastorno cardiovascular** Trastorno que afecta al sistema sanguíneo y al corazón.

**Trastorno ciclotímico** Trastorno de larga duración que incluye la manía y los episodios depresivos que no concuerdan con el criterio de

episodios mayores. Su duración es de por lo menos dos años.

**Trastorno crónico por dolor** Reacción exagerada al dolor que se padece, que se convierte en el centro de atención de la vida de una persona.

**Trastorno de angustia** Tipo de trastorno de ansiedad que se caracteriza por crisis recurrentes de pánico o ansiedad y nerviosismo extremo que no necesariamente se relacionan con la exposición a situaciones amenazantes.

**Trastorno de ansiedad** Antes se llamaba neurosis o trastorno neurótico. Se caracteriza por alguna forma de ansiedad como síntoma principal. Incluye trastorno de angustia, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y reacciones ante los causantes de estrés.

**Trastorno de ansiedad generalizada** Ansiedad persistente que dura por lo menos un mes e incluye varios de los siguientes síntomas: tensión motora, hiperactividad autónoma, expectativa aprensiva, vigilia y exploración. Los síntomas no incluyen fobias, crisis de pánico, obsesiones o compulsiones.

**Trastorno de ansiedad por separación** Temor irracional que sienten algunos niños de apartarse de sus padres (o uno de ellos), debido a la preocupación de lo que sucederá a éstos o a ellos mismos durante la ausencia.

**Trastorno de Asperger** Trastorno generalizado del desarrollo, semejante al trastorno autista, que se caracteriza por el deterioro de la interacción social, intereses restringidos y conducta repetitiva. No obstante, en el trastorno de Asperger no hay retrasos significativos en el lenguaje o en el desarrollo cognitivo.

**Trastorno de conversión** Tipo de trastorno somatomorfo en el cual hay una pérdida o cambio en el funcionamiento físico que sugiere un trastorno físico, pero parece ser una expresión directa de un conflicto psicológico.

**Trastorno de la conducta** Clasificación de diagnóstico de personas menores de 18 años que cometen actos antisociales. Los adultos se pueden clasificar de esta forma si no cumplen con los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

**Trastorno de la identidad disociativo** Trastorno en el cual una persona

- asume personalidades alternas. También se llama trastorno de la personalidad múltiple.
- Trastorno de la identidad sexual (transexualismo)** Trastorno en el cual una persona experimenta un fuerte deseo de convertirse en un miembro del sexo opuesto a través del cambio de su estructura anatómica.
- Trastorno de la identidad sexual en la niñez** Trastorno que se presenta antes de la pubertad, en el cual el niño muestra una fuerte aflicción por su género. Es probable que estos niños nieguen su sexo o afirmen que van a desarrollar las características genitales del sexo opuesto.
- Trastorno de la identidad sexual no transexual** Inconformidad persistente con el sexo de la persona; con frecuencia comprende travestismo o fantasías acerca de él. Se diferencia del transexualismo porque no existe una preocupación persistente por adquirir las características sexuales primarias y secundarias del sexo opuesto.
- Trastorno de la personalidad por dependencia** Trastorno que se caracteriza por una incapacidad para tomar decisiones importantes y el menosprecio de las capacidades y las cualidades de la persona. Si ésta permanece sola por más de un breve periodo, experimenta una incomodidad intensa.
- Trastorno de la personalidad por evitación** Disfunción que se caracteriza por el aislamiento social basado en el miedo en el rechazo.
- Trastorno de la Tourette** Trastorno por lo general diagnosticado en la infancia en el que los síntomas son tics motores múltiples y uno o más tics vocales. Estos tics ocurren muchas veces durante el día y por un periodo de por lo menos un año.
- Trastorno de las capacidades motoras.** El diagnóstico del trastorno de las capacidades motoras se realiza cuando se presenta un deterioro notable en el desarrollo de la coordinación motriz de un niño que no se debe a una condición médica general como parálisis cerebral o distrofia muscular.
- Trastorno de personalidad múltiple** Véase *trastorno de la identidad disociativo*.
- Trastorno de Rett** Trastorno progresivo que se inicia sólo después de un desarrollo normal aparente en los primeros cinco meses de vida. El cráneo deja de crecer y el niño pierde

- capacidades y funciones que había obtenido antes. Se presenta un deterioro progresivo del cerebro y del sistema nervioso.
- Trastorno de rumiación durante la infancia** Trastorno en el cual el alimento digerido en forma parcial regresa a la boca del infante sin náusea ni vómito. El infante pierde peso o no lo aumenta después de un periodo de funcionamiento normal.
- Trastorno del desarrollo** Uno de un grupo de trastornos que comprenden la distorsión del desarrollo de las funciones psicológicas básicas involucradas en las habilidades sociales, el lenguaje, la percepción y la conducta motriz. El trastorno puede ser generalizado y comprender varias funciones (por ejemplo, el autismo), o específico y comprender un aspecto del desarrollo (por ejemplo, el trastorno del cálculo).
- Trastorno del deseo sexual hipoaactivo** Trastorno usualmente definido de manera subjetiva donde la persona puede en gran parte suprimir deseos sexuales, en ocasiones debido al dolor asociado con actividad sexual.
- Trastorno del espectro esquizofrénico** Uno de un grupo de trastornos que incluye los trastornos esquizotípico y paranoide de la personalidad y, en ocasiones, el trastorno esquizoafectivo, la psicosis atípica y el trastorno paranoide. Algunos investigadores creen que se produce por los mismos factores genéticos que la esquizofrenia. Se utiliza como una explicación por el hecho de que la incidencia de la esquizofrenia por sí sola, que todavía no está bien definida, es menor a lo que esperaría la teoría monogenética.
- Trastorno del estado de ánimo** Término para designar un trastorno afectivo en el cual se presenta sólo la depresión o no hay antecedentes de episodios de manía.
- Trastorno del sueño relacionado con la respiración** Interrupción de la respiración durante el sueño que puede ocurrir varias veces durante la noche.
- Trastorno delirante** Presencia de un persistente pero no extravagante delirio que no se debe a ningún otro trastorno mental como la esquizofrenia. Además del delirio, la conducta de la persona no es obviamente inusual.
- Trastorno depresivo** Síntomas depresivos que cumplen con los

- criterios de diagnóstico ya sea de un solo episodio de depresión mayor o de episodios recurrentes. Si en el pasado se ha observado una conducta maniaca o hipomaniaca, los síntomas de depresión no se deben clasificar como una depresión grave aun cuando cumplan con los otros criterios.
- Trastorno desintegrativo infantil** Trastorno que por lo general se inicia entre los tres y cuatro años de edad después de un periodo de desarrollo normal. Poco se sabe sobre este trastorno, aunque se piensa que está asociado con el deterioro del sistema nervioso central.
- Trastorno dismórfico corporal (TDC)** Preocupación extrema por una falla física menor o imaginaria que sólo la persona aprecia como un defecto o deformidad.
- Trastorno disociativo** Alteración repentina y temporal en las funciones de la conciencia, la identidad y la conducta motriz, en la cual se pierde alguna parte de una o más de estas funciones. Si la conciencia se ve afectada, la persona no puede recordar sucesos personales importantes. Si se afecta la identidad, se asume de manera temporal una identidad nueva que domina la conducta. Si se afecta la conducta motriz, también se ven afectadas la conciencia o la identidad. La conducta aberrante es la más común entre los comportamientos motrices.
- Trastorno distímico** Estado de ánimo depresivo crónico o pérdida del placer en la mayor parte de las actividades normales. No cumple con los criterios para ser un episodio depresivo mayor.
- Trastorno dominante autosomal** Trastorno que no está ligado al sexo, que puede ser heredado aun si sólo uno de los padres transmite un gen defectuoso; es un ejemplo del trastorno de Huntington.
- Trastorno esquizoafectivo** Categoría separada de la esquizofrenia y los trastornos afectivos que agrupa a las personas que muestran síntomas depresivos o maniacos, así como aquellos con trastorno del pensamiento.
- Trastorno esquizoide de la personalidad** Clasificación que se utiliza para englobar a las personas aisladas que no se sienten trastornadas por la falta de relaciones sociales. Estas personas tienen ausencia de respuestas

emocionales y con frecuencia parecen frías y ausentes.

**Trastorno esquizotípico de la**

**personalidad** Disfunción en la cual se presentan algunos de los síntomas de la esquizofrenia, pero no en forma tan extrema. Las personas con este trastorno incluyen a quienes anteriormente se les diagnosticó esquizofrenia simple. Se diferencia del trastorno esquizoide de la personalidad pues incluye excentricidades de la comunicación y de la conducta que no se observan en ese grupo.

**Trastorno facticio por proximidad**

Variante del síndrome de Munchhausen en la que una madre produce síntomas de una enfermedad en su hijo y después lo lleva a tratamiento.

**Trastorno físico** Término que se emplea para referirse a un problema médico en contraposición a uno psicológico. Se incluye en el sistema DSM en el eje IV.

**Trastorno fórbico** Tipo de trastorno de ansiedad que se caracteriza sobre todo por temores irracionales y específicos (por ejemplo, a la suciedad, al agua o a lugares elevados).

**Trastorno histriónico de la personalidad**

Se caracteriza por una conducta exagerada de tipo exhibicionista histriónico. Las personas con este trastorno son egocéntricos e introvertidos y por lo general tienen poca adaptación sexual.

**Trastorno límite de la personalidad** Se caracteriza por una conducta impulsiva que no se puede predecir y cambios de estado de ánimo muy marcados. La inestabilidad puede afectar las relaciones personales, la conducta, el estado de ánimo y la imagen de sí mismo.

**Trastorno mental orgánico** Disfunción cerebral que se basa ya sea en el envejecimiento o en la ingestión de sustancias que afectan la actividad cerebral. Puede ser temporal o permanente.

**Trastorno narcisista de la personalidad**

Disfunción que se caracteriza por un sentido de autoimportancia y preocupación con fantasías de éxito ilimitado. Las personas se preocupan por lo bien que hacen las cosas y por si los demás piensan bien de ellos. Con frecuencia, este trastorno se presenta acompañado de un estado de ánimo deprimido.

**Trastorno negativista desafiante (TND)**

Aunque menos serio que el trastorno de conducta, éste se caracteriza por conductas negativas y renuencia a aceptar la autoridad de los demás. Por lo general, se desarrolla en el trastorno de conducta o de estado de ánimo.

**Trastorno o episodio depresivo mayor**

Depresión severa que se caracteriza por un estado de ánimo disfórico, así como poco apetito, problemas para dormir, sentimientos de inquietud o lentitud, pérdida del placer, pérdida de energía, sensaciones de incapacidad para concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte o intentos de suicidio. Estos síntomas se presentan sin alucinaciones o delirios incongruentes con el estado de ánimo y no se deben a la esquizofrenia, trastorno paranoide, trastorno mental orgánico ni a la muerte reciente de un ser querido. El trastorno tiende a ser episódico con periodos sin depresión u otros con síntomas reducidos.

**Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)**

Serie de obsesiones recurrentes y/o compulsiones, que con frecuencia van acompañadas de depresión o ansiedad.

**Trastorno obsesivo-compulsivo de la**

**personalidad** Disfunción que se distingue por la falta de capacidad para expresar calidez, una manera rígida y formal de relacionarse con los demás y un perfeccionismo extremo que lleva a que una persona centre su atención en los detalles más que en la imagen completa.

**Trastorno orgásmico femenino**

Incapacidad de una mujer de experimentar un orgasmo, o un persistente atraso recurrente en su experiencia orgásmica después de la excitación sexual. El diagnóstico no se utiliza si los síntomas son consecuencia de un trastorno de depresión mayor, una enfermedad general o la respuesta a un medicamento.

**Trastorno paranoide de la personalidad**

Trastorno de la personalidad de alguna forma similar al trastorno esquizoide de la personalidad, pero notoria por la sensibilidad extrema que se otorga a las relaciones interpersonales; conducta desconfiada, celosa y aferrada; y tendencia a utilizar mecanismos de defensa de proyección.

**Trastorno perceptual postalucinógeno**

Experiencia de escenas retrospectivas espontáneas relacionadas con experiencias alucinógenas previas asociadas con el uso de LSD.

**Trastorno por aversión al sexo**

Sensaciones de miedo, ansiedad o asco por la posibilidad de conducta sexual con un compañero. Esta sensación puede estar restringida al contacto genital o puede incluir cualquier tipo de actividad relacionada con el sexo (como besar).

**Trastorno por déficit de atención con**

**hiperactividad (TDAH)** Problemas severos y frecuentes tanto de la atención hacia las actividades o de la hiperactividad e impulsividad. Algunos síntomas se pueden observar antes de los siete años. Puede ser del tipo con predominio del déficit de atención, con predominio

hiperactivo-impulsivo o combinado.

**Trastorno por dolor** Experiencia de dolor severo y prolongado, en gran medida causada por exceso de lo que uno espera de un problema médico que lo genera o que ocurre sin síntomas orgánicos que puedan ser descubiertos.

**Trastorno por dolor agudo** Reacción excesiva al dolor asociada con algún evento específico o lesión de origen reciente.

**Trastorno por estrés agudo** Reacción al estrés en el que los síntomas aparecen en el siguiente mes posterior al evento estresante. Si los síntomas continúan después de un mes, el diagnóstico se cambia a trastorno del estrés postraumático (TEPT).

**Trastorno por estrés postraumático**

**(TEPT)** Desarrollo de síntomas como respuesta a eventos tan graves que la mayor parte de las personas se sentirían estresadas por ellos. Con frecuencia, los síntomas incluyen sensación de aturdimiento o la reexperimentación psicológica del suceso en los pensamientos, sueños o pesadillas.

**Trastorno por uso de sustancias**

Categoría que consta de dos subgrupos: dependencia de sustancias y abuso de sustancias. Ambas incluyen problemas asociados con el uso y abuso de alcohol y drogas ilegales.

**Trastorno psicofisiológico** Patología física y daño real del tejido que resulta de la movilización emocional continua del cuerpo durante periodos sostenidos de estrés.



**Trastorno psicósomático** Véase *trastorno psicofisiológico*.

**Trastorno psicótico compartido**

Trastorno en el que los delirios parecen haber sido transferidos al paciente por otra persona (por lo regular, un pariente cercano). En ocasiones, se le denomina *folie a deux*.

**Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez**

Condición en niños que es resultado de la privación severa y negligencia que continúa por largos periodos. El trastorno es el resultado de una dificultad marcada en la relación con los demás. En el tipo inhibido, el niño no responde de manera apropiada a los intentos de interacción social de otros y no los inicia. En el tipo desinhibido, el niño muestra un tipo de conducta indiscriminada para formar apego social.

**Trastorno relacionado con sustancias**

Presencia de una variedad de síntomas, que incluyen delirio y conducta psicótica que son similares a aquellos de otros trastornos mentales relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas.

**Trastornos clínicos** Trastornos que se diagnostican en el eje I del Manual diagnóstico estadístico. Estos trastornos tienen síntomas que pueden aparecer o desaparecer, a diferencia de los que se diagnostican en el eje II, que, por lo general, continúan toda la vida.

**Trastornos de la comunicación** Los incluidos en el DSM-IV-TR son trastornos del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado. Todos ellos trastornos tienen su inicio en la infancia.

**Trastornos de la personalidad** Patrones de pensamiento y conducta muy arraigados, inflexibles e inadaptados, que persisten durante toda la vida de una persona.

**Trastornos de somatización (síndrome de Briquet)** Trastornos caracterizados por diversos padecimientos severos pero indefinidos, que con frecuencia son crónicos pero no tienen una causa física predecible.

**Trastornos del aprendizaje** El DMS-IV-TR incluye varios trastornos de aprendizaje específicos. Entre ellos se pueden mencionar el trastorno de la lectura, del cálculo, de la expresión escrita y del aprendizaje no

especificado. Los trastornos del aprendizaje pueden explicar el rendimiento académico muy inferior lo esperado por el conocimiento de la inteligencia medida de la persona, su edad cronológica y exposición a la educación.

**Trastornos del estado de ánimo** Uno de un grupo de trastornos que afectan sobre todo el tono emocional. Puede tratarse de una depresión, una manía o ambas. Puede ser crónico o por episodios.

**Trastornos del sueño** Trastornos que se caracterizan ya sea por problemas con la cantidad, calidad o tiempo de sueño, o por sucesos anormales que ocurren durante éste (como los terrores nocturnos o sonambulismo).

**Trastornos facticios** Síntomas, ya sean fingidos o autoinducidos, que tienen como objetivo llamar la atención y recibir cuidados del personal médico.

**Trastornos generalizados del desarrollo**

Trastorno permanente que afecta la calidad de las interacciones sociales de la persona, su capacidad para comunicarse y para ocuparse en actividades imaginativas y otras tareas cognitivas. Un ejemplo es el trastorno autista.

**Trastornos histéricos** Véase *histeria*.

**Trastornos interiorizados** Grupo de trastornos de la infancia caracterizados por una actividad menos abierta que las actividades cognitivas que se componen de preocupaciones y pensamientos alterados.

**Trastornos psicóticos** Trastornos en el que hay un importante deterioro en la prueba de realidad y la creación de una nueva. Los trastornos psicóticos incluyen esquizofrenia, trastornos delirantes, algunos trastornos mentales orgánicos y ciertos trastornos del estado de ánimo.

**Trastornos sexuales** Incluye dos tipos: parafilias y disfunción sexual. El primero se relaciona con la obtención de satisfacción sexual a través de parejas o actividades inapropiadas. El segundo es la incapacidad de realizar actividades sexuales normales debido a dificultades fisiológicas que se cree que tienen causas psicológicas.

**Trastornos somatomorfos** Se caracterizan por síntomas físicos que sugieren un trastorno físico, pero para los cuales 1) no hay descubrimientos orgánicos para explicar el síntoma y 2) existe una fuerte evidencia de que los síntomas se relacionan con

factores o conflictos psicológicos; antes se conocían como neurosis histérica o reacción de conversión.

**Tratamiento moral** Técnica para tratar a los pacientes de un hospital mental que prevalecía en el siglo XIX. Hacía hincapié en la eliminación de las restricciones, que se permitiera la convicción religiosa y que se asegurara un tratamiento humanitario.

**Trepanación** Proceso de hacer un orificio circular en el cráneo. En épocas antiguas se realizaba para dejar escapar los espíritus malignos.

**Triada cognitiva** Descripción de la depresión en términos del pensamiento negativo sobre sí mismo, la situación actual y el futuro. Parte del modelo de distorsión cognitiva de Aaron Beck.

**Trisomía** Ocurrencia en una persona de tres cromosomas de un tipo en lugar del par normal. Por lo general, se relaciona con una anomalía de la misma clase.

**Trisomía 21** Véase *síndrome de Down*.

**Tronco cerebral** Porción del sistema nervioso central que incluye cerebelo, mesencéfalo y cerebro hasta el tálamo.

**Tumescencia nocturna del pene (TNP)** Agrandamiento y erección del pene que ocurre durante el sueño REM.

## U

**Ultrasonido** Uso de ondas sonoras para producir una imagen visual del feto o de la forma y acción de los órganos del cuerpo. También se conoce como sonograma.

**Unión selectiva** Tendencia de personas a casarse con otras que tienen características similares a las suyas. Por ejemplo, personas con esquizofrenia crónica tienden a casarse con quienes padecen trastornos del espectro esquizofrénico u otro trastorno psicótico. Esta carga genética debe considerarse cuando se estima el riesgo genético de una variedad de trastornos.

**Uso compulsivo de drogas** Conducta enfocada en la búsqueda de drogas en detrimento de otros aspectos de la vida de la persona.

## V

**Vaginismo (funcional)** Tipo de disfunción sexual de las mujeres, en el cual un espasmo involuntario de los músculos del tercio externo de la

vagina interfiere con la actividad sexual.

**Validez** En estadística, grado en el cual una prueba mide lo que debe o intenta medir.

**Validez externa** Situación experimental que se percibe como relacionada íntimamente con una situación del mundo real.

**Validez interna** Situación en la que los resultados de un experimento se pueden atribuir de manera correcta a la manipulación experimental y no a factores externos debido a que el estudio fue controlado correctamente.

**Valium** Fármaco tranquilizante, que con frecuencia se prescribe para reducir la ansiedad. Véase también *diazepam*.

**Variable dependiente** Aspecto de la conducta que cambia de acuerdo con la manipulación de la variable independiente de un experimento.

**Variable independiente** Factor experimental (por ejemplo, tiempo de privación de alimento) que se manipula o altera de alguna manera en tanto que los otros se conservan constantes.

#### **Variables del proceso cognitivo**

Mecanismos mediante los cuales las personas formulan las expectativas y evaluaciones que están presentes dentro de su propia conciencia. Los procesos en sí están a la mano para la persona.

#### **Variables del producto cognitivo**

Pensamientos y atribuciones críticas automáticas y expectativas pesimistas sobre el futuro que por lo general son procesos de conocimiento de personas deprimidas. Por lo general, están dentro de la conciencia de la persona y ellas mismas las pueden describir.

**Ventrículos** Sistema de cavidades que se comunican en el cerebro, ligadas con el canal central de la médula espinal.

**Ventrículos cerebrales** Cavidades del cerebro que se encuentran conectadas al canal central de la médula espinal y contienen líquido cefalorraquídeo.

**Vesícula** Área de almacenamiento ubicada en las terminales nerviosas que guarda los neurotransmisores químicos.

**Vesícula sináptica** Recipiente ubicado en el botón terminal del axón que sirve como punto de almacenamiento para un neurotransmisor químico.

**Victimización sexual** Actos basados en una preferencia sexual desviada que afecta en forma negativa a otras personas y a la comunidad y que puede incluir actos ilegales.

**Violación** Relación sexual que se logra por la fuerza y sin el consentimiento de la víctima.

**Violación de menores (estupro)** Delito que se configura cuando se sostienen relaciones sexuales con alguien que tiene menos edad de la que establece la ley. No necesariamente se emplea la fuerza.

**Violación en una cita** Violación que comete una persona que conoce socialmente a la persona violada.

**Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)** Virus que afecta el sistema inmune y finalmente puede hacerlo fallar.

**Virus de rubéola** Virus que, si se presenta en una mujer embarazada (particularmente en el primer trimestre de gestación), puede provocar retraso mental y otros trastornos congénitos en el niño;

comúnmente se llama rubéola alemana.

**Vivienda alternativa** Alojamiento para los enfermos mentales (como centros de medio internamiento y hogares para grupos) enfocado en proveer rehabilitación y albergue.

**Vivienda tutelar** Grandes instalaciones tales como pensiones, asilos y hogares para cuidados especiales que proveen vivienda para los enfermos mentales pero que ofrecen pocos o ningún programa de rehabilitación.

**Voyeurismo (escopofilia)** Gratificación sexual que se obtiene al observar la conducta sexual de otros. Sinónimo de espiar.

**Vulnerabilidad** Condiciones internas o externas de estrés que afectan a una persona adversamente. Factores que incluyen herencia, personalidad, falta de capacidades de afrontamiento, previos eventos de vida negativos y algunos factores del ambiente negativos.

## **W**

**WAIS** Véase *Escala de inteligencia Wechsler para adultos*.

**WISC** Véase *Escala de inteligencia Wechsler para niños*.

**WPPSI** Véase *Escala de inteligencia Wechsler para preescolar y primaria*.

## **Y**

**Yo** En la teoría psicoanalítica, parte de la psique que constituye el "sí mismo". Parte de la psique que está consciente y tiene un contacto más cercano con la realidad y funciona como el "alto ejecutivo" de la personalidad.



# Referencias

## A

- Abbey, A. (1991). Acquaintance rape and alcohol consumption on college campuses: How are they linked? *Journal of American College Health*, 39, 165-169.
- Abel, E.L. (1995). An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicology and Teratology*, 17, 437-443.
- Abel, G.G., Osborn, C.A. y Twigg, D.A. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. En H.H. Barbaree, W.L. Marshal y S.M. Hudson, editores, *The juvenile sex offender* (pp.104-117). Nueva York: Guilford.
- Abel, G., Becher, J. y Cunningham-Rathner, J. (1988). Multiple paraphiliac diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16, 153-168.
- Abrams, S. (1973). The polygraph in a psychiatric setting. *American Journal of Psychiatry*, 130, 94-98.
- Abramson, L. y Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abuse, E.E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Acierno, R.E., Hersen, M. y Van Hasselt, V.B. (1993). Interventions for panic disorder: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 13, 561-578.
- Adler, G. y Buie, D. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B. y Koran, L.M. (1994). One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 179-183.
- Agras, W.S., Taylor, O.B., Kraemer, H.C., Allen, R.A. y Schneider, M.S. (1980). Relaxation training: Twenty-four hour blood pressure reductions. *Archives of General Psychiatry*, 37, 859-863.
- Akbadian, S., Kim, J.J., Potkin, S.G., Hetrick, W.P., Bunney, W.E. y Jones, E.G. (1996). Maldistribution of interstitial neurons in prefrontal white matter of the brains of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 53, 425-436.
- Alcohol and Health* (1990). Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Alden, L.E., Laposa, J.M., Taylor, C.T. y Ryder, A.G. (2002). Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16, 1-29.
- Alford, B.A., Beck, A.T., Freeman, A. y Wright, F.D. (1990). Brief focused cognitive therapy of panic disorder. *Psychotherapy*, 27, 230-234.
- Alloy, L.B. y Abramson, L.Y. Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Tashman, N.A., Steinberg, D.I., Rose, D.T. y Donovan, P. (1999). Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behavior Research and Therapy*, 37, 503-531.
- Alnaes, R. y Torgersen, S. (1993). Mood disorders: Developmental and precipitating events. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 217-224.
- Ambelas, A. (1987). Life events and mania: A special relationship. *British Journal of Psychiatry*, 150, 235-240.
- American Law Institute. (1962). *Model penal code: Proposed official draft*. Filadelfia: American Law Institute.
- American Psychiatric Association. (1993). Practice guideline for treatment of major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1-26.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuarta edición). DSM-IV Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (cuarta edición), revisión textual. DSM-IV-TR Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2001). *The practice of electroconvulsive therapy* (segunda edición). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (1996). Practitioner Survey results offer comprehensive view of psychology practice. *Practitioner Update*, 4, 24.
- Amminger, G.P., Pape, S., Rock, D., Roberts, S.A., Ott, S.L., Squires-Wheeler, E., Kestenbaum, C. y Erlenmeyer-Kimlong, L. (1999). Relationship between childhood behavioral disturbance and later schizophrenia in the New York High-Risk Project. *American Journal of Psychiatry*, 156, 525-530.
- Anderson, B.L. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological intervention for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 590-610.
- Anderson, C.M., Polcari, A., Lowen, S.B., Renshaw, P.F. y Teicher, M.H. (2002). Effects of methylphenidate on functional magnetic resonance relaxometry of cerebellar vermis in boys with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1322-1328.
- Anderson, D. J., Noyes, R., Jr. y Crowe, R.R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 572-575.
- Andolfi, M. (1983). *Behind the family mask: Therapeutic change in rigid family systems*. Traducido por C.L. Chodorkoff. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Andreasen, N.C. (1997). Linking mind and body in the study of mental illness: A project for a scientific psychopathology. *Science*, 275, 1586-1593.
- Andreasen, N.C. y Black, D.W. (2001). *Introductory textbook of psychiatry* (tercera edición). Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001.
- Andrews, J. y Scull, A. (2002). *Undertakers of the mind*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Anfang, S.A. y Appelbaum, P.S. (1996). Twenty years after Tarasoff: Reviewing the duty to protect. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 7-76.
- Angst, J., Angst, F. y Stassen, H.H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Segundo suplemento), 57-62.
- Anónimo. (1977). Psychosocial implications of schizophrenic diagnoses (experiencia personal). *Schizophrenia Bulletin*, 3, 4(b).



- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Bouyers, A.E., Culver, J.L., Aferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A. y Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit: Findings among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 120, 20-32.
- Antony M.M. y Swinson, R.P. (2003). *Phobic disorders and panic in adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Antshel, K.M. y Remer, R. (2003). Social skills training children with attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 153-165.
- APPELBAUM, P. S. (1991). What are the current standards for involuntary commitment to a mental hospital? *Harvard Mental Health Letter*, 7 (11), 8.
- Arena, J.G. y Blanchard, E.B. (2002) Biofeedback training for chronic pain disorders: A primer. En D.C. Turk y R.J. Gatchel, editores, *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*, segunda edición, pp. 59-186. Nueva York: Guilford.
- Aronow, E. y Resnikoff, M. (1976). *Rorschach content interpretation*. Orlando, FL: Grune y Stratton.
- Aronson, T.A. y Shukla, S. (1987). Life events and relapse in bipolar disorder. The impact of a catastrophic event. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57, 571-576.
- Asaad, G. y Shapiro, B. (1986). Hallucinations: Theoretical and clinical overview. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1088-1097.
- August, G., Realmuto, G.M., Joyce, T. y Hektner, J.M. (1999). Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1262-1270.
- Avlund, K., Damsgaard, M.T. y Holstein, B.E. (1998). Social relations and mortality: An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Social Science and Medicine*, 47, 635-643.
- Ayres, W.H. (1994). Foreword. En I.A. Canino y J. Surlock, *Culturally diverse children and adolescents: Assessment, diagnosis, and treatment* pp. vi-vii. Nueva York: Guilford.
- B**
- Bachman, J.G., Wadsworth, K.N., O'Malley, P.M., Johnston, L.D. y Schulenberg, J.E (1997). *Smoking, drinking and drug use in young adulthood: The impacts of new freedoms and new responsibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Baer, J.S., Sampson, P.D., Barr, H.M., Connor, P.D. y Streissguth, A.P. (2003). A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *Archives of General Psychiatry*, 60, 377-385.
- Bagley, C. y D'Augelli, A.R. (2000). Suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *British Medical Journal*, 320, 1617-1618.
- Bailey, J.M. y Pillard, R.C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1089-1096.
- Baird, P.C. y Baird, M.S. (1996). "Echoes from a dungeon cell": A doctor's view of his incarceration. *Psychiatric Services*, 47, 581-582.
- Baker, L. y Cantwell, D.P. (1987). A prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 546-553.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Hennen, J. y Viguera, A.C. (2002). Is lithium still worth using? An update of selected recent research. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 59-75.
- Ball, K., Berch, D.B., Helmers, K.F., Jobe, J.B., Leveck, M.D., Marsiske, M., Morris, J.N., Rebok, G.W., Smith, D.M., Tennstedt, S.L., Unverzagt, F.W. y Willis, S.L. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2271-2281.
- Bancroft, J., Loftus, J. y Long, J.S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 193-208.
- Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- Bandura, A. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Bandura, A. y Menlove, F.L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 99-108.
- Bandura, A. y Schunk, D. H. (1981). Cultivating competent, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality y Social Psychology*, 41, 586-598.
- Barbaree, H.E. y Seto, M.C. (1997). Pedophilia: Assessment and treatment. En D.R. Laws y W. O'Donohue (editors), *Sexual deviance: Theory assessment, and treatment* pp. 175-193. Nueva York: Guilford.
- Barefoot, J.C., Brummett, B.H., Hooker, K. y Siegler, I.C. (1998). Trust, health, and longevity. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 517-526.
- Barefoot, J.C., Siegler, I.C., Nowling, J.B., Peterson, B.L., Haney, T.L. y Williams, R.B., Jr. (1987). Suspiciousness, health, and mortality: A follow-up study of 500 older adults. *Psychosomatic Medicine*, 49, 450-457.
- Barkley, R.A. (2002a). Issues in the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder. *Brain and Development*, 25, 77-83.
- Barkley, R.A. (2002b). Psychosocial treatments for attention deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43 (suplemento 12).
- Barlow, D.H., Brow, T.A. y Craske, M.G. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 553-564.
- Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A. y Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Baron, M. y Risch, N. (1987). The spectrum concept of schizophrenia: Evidence of a genetic-environmental continuum. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 257-267.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Baron-Cohen, S. y Hammer, J. (1997). Parents of children with Asperger syndrome: What is the cognitive phenotype? *Journal of Cognitive Neuroscience*, 9, 548-554.

- Barrett, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long term (six-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 135-141.
- Bartholomew, R.E. (2000). Epidemic hysteria: A review of the published literature. *American Journal of Epidemiology*, 151, 206-207.
- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Bulletin*, 97, 90-113.
- Bear, M.F., Connors, B.W. y Paradiso, M.A. (2001). *Neuroscience: Exploring the brain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Beardslee, W.R., Salt, P., Versage, E.M., Gladstone, T.R., Wright, E.J. y Rothberg, P.C. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.
- Bebbington, P.E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 2-6.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1970). Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 3-17.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T. (1997). Interview. *Cognitive Therapy Today*, 2, 1-3.
- Beck, A.T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. Nueva York: Harper Collins.
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A., Eidelson, J.L. y Riskind, J.H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A. y Asociados. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry* 142, 559-563.
- Becker, R.E. (1990). Social skills training. En A.S. Bellack y M. Hersen, editores, *Comparative treatments for adult disorders*. Nueva York: Wiley.
- Beekman, A.T., Copeland, J.R. y Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Beer, M.D. (1996). The endogenous psychoses: A conceptual history. *History of Psychiatry*, 7, 1-29.
- Beers, C. (1908-1981). *A mind that found itself*. Garden City, Nueva York: Doubleday.
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beitman, B.D. (1993). Pharmacotherapy and the stages of psychotherapeutic change. En J.M. Oldham, M.B. Riba y A. Tasman, editores, *Review of Psychiatry* 12, 521-539. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Belichenko, P.V., Hagberg, B. y Dahlstrom, A. (1997). Morphological study of neocortical areas in Rett syndrome. *Acta Neuropathologica*, 93, 50-61.
- Bell, Q. (1972). *Virginia Woolf: A biography*. Nueva York: Harcourt Brace.
- Bemporad, J.R. y Vasile, R.G. (1990). Psychotherapy. En A.S. Bellack y M. Hersen, editores, *Comparative treatments for adult disorders*. Nueva York: Wiley.
- Bender, L. (1938). A visual motor Gestalt test and its clinical use. *American Orthopsychiatric Association, Research Monographs*, No. 3.
- Bender, W.N. (1995). *Learning disabilities: Characteristics, identification, and teaching strategies*, segunda edición,. Boston: Allyn & Bacon.
- Bennett, M.J. (1996). Is psychotherapy ever medically necessary? *Psychiatric Services*, 47, 966-970.
- Benson, H. (1977). Systemic hypertension and the relaxation response. *New England Journal of Medicine*, 296, 1152-1156.
- Bentler, P.M. y Prince, C. (1969). Personality characteristics of male transvestites. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 140-143.
- Bentler, P.M. y Prince, C. (1970). Psychiatric symptomatology in transvestites. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 434-435.
- Benton, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.C., Newton, F.B. y Benton, S.L. (2003). Changes in counselling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 66-72.
- Bergin, A.E. y Garfield, S.L., editores, (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (cuarta edición). Nueva York: John Wiley.
- Bergin, A.E. y Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S.L. Garfield y A.E. Bergin, editores, *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (segunda edición). Nueva York: John Wiley.
- Berke, J. y Hernton, C. (1974). *The cannabis experience*. Londres: Peter Owen.
- Berkman, K.F., Vaccarino, V. y Seeman, T. (1993). Gender differences in cardiovascular morbidity and mortality: The contribution of social networks and support. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 112-118.
- Berkman, L.F., editores, (2002). *Through the kaleidoscope*. Washington, DC: National Academy Press.
- Bernard, M.L. y Bernard, J.L. (1983). Violent intimacy: The family as a model for love relationships. *Family Relations*, 32, 283-286.
- Bernier, J.C. y Siegel, D.H. (1994). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A family and ecological perspective. *Families in Society*, 75, 142-151.
- Berninger, V.W. y Richards, T.L. (2002). *Brain literacy for educators and psychologists*. San Diego: Academic Press.
- Bertelsen, A. y Gottesman, I.I. (1986). Offspring of twin pairs discordant for psychiatric illness. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 35, 310.
- Beumont, P.J. (1993). Anorexia nervosa in males: A report of 12 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 512-517.
- Biederman, J. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A life span perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 1-13.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Milberber, S., Jetton, J.G., Chen, L., Mick, E., Greene, R.W. y Russell, R.L. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder: Findings from a four year follow

- up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1193-1204.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A., Mick, E., Lehman, B.K. y Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.
- Bilsker, R. (2002). *On Jung*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Bjorkland, R. (1996). Psychiatric labels: Still hard to shake. *Psychiatric Services*, 47, 1329-1330.
- Black, D.W. y Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- Blanchard, E.B. y Malamood, H.S. (1996). Psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Professional Psychology*, 27, 241-244.
- Blazer, D., Hughes, D. y George, L.D. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.
- Bleuler, E. (1915/1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Traducido por J. Zinkin. Nueva York: International Universities Press.
- Bloom, B.L. y Hodges, W.F. (1988). The Colorado Separation and Divorce Program: A preventive intervention program for newly separated persons. En R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorian y J. Ramos-McKay, editores, *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blumenthal, J.A., Sherwood, A., Guille, E.C.D., Georgiades, A. y Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 569-589.
- Blumenthal, R. (1993). Omission of author's residence proves embarrassing. *New York Times*, 5 de diciembre, p. Y20.
- Blumenthal, S. (1990). Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 511-556.
- Blumer, D. (2002). The illness of Vincent van Gogh. *American Journal of Psychiatry*, 159, 519-526.
- Bodlund, O. y Kullgren, G. (1996). Transsexualism-General outcome and prognostic factors: A five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 303-316.
- Bohman, M., Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. y Von Knorring, A.L. (1982). Predisposition to petty criminality of Swedish adoptees I. Genetic and Rh environmental heterogeneity. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1233-1241.
- Bohmalk, G.C. (1991). No laughing matter. *Journal of the American Medical Association*, 265, 1245.
- Bohne, A., Keuthen, N.J., Wilhelm, S., Deckersback, T. y Jenike, M.A. (2002). Prevalence of symptoms of bodily dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43, 486-490.
- Bolton, D., Luckie, M. y Steinberg, D. (1995). Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1441-1450.
- Bond, L.A. y Compas, B.E. (1991). *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bookheimer, S.Y., Strojwas, M.H., Cohen, M.S., Saunders, A.M., Pericak-Vance, M.A., Mazziotta, J.C. y Small, G.W. (2000). Patterns of brain activation in people at risk for Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 343, 450-456.
- Boor, M. (1982). The multiple personality epidemic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 302-304.
- Boothby, J.C., Thorn, B.E., Stroud, M.W. y Jensen, M.P. (1999). En R.J. Gatchel & D.C. Turk, editores, *Psychological factors in pain*. Nueva York: Guilford.
- Borkman, T. (1999). *Understanding self-help/mutual aid*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Bornstein, R.F. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112, 3-23.
- Borthwick-Duffy, S.A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- Bouman, T.K. y Visser, S. (1998). Cognitive and behavioral treatment of hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 214-221.
- Bowden, C.L. (1993). The clinical approach to the differential diagnosis of bipolar disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 57-63.
- Bowden, C.L. (1993). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-55.
- Bowlby, J. (1980). *Loss, sadness, and depression*. Nueva York: Basic Books.
- Boyd, J.H., Rae, D.S., Thompson, J.W., Burns, B.J., Bourdon, K., Locke, B. Z. y Regier, D. A. (1990). Phobia: Prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314-323.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine y., Szatmari, P., Fleming, J.E. y Sanford, M. (1996). Identifying thresholds for classifying childhood psychiatric disorder: Issues and prospects. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1440-1448.
- Bradford, D., Stroup, S. y Liberman, J. (2002). Pharmacological treatments for schizophrenia. En P.E. Nathan & J.M. Gorman, editores, *A guide to treatments that work* (segunda edición), pp. 169-200. Nueva York: Oxford University Press.
- Bradley, S.J. (1995). Psychosexual disorders in adolescence. En J.M. Oldham & M.B. Riba, editores, *Review of psychiatry*, 14, 735-754. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bradley, S.J. y Zucker, K.J. (1997). Gender identity disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 872-880.
- Braff, D.L. (1993). Information processing and attention dysfunctions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 233-259.
- Brame, B., Nagin, D.S. y Tremblay, R.E. (2001). Developmental trajectories of physical aggression from school entry to late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 503-512.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., Fornari, V.M. y Halmi, K.A. (1999). Bright light therapy decreases winter binge frequency in women with bulimia nervosa: A double blind, placebo-controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 442-448.
- Bremner, J.D. (1998). Neuroimaging of posttraumatic disorder. *Psychiatric Annals*, 28, 445-450.
- Brenner, H.D. (1989). The treatment of basic psychological dysfunctions from a systemic point of view. *British Journal of Psychiatry*, 155 (Suplemento 5), 74-83.
- Brewerton, T.D., Krahn, D.D., Hardin, T.A., Wehr, T.A. y Rosenthal, N.E. (1994). Findings from the Seasonal Pattern Assessment Questionnaire in patients with eating disorders



- and control subjects: Effects of diagnosis and location. *Psychiatry Research*, 52, 71-84.
- Brewin, C.R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. En J.T. Spack, J.M. Barley y D.J. Foes, editores, *Annual Review of Psychology*, volumen 47. Palo Alto, CA: Annual Reviews, pp. 3357
- Brodaty, H., Luscombe, G., Peisah, C., Anstey, K. y Andrews, G. (2001). A 25-year longitudinal comparison study of the outcome of depression. *Psychological Medicine*, 31, 1347-1359.
- Brodoff, A.S. (1988) First person account: Schizophrenia through a sister's eyes-The burden of invisible baggage. *Schizophrenia Bulletin* 14, 113-116.
- Brown, G.W., Bifulco, A. y Harris, T.O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: Some refinements. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- Brown, P., Macmillan, M.B., Meares, R. y Van der Hart, O. (1996). Janet and Freud: Revealing the roots of dynamic psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 480-491.
- Brown, T.A., Barlow, D.H. y Liebowitz, M.R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of child abuse: A review of research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Brownell, K. D., Hayes, S. C. y Barlow, D. H. (1977). Patterns of appropriate and deviant sexual arousal: The behavioral treatment of multiple sexual deviations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1144-1155.
- Bruer, J.T. (1998). *The myth of the first three years*. Nueva York: Free Press.
- Bruni, F. (1997). Belatedly, the riddle of an attack on Rastin is solved. *New York Times*, 30 de enero, p. A16.
- Brunswick, K.A. y O'Donohue, W. (2002). *Relapse prevention for sexual harassers*. Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Bryant, R.A. y Harvey, A.G. (2000). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Burnand Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A. y Rosset, N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clonidine in the treatment of major depression, *Psychiatric Services*, 53, 585-590.
- Burnside, J.W. (1987). The diary. *Journal of the American Medical Association*, 257, 1802.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J. y Keith, S.J. (1999). Schizophrenia: Improving outcome. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 229-240.
- Butler, A.C. y Beck, A.T. (1996). Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist*, 49, 6-7.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Butler, L. y Noelen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30, 331-345.
- Butterfield, F. (1996). This way madness lies: A fall from grace to prison. *New York Times*, 21 de abril, 10y.
- Butterworth, J. y Strauch, J.D. (1994). The relationship between social competence and success in the competitive workplace for persons with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 29, 118-133.
- Bystriksky, A. y Strausser, B.P. (1996) Treatment obsessive-compulsive cutting behavior with naltrexone. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 423-424.

## C

- Cadore, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G. y Stewart, M.A. (1995). Gene-environment interaction in genesis of aggressivity and conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 42-52.
- Cahill, C., Liewelyn, S. P y Pearson, C. (1991). Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 1-12.
- Cahill, S.P., Carrigan, M.H. y Frueh, B.C. (1999). Does EMDR work? And if so, why? A critical review of controlled outcome and dismantling research. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 5-33.
- Cain, D.J. y Seeman, J., editores, (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Caldwell, C.B. y Gottesman, I.I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-589.
- Cale, E.M. y Lilienfeld, S.O. (2002). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: Sex differentiated manifestations of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 16, 52-2.
- Cameron, N. (1963). *Personality development and psychopathology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Campbell, S.S. y Gillin, J.C. (1987). Depressing normal sleep: Two tests of the Process S deficiency hypothesis. *Neuropsychobiology*, 18, 169-174.
- Canino, I.A. y Insel, J.E. (2001) Culture and family therapy. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 10, 601-612.
- Canino, I.A. y Spurlack, J. (2000). *Culturally Diverse Children and Adolescents* (segunda edición). Nueva York: Guilford.
- Cannon, T.D. y Mednick, S.A. (1993). The schizophrenia high-risk project in Copenhagen: Three decades of progress. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 370, 33-47.
- Cannon, T.D., Mednick, S.A. y Parnas, J. (1990). Antecedents of predominantly negative and predominantly positive schizophrenia in a high risk population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 662-632.
- Cannon, T.D., Paprio, J., Lonnqvist, J., Huttunen, M. y Koshenvuo, M. (1998). The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish twin cohort. *Archives of General Psychiatry*, 55, 67-74.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.
- Capaldi, D.M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2 year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- Capaldi, D.M. y Patterson, G.R. (1994). Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males. En D.C. Fowles, P. Sutker y S.H. Goodman, editores, *Progress in experimental personality and psychopathology research* pp. 165-198. Nueva York: Springer.
- Carlson, C.L., Lahey, B.B. y Neepner, R. (1984). Peer assessment of the social behavior of accepted, ejected, and neglected children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 187-198.



- Carlson, C.L., Pelham, W.E., Milich, R. y Dixon, M.J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on classroom behavior, academia performance and self-evaluations of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 43-54.
- Carlson, C.L., Pelham, W.E., Milich, R. y Hoza, B. (1993). ADHD boy's performance and attributions following success and failure: Drug effects and individual differences. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 269-287.
- Carpenter, W.T. (1996). Maintenance therapy of persons with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (supplemento 19), 10-18.
- Carranza-Lira, S. y Valentino-Figueroa, M.L. (1999) Estrogen therapy in postmenopausal women. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*, 65, 35-38.
- Cartwright, A., Hyams, G. y Spratley, T. (1996). Is the interviewer's therapeutic commitment an important factor in determining whether alcoholic clients engage in treatment? *Addiction Research*, 4, 215-230.
- Casas, J.M. (1995). Counseling and psychotherapy with racial/ethnic minority groups in theory and practice. En B. Bongar & L.E. Beutler, editores, *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*, pp. 311-335. Nueva York: Oxford University Press.
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Faultline in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481.
- Casey, R.J. y Berman, J.S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98(2), 388-400.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Nueva York: Guilford.
- Caspi, A. y Elder, A.H., Jr. (1988). Early personality and life disorganization. En E.M. Hetherington, R.M. Lerner y M. Perlmutter, editores, *Child development in life-span perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., Taylor, y Poulton, R. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Castellanos, F.X., Lee, P.P., Sharp, W., Jeffries, N.O., Greenstein, D.K., Classen, L.S., Blumenthal, J.D., James, R.S., Ebens, C.L., Walter, J.M., Zijdenbos, A., Evans, A.C., Giedd, J.N. y Rapoport, J.L. (2002). Developmental trajectories of brain volume in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1740-1748.
- Cauce, A.M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B.N., Shea, J.M., Srebnik, D. y Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help-seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 44-55.
- Cavanaugh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. y Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cavanaugh, C.J. y Lemberg R. (1999). What we know about eating disorders: Facts and statistics. En R. Lemberg, editores, *Eating disorders: A reference sourcebook*. Phoenix, AZ: Oryx Press.
- Caviola, A.A. y Schiff, M. (1988). Behavioral sequelae of physical and/or sexual abuse in adolescents. *Child abuse and Neglect*, 12, 181-188.
- Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 822-830.
- Cerone, R., Schiaffino, M.C., Di Stefano, S. y Veneselli, E. (1999). Phenilketonuria: Diet for life or not? *Acta Paediatrica* 88, 664-666.
- Chalkley, A.J. y Powell, G.E. (1983). The clinical description of forty-eight cases of sexual fetichisms. *British Journal of Psychiatry* 142, 292-295.
- Chambers, R.A., Taylor, J.R. y Potenza, M.N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescent: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1042-1052.
- Chandler, C.L., Weissberg, R.P., Cowen, E.L. y Guare, J. (1984). Long term effects of a school-based secondary prevention program for young maladapting children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 165-170.
- Charman, T. (1994). The stability of depressed mood in young adolescents: A school based survey. *Journal of Affective Disorders*, 30, 109-116.
- Charman, T. (1997). The relationship between joint attention and pretend play in autism. *Development and Psychopathology*, 9, 1-16.
- Chemerinski, E. y Robinson, R.G. (2000). The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*, 41, 5-14.
- Cherlin, A.J., Furstenberg, F.F., Chase-Lansdale, P.L., Kiernan, K.E., Robins, P.K., Morrison, D.R. y Tietler, J.O. (1991). Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science*, 252, 1386-1389.
- Chess, S. (1978). The plasticity of human development. *American Academy of Child Psychiatry*, 17, 80-91.
- Chess, S., Thomas, A. y Hassibi, M. (1983). Depression in childhood and adolescence: A prospective study of six cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 411-420.
- Christopher, I.C. (1993). Psychosocial factors and immunity in nonhuman primates: A review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 298-308.
- Ciccone, J.R. (1999). Competence to stand trial: Efforts to clarify the concept and improve clinical evaluations of criminal defendants. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 647-651.
- Clark, D.B., Smith, M.G., Neighbors, B.D., Skerlec, L.M. y Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14, 113-137.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. y Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 749-469.
- Clark, K. A. (1965). A role for librarians in the relevant war against poverty. *Wilson Library Bulletin*, septiembre de 1965. Citado en A. MacLeod, (1973). *Growing up in America*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Clark, W.R. y Grunstein, M. (2002). *Are we hard-wired?* Nueva York: Oxford University Press.
- Clarkin, J.F. (1998). Research findings on the personality disorders. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 91-102.
- Clarkin, J.F., Pilkonis, P.A. y Magruder, K.M. (1996). Psychotherapy of depression: Implications for reform of the

- health care system. *Archives of General Psychiatry*, 53, 717-723.
- Clement, D.L., De Buyzere, M.L., De Bacquer, D.A., de Leeuw, P.W., Duprez, D.A., Fagard, R.H., Gheeraert, P.J., Missault, L.H., Braun J.J., Six, R.O., Van Der Niepen, P. y O'Brien, E. (2003) Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. *New England Journal of Medicine*, 348, 2407-2415.
- Clementz, B.A., Sweeney, J.A., Hirt, M. y Haas, G. (1991). Phenotypic correlations between oculomotor functioning and schizophrenia-related characteristics in relatives of schizophrenic probands. *Psychophysiology*, 28, 570-578.
- Cochran, D.L., Brown, D.R. y McGregor, K.C. (1999). Racial in multiple social roles of older women: Implications for depressive symptoms. *Gerontologist*, 39, 465-472.
- Cohen, D.J., Caparulo, B.K. y Shaywitz, B.A. (1978). Neurochemical and developmental models of childhood autism. En G. Serban, editor, *Cognitive defects in the development of mental illness*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Cohen, J.D. y Servan-Schreiber, D. (1992). Context, cortex, and dopamine: A connectionist approach to behavior and biology in schizophrenia. *Psychological Review*, 99, 45-77.
- Cohen, L.J., Kingston, P., Bell, A., Aronowitz, B., y Hollander, E. (2000). Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 4-12.
- Cohen, M.E., Robins, E., Purcell, J.J., Altmann, M.W. y Reed, D.E. (1953). Excessive surgery in hysteria. *Journal of the American Medical Association*, 151, 977-986.
- Cohen, P., Cohen, J. y Brook, J. (1993a). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 34, 869-877.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N. Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. y Streuning, E.L. (1993b). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-I. Age-and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 34, 851-867.
- Cohen, R.A. (1975). Manic-depressive illness. En A.M. Freedman, J.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry* (segunda edición). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Cohen, S., Doyle, W.J. y Skoner, D.P. (1999). Psychological stress, cytokine production, and severity of upper respiratory illness. *Psychosomatic Medicine*, 61, 175-180.
- Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S. y Gwaltney, J.M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1940-1944.
- Cohen, S., Kessler, R.C. y Gordon, L.U., editores, (1995). *Measuring stress*. Nueva York: Oxford University Press.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A.J. y Smith, A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325, 606-612.
- Cohen, S. y Williamson, G.M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- Cohen, W.I., Nadel, L. y Madnick, M.E., editores, (2002) *Down syndrome: Visions for the 21st century*. Nueva York: Wiley-Liss.
- Colapinto, J. (2000). As nature made him: *The boy who was raised as a girl*. Nueva York: Harper Collins.
- Colom, F., Corbella, B., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A. y Gasto, C. (2001). Clinical correlatos of psychiatric comorbidity in Bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 3, 253-258.
- Comings, D.E. (2000). The role of genetics in ADHD and conduct disorder-Relevance to the treatment of recidivistic antisocial behavior. En D.H. Fishbein, editores, (2000). *The science, treatment, and prevention of antisocial behaviors: Application to the criminal justice system*. pp. 16-1-16-25. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. y Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Compton, S.N., Burns, B.J., Egger, N.L. y Robertson, E. (2002). Review of the evidence for treatment of childhood psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1240-1266.
- Compton, S.N., Nelson, A.H. y March, J.S. (2000). Social Phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1998). Initial impact of the Fast Track Prevention Trial for conduct problems: The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 631-547.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Evaluation of the first three years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 19-35.
- Conger, R.D., Ge, X., Elder, G.H.Jr., Lorenz, F.O. y Simons, R.L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65, 541-561.
- Connors, D.K. (1997). *CRS-R, Conners' rating scales-revisado: Instruments for use with children and adolescents*. North Tanawanda, Nueva York: Multi-Health Systems, Inc
- Constantino, J.N. y Todd, R.D. (2003). Autistic traits in the general population: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 524-530.
- Conte, J.R., Sorenson, E., Fogarty, L. y Rosa, J.D. (1991). Evaluating children's reports of sexual abuse: Results from a survey of professionals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 428-437.
- Cook, J.A., Pickett, S.A. y Cohler, B.J. (1997). Families of adults with severe mental illness-The next generation of research: Introduction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 172-176.
- Cookson, J., Taylor, D. y Katona, C. (2002). *Use of drugs in psychiatry*. Londres: Gaskell.
- Coolidge, F.I., Thede, L.L. y Young, S.E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32, 251-257
- Cornblatt, B.A., Dworkin, R.H., Woolf, L.E. y Erlenmeyer-Kimbling, L. (1996). Markers, developmental processes, and schizophrenia. En M.F. Lensenweger y J.J. Haugaard, editores, *Frontiers of developmental psychopathology*. pp. 125-147. Nueva York: Oxford University Press.
- Cornblatt, B.A. y Keilp, J.G. (1994). Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 31-46.
- Cornblatt, B.A., Lenzenweger, M.F. y Erlenmeyer-Kimling, L.L. (1989). The Continuous Performance Task, identical pairs

- version: II. Contrasting attention profiles in schizophrenic and depressed patients. *Psychiatry Research*, 29, 65-85.
- Costa, L. (1996). Lifespan neuropsychology. *Clinical Neuropsychologist*, 10, 365-374.
- Costa, P.T. y Widiger, T.A., editores, (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P.T., Jr. y McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cottrell, D. y Boston, P. (2002). Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 573-586.
- Courchesne, E., Carper, R. y Akshoomoff, N. (2003). Evidence of brain overgrowth in the first year of life. *Journal of the American Medical Association*, 290, 337-344.
- Cowen, E.L. (1982). Help is where you find it. Four informal helping groups. *American Psychologist*, 37, 385-395.
- Cowen, E.L. y Hightower, A.D. (1990). The Primary Mental Health Project: Alternative approaches in school-based preventive intervention. En T.B. Gutkin & C.R. Reynolds, editores, *Handbook of school psychology*. Nueva York: John Wiley.
- Cox, G.R., Bendiksen, R.A. y Stevenson, R.G., editores, (2002). *Complicated grieving and bereavement*. Amityville, Nueva York: Baywood Publishing Company.
- Crabbe, J.C. (2002). Genetic contributions to addiction. En S.T. Fiske, editores, *Annual Review of Psychology*, 53, 435-462.
- Craighead, W.E., Miklowitz, D.J., Frank, E. y Vajik, F.C. En P.E. Nathan & J.M. Gorman, editores, (2002). *A guide to health treatments that work*, segunda edición. pp. 263-275. Nueva York: Oxford University Press.
- Crider, A. (1997). Perseveration in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 63-74.
- Cromwell, R.L. (1993). Searching for the origins of schizophrenia. *Psychological Science*, 4, 276-279.
- Crow, T.J. (1994). Prenatal exposure to influenza as a cause of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, 588-592.
- Cummings, E.M. y Davies, P. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. Nueva York: Guilford.
- Cummings, L.L. (1993). The neuroanatomy of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54:11, suplemento, 14-20.
- Cummings, J.L. (2003). *The neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related dementias*. Londres, England: Martin Dunitz.
- Cummings, N.A., O'Donohue, W.T. y Ferguson, K.E., editores, (2002). *The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you*. Reno, Nevada: Context Press.
- Cunningham, C.E. y Siefel, L.S. (1987). Peer interactions of normal and attention-deficit-disordered boys during free play, cooperative task, and simulated classroom situations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 247-268.
- Cunningham, M.D. y Reidy, T.J. (1999). Don't confuse me with the facts. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 20-43.
- Curry, S.J. (1993). Self-help interventions for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 790-803.
- Cuskelly, M., Jobling, A., y Buckley S., editores, (2002). *Down syndrome across the life span*. Londres: Whurr Publishers.
- Cutting, J.C. (1985). *The psychology of schizophrenia*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

## D

- Daley, D.C. y Marlatt, G.A. (1992). Relapse prevention: Cognitive and behavioral interventions. In J.H. Lowinson, P. Ruiz y R.B. Millman, editores, *Substance abuse: A comprehensive textbook* (segunda edición), pp. 533-542. Baltimore, MD: Williams y Wilkins.
- Dam, H., Molin, J., Bolwing, T.G., Wildschiodtz, G. y Møllerup, E.T. (1994). Development of winter depression and the effect of light therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, 75-79.
- Danforth, J.S. (1998). The outcome of parent training using the behavior management flow chart with mothers and their children with oppositional defiant disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification*, 22, 443-473.
- Davidson, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Weiser, M., Kaplan, Z. y Mark, M. (1999). Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156, 1328-1335.
- Davis, G.E. y Leitenberg, H. (1987). Adolescent sex offenders. *Psychological Bulletin*, 101, 417-427.
- De Hert, M., Thys, E., Vercruyssen, V. y Perusken, J. (1996). Partial hospitalization at night: The Brussels Nighthospital. *Psychiatric Services*, 47, 527-528.
- De Nike, L.D. y Tiber, N. (1968). Neurotic behavior. En P. London y D. Rosenham, editores, *Foundations of abnormal psychology*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- de Ruiter, C., Rijken, H., Garssen, B., van Schaik, A. y Kraaijmaat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- Dean, P.J. y Range, L.M. (1999). Testing the escape theory of suicide in an outpatient population. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 561-572.
- DeLisi, L.E. (1996). Is there a viral or immune dysfunction etiology to schizophrenia? Reevaluation a decade later. *Schizophrenia Research*, 22, 1-4.
- DeMarchi, N. y Mennella, R. (2000). Huntington's disease and its association with psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 278-289.
- Demos, J.P. (1982). *Entertaining Satan: Witchcraft and the culture of early New England*. Nueva York: Oxford University Press.
- Depression Guideline Panel. (1993). (Línea directiva de la práctica clínica número 5) *Depresión in primary care: Volume 2. Treatment of major depression*. (Publicación ACCPR número 93-0551). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research.
- Derish, J., Polatin, P.B. y Gratchel, R.J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z. y Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Meta-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- deSilva, P. y Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 942-952.



- Deutsch, A. (1948). *The shame of the states*. Nueva York: Arno.
- Diamond, G. y Siqueland, L. (2001). Current status of family intervention science. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10, 641-661.
- DiCeglie, D., Freedman, D., McPherson, S. y Richardson, P. (2002). Children and adolescents referred to a specialist gender-identity development service: Clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism*, 6, 14-20.
- Dick, D.M. y Rose, R.J. (2002). Behavior genetics: *What's new? What's next?* *Current Directions in Psychological Science*, 11, 70-74.
- Dick, D.M., Rose, R.J., Kaprio, J. y Koskenvuo, M. (2001). Exploring gene-environment interactions: Socioregional moderation of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 625-632.
- Didion, J. (1979). *The White Album*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Dissanayake, C. y Crossley, S.A. (1996). Proximity and sociable behaviors in autism: Evidence for attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 149-156.
- DiTomasso, R.A. y Gosch, E.A., editores, (2002). *Comparative treatments for anxiety disorders*. Nueva York: Springer.
- Dixon, L.B., Lehman, A.F. y Levine, J. (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 567-577.
- Dobson, K.S. (editor) (2001). *Handbook of cognitive-behavioraltherapies* (2da. edición). Nueva York: Guilford Press.
- Docter, R.F. (1988). *Transvestites and transsexuals*. Nueva York: Plenum.
- Dodge, K.A. (1985). Attributional bias in aggressive children. *Advances in Cognitive Behavioral Research and Therapy*, 4, 73-110.
- Dodge, K.A. (1993). The future of research on the treatment of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 311-319.
- Dorian, B. y Garfinkel, P.E. (1987). Stress, immunity and illness: a review. *Psychological Medicine*, 17, 393-407.
- Dorris, M. (1989). *The broken cord*. Nueva York: Harper & Row.
- Dosen, A. y Duy, K. (editores) (2001). *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Dougherty, D.M., Bjork, J.M., Marsh, D.M. y Moeller, F.G. (2000). A comparison between adults with conduct disorder and normal controls on a continuous Performance Test: Differences in impulsive response characteristics. *Psychological Record*, 50, 203-219.
- Dowd, E.T. (2002). Behavioral therapy for depression. En M.A. Reinecke y M.R. Davison (editores), *Comparative treatments for depression* (pp. 195-219). Nueva York: Springer.
- Dowd, S.M., Strong, M.J., Martis, B.J. y Janicak, P.G. (2002). Is repetitive transcranial magnetic stimulation an alternative for ECT for the treatment of depression? *Contemporary Psychiatry*, 1, 1-10.
- Draijer, N. y Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 378-385.
- Drevets, W.C. (1999). Prefrontal cortical-amygdalar metabolism in major depression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877, 614-637.
- Drossman, D.A., Toner, B.B., Whitehead, W.E., Diamant, N.E., Dalton, C.B., Duncan, S., Emmott, S., Proffitt, V., Akamn, D., Frusciante, K., Le, T. Meyer, K., Brashaw, B., Mikula, K., Morris, C.B., Blackman, C.J., Hu, Y., Joia, H., Li, J.Z., Koch, G.G. y Bangdiwala, S.I. (2003). Cognitive-behavioral therapy versus education an desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 125, 249-53.
- Durlak, J.A. y Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Dykman, B.M., Horowitz, L.M., Abramson, L.Y. y Usher, M. (1991). Schematic and situational determinants of depressed and nondepressed students' interpretation of feedback. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 45-55.

## E

- Earleywine, M. (2002). *Understanding marijuana*. Nueva York: Oxford University Press.
- Easton, K. (1959). An unusual case of fugue and orality. *Psychoanalytic Quarterly*, 28, 505-513.
- Edmonds, L.K., Mosley, B.J., Admiraal, A.J., Olds, R.J., Romans, S.E., Silverstone, T. y Walsh, A.E. (1998). Familial bipolar disorder: Preliminary results from the Otago Familial Bipolar Genetic Study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 823-829.
- Egeland, B., Carlson, E. y Stroufe, L.A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.
- Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S. y Potvin, L. (1992). The Roseto effect: A 50-year comparison of mortality rates. *American Journal of Public Health*, 82, 1089-1092.
- Ehlers, S., Nyden, A., Gillberg, C., Sandberg, A.D., Dahlgren, S.O., Hjelmsquist, E. y Oden, A. (1997). Asperger syndrome, autism, and attention disorders: A comparative study of the cognitive profiles. *Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 207-217.
- Einfeld, S.L. y Tonge, J. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 99-109.
- Eiraldi, R.B., Power, T.J. y Nezu, C.M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder among 6- to 12-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 503-514.
- Eisenberg, L. (1998). Nature, niche, and nurture. *Academic Psychiatry*, 22, 213-222.
- Eisler, R.M. (1972). Crisis intervention in the family of a firesetter. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 9, 76-79.
- Eliot, R.S. y Buell, J.C. (1983). The role of the CNS in cardiovascular disorders. *Hospital Practice*, mayo, 189-199.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (editores), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114-139). Nueva York: Wiley.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T. y Shaw, B.F. (1996). Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 92-103.



- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. y Parloff, M.B. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, I: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 71-982.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious*. Nueva York: Basic Books.
- Elliott, J.G. (1999). School refusal: Issues of conceptualisation, assessment, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 1001-1012.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. En D.J. Cain y J. Seeman, editores, *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ellis, A. (1970). Rational-emotive therapy. En L. Hersher, editor, *Four psychotherapies*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy* (segunda edición). Nueva York: Springer.
- Ellis, B. y Heiman, J.R.M. (1992). Marital and psychological adjustment in the contexto f a sexual dysfunction. *University of Washington Medical Center Update*, octubre de 1992, 1-2.
- Endler, N.S. (1990). *Holiday of darkness*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Endler, N.S. y Persad, E. (1988). *Electroconvulsive therapy: the myths and the realities*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Englebienne, P. y De Meirleir, K. (2002). *Chronic fatigue syndrome: CA biological approach*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Enoch, M. y Goldman, D. (2000). Genetics of alcoholism. En P. Pfaff, W.W. Berrettini, T.H. Joh y S.C. Maxon editores. Genetic influences on neural and behavioral functions, pp.163-184. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Epstein, A.W. (1965). Fetishism. En R. Slovenko, editor, *Sexual behavior and the law*. Springfield, IL: Thomas.
- Epstein, D.H., Hawkins, W.E., Covi, L., Umbricht, A. y Preston, K.L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: Findings during treatment and across 12 month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 73-82.
- Ergul, S., Parish, D.C., Puett, D. y Ergul A. (1996). Racial differences in plasma endothelin-1 concentrations in individuals with essential hipertensión. *Hypertension*, 28, 652-655.
- Erickson, H.M. y Goodwin, D.W. (1994). Pharmacologic interventions. En B. Van Hasselt y M. Hersen, editores, *Advanced Abnormal Psychology*. Nueva York: Plenum.
- Erikson, E.H. (1975). *Life history and the historical moment*. Nueva York: Norton.
- Erlenmeyer-Kimling, L. (1987). Biological markers for the liability to schizophrenia. En H. Helmchen y E. A. Henn, editores, *Biological perspectives of schizophrenia*. Nueva York: Wiley.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Squires-Wheeler, E., Adamo, U.H., Bassett, A.S., Cornblatt, B.A., Kestenbaum, C.J., Rock, D., Roberts, S.A. y Gottesman, I.I. (1995). The New York High-Risk Project: psychoses and cluster A personality disorders in offspring of schizophrenic parents at 23 years of follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 52, 857-865.
- Ernsberger, P. y Kolestsky, R.J. (1999). Biomedical rationale for a wellness approach to obesity: An alternative to a focus on weight loss. *Journal of Social Issues*, 55, 221-259.
- Eron, L.D. y Peterson, R.A. (1982). Abnormal behavior: Social approaches. En M.R. Rosenweig y L.W. Porter, editores, *Annual Review of Psychology*. 33. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Espie, C.A., Inglis, S.J. y Harvey, L. (2001). Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia in general medical practice: Analyses of outcome data at 12 months posttreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 58-66.
- Essau, C.A., Hakim-Larson, J., Crocker, A. y Petermann, F. (1999). Assessment of depressive disorders in children and adolescents. En C.A. Essau and F. Petermann, editores, *Depressive disorders in children and adolescents*, pp. 27-67. Northvale, NJ: Aronson.
- Evans, J.d., Heaton, R.K., Paulsen, J.S., McAdams, L.A., Heaton, S.C. y Jeste, D.V. (1999). Schizoaffective disorder: A form of schizophrenia or affective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 874-882.
- Ezzell, C. (1995). Of multiple minds over the genetics of schizophrenia. *The Journal of NIH Research*, 7, 25-27.

## F

- Faedda, G.L., Tondo, L., Teicher, M.H., Baldessarini, R.J., Gelbard, H.A. y Floris, G.F. (1993). Seasonal mood disorders. Patterns of seasonal recurrence in mania and depression. *Archives of General Psychiatry*, 50, 17-23.
- Fagan, P.J., Wise, T.N., Schmidt, C.W. y Berlin, E.S. (2002). Pedophilia. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2458-2465.
- Fairburn, C.G. y Brownell, K.D., editors, (2002). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, segunda edición, Nueva York: Guilford.
- Fakhoury, W.K., Murray, A., Shepherd, G. y Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 301-315.
- Fang, C.Y. y Myers, H.F. (2001). The effects of racial stressors and hostility on cardiovascular reactivity in African American and Caucasian men. *Health Psychology*, 20, 64-70.
- Farone, S.V. y Biederman, J. (1994). Is attention deficit hyperactivity disorder familial? *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 271-287.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C. y Grande, S. (2002). Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2094-2095.
- Fava, M. (1994). Do antidepressants and antianxiety drugs increase chronicity in affective disorders? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 125-131.
- Favazza, A.R. y Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-140.
- Fearon, P. y Murray, R. (2002). Intellectual function and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 181, 276-277.
- Federman, D.D., Hanna, K.E. y Rodriguez, L.L., editores, (2003). *Responsible research: A systems approach to protecting research participants*. Washington, DC: National Academies Press.
- Feinstein, A., Owen, M.A. y Blair, M.A. (2002). A hazardous profession: War, journalists, and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1570-1575.

- Ferraro, FR., editores, (2002). *Minority and cross-cultural aspects of neuropsychological assessment*. Lisse, Los Países Bajos: Swets and Zeitlinger.
- Figiel, G.S., Krishnan, R.R. y Doraiswamy, M. (1990). Subcortical structural changes in ECT-induced delirium. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 3, 172-176.
- Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook, E.H.Jr., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J.S., Johnson, C.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minshew, N.J., Prizant, B.M., Raplin, I., Rogers, S.J., Stone, W.L., Teplin, S., Tuchman, R.F. y Volkmar, F.R. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 439-484.
- Fineberg, N., Marassiti, D. y Stein, D.J. (2001). *Obsessive compulsive disorder: A practical guide*. Londres: Martin Dunitz.
- Fink, C.M., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1996). Cultural relevant factors in the behavioral treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 201-209.
- Fink, M. (1999). *Electroshock: restoring the mind*. Nueva York: Oxford University Press.
- Fink, M. (2000). Electroshock revisited. *American Scientist*, 88, 162-167.
- Finkelhor, D. (1988). The trauma of sexual abuse: Two models. En G.E. Wyatt y G.J. Powell, editores, *Lasting effects of child sexual abuse*, pp. 61-82. Newbury Park, CA: Sage.
- Finkelstein, J.R.J., Cannon, T.D., Gur, R.E., Gur, R.C. y Moberg, P. (1997). Attentional dysfunction in neuroleptic-naive and neuroleptic-withdrawn schizophrenic patients and their siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 203-212.
- Firlik, A. D. (1991). Margo's logo. *Journal of the American Medical Association*, 265, 201.
- Fischer, G.J. (1986). College student attitudes toward forcible date rape: I. Cognitive predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 457-466.
- Fitzgerald, B., Morgan, J., Keene, N., Rollinson, R., Hodgson, A. y Dalrymple-Smith, J. (2000). An investigation into diet treatment for adults with previously untreated phenylketonuria and severe intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 53-59.
- Flament, M.F., Koby, E., Rapoport, J.L., Berg, C.J., Zahn, T., Cox, C., Denckla, M. y Lenane, M. (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 363-380.
- Flanagan, D.P., McGrew, K.S. y Ortiz, S.O. (2000). The Wechsler Intelligence Scales and Gf-Gc theory: A contemporary approach to interpretation. Boston: Allyn & Bacon.
- Fleischacker, W.W. (1999). Clozapine: A comparison with other novel antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, suplemento 12, 30-34.
- Fletcher-Janzen, E., Strickland, T.L. y Reynolds, C.R., editores, (2000). *Handbook of cross-cultural neurophysiology*. Nueva York: Kluwer Academic.
- Flett, G.L. y Hewitt, P.L. (2002). *Perfectionism*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flores, M.T. y Carey, G., editores, (2000). *Family therapy with Hispanics*. Needham Heights, MA: Allyn y Bacon.
- Folks, D.G., Feldman, M.D. y Ford, C.V. (2000). Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering. En a. Stoudemire, B.S. Fogel y D.B. Greenberg, editores, *Psychiatric care of the medical patient*, segunda edición. Nueva York: Oxford University Press.
- Folstein, S. y Rutter, M. (1977). Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 297-321.
- Folstein, S. y Rutter, M. (1978). A twin study of individuals with infantile autism. En M. Rutter y E. Schopler, editores, *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Fones, C.S.L., Manfro, G.G.M. y Pollack, M.H. (1998). Social phobia: An update. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 247-259.
- Frances, A.J. y Klein, D.F. (1982). Anxious, precise, demanding man seeks help soon after marriage. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 89-90.
- Frank, E., Cyranowski, J.M., Rucci, P., Shear, M.K., Fagiolini, A., Thase, M.E., Cassano, G.B., Grochocinski, V.J., Kostelnik, B. y Kupfer, D.F. (2002). Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with Bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 905-911.
- Frankl, V.E. (1959). *Man's search for meaning*. Nueva York: Simon & Shuster.
- Freed, C.R., Greene, P.E., Breeze, R.E., Tsai, W.-Y., DuMouchel, W., Kaso, R., Dillon, S., Winfield, H., Culver, S., Trojanowski, J.Q., Eidelberg, D. y Fahn, S. (2001). Transplantation of embryonic dopamine neurons for severe Parkinson's disease. *New England Journal of Medicine*, 344, 215-236.
- Freedman, L.R., Rock, D., Roberts, S.A., Cornblatt, B.A. y Erlenmeyer-Kimling, L. (1998). The New York High-Risk Project: Attention, anhedonia, and social outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1-9.
- Freeman, R.D., Fast, D.K., Burd, L., Kerbeshian, J., Rbertson, M.M. y Sandor, P. (2000). The international perspective on Tourette syndrome: Selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 436-437.
- Freud, S. (1930). Civilization and its discontents. En J. Strachey, editor, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, volumen 21. Londres: Hogarth.
- Freud, S. (1951). A letter from Freud (abril 9, 1935). *American Journal of Psychiatry*, 107, 786-787.
- Freud, S. (1969). *Collected works*, volumen 5. Nueva York: Basic Books.
- Frick, P.J. (1993). Childhood conduct problems in a family context. *School Psychology Review*, 22, 376-385.
- Frick, P.J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. Nueva York: Plenum.
- Friedman, L.J. (1999). *Identity's architect: A biography of Erik H. Erikson*. Nueva York: Scribner.
- Friedman, M. y Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Frith, V. (2003). *Autism: Explaining the enigma*. Malden, MA: Blackwell.
- Fromuth, M.E. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse and Neglect*, 10, 5-15.
- Fuglsang, A.K., Moergeli, H., Hepp-Beg, S. y Schnyder, V. (2002). Who develops acute stress disorder after accidental injuries? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 214-222.

- Fuller, A.K. (1989). Child molestation and pedophilia: An overview for the physician. *Journal of American Medical Association*, 261, 602-606.
- Fuller, M.A. y Sajatovic, M. (1999). *Drug information handbook for psychiatry*. Cleveland, OH: American Pharmaceutical Association.
- G**
- Gabbard, G.O. (1985). The role of compulsiveness in the normal physician. *Journal of American Medical Association*, 254, 2926-2929.
- Gamwell, L. y Tomes, N. (1995). *Madness in America: Cultural and medical perceptions of mental illness before 1914*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press.
- Gaynor, J. (2002). Firesetting. En M. Lewis, editor, *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*, pp. 711-724. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ge, X., Best, K.M., Conger, R.D. y Simons, R.L. (1996a). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. *Developmental Psychology*, 32, 717-731.
- Ge, X., Conger, R.D., Cadoret, R.J., Neiderhiser, J.M. y Yates, W., Troughton, E. y Stewart, M.A. (1996b). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32, 574-589.
- Gelder, M.G., López-Ibor, J.J. y Andreasen N.C., editores, (2000). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S. y Coffey, B. (1997). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 420-427.
- George, M.S., Ketter, T.A. y Post, R.M. (1993). SPECT and PET imaging in mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54: 11, suplemento, 6-13.
- George, M.S., Ring, H.A. y Costa, D.C. (1991). *Neuroactivation and neuroimaging with SPECT*. Londres: Springer.
- Gerlach, A.L., Wilhelm, F.H., Gruber, K. y Roth, W.T. (2001). Blushing and physiological arousability in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 247-258.
- Gershon, E.S., Berretini, W.H. y Goldin, L.R. (1989). Mood disorders: Genetic aspects. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry*, quinta edición. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gillberg, C. y Wing, L. (1999). Autism: Not an extremely rare disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 399-406.
- Gill, J.J., Price, V.A., Friedman, M., Ihoresen, C.E., Powell, L.H., Ulmer, D., Brown, B. y Drews, E.R. (1985). Reduction in Type-A behavior in healthy middle-aged American military officers. *American Heart Journal*, 110, 503-514.
- Gill, M., McGuffin, P., Parfitt, E., Mant, R., Asherson, P., Collier, D., Vallada, H., Powell, J., Shaika, S., Taylor, C., Sargeant, M., Clements, A., Nanko, S., Takazawa, N., Llewellyn, D., Williams, J., Whatley, S., Murray, R. y Owen, M. (1993). A linkage study of schizophrenia with DNA markers from the long arm of chromosome 11. *Psychological Medicine*, 23, 27-44.
- Gillberg, C., Nordin, V. y Ehlers, S. (1996). Early detection of autism: Diagnostic instruments for clinicians. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 67-74.
- Gilmore, J.H., Perkins, D.O., Klierer, M.A. y Hage, M.L. (1996). Fetal brain development of twins assessed in utero by ultrasound: Implications for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 19, 141-149.
- Gilmore, M. (1994). *Shot in the heart*. Nueva York: Doubleday.
- Gimpel, G.A. y Kuhn, B.R. (2000). Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. *Child Care, Health and Development*, 26, 163-176.
- Gittelman, R. y Klein, D.F. (1984). Relationships between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*, 17, suplemento, 56-65.
- Glass, C.R. Arnkoff, D.B. y Rodriguez, B.F. (1998). An overview of directions in psychotherapy integration research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 8, 187-209.
- Gleaves, D.H., May, M.C. y Cardeña, E. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21, 577-608.
- Glicksman, L., Adalaf, E.M., Demers, A. y Newton-Taylor, B. (2003). Heavy drinking on Canadian campuses. *Canadian Journal of Health*, 94, 17-21.
- Glueck, S., & Glueck, E. (1968). *Delinquents and nondelinquents in perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Glynn, L.M., Christenfeld, N. y Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Nueva York: Doubleday.
- Golden, K.M. (1977). Voodoo in Africa and the United States. *American Journal of Psychiatry* 134, 1425-1427.
- Goldstein, D.J., editor, (1999). *The management of eating disorders and obesity*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Golombok, S. y Tasker, F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 32, 3-11.
- Gonzalez-Salvador, M.T., Arango, C., Lyketsos, C.G. y Barba, A.C. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Journal of Geriatric Psychiatry* 14, 701-710.
- Goodman, S.H. y Gotlib, I.H., editores, (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goodwin, F.K., Fireman, B., Simon, G.E., Hunkeler, E.M., Lee, J. y Revicki, D. (2003). Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1467-1473.
- Goodwin, R.D. (2002). Anxiety disorders and the onset of depression among adults in the community. *Psychological Medicine*, 32, 1121-1124.
- Goodwin, R. y Hamilton, S.P. (2002). Cigarette smoking and panic: The role of neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1208-1213.
- Goodyer, I., Kolvin, I. y Gatzans, S. (1985). Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 147, 517-523.
- Gosselin, C. y Wilson, G. (1980). *Sexual variations*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.



- Gostin, L.O., Lazzarini, Z., Alexander, D., Brandt, A.M., Mayer, K.H. y Silverman, D.C. (1994). HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1436-1444.
- Gotlib, I.H. y Colby, C.A. (1987). *Treatment of depression*. Nueva York: Pergamon Press.
- Gottesman, I.I. (2001). Psychopathology through a life span-genetic prism. *American Psychologist*, 56, 687-878.
- Gottesman, I.I. y Goldsmith, H.H. (1994). Developmental psychopathology of antisocial behavior: Inserting genes into its ontogenesis and epigenesis. En C.A. Nelson, editores. *Threats to optimal development: Integrating biological, psychological, and social risk factors*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gottesman, I.I. y Moldin, S.O. (1998). Genotypes, genes, genesis, and pathogenesis in schizophrenia. En M. Lenzenweger y R. Dworkin, editores, *Origins and development of schizophrenia: Advances in experimental psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gottlieb, J., Semmel, M.I. y Veldman, D.J. (1978). Correlates of social status among mainstreamed mentally retarded children. *Journal of Educational Psychology*, 70, 396-405.
- Gould, E., Reeves, A.J., Graziano, M.S.A. y Gross, C.G. (1999). Neurogenesis in the neocortex of adult primates. *Science*, 286, 548-552.
- Grandin, T. (1984). My experiences as an autistic child and review of selected literature. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 13, 144-174.
- Grandin, T. (1987). Motivating autistic children. *Academic Therapy*, 22, 297-302.
- Grandin, T. (1991). Overcoming autism: A first person account. *Harvard Mental Health Letter*, 4-7 de marzo.
- Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures*. Nueva York: Doubleday.
- Green, A.I. y Schildkraut, J.J. (1995). Should clozapine be a first-line treatment for schizophrenia? The Rationale for a double-blind clinical trial in first-episode patients. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 1-9.
- Green, E. (1972). *Biofeedback for mind/body self-regulation: Feeling and creativity*. Chicago: Aldine.
- Green, M. (1999). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder *Technical Review Number 3*, publicación número 99-0050.
- Green, M.F. (1993). Cognitive remediation in schizophrenia: Is it time yet? *American Journal of Psychiatry*, 150, 178-187.
- Green, M.F. (1998). *Schizophrenia from a neurocognitive perspective*. Boston: Allyn and Bacon.
- Green, M.F., Bracha, S.H., Satz, P. y Christenson, C. (1994). Preliminary evidence for an association between minor physical anomalies and second trimester neurodevelopment in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53, 119-127.
- Green, R. (1974). *Sexual identity conflicts in children and adults*. Nueva York: Basic Books.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven: Yale University Press.
- Greenberg, M.T., Weissberg, R.P., O'Brien, M.V., Zins, J.E., Fredericks, L., Resnik, H. y Elias, M.J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.
- Greeno, C.G., Wing, R.R. y Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 95-102.
- Greicius, M.D. (2003). Neuroimaging in developmental disorders. *Current Opinion in Neurology*, 16, 143-146.
- Grinker, R. (1979). *Historical perspectives on depression*. Departamento de Servicios Profesionales de Laboratorios Roche.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R. y Wissman, M.M., (2002). Borderline personality disorder and primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 50-60.
- Grossman, L.S., Martis, B. y Fichtner, C.G. (1999). Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatric Services*, 50, 349-361.
- Grove, W.M., Clementz, B.A., Iacono, W.G. y Katsanis, J. (1992). Smooth pursuit ocular motor dysfunction in schizophrenia: Evidence for a major gene. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1362-1368.
- Gualtieri, C.T. (2002). *Brain injury and mental retardation: Psychopharmacology and neuropsychiatry*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guidry, L.L. (1999). Clinical intervention with bisexuals: A contextualized understanding. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 22-26.
- Guillen, T. (1982). Competency ruling fees Safety Building squatter. *Seattle Times*, 27 de enero, B1.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. y Gabbard, G.O., editores, (2000). *Psychotherapy for personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G. y Lyoo, K. (1997). Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 272-278.
- Gurney, J.G., Fritz, M.S., Ness, K.K., Sievers, P., Newschaffer, C.J. y Shapiro, E.G. (2003). Analysis of prevalence trends of autism spectrum disorder in Minnesota. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 622-627.
- Gusella, J.F. y MacDonald, M.E. (1994). Huntington's disease and repeating trinucleotides. *New England Journal of Medicine*, 330, 1450-1451.
- Guthrie, T.G. y Appelbaum, P.S. (2000). *Clinical handbook of psychiatry and the law* (tercera edición). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guyll, M., Mathews, K.A. y Bromberger, J.T. (2001). Discrimination and unfair treatment: Relationship to cardiovascular reactivity among African Americans and European American women. *Health Psychology*, 20, 315-325.

## H

- Haaga, D.F., Dyck, M.J. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1975). The psychologic reactions of patients in the pre and post-hospital phases of myocardial infarction. *Postgraduate Medicine*, 57, 43-46.
- Haertsch, P. y Heal, C. (1997). Ten years experience in gender reassignment surgery: A preliminary report. *Venereology*, 10, 166-173.



- Hafner H. y an der Heiden, W. (2003). Course and outcome of schizophrenia. En S.R. Hirsh y D.R. Weinberger, editores, *Schizophrenia*, segunda edición, pp. 124-147. Malden, MA: Blackwell.
- Hales, R.F. y Yudofsky, S.C., editores, (2003). *Textbook of clinical psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hall, G.C. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 10, 229-245.
- Hall, G.C.N. y Okazaki, S., editores, (2003). *Asian American psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Halligan, P.W., Bass, C. y Wade, D.T. (2000). New approaches to conversion hysteria. *British Medical Journal*, 320, 1488-1489.
- Hamilton, E. y Abramson, L. (1983). Cognitive patterns and major depressive disorders: A longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 173-184.
- Hamilton, M. (1982). Symptoms and assessment of depression. En E.S. Paykel, editores, *Handbook of effective disorders*. Edinburgh: Churchill-Livingston.
- Hann, D.M., Huffman, L.C., Lederhendler, D. y Meinecke, D., editores, (1998). *Advancing research on developmental plasticity*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Hanna, G.L. (1995). Tic disorders. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores. *Comprehensive textbook of psychiatry*, sexta edición, pp. 2325-2336. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Hansen, D.J., Conaway, L.P. y Christopher, J.S. (1990). Victims of child physical abuse. En R.T. Ammerman y M. Hersen, editores, *Treatment of family violence: A sourcebook*. pp. 17-49. Nueva York: Wiley.
- Happé, F., Ehlers, S., Fletcher, P., Frith, U., Johansson, M., Gillberg, C., Dolan, R., Frackowiak, R. y Frith, C. (1976). "Theory of mind" in the brain: Evidence from a PET scan study of Asperger syndrome. *Neuroreport* 8, 197-201.
- Harari, A.R., Mattay, V.S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, R., Goldman, D., Egan, M.F. y Weinberger, D.R. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*, 297, 400-403.
- Hardy, J. y Selkoe, D.J. (2002). The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: Progress and problems on the road to therapeutics. *Science*, 297, 353-356.
- Hare, R.D. y Forth, A.E. (1985). Psychopathy and lateral preferences. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 541-546.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. y Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harris, T.O. (1992). Social support and unsupportive behaviors. En H.O.F. Viel y U. Baumann, editores. *The meaning and measurement of social support* pp. 171-192. Nueva York: Hemisphere.
- Hart, A.B., Craighead, W.E. y Craighead, L.W. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 633-643.
- Hart, C. (1989). *Without reason*. Nueva York: Harper and Row.
- Harvard Mental Health Letter. (1990). Panic disorder: Parte I. Boston 7(3), 1.
- Harvey, A.G. y Bryant, R.A. (1999). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 519-525.
- Harvey, P.D. (2001). Vulnerability to schizophrenia in adulthood. En R.E. Ingram y J.M. Price, editores, *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. pp. 355-381. Nueva York: Guilford.
- Hattie, J.A., Sharpley, C.E. y Rogers, H.J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Hawton, K., Simkin, S., Fagg, J. y Hawkins, M. (1995). Suicide in Oxford University students, 1976-1990. *British Journal of Psychiatry*, 166, 44-50.
- Hayden, M.R. (1991). Predictive testing for Huntington disease: Are we ready for widespread community implementation? *American Journal of Medical Genetics*, 40, 515-517.
- Hayden, M.R., Block, M. y Wiggins, S. Psychological effects of predictive testing for Huntington's disease. *Advances in Neurology*, 65, 201-210.
- Hazellrigg, M.D., Cooper, H.M. y Borduin, C.M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 101, 428-442.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebel, M.R. y Hull, J.G. (2000). *The social psychology of stigma*. Nueva York: Guilford.
- Hebben, N. y Milborg, W. (2002). *Essentials of neuropsychological assessment*. Nueva York: Wiley.
- Hecht, H., Von Zerssen, D., Krieg, C., Possi, J. y Wittchen, H. (1989). Anxiety and depression: Comorbidity, psychopathology, and social functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 420-433.
- Heikkinen, M., Aro, H. y Lonnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 343-358.
- Heilman, K.M. y Valenstein, E., editores (2003). *Clinical neuropsychology* (cuarta edición). Nueva York: Oxford University Press.
- Heimberg, R.G. y Becker, R.E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. Nueva York: Guilford.
- Heinricks, R.W. (2001). *In search of madness: Schizophrenia and neuroscience*. Nueva York: Oxford University Press.
- Heisal, M.J. y Fuse, T. (1999). College student suicide ideation in Canada and Japan. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 42, 129-138.
- Heller, T., Roccoforte, J.A., Hsieh, K., Cook, J.A. y Pickett, S.A. (1997). Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 187-198.
- Helzer, J.E., Robins, L.N. y McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Helzer, J.E., Spitznagel, E.L. y McEvoy, L. (1987). The predictive validity of lay diagnostic interview schedule diagnoses in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1069-1077.
- Hemphill, S.A. (1996). Characteristics of conduct-disordered children and their families: A review. *Australian Psychologist*, 31, 109-118.
- Hennessy, K. (1989). Research on the consequences of child maltreatment and its application to educational settings. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9, 33-55.
- Hermann B.P., Whitman, S., Wyler, A.R., Anton, M.T. y Vanderzagg, R. (1990). Psychosocial predictors of

- psychopathology in epilepsy. *British Journal of Psychiatry*, 156, 98-105.
- Herold, E.S. y Way, L. (1983). Oral-genital sexual behavior in a sample of university females. *Journal of Sex Research*, 19, 327-338.
- Herz, M.I. y Marder, S.R. (2002). *Schizophrenia: comprehensive treatment and management*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Heston, L.L. y White, J. (1991). *The vanishing mind: A practical guide to Alzheimer's disease and other dementias*. Nueva York: Freeman.
- Hetherington, E.M. (1991). The role of individual differences and family relationships in children's coping with divorce and remarriage. En P.A. Cowan y E.M. Hetherington, editores, *Family transitions*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hettema, J.M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Higgins, S.T., Wong, C.J., Badger, G.J., Ogden, D.E.H. y Dantona, R.C. (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 64-72.
- Hill, J. (2003). Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, s11-s140.
- Hinshaw, S.P., Lahey, B.B. y Hart, E.L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Hinz, L.D. y Williamson, D.A. (1987). Bulimia and depression: A review of the affective variant hypothesis. *Psychological Bulletin*, 102, 150-158.
- Hippisley-Cox, J., Coupland, C., Pringle, M., Crown, N. y Hammersley V. (2002). Married couples' risk of same disease: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 325, 636-638.
- Hirsch, S.R. y Weinberger, D.R., editores, (2003). *Schizophrenia* (segunda edición). Malden, MA: Blackwell.
- Hirschfeld, R.M., Shea, M.T. y Weise, R. (1991). Dependent personality disorder: Perspectives for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 5, 135-149.
- Ho, B.-C., Black, D.W. y Andreasen, N.C. (2003). Schizophrenia and other psychotic disorders. En R.E. Hales y S.C. Yudofsky, editores. *Textbook of clinical psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hobson, R.P. (1989). Beyond cognition: A theory of autism. En G. Dawson, editor, *Autism: Nature, diagnosis, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Hoening, J. (1984). Schneider's first rank symptoms and the tabulators. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 77-87.
- Hoff, A.L. y Kremen, W.S. (2003). Neuropsychology in schizophrenia: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 149-155.
- Hoffman, A. (1971). LSD discoverer disputes "chance factor" in finding. *Psychiatric News*, 16, 23-26.
- Hoffman, R.E., Hawkins, K.A., Gueorguleva, R., Boutros, N.N., Rachid, F., Carroll, K. y Kristal, J.H. (2003). Transcranial magnetic stimulation of left temporoparietal cortex and medication-resistant auditory hallucinations. *Archives of General Psychiatry*, 60, 49-56.
- Höfner, H. y ander Heiden, W. (2003). Course and outcome of schizophrenia. En S.R. Hirsch y D.R. Weinberger, editores, *Schizophrenia*, segunda edición. Malden, MA: Blackwell.
- Hofstra, M.B., van der Ende, J. y Verhulst, F.C. (2002). Chile and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14 year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182-189.
- Hogarty, G.E., Greenwald, D., Ulrich, R.F., Kornblith, S.J., DiBarry, A.L., Cooley, S., Carter, M. y Flesher, S. (1997a). Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1514-1524.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley, S., Ulrich, R.F., Carter, M. y Flesher, S. (1997b). Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504-1512.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., Cronkite, R.C. y Randall, P.K. (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: A 10-year model. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 159-165.
- Holland, A.J. (2000). Ageing and learning disability. *British Journal of Psychiatry*, 176, 26-31.
- Holroyd, K.A. (2002). Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.
- Holsinger, T., Steffens, D.C., Phillips, C., Helms, M.J., Havlik, R.J., Breitner, J.C., Guralnik, J.M. y Plassman, B.L. (2002). Head injury in early adulthood and the lifetime risk of depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 17-22.
- Holzman, P.S., Kringlen, E., Matthysse, S., Flanagan, S.D., Lipton, R.B., Cramer, S., Levin, S., Lange, K. y Levy, D.L. (1988). A single dominant gene can account for eye tracking dysfunctions and schizophrenia in offspring of discordant twins. *Archives of General Psychiatry*, 45, 641-647.
- Hommer, D.W. (1999). Functional imaging of craving. *Alcohol Research and Health*, 23, 187-196.
- Hooley, J.M. (1985). Expressed emotion: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 5, 119-139.
- Hooley, J.M. y Hiller, J.B. (1997). Family relationships and major mental disorder: Risk factors and preventive strategies. En S. Duck, editores. *Handbook of personal relationships*, (segunda edición). pp. 621-648. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Hooley, J.M. y Hiller, J.B. (2001). Family relationships and major mental disorder: Risk factors and preventive strategies. En B.R. Sarason y S. Duck, editores. *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology*, pp. 61-88. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Hooley, J.M. y Richters, J.E. (1995). Expressed emotion: A developmental perspective. En D. Cicchetti y S.L. Toth, editores. *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, volume 6: Emotion, cognition, and representation*, pp. 134-165. Rochester, Nueva York: University of Rochester Press.
- Horne, J. (1979). Defendant found guilty of murdering jogger. *Seattle Times*, 31 de mayo, p. C11.
- Horowitz, M.J. (1986). Stress-response syndrome: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 241-249.
- Horowitz, M., Sundin, E., Zanko, A. y Lauer, R. (2001). Coping with grim news from genetic tests. *Psychosomatics*, 42, 100-105.

- Horwitz, A.V. (1984). The economy and social pathology. *Annual Review of Sociology*, 10, 95-119.
- Houghton, J.F. (1980). One personal experience: Before and after mental illness. En J.G. Rabkin, L. Gelb y J.B. Lazar, editores. *Attitudes toward the mentally ill: Research perspectives*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Houghton, J.F. (1982). First person account: Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 548-552.
- Howland, R.H. (1993). Chronic depression. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 633-639.
- Howlin, P. (1997). Prognosis in autism: Do specialist treatments affect long-term outcome? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 55-72.
- Howlin, P. (1998). Practitioner review: Psychological and educational treatments for autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 307-322.
- Howlin, P. (2002). Autistic disorders. En P. Howlin y O. Edwin, editores. *Outcomes in neurodevelopmental and genetic disorders*, pp. 136-168. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Howlin, P. y Moore, A. (1997). Diagnostico de Autismo. Una encuesta de más de 1200 pacientes en el Reino Unido. *Autism*, 1, 135-162.
- Hoyert, D.L., Kochanek, K.D. y Murphy, S.L. (1999). Deaths: Final Data For 1997. *National Vital Statistics Report* 47(19). Hyattsville, MD: National Center For Health Statistics
- Hoza, B., Pelham, W.E., Milich, R., Pillow, D. y McBride, K. (1993) The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disordered and nonreferred boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 271-286.
- Hser, Y.I., Anglin, M.D. y Powers, K. (1993). A 24 year follow-up of California narcotics addicts. *Archives 77-584. of General Psychiatry*, 50, 577-584.
- Hunsley, J. y Bailey, J.M. (1999). The clinical utility of the Rorschach: Unfulfilled promises and an uncertain future. *Psychological Assessment*, 11, 266-277.
- Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M. K. y Woods, S.W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 745-755.
- Hurley, D.J. (1991). The crisis of paternal suicide: Case of Cathy, age 4-1/2. En N.B. Webb, editor. *Play therapy with children in crisis* pp. 237-253. Nueva York: Guilford.
- Hurt, S.W. y Clarkin, J.F. (1990). Borderline personality disorder: Prototypic typology and the development of treatment manuals. *Psychiatric Annals*, 20, 13-18.
- Huttunen, M.O. y Niskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 35, 429-431.
- Hyman, S.E. (2002). A new beginning for research on borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 933-935.
- Iacono, W.G. y Koenig, W.G.R. (1983). Features that distinguish the smooth-pursuit eye-tracking performance of schizophrenic, affective disorder, and normal individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 29-41.
- Institute of Medicine (1990). *Research on children and adolescents with mental, behavioral, and developmental disorders*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Intervention in Air Force Cuts suicide rate in half (1999). *New York Times*, 26 de noviembre, p. A29.
- Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Aro, H.M. y Lonnqvist, J.K. (1994), Suicide in bipolar disorder in Finland. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1020-1024.
- ## J
- Jablensky, A.V. y Kalaydjieva, L.V. (2003). Genetic epidemiology of schizophrenia: Phenotypes, risk factors, and reproductive behavior *American Journal of Psychiatry*, 160, 425-429.
- Jacobson, M.W., Delis, D.C., Bondi, M.W. y Salmon, D.P. (2002). Do neuropsychological tests detect preclinical Alzheimer's disease: Individual-test versus cognitive-discrepancy score analyses. *Neuropsychology*, 16, 132-139.
- Jacobson, N.S. y Hollon, S.D. (1996). Prospects for future comparisons between drugs and psychotherapy: Lessons from the CBT-versus-pharmacotherapy exchange. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 104-108.
- Jaffee, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A. y Taylor, A. (2003). Life with or without father: The benefits of living with two biological parents depends on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74, 109-126.
- Jamison, K.R. (1989). Mood disorders and seasonal patterns in British writers and artists. *Psychiatry*, 52, 125-134.
- Jamison, K.R. (1995). *An unquiet mind*. Nueva York: Vintage Books.
- Javonen, J. y y Graham, S., editores, (2001). *Peer harassment in school*. Nueva York: Guilford.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jemmott, J.B., III y Locke, S.E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, 95, 78-108.
- Jenkins, G.R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M.J. y Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: Cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1155.
- Jenkins, J.H., Karno, M.N., de la Selva, A., Santana, E, Tellis, C., Lopez, S. y Mintz, J. (1986). Expressed emotion, maintenance psychotherapy and schizophrenic relapse among Mexican-Americans. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 621-627.
- Jensen, M.D., Sorensen, T.I., Andersen, A.T., Thorsen, T., Tolstrup, S.S., Godtfredsen, N.S. y Gronbaek, M. (2003). A prospective study of the association between smoking and later alcohol drinking in the general population. *Addiction*, 98, 355-363.
- Jepson, T.L., Ernst, M.E. y Kelly, M.W. (1999). Current perspectives on the management of seasonal effective disorder. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 39, 822-829.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S. y Brook, J.S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1119-1128.
- Johnson, J., Weissman, M.M. y Klerman, G.L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47, 805-808.
- Johnson, S.L., Winett, C. A., Meyer, B., Greenhouse, W.J. y Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 558-566.



- Johnson, S. y Lebow, J. (2000). The "Coming of age" of couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 23-38.
- Johnson, T.D. y Edwards, L. (2002). Genes, interactions, and the development of behavior. *Psychological Review*, 109, 26-34.
- Johnson, W.G., Tsoh, J.Y. y Varnado, P.J. (1996). Eating disorders: Efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 16, 457-478.
- Jonas, K. (1992). Modeling and suicide: A test of the Werther effect. *British Journal of Social Psychology*, 31, 295-306.
- Jones, M.C. (1981). Midlife drinking patterns. Correlates and antecedents. En D.H. Eichorn, editor, *Present and past in middle life* Nueva York: Academic Press, 223-242.
- Jones, M. R., Yates, W.R. y Zhou, M.M. (2002). Readmisión rates for adjustment disorders: Comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 71, 199-203.
- Jones, T.F., Craig, A.S., Hoy, D., Gunter, E.W., Ashley, D.L., Barr, D.B., Brock, J.W. y Schaffer, W. (2000a). Mass psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school. *New England Journal of Medicine*, 342, 96-1000.
- Jones, T.F., Craig, A.S. y Schaffer, W. (2000b). Mass Psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school: Reply. *New England Journal of Medicine*, 342, 1675.
- Jordan, B.D., Relkin, N.R., Ravdin, L.D., Jacobs, A.R., Bennett, A. y y Gandy, S. (1997). Apolipoprotein E epsilon4 associated with chronic traumatic brain injury in boxing. *Journal of the American Medical Association*, 278, 136-140.
- Joseph, J.G., Caumartin, S.M., Margalittal, M.P.H., Kirscht, J.P., Kessler, R.C., Ostrow, D.G. y Wortman, C.B. (1990). Psychological functioning in a cohort of gay men at risk for AIDS: A three-year descriptive study. *7 be Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 607-615.
- Jung, J. (2001). *Psychology of alcohol and other drugs: A research perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Juvonen, J. y Graham, S., editores, (2001). *Peer harassment in school*. Nueva York: Guilford.
- ### K
- Kabot, S., Masi, M. y Segal, M. (2003). Advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 26-33.
- Kalafat, J. y Elias, M. (1995). Suicide prevention in an educational context: Broad and narrow foci. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 123-133.
- Kane, J.M. (1994). Efficacy, mechanisms, and side effects of typical and atypical neuroleptics. En N.C. Andreasen, editores, *Schizophrenia: From mind to molecule*, pp. 173-188. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-240.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. Nueva York: Quadrangle.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Kapur, S., Mieczkowski, T. y Mann, J.J. (1992). Antidepressant medications and the relative risk of suicide attempt and suicide. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3441-3445.
- Karel, R. (1995). Behind the badge: Culture of toughness, guns make suicide chief cause of death among police. *Psychiatric News*, 3 de febrero, pp.4, 23.
- Kashani, J.H. y McNaul, J.P. (1997). Mood disorders in adolescents. En J.M. Wiener, editor. *Textbook of child and adolescent psychiatry* (segunda edición), pp. 343-385. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kashiwase, H. y Kato, M. (1997). Folie a deux in Japan-analysis of 97 cases in the Japanese literatura. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 231-234.
- Kaslow, N.J., Doepke, K.J. y y Racusin, G.R. (1994). Depression. En V.B. VanHasselt y M. Hersen, editores. *Advanced abnormal psychology*. Nueva York: Plenum.
- Kasper, S., Wehr, T.A., Bartko, J., Geist, P.A. y Rosenthal, N.E. (1989). Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior: A telephone survey of Montgomery County, Maryland. *Archives of General Psychiatry*, 46, 630-636.
- Katz, S. (1994). Twenty years later: A follow-up study of graduates of two sheltered workshop programmes in Israel. *British Journal of Developmental Disabilities*, 40, 4-14.
- Kauffman, J. (1993). Dissociative functions in the normal mourning process, *Omega*, 28, 31-38.
- Kaufman, M.J. Agard, J.A. y Semmel, M.I. (1982). *Mainstreaming: Learners and their environments*. Baltimore: University Park Press.
- Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L.K. y Bulik, C.M. (1991). An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 464-471.
- Kazdin, A.E. (1995). Methods of psychotherapy research. En B.Bongar y L.E. Beutler, editores. *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*, pp. 405-433. Nueva York: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology*, cuarta edición. Boston: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A.E. y Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 414-420.
- Kazdin, A.E. y Whitley, M.K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 504-515.
- Keel, P.K. y Mitchell, J.E. (1997). Outcomes in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Kegan, R. (1994). *In over our heads: The mental demands of modern life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Keller, M.B., Klein, D.N., Hirschfeld, R.M.A., Kocsis, J.H., McCullough, J.P., Miller, I., First, M.B., Holzer, C.P., 3<sup>rd</sup>, Keitner, G.I., Marin, D.B. y otros (1995). Results of the DSM-IV Mood Disorders Field Trial, *American Journal of Psychiatry*, 152, 843-849.
- Kelly, C. y Conigrave, K.M. (2002). The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: A controversial public health measure. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 26, 552-554.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*, volúmenes 1 y 2. Nueva York: W.W. Norton.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C. y Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Kendall, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. & Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-



- disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279-289.
- Kendler, K. (2001). Twin studies of psychiatric illness-An update. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1005-1014.
- Kendler, K.S., Heath, A., Martin, N.G. y Eaves, L.J. (1986). Symptoms of anxiety and depression in a volunteer twin population: The etiologic role of genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 43, 213-221.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. y Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.
- Kendler, K.S., MacLean, C.J., O'Neill, A., Burke, J., Murphy, B., Duke, F., Shinkwin, R., Easter, S.M., Webb, B.T., Zhang, J., Walsh, D.D. y Straub, R.E., (1996). Evidence for a schizophrenia vulnerability locus on chromosome 8p in the Irish study of high-density schizophrenia families. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1534-1540.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. y Eaves, L.J. (1992). Familial influences on the clinical characteristics of major depression: A twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 371-378.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M. y Gardner, C.O. (2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 582-586.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M., Gilman, S.E. y Kessler, R.C. (2003). Sexual orientation in a U.S. national sample of twin and nontwin sibling pairs. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1843-1846.
- Kenyon, K. (1979). A survivor's notes. *Newsweek*, 30 de abril, 17-B10.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nueva York: Arosen.
- Kerr, A. (2002). Rett's disorder. En P.Howlin y O.Udwin, editors, *Outcomes in neurodevelopmental and genetic disorders*, pp. 241-247. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Kessler, R.C., Andrade, L.H., Bijl, R.V., Offord, D.R., Demler, O. V. y Stein, D.J. (2002). The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *Consortio Internacional en Psicología Epidemiológica. Psychological Medicine*, 32, 1213-1225.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E. y Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., Schulsinger, E. y Jacobson, B. (1978). The biological and adopted families of adopted individuals who become schizophrenic: Prevalence of mental illness and other characteristics. En L.C. Wynne, R.L. Cromwell y S. Matthyse, editores, *The nature of schizophrenia: New approaches to research and treatment*. Nueva York: Wiley.
- Kety, S.S., Wender, P.H., Jacobsen, B., Ingraham, L.J., Rosenthal, D., Jannson, L., Faber, B. y Kinney, D. (1994). Mental illness in the biological and adoptive relatives of the schizophrenic adoptees. Copia del estudio de Copenhagen en el resto de Dinamarca. *Archives of General Psychiatry*, 51, 442-455.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1992). Stress and the immune system: Human studies. En A. Tasman y M.B. Riba, editores, *Review of Psychiatry*, volumen 11, pp. 169-179. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences. Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 57, 269-274.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Newton, T.L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 537-547.
- King, N.J., Ollendick, T.H. y Tonge, B.J. (1995). *School refusal: Assessment and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- King, N.J., Ollier, K., Iacuone, R., Schuster, S., Bays, K., Gullone, E. y Ollendick, T.H. (1989). Fears of children and adolescents: A cross-sectional Australian study using the Revised Fear Survey Schedule for children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 775-784.
- King, N.J., Ollendick, T.H., Tonge, B.J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D. y Myerson, N. (1998). School refusal: An overview. *Behavior Change*, 15, 5-15.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. y Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia: W.B. Saunders.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Rühimäki, H., Batear, J. y Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325, 857-861.
- Klasen, H. (2000). A name, What's in a Name? The medicalization of hyperactivity, revisited. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 334-344.
- Klein, D.F. (1996). Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 81-87.
- Klein, D.N., Kocsis, J.H., McCullough, J.P., Holzer, C.E., Hirschfeld, R.M. y Keller M.B. (1995). Symptomatology in dysthymic and major depressive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 41-53.
- Klein, M.H., Benjamin, L.S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J. y Greist, J.H. (1993). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Personality Disorders*, 7, 285-303.
- Klinterberg, B.A., Andersson, T., Magnusson, D. y Stattin, H. (1993). Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: A longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 15, 381-388.
- Klorman, R., Burmaghin, J.T., Fitzpatrick, M.A., Borgstedt, A.D. (1990). Clinical effects of a controlled trial of methylphenidate on adolescents with attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 702-709.
- Kluft, R. P. (1988). The dissociative disorders. En J.A. Talbort, R. E. Hales y S.C. Yudofsky, editores, *The American Psychiatric Association textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P. (1991). Multiple personality disorder. En A. Tasman y S.M. Goldfinger, editores, *Review of psychiatry*, volumen 10. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kneeland, T.W. y Warren, C.A.B. (2002). *Pushbutton psychiatry: A history of electroshock in America*. Westport, CT: Praeger.

- Kneip, R.C., Delamater, A.M., Ismond, T., Milford, C., Salvia, L. y Schwartz, D. (1993). Self- and spouse ratings of anger and hostility as predictors of coronary heart disease. *Health Psychology*, 12, 301-307.
- Knowles, P.A.L. y Prutsman, T.D. (1968). *The case of Benjie*. Manuscrito sin publicar, Florida Atlantic University.
- Koenig, H.G. y Cohen, H.J., editores, (2002). *The link between religión and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor*. Nueva York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G., Hays, J.C., Larson, D.B., George, L.K., Cohen, H.J., McCullough, M.E., Meador, K.G. y Blazer, D.G. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54, 370-376.
- Koerner, K. y Linehan, M.M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 151-167.
- Kolb, L.D. y Brodie, H.K.H. (1982). *Modern clinical psychiatry*, décima edición. Filadelfia: Saunders.
- Koldo, D.J., editor, (2002). *Handbook of firesetting in children and youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Konner, M. (1989). Homosexuality: Who and why? *New York Times Magazine*, abril 2, 60-61.
- Koopman, C., Classen, C. y Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, California, firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888-894.
- Kooy, R.F. Willemsen, R. y Oostra, B.A. (2000). Fragile X syndrome at the turn of the century. *Molecular Medicine Today*, 6, 193-198.
- Koponen, S., Taiminen, T., Portin, R., Himanen, L., Isoniemi, H., Heinonen, H., Hinkka, S. y Tenovu, O. (2002). Axis I and Axis II psychiatric disorders after traumatic brain injury: A 30 year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1315-1321.
- Koss, M.P. (1998). Hidden rape: Sexual aggression and victimization in a national sample of students in higher education. En M. E. Odem, y J. Clay-Warner, editores, *Confronting rape and sexual assault: Worlds of women*. Wilmington, DE: SR Books/Scholarly Resources.
- Koss, M.P. y Oros, C.J. (1982). Sexual experiences survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 455-457.
- Kosten, T.R. y O'Connor, P.G. (1993). Management of drug and alcohol withdrawal. *New England Journal of Medicine*, 348, 1786-1795.
- Kosten, T.R. y Rounsaville, B.J. y Kleber, H.D. (1987). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2.5-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 3-13.
- Kovacs, M. (1985). The natural history and course of depressive Disorders in childhood. *Psychiatric Annals*, 15, 387-389.
- Kovacs, M. y Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
- Kozol, J. (2000). Loosing my father one day at a time. *New York Times*, 22 de agosto, p. 27.
- Kposowa, A.J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 254-261.
- Kraemer, H.C., Wilson, G.T., Fairburn, D.M. y Agras, W.S. (2002). Mediators and moderators of treatment effect in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877-883.
- Kraepelin, E. (1921). *Clinical psychiatry: A textbook for students and physicians*. Trans. A.R. Desfendorf. Nueva York: Macmillan.
- Krahn, L.E., Hongzhe, L. y O'Connor, J.K. (2003). Patients who strive to be ill. Factitious disorder with physical symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1163-1168.
- Krakauer, S.Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder*. Filadelfia: Brunner-Routledge.
- Kramer, J.J. (1990). Training parents as behavior change agents: Successes, failures, and suggestions for school psychologists. En T.B. Gutkin y C.R. Reynolds, editores, *Handbook of school psychology*. Nueva York: John Wiley.
- Kratzer, L. y Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 65-81.
- Krausz, M. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *Addiction and Mental Health*, 5, 55-62.
- Kraya, N.A. y Patrick, C. (1997). Folie a deux in a forensic setting. *Australia New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 883-888.
- Krehbiel, K. (2000). Diagnosis and treatment of bipolar disorder. *Monitor on Psychology*, 31(9), 22.
- Kringlen, E. (1981). *Stress and coronary heart disease. Twin Research 3: Epidemiological and clinical studies*. Nueva York: Liss.
- Kronenberger, W.G. y Meyer, R.G. (1996). *The child clinician's handbook*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kuhne, M. y Wiener, J. (2000) Stability of social status of children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23, 64-75.
- Kulynych, J.J., Luevano, L.F., Jones, D.W. y Weinberger, D.R. (1997). Cortical abnormality in schizophrenia: An in vivo application of the Gyrfication Index. *Biological Psychiatry*, 41, 995-999.
- Kumpfer, K.L. y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58, 457-465.
- Kupfer, D.J., Ulrich, R.F., Coble, P.A., Jarrett, D.B., Grochocinski, V.J., Doman, J., Matthews, G. y Borbely, A.A. (1985). Electroencephalographic sleep of younger depressives. *Archives of General Psychiatry*, 42, 806-810.
- Kurita, H. (1997). A comparative study of Asperger syndrome with high-functioning atypical autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, 67-70.
- Kurtz, L.F. (1997). *Self-help and support groups: A handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage.

## L

- La Trobe, U. y Bandoora, V. (1991). Multidimensionality of the content of female sexual fantasy. *Behavior Research and Therapy*, 29, 179-189.
- Labossiere, R. (2003). When aging parents can no longer care for their disabled children. *Seattle Times*, 14 de octubre, pp. G 1, 2.
- Lacks, P. (1984). *Bender-Gestalt screening for brain dysfunction*. Nueva York: Wiley.
- Laffal, J. (1965). *Pathological and normal language*. Nueva York: Ahterton.
- LaGreca, A.M., Silverman, W.K., Vernberg, E.M. y Roberts, M.C., editores, (2002). *Helping children cope with disasters and*

- terrorism. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- LaGreca, A.M., Stone, W.L. y Bell, C.R., III (1983). Facilitating the vocational-interpersonal skills of mentally retarded individuals. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 270-278.
- Lahey, B.B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G.W., Barkley, R.A., Newcorn, J., Jensen, P., Richters, J. y otros. (1994a). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.
- Lahey, B.B., Carlson, C.L. y Frick, P.J. (1994b). Attention deficit disorder without hyperactivity: A review of research relevant to DSM-IV. En T.A. Widiger, A.J. Frances, W. Davis y M. First, editores, *DSM-IV Sourcebook* (vol.1). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lahey, B.B., Schaughency, E.A., Strauss, C.C. y Frame, C.L. (1984). Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 302-309.
- Lalonde, J.K., Hudson, J.I., Gigante, R.A. y Pope, H.G., Jr. (2001). Canadian and American psychiatrists' attitudes toward dissociative disorders diagnosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 407-412.
- Lamb, F. y Dunne-Maxim, K. (1987). Postvention in schools: Policy and progress. En E.J. Dunne, J.L. McIntosh y K. Dunne-Maxim, editores, *Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors* pp. 245-262. Nueva York: Norton.
- Lamb, H.R., Weinberger, L.E. y DeCuir, Jr., W.J. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services*, 53, 1266-1271.
- Lambert, G.W., Reid, L., Kaye, D.M., Jennings, G.L. y Esler, M.D. (2002). Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *Lancet*, 360, 1840-1842.
- Lambert, M.J. y Davis, M.J., (2002). Treatment for depression: What the research says. En M.A. Reinecke y M.R. Davison, editores, *Comparative treatments for depression* (pp 21-46). Nueva York: Springer.
- Landen, L.M., Walinder, J. y Lundstrom, B. (1996). Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Pshychiatrica Scandinavica*, 93, 221-223.
- Lanquetot, R. (1984). First person account: Confessions of the daughter of a schizophrenic. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 467-471.
- Lanquetot, R. (1994). Dangerous delusion. *Wall Street Journal*, miércoles 31 de agosto, p. A12.
- Lansky, M.R. (1988). Common clinical predicaments. En J. F. Clarkin, G.L. Haas y I.D. Glick, editores, *Affective disorders and the family: Assessment and treatment* (pp. 213-238). Nueva York: Guilford.
- Larson, J. y Lochman, J.E. (2002). *Helping school children cope with anger: A cognitive-behavioral intervention*. Nueva York: Guilford.
- Latib, A., Conroy, J. y Hess, C.M. (1984). Family attitudes toward deinstitutionalization. *International Review of Research on Mental Retardation*, 12, 67-93.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. y Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E.O., Palk, A. y Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Christoffel, K.K. y Arend, R. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lear, M.W. (1988). Mad malady. *The New York Times Magazine*, 3 de julio, p. 21.
- Leckman, J.F., Zhang, H., Vitale, A., Lahnin, F., Lynch, K., Biondi, C., Kim, Y.S. y Peterson, B.S. (1998). Course of tic severity in Tourette syndrome: The first two decades. *Pediatrics*, 102, 14-19.
- Lecomte, T. y Lecomte, C. (2002). Toward uncovering robust principles of change inherent to cognitive-behavioral therapy for psychosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 50-57.
- Lee, C. y Owens, R.G. (2002). *The psychology of men's health*. Buckingham England: Open University Press.
- Lee, T.M. y Chan, C.C. (1999). Dose-response relationship of phototherapy for seasonal affective disorder: A meta-analysis. *Acta Pshychiatrica Scandinavica*, 99, 315-323.
- Leenaars, A.A. (1996). Suicide: A multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 221-236.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. Nueva York: Guilford.
- Lehrer, P.M. y Murphy, A. I. (1991). Stress reactivity and perception of pain among tension headache sufferers. *Behavioral Research and Therapy*, 29, 61-69.
- Lehrer, P., Feldman, J., Giardena, H.S., Song, H. y Schmaleng, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 691-711.
- Leiblum, S.R. (2003). Arousal disorders in women: Complaints and complexities. *Medical Journal of Australia*, 178, 638-640.
- Leitenberg, H., Rosen, J.C., Gross, J., Nudelman, S. y otros (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Leon, G.R. y Dinklage, D. (1989). Obesity and anorexia nervosa. En T.H. Ollendick y M. Hersen, editores, *Handbook of child psychopathology* (pp. 247-264). Nueva York: Plenum.
- Leonard, H.L., Swedo, S.E., Lenane, M.C. y Rettew, D.C. (1993). A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- Lesch, K.P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S.Z., Greenberg, B.D., Petri, S., Benjamin, J., Mueller, C.R., Hamer, D.H. y Murphy, D.L. (1996). Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, 274, 1527-1531.
- Leslie, A.M., (1987). Pretense and representation. The origins of "theory of mind." *Psychological Review*, 94, 412-426.
- Lester, D. (editor) (2001). *Suicide prevention: Resources for the millennium*. Filadelfia: Brunner-Routledge.
- Leung, N., Waller, G. y Thomas, T. (2000). Outcome of group cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 38, 145-156.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.
- Levy, D.L., Holzmann, P.S., Matthyse, S. y Mendell, N.R. (1993). Eye tracking dysfunction and schizophrenia: A critical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 461-536.



- Levy, R.H., Mattson, R.H., Meldrum, B.S. y Perucra, E. (2002). *Antiepileptic drugs* (quinta edición). Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplain, W. y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 203-212.
- LEWIS, M. (editor) (1992). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (tercera edición). Filadelfia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Liberman, R.P. y Corrigan, P.W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 56, 238-249.
- Lief, H.I. (1992). Psychiatry's challenge: Defining an appropriate therapeutic role when child abuse is suspected. *Psychiatric News*, 21 de agosto, p. 102.
- Liljefors, I. y Rahe, R.H. (1970). An identical twin study of Psychosocial factors in coronary heart disease in Sweden. *Psychosomatic Medicine*, 32, 523-542.
- Lin, K.M. y Cheung, F. (1999). Mental health issues for Asian Americans. *Psychiatric Services*, 50, 774-780.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M.M., Heard, H.L. y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Lingam, R. y Scott, J. (2002). Treatment of non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 161-163.
- Lingford-Hughes, A.R., Davies, S.J.C., McIver, S., Williams, T.M., Dalglish, M.R.C. y Nutt, D.J. (2003). Addiction. *British Medical Bulletin*, 65, 209-222.
- Lingjaerde, Q. (1983). The biochemistry of depression. A survey of monoaminergic, neuroendocrinal, and bio-rhythmic disturbances in endogenous depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 302, 36-51.
- Lipowski, Z. (1987). Delirium (acute confusional states). *Journal of the American Medical Association*, 258, 1789-1792.
- Lipshitz, A. (1990). *College suicide: A review monograph*. Nueva York: American Suicide Foundation.
- Lipsius, S.H. (1987). Prescribing sensate focus without proscribing intercourse. *Journal of Sex and Marital Therapy* 13, 106-116.
- Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L. y Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128.
- Lobato, D. (1983). Siblings of handicapped children: A review. *Journal of Autism*, 13, 347-364.
- Lochman, J.E. y Dodge, K.A. (1998). Distorted perceptions in dyadic interactions of aggressive and nonaggressive boys: Effects of prior expectations, context, and boy's age. *Development and Psychopathology*, 10, 495-512.
- Lockridge, L. (1995). Least likely suicide: The search for my father, Ross Lockridge, Jr., author of Raintree County. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 429-436.
- Looper, K.J. y Kirmayer, L.J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 810-827.
- Lopera, F., Ardilla, A., Martínez, A., Madrigal, L., Arango-Viana, J.C., Lemere, C.A., Arango-Lasprilla, J.C., Hincapié, L., Arcos-Burgos, M., Ossa, J.E., Behrens, I.M., Norton, J., Lendon, C., Goate, A.M., Ruiz-Linares, A., Rosselli, M., Kosik, K.S. (1997). Clinical features of early-onset Alzheimer disease in a large kindred with an E280A Presenilin-1 mutation. *Journal of the American Medical Association*, 277, 793-799.
- Loranger, A.W. (1996). Dependent personality disorder: Age, sex, and Axis I comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 17-21.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Lovaas, O.I. (1989). Concerns about misinterpretation and placement of blame. *American Psychologist*, 44, 1243-1244.
- Lovaas, O.I. (1993). The development of a treatment-research project for developmentally disabled and autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 617-630.
- Lucas, C.P., Zhang, J., Fisher, P.W., Shaffer, D., Regier, D.A., Narrow, W.E., Bourdon, K., Dulcan, M.K., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Lahey, B.B. y Friman, P. y otros (2001). The DISC predictive scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 443-449.
- Lundberg, C., Johansson, K., Ball, K., Bjerre, B., Blomqvist, C., Braekhus, A., Brouwer, W.J., Bylsma, F.W., Carr, D.B., Englund, L., Friedland, R.P., Hakamies-Blomqvist, L., Klemetz, G., O'Neill, D., Odenheimer, G.L., Rizzo, N.J., Schelin, M., Seideman, M., Tallman, K., Viitanen, M., Waller, P.F. y Winblad, B. (1997). Dementia and driving: An attempt at consensus. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, 28-37.
- Luntz, B.K. y Widom, C.S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 151, 670-674.
- Lyken, M.L. (2003). What many think is just a fun game can become a life shattering addiction. *Seattle Post-Intelligencer*, 1 de julio, pp. E1, E8.
- Lykken, D.T. (1995). *The antisocial personalities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

## M

- Ma, G.X. y Henderson, G. (editors) (2002). *Ethnicity and substance abuse: Prevention and intervention*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Maccoby, E. y Maccoby, N. (1954). The interview: A tool of social science. En G. Lindzey, editor, *Handbook of social psychology* (pp. 449-487). Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- MacDougall, J.M., Dembroski, T.M. y Krantz, D.S. (1981). Effects of types of challenge on pressor and heart rate responses in Type A and B women. *Psychophysiology*, 18, 1-9.
- MacGregor, J.M. (1989). *The discovery of the art of the insane*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- MacMillan, H.L., MacMillan, J.H., Offord, D.R., Griffith, L. y MacMillan, A. (1994a). Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review. Part I. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 835-856.
- MacMillan, H.L., MacMillan, J.H., Offord, D.R., Griffith, L. y MacMillan, A. (1994b). Primary prevention of child sexual abuse: A critical review. Part II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 857-876.
- MAHL, G.L. (1968). Gestures and body movements in interviews. En J.M. Shlien, editor, *Research in psychotherapy:*



- Proceedings of the third conference*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Makela, E.H. y Griffith, R.K. (2003). Enhancing treatment of bipolar disorder using the patient's belief system. *Annals of Pharmacotherapy*, 37, 543-545.
- Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K., Pearl, D. y Glaser, R. (1994). Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones. *Psychosomatic Medicine*, 56, 41-51.
- Maletzky, B.M., (2002) The paraphilias: Research and treatment. En P.E. Nathan y J.M. Gorman, editores, *A guide to treatments that work* (segunda edición) (pp. 525-557). Nueva York: Oxford University Press.
- Malgady, R.G., Rogler, L.H. y Tryon, W.W. (1992). Issues of validity in the Diagnostic Interview Schedule. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 59-67.
- Malinosky-Rummell, R. y Hansen, D.J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.
- Malkoff-Schwartz, S.E., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J.T., Siegel, L., Patterson, D. y Kupfer, D.J. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55, 702-707.
- Manhard, P. (1996-97). Life outside academe. *The Key Reporter*, 62, 5-6.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P. y LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Klein, D.F., Bessler, A. y ShROUT, P. (2002). Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1882-1888.
- Manuck, S.B., Marsland, A.L., Kaplan, J.R. y Williams, J.K. (1995). The pathogenicity of behavior and its neuroendocrine medication: An example from coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 57, 275-283.
- Manuck, S.B., Morrison, R.L., Bellack, A.S. y Polefrone, J.M. (1985). Behavioral factors in hypertension, cardiovascular responsivity, anger, and social competence. En M.A. Chesney y R. H. Rosenman, editores, *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Washington, DC: Hemisphere.
- Maramba, G.G. y Hall, G.C.N. (2002). Meta-analysis of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 290-297.
- March, J.S., Mulle, K. y Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. An open trial of a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 333-341.
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T.A., Lebell, M., Zimmerman, K., Liberman, R.P. y otros (1996). Two year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.
- Marengo, J.T., Harrow, M., Lanin-Kettering, I. y Wilson, A. (1986). Evaluating bizarre-idiosyncratic thinking: A comprehensive index of positive thought disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 497-510.
- Markowitz, J.C. (1993). Comorbidity of dysthymia. *Psychiatric Annals*, 23, 617-624.
- Markowitz, J., Brown, R., Sweeney, J., y Mann, J.J. (1987). Reduced length and cost of hospital stay for major depression in patients treated with ECT. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1025-1029.
- Marks, I.M. (1978). *Living with fear*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Marks, I.M. (1987a). Behavioral aspects of panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 144, 1160-1165.
- Marks, I. M. (1987b). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety and their disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G.A., Demming, B. y Reid, J.B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 233-241.
- Marsh, L. (2000). Neuropsychiatric aspects of Parkinson's disease. *Psychosomatics*, 41, 15-23.
- Marshall, G.N. y Orlando, M. (2002). Acculturation and peritraumatic dissociation in young adult Latino survivors of community violence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 166-174.
- Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospitals. *British Medical Journal*, 327, 116-117.
- Marshall, R.D. y Pierce, D. (2000). Implications of recent findings in posttraumatic stress disorder and the role of pharmacotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 247-256.
- Marshall, R.D., Spitzer, R. y Liebowitz, M.R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.
- Marx, B.P., Van Wie, V. y Gross, A.M. (1996). Date rape risk factors: A review and methodological critique of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 27-45.
- Maser, J.D. y Cloninger, C.R., editores, (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mash, E.J. y Barkley, R.A., editores, (2003). *Child psychopathology* (segunda edición). Nueva York: Guilford.
- Masters, W.H. y JOHNSON, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1979). *Homosexuality in perspective*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. (1985). *Human sexuality*, segunda edición. Boston: Little, Brown.
- Matson, J.L. y Sevin, J.A. (1994). Theories of dual diagnosis in mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 6-16.
- Mattick, R.P., Ali, R., White, J.M., O'Brien, S., Wolk, S. y Danz, C. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: A randomized double-blind trial with 405 opioid dependent patients. *Addiction*, 98, 441-452.
- Mattison, R.E. (1995). Separation anxiety disorder and anxiety in children. In H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry* (sexta edición) (pp. 2345-2351). Baltimore, MD: Williams y Wilins.
- Mazzucco, M.M. (2000). Advances in research on the fragile X syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 6, 96-106.
- McCracken, J.T., Walkup, J.T. y Koplewicz, H.S. (2002). Childhood and early-onset anxiety: Treatment and

- biomarker studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, (Supl. 6), 8-11.
- McDermott, P.A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 53-66.
- McDonald, H.P., Garg, A.X. y Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patients adherence to medication prescriptions: Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3242.
- McEachin, J.J., Smith, T. y Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359-372.
- McElroy, S.L., Soutullo, C.A., Taylor, P., Nelson, E.B., Beckman, D.A., Brusman, L.A., Ombaba, J.M., Strakowski, S.M. y Keck, P.E. (1999). Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 414-422.
- McGarvey, E.L., Clavet, G.K., Mason, W. y Waite, D. (1999). Adolescent inhalant abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 731-741.
- McGhie, A. y Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103-116.
- McGlashan, T.H. (1986). Schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 329-334.
- McGlashan, T.H. (1994). Psychosocial treatments of schizophrenia. En N.C. Andreasen, editor, *Schizophrenia: From Mind to molecule* (pp. 189-218). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McGlashan, T.H. y Hoffman, R.E. (2000). Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity. *Archives of General Psychiatry*, 57, 637-648.
- McGoldrick, M. (1988). *Revisioning family therapy*. Nueva York: Guilford.
- McGue, M. y Gottesman, I.I. (1989). Genetic linkage in schizophrenia: Perspectives from genetic epidemiology. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 453-464.
- McGuffin, P., Reverley, A. y Holland, A. (1982). Identical triplets: Nonidentical psychosis? *British Journal of Psychiatry*, 140, 1-6.
- McGuire, H., Hawton, K. (2003) Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Systems Review*, 1: CD001760.
- McGuire, P.K., Shah, G.M. y Murray, R.M. (1993). Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet*, 342, 703-706.
- McKellar, J., Stewart, E. y Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: Cause, consequences, or just correlates? A prospective 2-year study of 2319 alcohol-dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 302-308.
- McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W.J., Paterson, R. y Anderson, K.W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.
- McMahon, R.J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting Psychology*, 62, 901-917.
- McMahon, R.J. y Estes, A.M. (1997). Conduct problems. En E.J. Mash y L.G. Terdal, editores, *Assessment of childhood disorders* (pp. 39-134). Nueva York: Guilford.
- McNally, R.J. (1987). Preparedness and phobias: A review. *Psychological Bulletin*, 101, 283-303.
- McNally, R.J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review. *Psychological Bulletin*, 108, 403-419.
- McNally, R.J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McQuistion, H.L., Finnerty, M., Hirschowitz, J. y Strusser, E.S. (2003). Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 54, 669-676.
- Mednick, S.A., Machon, R.A., Huttunen, M.O. y Bonett, D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 45, 189-192.
- Mednick, S.A., Parnas, J. y Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen high-risk project, 1962-1986. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 485-495.
- Melamed, B.G. y Bush, J.P. (1986). Parent-child influences during medical procedures. En S.M. Auerbach y A.L. Stolberg, editores, *Crisis intervention within children and families*. Washington, DC: Hemisphere.
- Mellor, C.S. (1970). First rank symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 15-23.
- Meloy, J.R. (1992). Revisiting the Rorschach of Sirhan Sirhan. *Journal of Personality Assessment*, 58 548-570.
- Melzer, H.Y. (1993). New drugs for the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 365-385.
- Melzack, R. (1999). Pain and stress: A new perspective. En R.J. Garchel y D.C. Turk, editores, *Psychological factors in pain*. Nueva York: Guilford.
- Mental Health: A report of the Surgeon General* (1999). Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Mental Health: Culture, race, and ethnicity – A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Surgeon General.
- Merikangas, K.R. (1990). Comorbidity for anxiety and depression: Review of family and genetic studies. En J.D. Maser y C.R. Cloninger, editores, *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Merikangas, K.R., Dierker, L.C. y Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 711-720.
- Mesibov, G.B. (1993). Treatment outcome in encouraging. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 373-391.
- Messer, I. (1994). *Tactical police officers stress study*. College Station, TX: Unpublished doctoral dissertation.
- Meston, C.M. y Heiman, J.R. (2000). Sexual abuse and sexual function: An examination of sexually relevant cognitive processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 399-406.
- Meyer, J. (1990). Guess who's coming to dinner this time? A study of gay intimate relationships and the support for those relationships. *Journal of Homosexuality* 18, 59-82.
- Meyer, R. (1989). *Typologies in treatments of psychiatric disorders*, volumen 2. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2002). Gender identity disorder in young boys: A parent-and-peer-based protocol. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7, 360-376.

- Meyerowitz, B.E., Richardson, J., Hudson, S. y Leedham, B. (1988). Ethnicity and cancer outcomes: Behavioral and psychosocial considerations. *Psychological Bulletin*, 123, 47-70.
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mezzich, J.E., Ahm, C.W., Fabrega, H., Jr. y Pilkonis, P.A. (1990). Patterns of psychiatric comorbidity in a large population presenting for care. En J.D. Maser y C.R. Cloninger, editores, *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mezzich, J.E., Kleinman, A., Fabrega, H. y Parron, D.L. (1996). *Cultura and psychiatric diagnosis: A DSM IV perspectiva*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Miklowitz, D.J. y Alloy, L.B. (1999). Psychosocial factors in the course and treatment of bipolar disorder: Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 555-557.
- Miklowitz, D.J. y Stackman, D. (1992). Communication deviance in families of schizophrenic and other psychiatric patients: Current state of the construct. *Progress in Experimental Personality and Psychopathology Research*, 15, 1-46.
- Miller, G.E. y Prinz, R.J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorders. *Psychological Bulletin*, 108, 229-307.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L. y Hallet, A.J. (1996). A meta analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Millon, T. (1986). The avoidant personality. En R. Michels y J.O. Cavenar, Jr., editores, *Psychiatry*, volumen 1. Nueva York: Basic Books.
- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R.D. (1994). *Million Clinical Multiaxial Inventory: III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mimelein, M.J. y McElrath, J.A.V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child Abuse and Neglect*, 20, 747-758.
- Minsky, S., Vega, W., Miskimen, T., Gara, M. y Escobar, J. (2003). Diagnostic patterns in Latino, African American, and European American psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 637-644.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Miranda, J. y Green, B.L. (1999). The need for mental health services research focusing on poor women. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2, 73-89.
- Mirsky, A.F. y Bakay, Pragnay, E. (1984). Brainstem mechanisms in the processing of sensory information: Clinical symptoms, animal models and unit analysis. En D.E. Sheer, editor, *Attention: Theory, brain functions and clinical applications*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mirsky, A.F., Bieliauskas, L.A., French, L.M., Van Kammen, D.P., Jonsson, E. y Sedvall, G. (1999). A 39 year follow-up of the Genain quadruplets. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 699-708.
- Mitchell, P., Mackinnon, A. y Waters, B. (1993). The genetics of bipolar disorder. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 560-580.
- Mizes, J.S. (1990). Criterion-related validity of the Anorectic Cognitions Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 15, 153-163.
- Moats, R.A., Koch, R., Moseley, K., Guldberg, P., Guttler, F., Boles, R.G. y Nelson, M.D., Jr. (2000). Brain phenylalanine concentration in the management of adults with phenylketonuria. *Journal of Inherited Metabolic Disease*, 23, 7-14.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H. y Milne, B.J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescent-limited antisocial pathways: Follow up at age 26 years. *Developmental Psychopathology*, 14, 179-207.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M. y Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Moldin, S.O., Scheftner, W.A., Rice, J.P., Nelson, E., Knesevich, M.A. y Akiskal, H. (1993). Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychological Medicine*, 23, 755-761.
- Mollenkamp, C. (2002). A CEO's secret: His long battle with depression. *Wall Street Journal*, 20 de junio, pp. A1, A12.
- Monahan, J., Bonnie, R.J., Appelbaum, P.S., Hyde, P.S., Steadman, H.J. y Swartz, M.S. (2001). Mandated community treatment: Beyond outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 52, 1198-1205.
- Money, J. (1987). Sin, sickness, or status? Homosexual gender identity and psychoneuroendocrinology. *American Psychologist*, 42, 384-399.
- Moos, R.H. (2002). The mystery of human context and coping: An Unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*, 30, 67-88.
- Moran, A.E., Freedman, R.I. y Sharfstein, S.S. (1984). The journey of Sylvia Frumkin: A case study for policymakers. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 887-893.
- Moran, Lord C.M.W. (1966). *Winston Churchill: The struggle for survival, 1940-1965*. Boston: Houghton Mifflin.
- Morin, C.M. y Wooten, V. (1996). Psychological and pharmacological approaches to treating insomnia: Critical issues in assessing their separate and combined effects. *Clinical Psychology Review*, 16, 521-542.
- Morissette, J., Villeneuve, A., Bordeleau, L., Rochette, D., Laerge, C., Gagne, B., Laprise, C., Bouchard, G., Plante, M., Gobell, L., Shink, E., Weissenbach, J. y Barden, N. (1999). Genome-wide search for linkage of bipolar affective disorders in a very large pedigree derived from a homogeneous population in Quebec points to a locus of major effect on chromosome 12q23-q24. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 567-587.
- Morris, J. (1974). *Conundrum*. Nueva York: Harcourt, Brace y Jovanovich.
- Morrissey, J.P. y Goldman, H.H. (1986). Care and treatment of the mentally ill in the United States: Historical developments and reforms. *American Association of Political and Social Sciences*, 484, 12-28.
- Mosher, L.R. (1989). Community residential treatment: Alternatives to hospitalization. En A.S. Bellack, editor, *Clinical guide for the treatment of schizophrenia*. Nueva York: Plenum.
- MTA Cooperative Group (1999a). A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with attention



- deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S. y Morrison, R.L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Mufson, L. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Martin, J. y Samoilov, A. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 695-705.
- Mulcahy, J.J. (1997). *Diagnosis and management of male sexual Dysfunction*. Nueva York: Igaky-Shoin.
- Muller-Oelinghausen, B., Muser-Causemann, B. y Volk, J. (1992). Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. *Journal of Affective Disorders*, 25, 947-960.
- Mundy, P. (1993). Normal vs. high functioning status in children with autism. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 373-391.
- Murphy, D.A., Pelham, W.E. y Lang, A.R. (1992). Aggression in boys with attention deficit disorder: Methylphenidate effects on naturalistic observations of aggression, response to provocation in the laboratory, and social information processing. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 451-466.
- Murphy, J.A., Rawlings, E.I. y Howe, S.R. (2002). A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 183-189.
- Murphy, K.C. (1996). Recent developments in the genetics of schizophrenia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 13, 151-154.
- Murphy, K. y Barkley, R.A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Murphy, M.J. (1985). Marital breakdown and socioeconomic status. *British Journal of Sociology*, 36, 81-93.
- Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic apperception test. Pictures and Manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Fulkerson, J.A., Hoberman, H.M. y Romano, J.L. (2000). Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68, 432-437.
- Musselman, D.L., Evans, D.L. y Nemeroff, C.G. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease. *Archives of General Psychiatry*, 55, 580-592.
- Myles, B.S. y Simpson, R.C. (2003). *Asperger síndrome: A guide for education and parents*, segunda edición. Austin, TX: Pro-ed.
- N**
- Nagata, D. (1989). Long-term effects of the Japanese American internment camps: Impact upon the children of the internees. *Journal of the Asian American Psychological Association*, 13, 48-55.
- Najavits, L.M. y Weiss, R.D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89, 679-688.
- Name withheld. (1993). Walking with my specter. *Journal of the American Medical Association*, 268, 149, 151.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (2002). *A guide in treatments that work*, (segunda edición). Nueva York: Oxford University Press.
- National Center for Education Statistics (2002). *Dropout rates in the United States: 2000*. Washington, DC: U.S. Department of Education.
- National Center on Child Abuse and Neglect (1988). *Study of national incidence and prevalence of child abuse and neglect: 1988*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute of Mental Health. (1991). *Caring for people with severe mental disorders: A national plan of research to improve services*. (Publicación DHHS Publicación No. ADM 91-1762.) Washington, DC: US Government Printing Office.
- National Institute of Mental Health. (1996). *Attention deficit hyperactivity disorder*. NIH Publicación No. 96-3572. U.S. Government Printing Office. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- National Institute of Mental Health (2002). *Suicide facts*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute of Mental Health (2003). *Mental disorders in America fact sheet*. NIH Publicación No. 01-4584. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). (2002). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 182-193.
- Neff, L.J., Sargent, R.G., McKeown, R.C., Jackson, K.L. y Valois, R.F. (1997). Black-white differences in body size perceptions and weight management practices among adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 20, 459-465.
- Nemiah, J.C. (1988). Psychoneurotic disorders. En A.M. Nicholi, editor, *The new Harvard guide to modern psychiatry* (segunda edición). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nemiah, J.C. y Uhde, T.W. (1989). Phobic disorders. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry*, (quinta edición). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Newberger, D.S. (2000). Down syndrome: Prenatal risk assessment and diagnosis. *American Family Physician*, 62, 825-832.
- Newman, C., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N.A. y Gijuldi, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Newman, D.L., Moffit, T.E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P.A. y Stanton, W.R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11-21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-562.
- Newman, L.K. (2002). Sex, gender, and culture: Issues in the definition, assessment, and treatment of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7, 352-359.
- Newschaffer, C.J., Fallin, D. y Lee, N.L. (2002). Heritable and nonheritable risk factors for autism spectrum disorders. *Epidemiological Reviews*, 24, 137-153.
- Nichols, G.A. (1994). Fetal alcohol syndrome: Implications for psychologists. *Clinical Psychology Review*, 14, 91-111.



- Nietzel, M.T. y Himelien, M.J. (1986). Prevention of crime and delinquency. En B.A. Edelstein y L. Michelson, editores, *Handbook of prevention*. Nueva York: Plenum.
- Nigg, J.T. (2001). Is ADHD a disinhibiting disorder? *Psychological Bulletin*, 127, 571-598.
- Norman, R.M.G. y Townsend, L.A. (1999). Cognitive-behavioral therapy for psychosis: A status report. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 245-252.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D.R., Happel, R.L., Longley, S.R., y Yagla, S.J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-289.
- Nuechterlein, K.H. (1983). Signal detection in vigilance tasks and behavioral attributes among offspring of schizophrenic mothers and among hyperactive children. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 4-28.
- Nuechterlein, K.H., Asarnow, R.F., Subotnik, K.L., Fogelson, D.L., Payne, D.L., Kendler, K.S., Neale, M.C., Jacobson, K. C. y Mintz, J. (2002). The structure of schizotypy: Relationships between neurocognitive and personality disorder features in relatives of schizophrenic patients in the UCLA Family Study. *Schizophrenia Research*, 54, 121-130.
- Nuland, S.B. (2003). *Lost in America*. Nueva York: Knopf.
- O**
- O'Callaghan, E., Gibson, T., Colohan, H.A., Buckley, P., Walshe, D.G., Larkin, C. y Waddington, J.L. (1992). Risk of schizophrenia in adults born after obstetric complications and their association with early onset of illness: A controlled study. *British Medical Journal*, 305, 1265-1269.
- O'Donoghue, E.G. (1914). *The story of Bethlehem Hospital from its foundation in 1247*. Londres: T. Fisher.
- O'Leary, A., Savard, J. y Miller, S.M. (1996). Psychoneuroimmunology: Elucidating the process. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 427-432.
- O'Neal, J.M. (1984). First person account: Finding myself and loving it. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 109-110.
- O'Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: research and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Ogden, J.A.H. (1947). *The kingdom of the lost*. Londres: Bodley Head.
- Ohayon, M.M., Guilleminault, C. y Priest, R.G. (1999). Night terrors, sleepwalking, and confusional arousal in the general population: Their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 268-276.
- Olds, D.C. y Henderson, C. (1989). The prevention of maltreatment. En D. Cicchetti y V. Carlson, editores, *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Druss, B. y Pincus, H.A. (2002). National trends in the use of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 59, 1914-1920.
- Olin, S.S. y Mednick, S.A. (1996). Risk factors of psychosis: Identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 223-240.
- Olivardia, R., Pope, H.G. y Hudson, J.I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296.
- Olmsted, M.P., Kaplan, A.S. y Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 738-743.
- Orford, J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addictions* (segunda edición). Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Osterling, J. y Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 247-257.
- Othmer, E. y Othmer, S.C. (1994). *The clinical interview using DSM-IV*, volumen 1. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ottaviani, R. y Beck, A.T. (1987). Cognitive aspects of panic disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 15-28.
- Otten, A.L. (1994). People patterns. *Wall Street Journal*, 9 de noviembre, 1994, p. B1.
- Owen, M.J. y O'Donovan, M.C. (2003). Schizophrenia and genetics. En R. Plomin, J.C. Defries, I.W. Craig y P.M. McGuffin, editores, *Behavioral genetics in the post genomic era* (pp. 463-480). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ozonoff, S., Strayer, D.L., McMahon, W.M. y Filloux, F. (1998). Inhibitory deficits in Tourette syndrome: A function of comorbidity and symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1109-1118.
- P**
- Pallas, J., Levine, S.B., Althof, S.E. y Risen, C.B. (2002). A study using Viagra in a mental health practice. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 41-50.
- Pally, R. (1997). I. How brain and development is shaped by genetic and environmental factors. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 587-593.
- Papp, P. (2000). *Couples on the fault line*. Nueva York: Guilford.
- Paris, J. (1995). Memories of abuse in borderline patients: True or false? *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 10-17.
- Paris, J. y Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Parker, G. y Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine*, 20, 961-964.
- Parnas, J., Cannon, T.D., Jacobsen, B., Schulsinger, H., Schulsinger, F. y Mednick, S.A. (1993). Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers: Results from the Copenhagen High-Risk Study. *Archives of General Psychiatry*, 50, 707-714.
- Partinen, T. y Magnusson, A., editores (2001). *Seasonal affective disorder: Practice and research*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Patano, M., Grave, R.D., Oliosi, M., Bartocci, C., Todisco, P. y Marchi, S. (1997). Family backgrounds in eating disorders. *Psychopathology*, 30, 163-169.
- Patterson, C.J. (1992). Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 63, 1025-1042.
- Patterson, G.R. (1975). *Families with aggressive children*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family processes*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patton, G.C., Carlin, J.G., Shao, Q., Hibbert, M.E., Rosier, M., Selzer, R. y Bowes, G. (1997). Adolescent dieting: Healthy weight control or borderline eating disorder? *Journal of Child*

- Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 38 (3), 299-306.
- Paul, G.L. (1969). Chronic mental patient: Current status-future directions. *Psychological Bulletin*, 71, 81-93.
- Paulsen, J.S., Ready, R.E., Hamilton, J.M., Mega, M.S. y Cummings, J.L. (2001). Neuropsychiatric aspects of Huntington's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 71, 310-314.
- Paykel, E.S. (1991). Depression in women. *British Journal of Psychiatry*, 158, 22-29.
- Pedley, T.A. y Hauser, W.A. (2002). Sudden death in epilepsy: A wake-up call for management. *Lancet*, 359, 1790-1791.
- Pelham, W.E. (1999). The NIMH Multimodal Treatment Study for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Just say yes to drugs alone? *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 981-990.
- Pelham, W.E., Jr. (1993). Pharmacotherapy for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 22, 199-227.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perry, D.G., Perry, L.C. y Boldizar, J.P. (1990). Learning of aggression. En M. Lewis y S.M. Miller, editores, *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Persons, J.B. (1992). A case formulation approach to cognitive-behavior therapy: Application to panic disorder. *Psychiatric Annals*, 22, 470-473.
- Petrak, J. y Hedge, B., editores (2002). *The trauma of sexual assault: Treatment, prevention and practice*. West Sussex, Inglaterra: Wiley.
- Petrie, T.A. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnasts: Prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 424-436.
- Pfaff, W.H., Berretini, T.H. y Maxson, S.C., editores (2000). *Genetic influences on neural and behavioral functions*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Pfiffner, L.J. y O'Leary, S.G. (1993). Psychological treatments: School-based. En J.L. Matson, editor, *Handbook of hyperactivity in children*. Boston: Allyn & Bacon.
- Phiel, C., Wilson, C.A., Lee, V.M. y Klein, P.S. (2003). GSK-3 $\alpha$  regulates production of Alzheimer's disease amyloid-beta peptides. *Nature*, 423, 435-439.
- Piedmont, R.L. (1998). *The revised NEO personality inventory: Clinical and research applications*. Nueva York: Plenum.
- Pierce, G.R., Lakey, B., Sarason, I.G. y Sarason, B.R., editores (1997). *Sourcebook of social support and personality*. Nueva York: Plenum.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.
- Piercey, B.P. (1985). First person account: Making the best of it. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 155-157.
- Pine, D.S. y Cohen, J.A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Pinel, P. (1809/1969). *Traite medico-philosophique sur l'alienation mentale* (segunda edición). París: Brossen, 1809. Como se cita en W. Riese, *The legacy of Philippe Pinel*. Nueva York: Springer.
- Pinker, S. (2002). *The blank slate: The modern denial of human nature*. Nueva York: Viking.
- Piven, J. (1999). Genetic liability for autism: The behavioral expression in relatives. *International Review of Psychiatry*, 11, 299-308.
- Piven, J., Palmer, P., Landa, R., Santangelo, S., Jacobi, D. y Childress, D. (1997). Personality and language characteristics in parents from multiple-incidence autism families. *American Journal of Medical Genetics*, 74, 398-411.
- Plomin, R., DeFries, J.C., Craig, I.W. y McGuffin, P., editores (2003). *Behavioral genetics in the post-genomic era*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Plomin, R., Owen, M.J. y McGuffin, P. (1994). The genetic bases of complex human behaviors. *Science*, 264, 1733-1739.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R. y Hudson, J.I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- Pope, H.G., Mangweth, B., Negrao, A.B., Hudson, J.I. y Cord, T.A. (1994). Childhood sexual abuse and bulimia nervosa: A comparison of American, Austrian, and Brazilian women. *American Journal of Psychiatry*, 151, 732-737.
- Pope, M. y Scott, J. (2003). Do clinicians understand why individuals stop taking lithium? *Journal of Affective Disorders*, 74, 287-91.
- Portner, J. (2001). *One in thirteen: The silent epidemic of teen suicide*. Beltsville, MD: Robin's Lane Press.
- Posner, M.I., Rothbart, M.K., Vizueta, N., Levy, K.N., Evans, D.E., Thomas, K.M. y Clarking, J.F. (2002). Attentional mechanism of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99, 16366-16370.
- Poulton, R., Menzies, R.G., Craske, M.G., Langley, J.D. y Silva, P.A. (1999). Water trauma and swimming experiences up to age 9 and fear of water at age 18: A longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 37, 39-48.
- Powell, C. (1991). Robert Lowell: The search for the father in madness and poetry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 375-382.
- Power, P. (1999). Suicide and early psychosis. En P.D. McGorry and H.J. Jackson, editores, *The recognition and management of early psychosis* (pp. 338-361). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Practice guidelines of the treatment of patients with eating disorders* (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Pratt, L.A., Ford, D.E., Crum, R.M., Armenian, H.K., Gallo, J.J., y Eaton, W.W. (1996). Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation*, 94, 3123-3129.
- Prentky, R.A. y Knight, R.A. (1991). Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 643-661.
- Prien, R.F. y Kocsis, J.H. (1995). Long term treatment of mood disorders. En F.E. Bloom y D.J. Kupfer, editores, *Psychopharmacology: The fourth generation of progress* (pp. 1067-1079). Nueva York: Raven Press.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K. y Rosenheck, R.A. (1999). The effects of marital dissolution and marital quality on health and health service use among women. *Medical Care*, 37, 858-873.
- Prince, V.C. (1967). *The transvestite and his wife*. Los Angeles: Argyle Books.
- Prior, M.R. (1992). Childhood autism: What do we know and where should we go? *Behavior Change*, 9, 96-103.

Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCG posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.

Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Nueva York: Guilford.

## Q

Quinsey, V.L. (2003). The etiology of anomalous sexual preferences in men. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 105-117.

Quinton, D., Pickles, A., Maughn, B. y Rutter, M. (1993). Partners, peers, and pathways: Assortative pairing and continuities in conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 763-783.

## R

Rabasca, L. (1999). Military suicide-prevention program reduces the stigma of seeking help. *APA Monitor*, 1 de noviembre, 1999, p.8.

Radomsky, E.D., Haas, G.L., Mann, J.J. y Sweeney, J.A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1590-1595.

Ragland, D.R. y Brand, R.J. (1988). Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 318, 65-69.

Raine, N.V. (1994). Returns of the day. *New York Times Magazine*, 2 de octubre, p. 34.

Raine, N.V. (1998). *After silence*. Nueva York: Crown.

Ramey, C.T. y Haskins, R. (1981). The modification of intelligence through early experience. *Intelligence*, 5, 43-57.

Rapaport, K. y Burkart, B.R. (1984). Personality and attitudinal characteristics of sexually coercive college males. *Journal of Abnormal Psychology*, 13, 216-221.

Rapin, I. (1995). Autistic regression and disintegrative disorder: How important is the role of epilepsy? *Seminars in Pediatric Neurology*, 2, 278-285.

Rapin, I. y Dunn, M. (2003). Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain Development*, 25, 166-172.

Rapoport, J.L. (1989). *The boy who couldn't stop washing*. Nueva York: Dutton.

Rapoport, J.L., Elkins, R., Langer, D.H., Sceery, W., Buchsbaum, M.S., Gillin, J.C., Murphy, D.L., Zahn, T.P., Lake, R., Ludlow, C., y Mendelson, W. (1981). Childhood obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1545-1554.

Rapoport, J. y Seidman, E., editores (2000). *Handbook of community psychology*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.

Rastam, M., Gillberg, C. y Gillberg, I.C. (1996). A six year follow-up study of anorexia nervosa subjects with a teenage onset. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 439-453.

Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szmukler, G.I. y Russell, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 158, 495-502.

Raz, S. y Raz, N. (1990). Structural brain abnormalities in the major psychoses: A quantitative review of the evidence from computer imaging. *Psychological Bulletin*, 108, 93-108.

Read, J.P., Wood, M.D., Kahler, C.W., Maddock, J.E. y Palfai, T.P. (2003). Examining the role of drinking motives in

college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 13-23.

Regier, D.A., Narrow, W.E., First, M.B. y Marshall, T. (2002). The APA classification of mental disorders: Future perspectives. *Psychopathology*, 36, 166-170.

Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z. y Goodwin, F.K. (1993). The de facto U.S. mental and addictive Disorders service system.

Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.

Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. y Uchtenbagen, A. (2001). Feasibility, safety and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: A follow-up study. *Lancet*, 358, 1417-1420.

Reisberg, B. (1985). Alzheimer's disease updated. *Psychiatric Annals*, 15, 319-322.

Reiss, A.J. y Roth, S.A., editores (1994). *Understanding and preventing violence*. Washington, DC: National Academy Press.

Reiss, S. y Valenti-Hein, D. (1994). Development of a psychopathology rating scale for children with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 28-33.

Rekers, G.A. (1977). Assessment and treatment of childhood gender problems. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin, editores, *Advances in clinical child psychology*, volumen 1. Nueva York: Plenum.

Repetti, R., Taylor, S.E. y Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.

Reppucci, N.D. y Haugaard, J.J. (1989). Prevention of child sexual abuse. *American Psychologist*, 44, 1266-1275.

Reppucci, N.D., Wollard, J.L. y Fried, C. (1999). Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology*, 50, 387-418.

Research on mental illness and addictive disorders. (1985). *American Journal of Psychiatry*, 142 (Supl.), 9-41.

Revenson, T.A., D'Angelli, A.R., French, S.E., Hughes, D., Seidman, E., Shinn, M., Yoshikawa, H. y Livert, D.E. (2002). *A quarter century of community psychology*. Norwell, MA: Kluwer.

Rexer, L. (2002). *Jonathan Lerman: Drawings by an artist with autism*. Nueva York: George Braziller.

Rey, J.M. y Tennant, C.C. (2002). Cannabis and mental health. *British Medical Journal*, 325, 1183-1184.

Rhoades, E.R. (2003). The health status of American Indian and Alaska Native males. *American Journal of Public Health*, 93, 774-778.

Ricaurte, G.A., Yuan, J., Hatzidimitriou, G., Cord, B.J. y McCann, V.D. (2002). Severe dopaminergic neurotoxicity in primates after a common recreational regimen of MDMA ("Ecstasy"). *Science*, 297, 2260-2263.

Riccio, C.A., Hynd, G.W., Cohen, M.J. y Gonzalez, J.J. (1993). Neurological basis of attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 60, 118-124.

Rief, W., Hiller, W. y Margraf, J. (1998) Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587-595.

Riggs, D.S., O'Leary, K.D. y Breslin, F.C. (1990). Multiple correlates of physical aggression in dating couples. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 61-73.



- Rihmer, Z. y Pestalitiy, P. (1999). Bipolar II disorder and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 667-673.
- Rimer, S. (1997). For old South Boston, despair replaces hope. *New York Times*, 15 de agosto, National Edition, pp. 1, 14.
- Ripple, C.H. y Zigler, E. (2003). Research, policy, and the federal role in prevention initiatives for children. *American Psychologist*, 58, 482-490.
- Ritchie, K. y Richards, M. (1999). Recent developments in neuropsychological assessment. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 345-349.
- Ritvo, E. R., Jorde, L.B., Mason-Brothers, A., Freeman, B.J., Pingree, C., Jones, M.B., McMahon, W.M., Petersen, P.B., Jenson, W.R. y Mo, A. (1989). The UCLA- University of Utah epidemiologic survey of autism: Recurrence risk estimates and genetic counseling. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1032-1036.
- Roach, M. (1983). Another name for madness. *New York Times Magazine*, 16 de enero, pp. 22-31.
- Roberts, L.J., Neal, D.J., Kivlahan, D.R., Baer, J.S. y Marlatt, G.A. (2000). Individual drinking changes following a brief intervention among college students: Clinical significance in an indicated preventive context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 500-505.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Koepke, T., Moye, A.W. y Rice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 111-116.
- Robin, A.L., Siegel, P.T. y Moye, A. (1995). Family versus individual therapy for anorexia: Impact on family conflict. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 313-332.
- Robins, L.N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke of normal expectation? *Addiction*, 88, 1041-1054.
- Robins, L.N. (1999). A 70 year history of conduct disorder: Variations in definition, prevalence, and correlates. In P. Cohen, C. Slomkowski y Robins, L.N., editores, *Historical and geographical influences on psychopathology* (pp. 37-56). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Robins, L.N. y Kulbok, P.A. (1998). Epidemiologic studies in suicide. *Review of Psychiatry* (volumen 7) (pp. 289-306). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Robins, L.N. y Price, R.K. (1991). Adult disorders predicted by childhood conduct problems: Results from the NIMH Epidemiological Catchment Area Project. *Psychiatry*, 54, 116-132.
- Robins, L.N. y Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiological catchment area*. Nueva York: The Free Press.
- Robinson, H. (1991). Visitation with divorced fathers provokes reemergence of unresolved family conflicts: Case of Charlie, age 10. En N.B. Webb, editor, *Play therapy with children in crisis* (pp. 219-236). Nueva York: Guilford.
- Rosin, T.E. y Berridge, K.C. (2003). Addiction. En S.T. Fiske, editor, *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Rockwood, K., Kirkland, S., Hogan, D.B., MacKnight, C., Merry, H., Verreault, R., Wolfson, C. y MacDowell, I. (2002). Use of lipid-lowering agents, indication bias, and the risk of dementia in community-dwelling elderly people. *Archives of Neurology*, 59, 223-227.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch, editor, *Psychology: A study of a science*, volumen 3. Nueva York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, J.G., Voullaire, L. y Gold, H. (1982). Monozygotic twins discordant for trisomy 21. *American Journal of Medical Genetics*, 11, 143-146.
- Rogers, R. y Shuman, D.N. (2000). *Conducting insanity evaluations*. Nueva York: Guilford.
- Rogler, L.H. (1999). Methodological sources of cultural insensitivity in mental health research. *American Psychologist*, 54, 424-433.
- Romano, S.J. (1999). Bulimia nervosa. En D.H. Goldstein, editor, *The management of eating disorders and obesity*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Romer, D. y Heller, T. (1983). Social adaptation of mentally retarded adults in community settings: A social-ecological approach. *Applied Research in Mental Retardation*, 4, 303-314.
- Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostik: Methodik und Ergebnisse eines Wahrnehmungs-diagnostischen Experiments* (segunda edición), (P. Lemkau y B. Kronenberg, trans.). Berne y Berlin: Huber, 1932; republished, Nueva York: Grune y Stratton.
- Rorsman, B., Grasbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Ohman, R., Ojesjo, L. y Otterbeck, L. (1990). A prospective study of first-incidence depression: The Lundby study, 1957-1972. *British Journal of Psychiatry*, 156, 336-342.
- Rosch, P.J. (1996). Stress and sleep; Some startling and sobering statistics. *Stress Medicine*, 12, 207-210.
- Rose, G. (1993). Mental disorders and the strategies of prevention. *Psychological Medicine*, 23, 553-555.
- Rose, S., Bisson, J. y Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, 176-184.
- Rosen, J.C. (1996). Body dysmorphic disorder: Assessment and treatment. En J.K. Thompson, editor, *Body image, eating disorders, and obesity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosen, J.W. y Burchard, S.N. (1990). Community activities and social support networks: A social comparison of adults with and adults without mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 193-204.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, K. D. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 63-71.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129-139.
- Rosenthal, D., editor. (1963). *The Genain quadruplets: A case study and theoretical analysis of heredity and environment in schizophrenia*. Nueva York: Basic Books.
- Rosenthal, D., Wender, P.H., Kety, S. S., Schulsinger, F., Welner, J. y Ostergaard, L. (1968). Schizophrenics' offspring reared in adoptive homes. En D. Rosenthal y S.S. Kety, editores, *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon.
- Rosenthal, D., Wender, P.H., Kety, S.S., Schulsinger, E, Welner, J. y Reider, R. (1975). Parent-child relationships and psychopathological disorder in the child. *Archives of General Psychiatry*, 32, 466-476.
- Rosenthal, N.E. y Wehr, T.A. (1992). Towards understanding the mechanism of action of light in seasonal affective disorder. *Pharmacopsychiatry*, 25, 56-60.



- Rosenthal, N.E., Sack, D.A., Gillin, J.C., Lewy, A.J., Goodwin, F.K., Davenport, Y., Mueller, P.S., Newsome, D.A. y Wehr, T.A. (1984). Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41, 72-80.
- Rosie, J.S. (1987). Partial hospitalization: A review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1291-1299.
- Rossi, E.L. (2002). *The psychobiology of gene expression*. Nueva York: Norton.
- Rosvold, H.E., Mirsky, A.E., Sarason, I.G., Bransome, E.D. y Beck, L.H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Rothblum, E.D. (1994). "I only read about myself on bathroom walls": The need for research on the mental health of lesbians and gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 213-220.
- Rothlisberg, B.A., Hill R., Damato, R.C. (1994). Social acceptance by their peers of children with mental retardation. *Psychological Reports*, 74, 239-242.
- Rouse, B., Azen, C., Koch, R., Matalon, R., Hanley, W., de la Cruz, F., Trefz, F., Friedman, E. y Shifrin, H. (1997). Maternal Phenylketonuria Collaborative Study (MPKUCS) offspring: Facial anomalies, malformations, and early neurological sequelae. *American Journal of Medical Genetics*, 69, 89-95.
- Roy, A. (1992). Suicide in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 4, 205-209.
- Roy-Byrne, P., Post, R.M., Uhde, T.W., Porcu, T. y Davis, D. (1985). The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suplemento*, 71, 5-34.
- Ruberman, J.W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D. y Chaudhary, B.S. (1984). Psychological influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552-559.
- Ruch, L.O., Gartrell, J.W., Amedeo, S.R. y Coyne, B.J. (1991). The Sexual Assault Symptom Scale: Measuring self-reported sexual assault trauma in the emergency room. *Psychological Assessment*, 3, 3-8.
- Ruitenber, A., Wittemen, J.C.M., van Duijn, C.M., Hofman, A., Breteler, M.B., van Swieten, J.C. y Mehta, K.M. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: The Rotterdam study. *Lancet*, 359, 281-286.
- Ruiz, P. (1998). The role of culture in psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1763-1765.
- Rupp, A. y Keith, S.J. (1993). The costs of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 413-324.
- Ruscio, A.M., Ruscio, J. y Keane, T.M. (2002). The latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric investigation of reactions to extreme stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 290-301.
- Rush, A.J. (2000). The use of placebos in unipolar major depression: The current status. *Biological Psychiatry*, 47, 745-747.
- Rush, A.J. y Weissenburger, J.E. (1994). Melancholic symptom features and DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 151, 489-498.
- Rush, A.J., Trivedi, M. y Fava, M. (2003). Depression, IV: STAR\*D treatment trial for depression. *American Journal of Psychiatry*, 160, 237.
- Russell, D.E.H. (1984). The prevalence and seriousness of incestuous abuse: Stepfathers vs. biological fathers. *Child Abuse and Neglect*, 8, 15-22.
- Rutter, D.R. (1985). Language in schizophrenia: The structure of monologues and conversations. *British Journal of Psychiatry*, 146, 399-404.
- Rutter, J. (1991). Nature, nurture, and psychopathology: A new look at an old topic. *Development and Psychopathology*, 3, 25-136.
- Rutter, M. (1999). Autism: Two way interplay between research and clinical work. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 169-188.
- Rutter, M. (2000). Genetic studies of autism: From the 1970s into the millennium. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 3-14.
- Rutter, M. y Garmezy, N. (1983). Developmental psychopathology. En P. Mussen, editor, *Handbook of child psychology*, volumen 4. Nueva York: Wiley.
- Rutter, M. y Hersov, L. (1985). *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford, Inglaterra: Blackwell Scientific.
- Rutter, M. y Shaffer, D. (1980). DSM-III: A step forward or back in terms of the classification of child psychiatric disorders? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 371-394.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., y Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.
- Rutter, M., Graham, P. y Yule, W. (1970). A neuropsychiatric study in childhood. *Clinics in Developmental Medicine*, 35/36. Londres: Heinemann.
- Rutter, M., Macdonald, H., Le Couteur, A., Harrington, R., Bolton, P. y Bailey A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders: II: Empirical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 39-83.

## S

- Sabate, O., Campion, D., d'Amato, T., Martres, M.P., Sokoloff, P., Giros, B., Leboyer, M., Jay, M., Guedj, F. y Thibaut, F. (1994). Failure to find evidence for linkage or association between the dopamine D3 receptor gene and schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 107-111.
- Sackheim, H.A. y Wegner, A.Z. (1986). Attributional patterns in depression and euthymia. *Archives of General Psychiatry*, 43, 553-560.
- Sackheim, H.A., Prudic, J. y Devanand, D.P. (1990). Treatment of medication-resistant depression with electroconvulsive therapy. En A. Tasman, S.M. Goldfinger y C.A. Kaufmann, editores, *Review of Psychiatry*, volumen 9. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sadock, V.A. (1989). Rape, spouse abuse, and incest. En H.I. Kaplan y B. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry* (quinta edición). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J. y Sadock, V.A. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (novena edición). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saks, E.R. (2002). *Refusing care: Forced treatment and the rights of the mentally ill*. Chicago: University of Chicago Press.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salter, A.C., Richardson, C.M. y Kairys, S.W. (1985). Caring for abused preschoolers. *Child Welfare*, 64, 343-356.
- Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (1990). Transactional regulations and early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff, editores, *Handbook of early childhood intervention*

- (pp. 119-149). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Sammons, M.T. y Schmidt, N.B., editores, (2001). *Combined treatment for mental disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. y Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime. *Science*, 277, 918-924.
- Sands, R., Tricker, J., Sharman, C., Armatas, C. y Maschette, W. (1997). Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 159-166.
- Santayana, G. (1905-06). *The life of reason*. Nueva York: Scribner.
- Santilla, P., Sandnabba, N.K., Alison, L. y Nordling, N. (2002). Investigating the underlying structure in sadomasochistically oriented behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 185-196.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (1981). Teaching cognitive and social skills to high school students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49, 908-919.
- Sarason, I.G. y Sarason, B.R., editores. (1985). *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht, Holanda: Martinus Nijhof.
- Sarason, I.G., Johnson, J.M. y Siegel, J.M. (1978). Assessing the Impact of life stress: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sartorius, N., Shapiro, R., Kimura, M. y Barreto, K. (1972). WHO internacional pilot study of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 2, 422-425.
- Sartorius, N., Ustun, T.B., Costa-e-Silva, J.A., Goldberg, L., Lecrubier, Y., Ormel, J., Von Korff, M. y Wittchen, H.U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative project on "Psychological Problems in General Health Care." *Archives of General Psychiatry*, 50, 819-824.
- Sarwer, D.B. y Durlak, J.A. (1997). A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 87-97.
- Schafer, R. (1948). *Clinical application of psychological tests*. Nueva York: International Universities Press.
- Schae, K.W. (1989). The hazards of cognitive aging. *The Gerontological Society of America*, 29, 484-493.
- Schatzberg, A.F. (1991). Psychotic (delusional) major depression: Should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *American Journal of Psychiatry*, 149, 733-745.
- Schatzberg, A.F. y Nemeroff, C.B., editores, (2002). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schatzberg, A.F., Cole, J.O. y DeBattista, C. (2003). *Manual of clinical pharmacology* (cuarta edición). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schlenker, R. y Cohen, R. (1995). Smooth-pursuit eye-movement dysfunction and motor control in schizophrenia: A follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 125-126.
- Schnall, P.L., Pieper, C., Schwartz, J.E., Karasek, R.A., Schlusless, y., Devereux, R.B., Ganau, A., Alderman, M., Warren, K. y Pickering, T.G. (1990). The relationship between job strain, workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1929-1972.
- Schneider, K.J., Bugental, J.F.T. y Pierson, J.F., editores, (2001). *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schoenman, T.J. (1984). The mentally ill witch in text books of abnormal psychology: Current status and implications of a fallacy. *Professional Psychiatry*, 15, 299-314.
- Schotte, D.E. y Stunkard, A.J. (1987). Bulimia vs. bulimic behaviors on a college campus. *Journal of the American Medical Association*, 258, 1213-1215.
- Schroeder, C.S. y Gordon, B.N. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems* (segunda edición). Nueva York: Guilford.
- Schulberg, H.C., Raue, P.J. y Rollman, B.L. (2002). The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: Clinical and cost perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 24, 203-212.
- Schultz, S.C. (1995). Schizophrenia: Somatic treatment, en H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive textbook of psychiatry* (sexta edición), (pp. 987-998). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schultz, S.C. (2000). New antipsychotic medications: More than old wine in new bottles. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 60-75.
- Schumaker, J.F. y Ward, T. (2001). *Cultural cognition and psychopathology*. Westport, CT: Praeger.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Collins, R.L., Marshall, G.N., Elliot, M.N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.C. y Berry, S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Schwartz, A.J. y Whitaker, L.C. (1980). Suicide among college students: Assessment, treatment, and intervention. En S.J. Blumenthal y D.J. Kupfer, editors, *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. (pp. 303-341). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schwartz, J.M. y Marsh, L. (2000). The psychiatric perspectives of epilepsy. *Psychosomatics*, 41, 31-38.
- Schwartz, M.S. (1995). *Biofeedback: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford.
- Schwartz, P.J., Brown, C., Wehr, T.A. y Rosenthal, N.E. (1996). Winter seasonal affective disorder: A follow-up study of the first 59 patients of the National Institute of Mental Health Seasonal Studies Program. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1028-1036.
- Schweinhart, L.J. y Weikart, D.P. (1980). *Young children grow up*. Ypsilanti, MI: High/Scope.
- Schweinsburg, B.C., Alhassoon, O.M., Taylor, M.J., González, R., Videen, J.S., Grown, G.G., Patterson, T.L. y Grant, I. (2003). Effects of alcoholism and gender on brain metabolism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1180-1183.
- Sclar, D.A., Robinson, L.M., Legg, R.F., Nemec, N.L., Galin, R.S., Hughes, T.E. y Busching, D.P. (1994). Antidepressant pharmacotherapy: Economic outcomes in a health maintenance organization. *Clinical Therapeutics*, 16, 715-730.
- Scruggs, T.E. y Mastropieri, M.A. (1993). Special education for the twenty-first century: Integrating learning strategies and thinking skills. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 392-398.

- Scully, A. (1993). *The most solitary of afflictions: Madness and society in Britain 1700-1900*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Searl, S., Jr. (1978). Stages of parent reaction to birth of a handicapped child. *Exceptional Parent* (abril), 23-27.
- Segal, Z.V. y Stermac, L.E. (1990). The role of cognition in sexual assault. En W.L. Marshall, D.R. Laws y H.E. Barbaree, editores, *Handbook of sexual assault* (pp. 161-175). Nueva York: Plenum.
- Segraves, R.T. y Althof, S. (1998) Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunctions. En P.E. Nathan y J.J. Gorman, editores, *A guide to treatments that work* (pp. 447-471). Nueva York: Oxford University Press.
- Seidman, S. y Rieder, R.O. (1994). A review of sexual behavior in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 330-341.
- Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. En R.J. Friedman y M. M. Katz, editores, *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: V.H. Winston.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Selkoe, D.J. (1997). Alzheimer's disease: Genotypes, phenotype, and treatments. *Science*, 275, 630-631.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*, edición revisada. Nueva York: McGraw-Hill.
- Seppala, M.D. (2001). *Clinician's guide to the Twelve Step principles*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Seuchter, S.A., Hebebrand, J., Klug, B., Knapp, M., Lehmkuhl, G., Pouska, F., Schmidt, M. y Remschmidt, H., Baur, M.P. (2000). Complex segregation analysis of families ascertained through Gilles de la Tourette syndrome. *Genetic Epidemiology*, 18, 33-47.
- Shaffer, J.W., Graves, P.L., Swank, R.T. y Pearson, T.A. (1987). Clustering of personality traits in youth and the subsequent development of cancer among physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 441-447.
- Shalev, A.Y., Bonne, O. y Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. Nueva York: Basic Books.
- Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S. y Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.
- Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing. Nueva York: Guilford.
- Sharpe, M. (1996). Chronic fatigue syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 549-573.
- Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A., Pugh, K.R., Fulbright, R.K., Constable, R.T., Mencl, W.E., Shankweiler, D.P., Liberman, A.M., Skudlarski, P., Fletcher, J.M., Katz, L., Marchione, K.E., Lacadie, C., Gatenby, C., y Gore, J.C. (1998). Functional disruption in the organization of the brain for reading in dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95, 2636-2641.
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.E., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Glass, D.R., Dolan, R.T., y Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Shea, M.T., Stout, R., Gunderson, J.G., Morey, L.C., Grilo, C.M., McGlashean, T., Skodal, A.E., Dolan-Sewell, R., Dyck, I., Zanarini, M.C. y Keller, M.B. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2036-2041.
- Shea, S.C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (segunda edición). Philadelphia: Saunders.
- Sheehan, A. (2001). *Chasing the hawk*. Nueva York: Delacorte.
- Sheehan, S. (1982). *Is there no place on earth for me?* Boston: Houghton Mifflin.
- Sheehan, S. (1995). The last days of Sylvia Frumkin. *The New Yorker*, 20 y 27 de febrero, 199-211.
- Shengxian, L. y Phillips, M.R. (1990). Witch doctors and mental illness in Mainland China: A preliminary study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 221-224.
- Sher, L., Goldman, D., Osaki, N. y Rosenthal, N.E. (1999). The role of genetic factors in the etiology of seasonal affective disorder and seasonality. *Journal of Affective Disorders*, 53, 203-210.
- Sherman, B. (1985). The new realities of date rape. *New York Times*, 23 de octubre, p. 17.
- Sherman, D.K., McGue, M.K. y Iacono, W.G. (1997). Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder: A comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal of Psychiatry*, 154, 532-535.
- Shidlo, A. y Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers' report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249-259.
- Shirk, S.R. y Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Shively, C.A., Adams, M.R., Kaplan, J.R. y Williams, J.K. (2000). Social stress, gender, and coronary heart disease risk in monkeys. En P.M. McCabe, N. Schneiderman y T. Field, editores, *Stress, coping, and cardiovascular disease*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Shoham-Salomon, V., Amer, R. y Neeman, R. (1989). You're changed if you do and changed if you don't: Mechanisms underlying paradoxical interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 590-598.
- Shore, E.R. (1989). What I learned about community psychology from my bout with cancer. *The Community Psychologist*, 23, 25.
- Shorter, E. (2000). *The Kennedy family and the story of mental retardation*. Philadelphia: Temple University Press.
- Shumtaker, S.A., Legault, C., Thal, L., Wallace, R.B., Ockene, J. K., Hendrix, S.L., Joncs, B.N., Assaf, A.R., Jackson, R.D., Kotchen, J.M., Wassertheil-Smoller, S. y Wactawski-Wende, J. (2003). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2651-2662.



- Shure, M.B. (1993). I can problem solve (ICPS): Interpersonal cognitive problem solving for young children. *Early Child Development and Care*, 96, 49-64.
- Shure, M.B. y Spivack, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology*, 10, 341-356.
- Shure, M.B. y Spivack, G. (1987). Competence-building as an approach to prevention of dysfunction: The ICPS model. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman, editores, *Preventing mental disorders: A research perspective*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Siddiqui, A., Kerb, R., Weale, M.E., Brinkmann, V., Smith, A., Goldstein, D.B., Wood, N.W. y Sisodiya, S. (2003). Association of multidrug resistance in epilepsy with a polymorphism in the drug transporter gene ABCB1. *New England Journal of Medicine*, 348, 1442-1448.
- Siegel, B. (2003). *Helping children with autism learn*. Nueva York: Oxford University Press.
- Siegel, D.J. (1998). Evaluation of high-functioning autism. In G. Goldstein, P.D. Nussbaum y S.R. Beers, editores, *Neuropsychology* (pp. 109-133). Nueva York: Plenum.
- Siever, L.J. y Coursey, R.D. (1985). Biological markers for schizophrenia and the biological high risk approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 4-16.
- Siever, L.J. y Kendler, K.S. (1986). Schizoid/schizotypal/paranoid personality disorders. En R. Michels y J.O. Cavenar, Jr. (editores), *Psychiatry*, volumen 1. Nueva York: Basic Books.
- Siever, L.J., Koenigsberg, H.W., Harvey, P., Mitropoulou, V., Varuelle, M., Abi-Dargham, A., Goodman, M. y Buchsbaum, M. (2002). Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 54, 157-167.
- Sigafoos, J., Laurie, S. y Pennell, D. (1996). Teaching children with Rett syndrome to request preferred objects using aided communication: Two preliminary studies. *Augmentative and Alternative Communication*, 12, 88-96.
- Silver, J.M., Hales, R.E. y Yudofsky, S.C. (1990). Psychiatric consultation to neurology. En A. Tasman, S.M. Goldfinger y C.A. Kauffman, editores, *Review of Psychiatry* (volumen 9). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Silver, L.B. (1999). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Silver, R.C., Holman, A., McIntosh, D.N., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Silverstein, M.L. y Harrow, M. (1981). Schneiderian first-rank symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 38, 288-293.
- Simon, G.E. (2002). Evidence review: Efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *General Hospital. Psychiatry*, 24, 213-224.
- Simoneau, T.L., Miklowitz, D.J., Richards, J.A., Rakhshanda, S. y George, E.L. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 588-597.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Fletcher, B.W., Hubbard, R.L. y Anglin, M.D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.
- Sklar, L.S. y Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, 89, 369-406.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. y Siever, L.J. (2002a). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Skodol, A.E., Siever, L.J., Livesley, W.J., Gunderson, J.G., Pfohl, B. y Widiger, T.A. (2002b). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51, 951-963.
- Skodol, A.E. (1989). *Problems in differential diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Skultans, V. (1979). *English madness*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Slijper, F.M.E., Drop, S.L.S., Molenaar, J.C. y de Munick Keizer-Schrama, S.M.P.F. (1998). Long term psychological evaluation of intersex children. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 125-144.
- Smalley, S.L., McGough, J.J., Del'Homme, M., NewDelman, J.G., Gordon, E., Kim, T., Liu, A. y McCracken, J.T. (2000). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1135-1143.
- Smith, E.M., North, C.S., McCool, R.E. y Shea, J.M. (1990). Acute postdisaster psychiatric disorders: Identification of persons at risk. *American Journal of Psychiatry*, 147, 202-206.
- Smith, M.L., Glass, G.V y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, M., Wasmuth, J., McPherson, J.D., Wagner, C., Grandy, D., Civelli, O. y otros. (1989). Cosegregation of an 11q11-9p22 translocation with affective disorder: Proximity of the dopamine D2 receptor gene relative to the translocation breakpoint. *American Journal of Human Genetics*, 45, A220.
- Smith, T.W. y Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568.
- Smith, Y.L.S., van Goozen, S.H.M. y Cohen-Kettenis, P.T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 472-481.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.
- Sobell, M.B., Wagner, E.F. y Sobell, L.C. (2003). Substance-related use disorders: Alcohol. En M. Hersen y S.M. Turner, editores, *Adult psychopathology and diagnosis* (cuarta edición) (pp. 192-225). Nueva York: Wiley.
- Sohlberg, S. y Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: An update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suplemento 378), 1-16.
- Sokol, L., Beck, A.I., Greenberg, R.L., Wright, F.D. y Berchick, R.J. (1989). Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 711-716.
- Sokoloff, P., Giros, B., Martres, M.P., Bouthenet, M.L. y Schwartz, J.C. (1990). Molecular cloning and characterization of a novel dopamine receptor as a target for neuroleptics. *Nature*, 347, 146-151.



- Solovay, M.R., Shenton, M.E. y Holzman, P.S. (1987). Comparative studies of thought disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, 13-20.
- Solowij, N., Stephens, R.S., Roffman, R.A., Babor, T., Kadden, R., Miller, M., Christiansen, K., McRee, B. y Vendetti, J. (2002). Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1123-1131.
- Sommers-Flanagan, J. y Sommers-Flanagan, R. (1996). Efficacy of antidepressant medication with depressed youth: What psychologists should know. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 145-153.
- Sorbi, M.J., Maassen, G.A. y Spierings, E.C.H. (1996). A time series analysis of daily hassles and mood changes in the 3 days before the migraine attack. *Behavioral Medicine*, 22, 103-113.
- Spanos, N.P. (1978). Witchcraft in histories of psychiatry: A critical analysis and an alternative conceptualization. *Psychological Bulletin*, 85, 417-439.
- Spanos, N.P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 143-165.
- Speltz, M.L., McClellan, J., DeKlyen, M. y Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 838-845.
- Sperling, M.K. (1999). *Schizophrenia*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Spiegel, D. y Wissler, T. (1986). Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 143, 56-60.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H. C. y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 14 de octubre, 888-891.
- Spiegel, D.A., Bruce, T.J., Gregg, S.F. y Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 151, 876-881.
- Spiegel, D.A., Roth, M., Weissman, M., Lavori, P., Gorman, J., Rush, J. y Ballenger, J. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 788-789.
- Spirito, A. y Overholser, J.C., editores, (2003). *Evaluating and treating suicide attempters*. San Diego, CA: Academic.
- Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B.W. y First, M.G. (1989). *DSM-III-R casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R.L., Skodol, A.E., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1981). *DSM-III casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Spitzer, R.L., Skodol, A.E., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1983). *Psychopathology: A casebook*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. y First, M.B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Spivack, G., Platt, J.J. y Shure, M.B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spoerri, E. y Bauman, D. (2003). *The art of Adolf Wölfli: St. Adolf Giant Creation*. Nueva York: American Folk Art Museum.
- Spring, B., Lemon, M., Weinstein, L. y Haskell, A. (1989). Distractibility in schizophrenia: State and trait aspects. *British Journal of Psychiatry*, 155, 63-68.
- Squire, L.R. y Schacter, D.L., editores, (2002). *Neuropsychology of Memory* (tercera edición). Nueva York: Guilford.
- St. Clair, D., Blackwood, D., Muir, W., Carothers, A., Walker, M., Spowart, G., Cosden, C. y Evans, H.J. (1990). Association within a family of balanced autosomal translocation with major mental illness. *Lancet*, 336, 13-16.
- Staley, D., Wand, R. y Shady, G. (1997). Tourette disorder: Across cultural review. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 6-16.
- Stanton, A.L., Lobel, M., Sears, S. y DeLuca, R.S. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 751-770.
- Starcevic, V y Lipsitt, D.R. (2001). *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York: Oxford University Press.
- Stack, K.D., Humphrey, L.L., Crook, K. y Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.
- Stein, D.J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360, 397-405.
- Stein, M.B., Jang, K.L., Taylor, S., Vernon, P.A. y Livesley, W.J. (2002). Genetic environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1675-1681.
- Stein, M.B., Walker, J.R. y Forde, D.R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Steiner, H. y Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 352-359.
- Steinhauer, S.R., Zubin, J., Condray, R., Shaw, D.B., Peters, J.L. y van Kammen, D.P. (1991). Electrophysiological and behavior signs of attentional disturbance in schizophrenics and their siblings. En C.A. Tammings y S.C. Schulz, *Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology (volumen 1): Schizophrenia Research* (pp. 169-178). Nueva York: Raven Press.
- Stephens, J.H., Richard, P. y McHugh, P.R. (1997). Long-term follow-up of patients hospitalized for schizophrenia, 1913 to 1940. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 715-711.
- Stephens, R.J. y Sandor, P. (1999). Aggressive behavior in children with Tourette syndrome and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and obsessive compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1036-1042.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. y Simpson, E.E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 92-99.
- Stern, H.P., Garg, A. y Stern, T.P. (2002). When children with attention deficit/hyperactivity become adults. *Southern Medical Journal*, 95, 985-991.
- Stevens, J.A., Hasbrouck, L.M. y Durant, T.M. (1999). Surveillance for injuries and violence among older adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report: CDC Surveillance Summaries*, 48, 27-50.

- Stewart, J.W., Merceir, M.A., Agosti, V., Guardino, M. y Quitkin, F.M. (1993). Imipramine is effective after unsuccessful cognitive therapy: Sequential use of cognitive therapy and imipramine in depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 114-119.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stickney, M.I., Miltenberger, R.G. y Wolff, G. (1999). A descriptive analysis of factors contributing to binge eating. *Journal of Behavior Therapy*, 30, 177-189.
- Stone, M.H. (1980). *The borderline syndromes*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Stone, M.H. (1986). Borderline personality disorder. En R. Michels y J.O. Cavenar, Jr., editores. *Psychiatry*, (volumen 1). Nueva York: Basic Books.
- Stone, M.H., Stone, D.K. y Hurt, S.W. (1987). The natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 185-206.
- Storr, A. (1969). *Churchill: Four faces and the man*. Londres: Allen Lane.
- Storr, A. (1980). *The art of psychotherapy*. Nueva York: Methuen.
- Storr, A. (1988). Churchill: The man. En A. Storr, editor, *Churchill's black dog, Kafka's mice, and other phenomena of the human mind*. Nueva York: Grove.
- Strand, J.G. y Benjamin, L.S. (1997). Resistance to change in individuals with personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 132-135.
- Strand, V.C. (1991). Victim of sexual abuse: Case of Rosa, age 6. En N.B. Webb, editor. *Play therapy with children in crisis* pp. 69-91. Nueva York: Guilford.
- Streissguth, A.P., Aase, J.M., Clarren, S.K., Randels, S.P., LaDue, R.A. y Smith, D.F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association*, 265, 1961-1967.
- Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Sampson, P.D. y Barr, H.M. (1995). Attention: Prenatal alcohol and continuities of vigilance and attentional problems from 4 through 14 years. *Development and Psychopathology*, 7, 419-446.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J. y Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Hansson, R.O. y Schut, H. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M.S., Stroebe, W. y Hansson, R.O., editores (1993). *Handbook of bereavement*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Stuart, S. y O'Hara, M.W. (2002). Interpersonal psychotherapy. En M.A. Reinecke y M.R. Davison, editores. *Comparative treatments for depression* (pp. 317-357). Nueva York: Springer.
- Stubbs, E.G., Ritvo, E.R. y Mason-Brothers, A. (1985). Autism and shared parental HLA antigens. *Journal of Child Psychiatry*, 24, 182-185.
- Sturm, R. y Wells, K.B. (1995). How can care for depression become more cost-effective? *Journal of the American Medical Association*, 273, 51-58.
- Substance abuse: The nation's number one health problem* (2001). Princeton, NJ: Robert Wood Foundation.
- Suddath, R.L., Christison, G.W., Torrey, E.F., Casanova, M.F. y Weinberger, D.R. (1990). Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 322, 789-794.
- Suelze, M. y Keenan, V. (1981). Changes in family support networks over the life cycle of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 267-274.
- Sunahara, R.K., Seeman, P., Van Tol, H.H. y Niznik, H.B. (1993). Dopamine receptors and antipsychotic drug response. *British Journal of Psychiatry* (suplemento) 22, 31-38.
- Sundgot, B.J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419.
- Suomi, S.J. (2000). A biobehavioral perspective on developmental psychopathology. En A.J. Sameroff, J. Lewis y S.M. Miller, editores. *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H.W., Brown, A.S., Lin, S., Labovitz, D. y Gorman, J.M. (1996). Schizophrenia after prenatal famine. *Archives of General Psychiatry*, 53, 25-31.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Essock, S.M., Osher, F.C., Wagner, H.R., Goodman, L.A., Rosenberg, S.D. y Meador, K.G. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92, 1523-1531.
- Swartz, H.A., Markowitz, J.C. y Frank, E. (2002). Interpersonal psychotherapy for unipolar and bipolar disorders. En S.G. Hofmann y M.C. Tompson, editores. *Treating chronic and severe mental disorders* (pp. 131-158). Nueva York: Guilford.
- Swedo, S.E., Leonard, H.L., Rapoport, J.L. (1992). Childhood-onset obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 767-775.
- Swenson, C.R., Torrey, N.C. y Koerner, K. (2002). Implementing dialectical behavior therapy. *Psychiatric Services*, 53, 171-178.
- Swett, C., Jr., Surrey, J. y Cohen, C. (1990). Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 632-636.

## T

- Takei, N.T., Sham, P., O'Callaghan, E., Murray, G.K., Glover, G. y Murray, R.M. (1994). Prenatal exposure to influenza and the development of schizophrenia: Is the effect confined to females? *American Journal of Psychiatry*, 151, 117-119.
- Tang, T.Z., Luborsky, L. y Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 444-447.
- Tang, Y.P., Shimizu, E., Dube, G.R., Rampon, C., Kerchner, G.A., Zhuo, M., Liu, G.S. y Tsien, J.Z. (1999). Genetic enhancement of learning and memory in mice. *Nature*, 401, 63-69.
- Tasman, A., Riba, M.B. y Silk, K.R. (2000) *The Doctor-patient relationship in pharmacotherapy: Improving treatment effectiveness*. Nueva York: Guilford.
- Taylor, S., Fedoroff, I.C., Koch, W.J., Thordarson, D.S., Fecteau, G., Nicki, R.M. (2001). Posttraumatic stress disorder arising

- after road traffic collisions: Patterns of responses to cognitive behavior therapy: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 541-551.
- Teicher, M.H., Glod, C. y Cole, J.O. (1990). Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147, 207-210.
- Teicher, M.H., Glod, C.A. y Cole, J.O. (1993). Antidepressant drugs and the emergence of suicidal tendencies. *Drug Safety*, 8, 186-212.
- Templeman, T.L. y Stinnett, R.D. (1991). Patterns of sexual arousal and history in a "normal" sample of young men. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 137-150.
- Teplin, L.A., Abram, K.M. y McClelland, G.M. (1994). Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychologist*, 49, 335-342.
- Terkelsen, M.D. y Grosser, R.C. (1990). Estimating clozapine's cost to the nation. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 863-869.
- Thakker, J. y Ward, T. (1998). Culture and classification: The cross-cultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychology Review*, 18, 501-529.
- Thase, M.E. y Howland, R.H. (1995). Biological processes in depression: An updated review and integration. En E.E. Beckham y W.R. Leber, editores, *Handbook of depression* (segunda edición), pp. 213-279. Nueva York: Guilford.
- Thase, M.E. y Kupfer, D.J. (1996). Recent developments in the pharmacotherapy of mood disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 646-659.
- Thase, M.E. y Sullivan, L.R. (1995). Relapse and recurrence of depression: A practical approach for prevention. *CNS Drugs*, 4, 261-277.
- Thase, M.E., Buysse, D.F., Frank, E., Cherry, C.R., Cornes, C.L., Mallinger, A.G. y Kupfer, D.J. (1997). Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy? The role of abnormal EEG sleep profiles. *American Journal of Psychiatry*, 154, 502-509.
- Thompson, P.M., Hayashi, K.M., Zubizaray, G., Janke, A.L., Rose, S.E., Semple, J., Herman, D., Hong, M.S., Dittmer, S.S., Doddrell, D.M. y Toga, A.W. (2003). Dynamics of gray matter loss in Alzheimer's disease. *Journal of Neuroscience*, 23, 994-1005.
- Thomsen, P.H. (1996). Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 55-66.
- Thomsen, P.H. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical guidelines. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 1-11.
- Thorell, L.H., Kjellman, B., Arned, M., Lindwall-Sundel, K., Walinder, J. y Wetterberg, L. (1999). Light treatment of seasonal affective disorder in combination with citalopram or placebo with 1-year follow up. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, suplemento 2, S7-S11.
- Thoresen, C.E., Friedman, M., Gill, J.J. y Ulmer, D.K. (1982). The recurrent coronary prevention project: Some preliminary findings. *Acta Medica Scandinavica*, 68, 172-192.
- Thorndike, R.L., Hagen, E.P. y Sattler, J.M. (1986). *The Stanford-Binet intelligence scale: Guide for administration scoring*. Chicago: Riverside.
- Tien, A.Y. y Anthony, J.C. (1990). Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 473-480.
- Tienari, P., Lahti, I., Sorri, A., Naarala, M., Moring, J., Kaleva, M., Wahlberg, K.E. y Wynne, L.C. (1990). Adopted-away off-spring of schizophrenics and controls: The Finnish adoptive family study of schizophrenia. En L. Robins y M. Rutter, editores, *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Tienari, P., Wynne, L.C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., Sorri, A., Wahlberg, K.E., Saarento, O., Seitamaa, M. y Kaleva, M. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia: Implications for family research. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 23, 20-26.
- Tiffany, S.T., Cox, L.S. y Flash, C.A. (2000). Effects of transdermal nicotine patches on abstinence-induced and cue-elicited craving in cigarette smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 233-240.
- Tollefson, G.D., Rampey, A.H., Potvin, J.H., Jenike, M.A., Rush, A.J., Kominguez, R.A., Koran, L.M., Shear, M.K., Goodman, N. y Gerduso, L.A. (1994). A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 559-567.
- Tomb, D.A. y Christensen, D.D. (1987). *Case studies in psychiatry for the house officer*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Toner, B.B., Segal, Z.V., Emmott, S.D. y Myran, D. (2000). *Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome: The brain-gut connection*. Nueva York: Guilford.
- Toomey, R., Lyons, M.J., Eisen, S.A., Xian, H., Chantarujikapong, S., Seidman, L.J., Faraone, S.V. y Tsuang, M.T. (2003). A twin study of the neuropsychological consequences of stimulant abuse. *Archives of General Psychiatry*, 60, 303-310.
- Torgersen, S. (1994). Personality deviations within the schizophrenic spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 90. (suplemento 384), 40-44.
- Torrey, E.F. (1997). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis*. Nueva York: Wiley.
- Torrey, E.E., Bowler, A.E., Taylor, E.H. y Gottesman, I.I. (1994). *Schizophrenia and manic-depressive disorder*. Nueva York: Basic Books.
- Toupin, J., Dery, M., Pauze, R., Mercier, H. y Fortin, L. (2000). Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 333-344.
- Touyz, S.W., Kopec-Schrader, F.M., Vitousek, K. y Manke, R. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Towbin, K.E. y Riddle, M.A. (2002). Obsessive-compulsive disorder. En M. Lewis, editor. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 834-847). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- True, W.R., Heath, A.C., Scherrer, J.E., Xian, H., Lin, N., Eisen, S. A., Lyons, M.J., Goldberg, J. y Tsuang, M.T. (1999). Interrelationship of genetic and environmental influences on conduct disorder and alcohol and marijuana dependence symptoms. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 391-397.
- Tsuang, M.T. y Tohen, M. (2002). *Textbook in psychiatric epidemiology* (segunda edición). Nueva York: Wiley-Liss.
- Turk, D.C. y Gatchel, R.J., editores, (2002). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (segunda edición). Nueva York: Guilford.



- Turk, D.C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., y Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 229-235.
- Tyndale, R.F. (2003). Genetics of alcohol and tobacco use in humans. *Annals of Medicine*, 35, 94-121.

## U

- U.S. Census Bureau, Current Population Survey. (2002) *Dropout rates in the United States, 2000*. Bethesda, MD: National Center for Education Statistics.
- Uba, L. (1994). *Asian Americans: Personality patterns, identity, and mental health*. Nueva York: Guilford.
- Ullman, S.E., Karabatos, G. y Koss, M.P. (1999). Alcohol and sexual aggression in a national sample of college men. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 673-689.
- United States Preventive Services Task Force (2002). Screening for depression: Recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136, 760-764.

## V

- Vaillant, G.E. (1984). The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry*, 141, 542-545.
- Vaillant, G.E. y Milofsky, E.S. (1982). Natural history of male alcoholism: IV. Paths to recovery. *Archives of General Psychiatry*, 39, 127-133.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weiseth, L., editores, (1996). *Traumatic stress*. Nueva York: Guilford.
- Van Tighem, P. (2001). *The bear's embrace: A story of survival*. Nueva York: Pantheon.
- Vargas, J.S. (1990). B.F. Skinner. The last few days. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 409-410.
- Varma, S.L. y Sharma, I. (1993). Psychiatric morbidity in the first-degree relatives of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 162, 672-678.
- Varney, N.R. y Roberts, R.J., editores, 1999. *The evaluation and treatment of mild traumatic brain injury*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B. y Falloon, I.R.H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- Vaughn, C.E., Verdoux, H., Takei, N., de Saint Mathurin, R.C., Murray, R.M., y Bourgeois, M.L. (1997). Seasonality of birth in schizophrenia: The effect of regional population density. *Schizophrenia Research*, 23, 175-180.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R. y Wallburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Verdoux, H., Takei, N., Cassou de Saint Mathurin, R., Murray, R.M. y Bourgeois, M.L., (1997). Seasonality of birth in schizophrenia: The effect of regional population density. *Schizophrenia Research*, 23, 175-180.
- Vieta, E., Colom, E., Corbella, B., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A., y Gasto, C. (2001). Clinical correlates of psychiatric comorbidity in Bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 3, 253-258.
- Vinh, T. (2000). Students drop into this program. *Seattle Times*, 10 de julio, p. B1.

- Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1990). Self-disclosure in group psychotherapy. En G. Stricker y M. Fisher, editores, *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum.
- Vinogradov, S., Dishotsky, N.I., Doty, A.K. y Tinklenberg, J.R. (1988). Patterns of behavior in adolescent rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 179-187.
- Violanti, J.M., Vena, J.E. y Marshall, J.R. (1996). Suicides, homicides, and accidental death: A comparative risk assessment of police officers and municipal workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 30, 99-104.
- Virag, R. (1999). Indications and early results of sildenafil (Viagra) in erectile dysfunction. *Urology*, 54, 1073-1077.
- Virkkunen, M. (1983). Insulin secretion during the glucose tolerance test in antisocial personality. *British Journal of Psychiatry*, 142, 598-604.
- Vital and Health Statistics (2002). *Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 1997*. (Serie 10, Número 205). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Volavka, J., Crowner, M., Brizer, D., Convit, A., Van Praag, H. y Suckow, R.F. (1990). Tryptophan treatment of aggressive psychiatric inpatients. *Biological Psychiatry*, 28, 728-732.
- Volkmar, F.R. y Cohen, D.J. (1985). The experience of infantile autism: A first-person account by Tony W. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 47-54.
- Volkmar, F.R. y Nelson, D.S. (1990). Seizure disorders in autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 127-129.
- Volkmar, F.R. y Rutter, M. (1995). Childhood disintegrative disorder: Results of the DSM-IV Autism Field Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1902-1905.
- Volkmar, F.R., Szatmari, P. y Sparrow, S.S. (1993). Sex differences in pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 489-507.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Logan, J., Gatley, S.J., Hitzemann, R., Chen, A.D., Dewey, S.L. y Pappas, N. (1997). Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. *Nature*, 386, 830-833.
- Volvaka, J. (1990). Aggression, electroencephalography, and evoked-potentials: A critical review. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 3, 249-259.

## W

- Wada, T., Kawakatsu, S., Komatani, A., Nadaoka, T., Okuyama, N. y Otani, K. (1999a). Clomipramine treatment of delusional disorder, somatic type. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 181-183.
- Wada, T., Kawakatsu, S., Komatani, A., Okuyama, N. y Otani, K. (1999b). Possible association between delusional disorder, somatic type, and reduced cerebral blood flow. *Progress in Neuropsychopharmacological and Biological Psychiatry*, 23, 353-357.
- Wadden, T.A., Brownell, K.D. y Foster, G.D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 510-525.
- Wagner, P.S. (1996). Experiencia personal: A voice from another closet. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 399-401.
- Wahlbeck, K., Cheine, M., Essali, A. y Adams, C. (1999). Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 156, 990-999.



- Walker, E.F. y Lewine, R.J. (1990). Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1052-1056.
- Walker, E.F., Savoie, T. y Davis, D. (1994). Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 441-454.
- Wallace, B.C. (1991). *Crack cocaine*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Waller, G. (1994). Childhood sexual abuse and borderline personality disorder in the eating disorders. *Child Abuse and Neglect*, 18, 97-101.
- Vallerstein, J.S. y Kelly, J.B. (1990). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. Nueva York: Basic Books.
- Walsh, E., Buchanan, A. y Farhy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wapner, R., Thom, E., Simpson, J.L., Pergament, E., Silver R., Filkins, K., Platt, L., Mahoney, M., Johnson, A., Hogge, W.A., Wilson, R.D., Mohide, P., Hershey, D., Krantz, D., Zachary, J., Snijders, R., Greene, N., Sabbagha, R., MacGregor, S., Hill, L., Gagnon, A., Hallahan, T. y Jackson, L.; First Trimester Maternal Serum Biochemistry and Fetal Nuchal Translucency Screening (BUN) Study Group. (2003). First-trimester screening for trisomies 21 and 18. *New England of Medicine*, 349, 1405-1413.
- Ward, A., Ramsay, R. y Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Ward, S.R., Chapman, R., Cohn, E., White, S. y Williams, K. (1991). Acquaintance rape and the college social scene. *Family Relations*, 40, 65-71.
- Warren, S.T. y Nelson, D.L. (1991). Advances in molecular analysis of fragile X syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 271, 536-554.
- Wasik, B.H., Ramey, C.T., Bryant, D.M. y Sparling, J.J. (1990). A longitudinal study of two early intervention strategies: Project CARE. *Child Development*, 61, 1682-1696.
- Wasti, S.A. y Cortina, L.M. (2002). Coping in context: sociocultural determinants of responses to sexual harassment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 394-405.
- Watson, J.B. (1925). *Behaviorism*. Nueva York: Norton.
- Wear, S. (1998). *Informed consent* (segunda edición). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Wearden, A. y Appleby, L. (1997). Cognitive performance and complaints of cognitive impairment in chronic fatigue syndrome (CFS). *Psychological Medicine*, 27, 81-90.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Wechsler, D. (1955). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1974). *Selected papers of David Wechsler*. Nueva York: Academic Press.
- Wechsler, D. (1997). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Weinberg, S. (1995). Portraits of the mental patient as inspired artist. *New York Times Magazine*, 6 de agosto, 42-43.
- Weinberg, T.S. (1978). Sadism and masochism: Sociological perspectives. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 6, 284-295.
- Weinberg, T.S. y Falk, G. (1980). The social organization of sadism and masochism. *Deviant Behavior*, 1, 370-393.
- Weinberg, T.S., Williams, C.J. y Moser, C. (1984). The social constituents of sadomasochism. *Social Problems*, 31, 379-389.
- Weiner, D.B. (1979). The apprenticeship of Philippe Pinel: A new document, "Observations of Citizen Pussin on the Insane." *American Journal of Psychiatry*, 136, 1128-1134.
- Weiner, D.B. (1992). Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: A fundamental text of modern psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 149, 725-732.
- Weiner, M.F. y Lipton, A.M., editores, (2003). *The dementias: Diagnosis, treatment, and research* (tercera edición). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weingarten, K. (2003). *Common shock: Witnessing violence every day*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weinstein, R.S. (2002). Overcoming inequality in schooling: A call to action for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 30, 21-42.
- Weiss, G. y Hechtman, L.T. (1993). *Hyperactive children grown up*. Nueva York: Guilford.
- Weiss, M., Hechtman, L.T. y Weiss, G. (1999). *ADHD in adulthood*. Baltimore, MD: Johns Hopkins.
- Weiss, R. (1993). Promising proteins for Parkinson's. *Science*, 260, 1072-1073.
- Weiss, R.D. y Mirin, S.M. (1987). *Cocaine*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weissman, M.M. (1990). Panic and generalized anxiety: Are they separate disorders? *Journal of Psychiatric Research*, 24, 157-162.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., Newman, S.C., Oakley-Browne, M.A., Stipic, M.R., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U. y Yeh, E.K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.-K., Lellouch, J., Leppine, J.-P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H. U. Lee, P.J., Wittchen, H.-U. y Yeh, E.-K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-299.
- Weissman, M.M., Gershon, E.S., Kidd, K.K., Prusoff, B.A., Leckman, J.F., Dibble, E., Hamovit, J., Thompson, W.D., Pauls, D.L. y Guroff, J.J. (1984). Psychiatric disorder in the relatives of probands with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41, 13-21.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C. y Klerman, G.L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Weisz, J.R. y Weiss, B. (1989). On "dropouts" and "refusers" in child psychotherapy: Reply to Garfield. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 170-171.
- Weisz, J.R. y Weiss, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Nueva York: Sage.
- Weisz, J.R., Huey, S.J. y Weersing, V.R. (1995). Psychotherapy outcome research with children and adolescents: The state of the art. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz, editores, *Advances in*

- Clinical Child Psychology*, 20 (pp. 49-91). Nueva York: Plenum.
- Weitoft, G.R., Hjern, A., Haglund, B. y Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: A population-based study. *The Lancet*, 361, 289-295.
- Welch, S.L., Doll, H.A. y Fairburn, C.G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515-522.
- Weller, E.B., Weller, R.A. y Sanchez, L.E. (2002). Bipolar disorder in children and adolescents: En M. Lewis, editor, *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 782-791). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, A., Robers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. y Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.
- Weltzin, T.E., Hsu, L.K.G. y Kaye, W.H. (1990). *An open trial of fluoxetine in anorexia nervosa: Maintenance of body weight and reduction of obsessional features*. Resumen presentado en la Fourth International Conference on Eating Disorders, Nueva York, 28 de abril.
- Wenar, C. y Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology* (cuarta edición). Boston: McGraw-Hill.
- Wender, P.H., Wolf, L.E. y Wasserstein, J. (2000). Adults with ADHD. *Annals of the New York Academy of Science*, 931, 1-16.
- Wenz-Gross, M. y Siperstein, G.N. (1996). The social world of preadolescents with mental retardation: social support, family environment and adjustment. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31, 177-187.
- Werdegar, D., Sokolow, M., Perloff, D.B., Riess, F., Harris, R.E., Singer, T. y Blackburn, H.W., Jr. (1967). Portable recording of blood pressure: A new approach to assessments of the severity and prognosis of hypertension. *Transactions of the Association of Life Insurance Medical Directors of America*, 51, 93-173.
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werry, J.S. y Andrews, L.K. (2002). Psychotherapies: A critical overview. En M. Lewis, editor, *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 1078-1083). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychologically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.
- Whalen, C.K., y Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADHD) children. *Clinical Psychology Review*, 5, 447-478.
- Wheeler, J. y Carlson, C.L. (1994). The social functioning of children with ADD with hyperactivity and ADD without hyperactivity: A comparison of their peer relations and social deficits. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 2-12.
- Whitehead, W.E., Blackwell, B. y Robinson, A. (1978). Effects of diazepam on phobic avoidance behavior and phobic anxiety. *Biological Psychiatry*, 13, 59-64.
- Whitfield, K.E., Weidner, G., Clark, R. y Anderson, N.B. (2002). Sociodemographic diversity and behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 463-481.
- Wicks-Nelson, R., e Israel, A.C. (2003). *Behavior disorders of childhood* (quinta edición). Upper Saddle River, NJ: Prentice hall.
- Widom, C.S. (1978). A methodology for studying noninstitutionalized psychopaths. En R.D. Hare y D.A. Schalling, editores, *Psychopathic behavior: Approaches to research*. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Widom, C.S. (1989). Does violence beget violence: A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.
- Widom, C.S. y Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9, 34-46.
- Wikler, L.M. (1986). Periodic stresses of families of older mentally retarded children: An exploratory study. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 703-706.
- Wikler, L.M., Wasow, M. y Hatfield, E. (1981). Chronic sorrow revisited. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 63-70.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Bonus, J., Howes, M.J., Kanes, J., Pope, H.G., Jr., Rounsaville, B. y Wittchen, H.U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.
- Williams, L., Newton, G., Roberts, K., Finlayson, S. y Brabbins, C. (2002). Clozapine-resistant schizophrenia: A positive approach. *British Journal of Psychiatry*, 181, 184-187.
- Willick, M.S. (1994). Schizophrenia: A parent's perspective—Mourning without end. En N.C. Andreasen, editor, *Schizophrenia from mind to molecule* (pp. 5-20). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Willoughby, M.T. (2003). Developmental course for ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: A review with recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 88-106.
- Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behavior Research and Therapy*, 34, 295-314.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.C., Agras, W.S., Walsh, B.T. y Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 267-274.
- Wilson, I., Griffin y Wren, B. (2002). The validity of the diagnosis of gender identity disorder (child and adolescent criteria). *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7, 335-351.
- Wilson, J.P. y Keane, T.M. (1997). *Assessing psychological trauma and PTSD*. Nueva York: Guilford.
- Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneid, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A. y Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, 287, 742-748.
- Wineze, J.P. y Carey, M.P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment* (segunda edición). Nueva York: Guilford Press.
- Wing, L. (1997). The autistic spectrum. *Lancet*, 350, 1761-1766.
- Winokur, G., Coryell, W., Akiskal, H.S., Endicott, J., Keller, M. y Mueller, T. (1994). Manic-depressive (bipolar) disorder: The course in light of a prospective ten-year follow-up of 131 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 112-110.

- Winokur, G., Coryell, W., Keller, M., Endicott, J. y Leon, A. (1995). A family study of manic-depressive (Bipolar I) disease. *Archives of General Psychiatry*, 52, 367-373.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, M.A.L., y Muran, J.C. (1994). Short term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.
- Wintemute, G.J., Parham, C.A., Beaumont, J.J., Wright, M. y Drake, C. (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, 341, 1583-1589.
- Wise, T.N. (1985). Fetishism-etiology and treatment: A review from multiple perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 249-257.
- Wolf, S. y Bruhn, J.G. (1993). *The power of clan: The influence of human relationships on heart disease*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Wolfe, D.A., Sandler, J. y Kaufman, K. (1981). Competency-based parent training program for child abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 633-640.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Baumgaertel, A. y Feurer, I.D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a country wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 162-168.
- Wong, M.D., Shapiro, M.F., Boscardin, W.J. y Ettner, S.L. (2002). Contribution of major diseases to disparities in mortality. *New England Journal of Medicine*, 347, 1585-1592.
- Wood, J.J., McLeod, B.D., Sigman, M., Hwang, W.C. y Chu, B.C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151.
- Woodman, C.C., Noyes, R., Black, D.W., Schlosser, S. y Yagla, S.J. (1999). A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 3-9.
- Woolf, L. (1964). *Beginning again: An autobiography of the years 1911 to 1918*. Nueva York: Harcourt.
- Woolf, V. (1978). *The letters of Virginia Woolf*. N. Nicholson y J. Trautman, editores. Nueva York: Harcourt.
- Work Group on Borderline Personality. (2001). Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Supplement to the American Journal of Psychiatry*, 158.
- Wulff, S.B. (1985). The symbolic and object play of children with autism: A review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 139-147.
- Wyatt, R.J., Henter, I., Leary, M.C. y Taylor, E. (1995). An economic evaluation of schizophrenia-1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 196-205.
- Y**
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to PTSD. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 34-39.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115, 28-54.
- Young, J.E., Beck, A.T. y Weinberger, A. (1993). Depression. En D.H. Barlow, editor, *Clinical handbook of psychological disorders* (segunda edición)(pp. 240-277). Nueva York: Guilford.
- Young, M. A., Fogg, L.F., Scheftner, W.A. y Fawcett, J.A. (1994). Interactions of risk factors in predicting suicide. *American Journal of Psychiatry*, 151, 434-435.
- Z**
- Zadra, A. y Donderi, D.C. (2000). Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 273-281.
- Zamorski, M.A. y Albucher, R.C. (2002). What to do when SSRIs fail: Eight strategies for optimizing treatment of panic disorder. *American Family Physician*, 66, 1477-1484.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hannen, J. y Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L.C., Grilo, C.M., Shea, M.T., McGlashan, T.H. y Gunderson, J.G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.
- Zeitlin, H. (1986). *The natural history of psychiatric disorder in children*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Zetlin, A.G. y Turner, J.L. (1985). Transition from adolescence to adulthood: Perspectives of mentally retarded individuals and their families. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 570-579.
- Zigler, E. (1995). Can we "cure" mild mental retardation among individuals in the lower socioeconomic stratum? *American Journal of Public Health*, 85, 302-304.
- Zigler, E. y Burack, J.A. (1989). Personality development and the dually diagnosed person. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 225-240.
- Zigler, E., y Hodapp, R.M. (1991). Behavioral functioning in individuals with mental retardation. *Annual Review of Psychology*, 42, 29-50.
- Zimmerman, M. y Mattia, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.



# Créditos de las fotografías

## Fotografías

**Capítulo 1:** p. 2, Spots on the Spot; p. 3, The Spokesman-Review/© The Spokesman-Review 2001; p. 8, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 2002 Sam Gross de cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 9, Kunstmuseum Bern/Adolf Wolfli (1864-1930) con papel trumpet. ©Adolf Wolfli Foundation, Museum of Fine Arts de Berna, Suiza; p. 9, Kunstmuseum Bern/Adolf Wolfli (1864-1930) "The Herdsman-Rose of Australia" 1911, Bleistift y Farbstift (lápiz en lápiz de color), 49.9 × 37.5 cm. A9243-58. © Adolf Wolfli Foundation, Museum of Fine Arts en Berna, Suiza; p.11 (arriba), Kal Muller/Woodfin Camp & Asociados; p. 11 (abajo), Kjell B. Sandvev/Visuals Unlimited; p. 13, The Granger Collection; p. 14, Denver Art Museum/Girolamo Di Benvenuto "St. Catherine of Siena Exorcising a Possessed Woman", C. 1500-1510. Colección del museo de arte de Denver: donación de Samuel H. Kress Foundation Collection. 1961.171© Denver Art Museum 2001; p. 16 (arriba), Getty Images Inc.-Hulton Archive Photos; p. 16, Wellcome Trust Medical Photographic Library, Londres; p. 17, National Library of Medicine; p. 18 (arriba), The Granger Collection; p. 18 (abajo), National Library of Medicine; p. 24, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 202 David Sipress del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 30, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1985 Robert Mankoff del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 32, Sidney Harris/© 2005 por Sidney Harris; p. 36 (abajo/izquierda), Harlow Primate Laboratory/University of Wisconsin/University of Wisconsin, Harlow Primate Laboratory; p. 36 (abajo/derecha), Harlow Primate Laboratory/University of Wisconsin/University of Wisconsin, Harlow Primate Laboratory.

**Capítulo 2:** p. 44, The Image Bank/Getty Images Inc.-Image Bank/Jac Depczyk/Image Bank/Getty-Images; p. 50 (arriba), fotografía de Bob Sacha; p. 57 (arriba), Raymond Meier, Inc.; p. 57, Marcus E. Raichle, M.D./Marcus E. Raichle, M.D., Washington University Medical Center; p. 61 (arriba), Corbis/Bettmann; p. 63, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1983 Roz Chast del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 68, Yvonne Hemsey/Getty Images, Inc.-Liaison; p. 70, Laura Dwight/PhotoEdit; p. 71, L.A. Cicero/Stanford University News Service; p. 72, Sal DiMarco Jr./New York Times Pictures; p. 75, Carl Rogers Memorial Library; p. 77, Katharina Vesely/Viktor Frankl Institute/© Katharina Vesely/Viktor Frankl Institute Viena 1994; p. 80 (arriba), AP/Wide World Photos; p. 80 (abajo), Tony Freeman/PhotoEdit; p. 81, James Shaffer/PhotoEdit; p. 82, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 2002 Henry Martin del cartoonbank.com. Derechos RReservados.

**Capítulo 3:** p. 86, David Williams/Illustration Works/Getty Images Inc.-Illustration Works, Inc.; p. 96, Cartoon Features Syndicate/del The Wall Street Journal, con autorización del Cartoon Features Syndicate; p. 98, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1987 Ed Frascino del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 105, Michael Newman/FotoEdit; p. 106, David E. Dempster/Pearson Educación/PH College; p. 108, Hill Bachmann/Index Stock Imagery, Inc.; p. 109, Bruce Ayres/Getty Images Inc.-Stone Allstock; p. 110, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1996 Bruce Eric Kaplan del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 115, Photo Researchers, Inc.; p. 117, Cartoon Features Syndicate/Roy Delgado del The Wall Street Journal, con autorización del Cartoon Features Syndicate; p. 119, Michael Newman/PhotoEdit.

**Capítulo 4:** p. 126, Images.com/CORBIS Images.com/© Images.com/CORBIS; p. 131, Spencer Grant/PhotoEdit; p. 136, David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 143, Lew Merrim/Photo Researchers, Inc.; p. 143, Jim Whitmer/Pearson Educación/PH College; p. 148 (izquierda), Ken Karp/Pearson Educación/PH College; p. 148 (derecha), Bob

Daemmrigh/Stock Boston; p. 148, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1989 Roz Chast del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 149, Harvard University Press/reimpreso con autorización de los editores para Henry A. Murray, PRUEBA DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, copyright © 1943 por el presidente y miembros de la junta rectora de Harvard College, © 1971 por Henry A. Murray; p. 151 (arriba/izquierda), Spencer Grant/PhotoEdit; p. 151 (arriba/derecha), Richard Hutchings/PhotoEdit; p. 151, Ron Chapple/Getty Images, Inc.-Taxi/Taxi/Getty Images.

**Capítulo 5:** p. 156, Robert E. Mates/Galería Bernice Steinbaum/Jaune Quick-to-See-Smith (n. 1940) "Tree of Life" 1986, óleo sobre tela, 66 × 48 pulgadas. Museo de la ciudad de Jersey. Donación del Dr. Daniel Fishkoff y Sra., 1995. Cortesía del museo de la ciudad de Jersey; p. 157, Lynn Donaldson Photography/New York Times, 21 de junio de 2002, p. 14, edición nacional; p. 160, Reuters/Corbis/Bettmann; p. 164, Fred R. Conrad/The New York Times; p. 165, Nicole Bengiveno/The New York Times; p. 168, AP/Wide World Photos; p. 173, Jim Sugar/Corbis/Bettmann.

**Capítulo 6:** p. 182, Images.com/CORBIS Images.com/© por Jim Borgman. Reimpreso con autorización del Cincinnati Enquirer/King Features Syndicate; p. 186 (arriba), Gail Meese; p. 186, Galen Rowell/Corbis/Bettmann/© Galen Rowell/Corbis; p. 189, Jaime Francis, AP/Wide World Photos; p. 193, Reuters/Mike Segar/Corbis/Bettmann/*New York Times Magazine*, 10 de enero de 1999; p. 196 (abajo), Michael A. Schwarz Photography, Inc.; p. 196, Pat Doyle/Corbis/Bettmann/© Pat Doyle/Corbis; p. 199, Dean Rutz/Seattle Times; p. 200 (izquierda), John Easton; p. 200 (derecha), New York Times Pictures; p. 201, Michal Heron Photography; p. 211, Joan C. Fahrenthold/AP/Wide World Photos/*Seattle Times*, 10 de marzo de 1994, p. A3.

**Capítulo 7:** p. 218, Getty Images-Photodisc/Roz Woodward/Photodisc Red/Getty Images, Inc.; p. 220, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 2002 David Sipress del cartoonbank.com. Derechos RReservados; p. 222, Gabe Palmer/Corbis/Bettmann; p. 223 (izquierda), Art Resource, N.Y.; p. 224 (izquierda), Pierre Boulat/COS/Woodfin Camp & Asociados; p. 224 (derecha), Robert Goldstein/Photo Researchers, Inc.; p. 228, AP/Wide World Photos; p. 230 (derecha), William West, Agence France-Presse; p. 230 (izquierda), Al Bello, Allsport Photography (Estados Unidos), Inc.

**Capítulo 8:** p. 236, J.G. Berizzi/RMN/Art Resource, N.Y./Pablo Picasso (1881-1973) "The Kiss", 1925, óleo sobre tela, 130.5 × 97.7. Photo J.G. Berizzi. Musée Picasso, París, Francia. Reunion des Musées Nationaux/Art Resource, NY. © 2002 Estate of Pablo Picasso/Artists Rights Society (ARS), Nueva York; p. 240, Cartoon Features Syndicate/Chon Day del Wall Street Journal con autorización del Cartoon Features Syndicate; p. 242, AP/Wide World Photos; p. 246, Columbus Museum of Art/George Tooker (norteamericano, n. 1920) "Cornice" alrededor de 1949, pintura al temple sobre panel, 24 × 15 1/2. Columbus Museum of Art, Ohio: Museum Purchase, Howald Fund II. 1980.026; p. 247, Jimi Lott/Seattle Times/Jimi Lott. Copyright © 1996 Seattle Times. Derechos RReservados; p. 248, Aaron Lee Fineman, New York Times Pictures; p. 251, Michael Caulfield/AP/Wide World Photos; p. 254, Michael Lutzky/Washington Post Writers Group/fotografía de Michael Lutzky. © 2000, The Washington Post. Reimpreso con autorización.

**Capítulo 9:** p. 270, Giovanopoulos/"Mona Lisa" 1988 Paul Giovanopoulos; p. 274, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1998 Robert Weber del cartoonbank.com. Derechos



RReservados; p. 280, Nancy Sheehan/PhotoEdit; p. 282, Nancy Sheehan/PhotoEdit/Playboy, febrero de 1979. © 1979 por Playboy. Reproducido con autorización especial de la revista Playboy; p. 286 (abajo/izquierda), Peter Schaaf/photo © Meter Schaaf; p. 288 (arriba/izquierda), UPI/Corbis/ Bettmann; p. 288 (arriba/centro), Henry Grossman/Getty Images/Time Life Pictures/Henry Grossman, Life Magazine. © TimePix; p. 288 (arriba/derecha), Irwin G. Sarason; p. 291, Reuters America LLC; p. 292 (derecha), AP/Wide World Photos; p. 292, departamento de policía de la ciudad de Bellevue, departamento de policía de Washington; p. 295, Earl & Nazima Kowall/Corbis/Bettmann; p. 296, AP/Wide World Photos.

**Capítulo 10:** p. 302, “Mona Lisa” 2005 Paul Giavanopoulos; p. 305 (izquierda), Roy Delgado/Barron’s, 11 de septiembre de 2000, p. 55. Caricatura de Roy Delgado; p. 305 (derecha), Nick Downes/Barron’s, 11 de septiembre de 2000, p. 57. Caricatura de Nick Downes; p. 308, Meter Turnley/Corbis/Bettmann; p. 311, Jeff Greenberg/PhotoEdit; p. 313, Harley L. Schwadron/Harley Schwadron; p. 318, Heather Hawley/Marsha M. Linehan, Ph.D., ABPP/fotografía cortesía del Dr Linehan. © Heather Hawley; p. 320, Vinnie Fish/Black Star; p. 325, Laima E. Druskis/Pearson Educación/PH College.

**Capítulo 11:** p. 330, Matilda Harrison/Illustration Works/Getty Images Inc.-Illustration Works, Inc.; p. 334, Kevin Lamarque/Reuters America LLC; p. 338, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1992 Mike Twohy del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 341, Whitney Museum of American Art/Jacob Lawrence (n. 1917), “Depression”, 1950, pintura al temple sobre papel, 220 × 30 1/2 pulgadas (55.9 × 77.5 cm). Regalo de David M. Solinger. Photo Copyright © 1997: Whitney Museum of American Art, Nueva York. Colección del Whitney Museum of American Art, Nueva York; p. 346, Cartoon Features Syndicate/del The Wall Street Journal, con autorización de Cartoon Features Syndicate; p. 348 (abajo/izquierda), AP/Wide World Photos; p. 348 (abajo/derecha), Rick Friedman/Corbis/Bettmann; p. 350, Cartoon Features Syndicate/del The Wall Street Journal, con autorización de Cartoon Features Syndicate; p. 354 (izquierda), Alexander Gardner/Corbis/Bettmann; p. 354 (derecha), colección Hulton-Deutsch/Corbis/Bettmann; p. 357, Art Resource/The Museum of Modern Art/Vincent Van Gogh (1853-1890), “The Starry Night”, 1889, óleo sobre tela, 29 \_ 36 1/4. Adquirido por el Lillie P. Bliss Bequest (472.1941). El Museum of Modern Art. Digital Image © The Museum of Modern Art/autorizado por SCALA/Art Resource, NY; p. 358 (izquierda), AP/Wide World Photos; p. 358 (derecha), Corbis/Bettmann; p. 367, Keith Meyers/New York Times Pictures.

**Capítulo 12:** p. 372, SuperStock Inc./Diana Ong “Conversión”. SuperStock; p. 376 (izquierda), The Granger Collection; p. 376 (centro), Corbis/Bettmann; p. 376 (derecha), Archiv Der Universitat Heidelberg/centro de información alemana; p. 379, Mario Cabrera/AP/Wide World Photos; p. 381 (arriba), George Ruhe/New York Times Pictures/George Ruhe/The New York Times; p. 381 (abajo), George Ruhe/New York Times Pictures/George Ruhe/The New York Times; p. 386 (arriba), Bethesda Department of Health and Human Services; p. 386, Monte S. Buchsbaum, M.D./Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 387 (arriba/izquierda), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 387 (arriba/centro), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 387 (arriba/derecha), Bethesda Department of Health and Human Services; p. 387 (abajo/izquierda), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 387 (abajo/derecha), Bethesda Department of Health and Human Services; p. 388 (arriba/izquierda), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 388 (arriba/centro), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 388 (abajo/izquierda), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 388

(abajo/derecha), Monte S. Buchsbaum, M.D. Mount Sinai School of Medicine, Nueva York; p. 390, Dr. E.F. Walker, departamento de psicología, Emory University; p. 391, Daniel R. Weinberger, M.D.; p. 392 (arriba/abajo), Hank Morgan/Rainbow.

**Capítulo 13:** p. 412, SuperStock, Inc./Diana Ong “Conversion”. SuperStock; p. 415 (izquierda/derecha), Jim Berry/Seattle Times; p. 420, Jim Whitmer Photography; p. 423 (arriba), George Musil/Visuals Unlimited/Lopera y otros, 1997; p. 423 (abajo) Paul Thompson, University of California; Los Angeles; p. 425, The Massachusetts Medical Society/reimpreso del THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (ISSN 0028-4793) volumen 343:453 (17 de agosto de 2000). Copyright © 2000 Massachusetts Medical Society. Derechos Reservados. Impreso en Estados Unidos. Fax (781) 893-8103 www.nejm.org; p. 426, Lynn Jonson/Black Star; p. 427, Mark J. Terrill/AP/Wide World Photos; p. 429, Steve Uzzell, III; p. 430, Mark Peterson/Corbis/SABA Press Photos, Inc.; p. 432, AP/Wide World Photos; p. 433, AP/Wide World Photos.

**Capítulo 14:** p. 440, CORBIS Images.com/© Images.com/CORBIS; p. 443, David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 451, Digital Vision Ltd./© 2004 Digital Vision (R)Ltd; p. 455, cortesía de Andrew Sheehan; p. 456, Sybil Shackman/Sybil Shackman; p. 460, Pearson Educación/PH College; p. 467, Drug Enforcement Administration; p. 469, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 1985 con J.B. Handelsman del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 470, Billy E. Barnes/Stock Boston/Alcool, Drug Abuse, and Mental Administration News, mayo-junio de 1992, p. 6; p. 473, AP/Wide World Photos.

**Capítulo 15:** p. 478, Milton Dacosta “Menina Ajoelhada”. Photograph, © 2005 Christie’s Images; p. 492 (arriba), Jeff Greenberg/PhotoEdit; p. 497 (izquierda), Michael Newman/PhotoEdit; p. 498, Laura Dwight Photography/Copyright 2004 Laura Dwight Photography. Derechos Reservados; p. 500, AP/Wide World Photos; p. 507 (izquierda), Laima Druskis/Stock Boston; p. 507 (derecha), Bob Daemmrich/Stock Boston; p. 508, M. Siluk/The Image Works; p. 509, Howard Robinson (1991), p. 224.

**Capítulo 16:** p. 514, Stock Illustration Source, Inc.; p. 518, Rosalie Winard/Rosalie Winard Photography/© 1994 Rosalie Winard. Derechos Reservados; p. 519, Tom Reese/Seattle Times; p. 521, K.S. Art; p. 523 (arriba/abajo), Julie Osterling y Geraldine Dawson/Irwin G. Sarason; p. 527 (izquierda/derecha), Allan Grant Productions; p. 534, Dorothy Wilding/John F. Kennedy Library/fotografía de Dorothy Wilding de la biblioteca de John F. Kennedy; p. 535, CDMRC Outlook/University of Washington CHDD; p. 536 (izquierda), Schience VU/Visuals Unlimited; p. 536 (derecha), Dr. Stephen Warren/utilizado con autorización de Warren & Nelson (JAMA, 2/16/94, 271:536-542) Copyright 1994, American Medical Association; p. 537, Chris Maynard/The New York Times, 20 de marzo de 1994, p. 13; p. 538, J. Patrick Kesslak, University of California, Irvine; p. 539 (izquierda), Fetal Alcohol & Drug Unit (FAS)/del “The Broken Cord” por Michael Dorris, Nueva York: Harper & Row, 1989. Fotografía cortesía de Ann Streissguth/Fetal Alcohol & Drug Unit; p. 579 (centro), Fetal Alcohol & Drug Unit (FAS)/del “The Broken Cord” por Michael Dorris, Nueva York: Harper & Row, 1989. fotografía cortesía de Ann Streissguth/Fetal Alcohol & Drug Unit; p. 539 (derecha), Fetal Alcohol & Drug Unit (FAS)/del “The Broken Cord” por Michael Dorris, Nueva York: Harper & Row, 1989. Fotografía cortesía de Ann Streissguth/Fetal Alcohol & Drug Unit; p. 541, Richard Megna/Fundamental Photographs; p. 543, The Cartoon Bank/© The New Yorker Collection 2000 Roz Chast del cartoonbank.com. Derechos Reservados; p. 545, Bill Aron/PhotoEdit.

**Capítulo 17:** p. 550, Christie’s Images Inc./Alejandro Xul Solar “Paisaje (Cinco Pagodas)”. Photograph Christies Images. © Alejandro Xul Solar; p. 553 (arriba/izquierda), Comstock Images; p. 553 (arriba/derecha), F.

Paolini/Corbis/Sygma; p. 553 (abajo), Jacques Chenet/Woodfin Camp & Asociados; p. 555 (izquierda), Alon Reininger/Woodfin Camp & Asociados; p. 562, Bob Daemrich/Stick Boston; p. 563, James Wilson/Woodfin Camp & Asociados; p. 564, Mike Salisbury/*The Olympian*, 15 de noviembre de 1999, p. A5; p. 565, Ellen M. Banner/Seattle Times; p. 567, Jim Estrin/New York Times Pictures; p. 569, Cole Porter/Seattle Times; p. 570 (izquierda), Corbis/Bettmann; p. 570 (derecha), Larry Rubenstein/Corbis/Bettmann; p. 571, Cartoon Features Syndicate/del Wall Street Journal con autorización del Cartoon Features Syndicate; p. 572 (izquierda), Reuters America LLC; p. 572 (derecha), Mike Stewart/Corbis/Sygma; p. 573, Reuters America LLC.

## Recuadros/tablas/figuras

**Capítulo 1:** Recuadro 1-1, como se ve en DEAR ABBY, de Abigail Van Buren, a.k.a. Jeanne Phillips y fundada por su madre Pauline Phillips. © 1999 Universal Press Syndicate. Reimpreso con autorización. Derechos Reservados. Figura 1.13, Adaptación de Benton, S.A., Robertson, J.M., Tseng, W.C., Newton F.B. y Benton, S.L. (2003). Cambios en el centro de asesoramiento de problemas de clientes durante 13 años. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 66-72.

**Capítulo 3:** Figura 3.3, M.L. Smith y otros (1980), p. 88. Recuadro 3-1, basado en personas (1992).

**Capítulo 4:** Figura 4.3, Adaptación de Maccoby, E. y Maccoby, N. (1954). La entrevista: una herramienta de la ciencia social. En G. Lindzey, editor, *Handbook of social psychology*, pp. 449-487. Cambridge, MA: Addison-Wesley. Figura 4.5a, de la prueba visomotora Gestalt de Bender, publicada por American Orthopsychiatric Association. Figura 4.5b, Lacks, VALORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN CEREBRAL BENDER GESTALT; copyright © 1984 John Wiley & Sons. Este material fue utilizado con autorización de John Wiley & Sons, Inc. Figura 4.12, gráfica de Werdega y otros, 1967, p. 103. Figura 4.13, Abrams, 1973, p. 95.

**Capítulo 5:** Tabla 5.4, American Psychiatric Press.

**Capítulo 6:** Tabla 6.1, Adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 6.3, Adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 6.4, Cavanaugh y Lemberg, 1999. Figura 6.4, basada en Berkman, 2002, p. 5. Figura 6.9, basada en Berkman, 2002. Figura 6.14, basada en Kneip y otros, 1993. Figura 6.15, adaptación de Ruberman y otros, 1984, p. 555. Reimpreso con autorización del *New England Journal of Medicine*. Figura 6.15, Copyright © 1984 Massachusetts Medical Society. Derechos Reservados. Figura 6.16, WALL STREET JOURNAL. Edición en el este por Winslow. Copyright 2002 de Dow Jones & Co., Inc. Reproducción con autorización de Dow Jones & Co., Inc en formato de libro de texto por el Copyright Clearance Center. Figura 6.17, adaptación de Agrad, Taylor, Kraemer, Allen y Schneider, *Archives of General Psychiatry*, 37, p. 861. © the American Medical Association.

**Capítulo 7:** Tabla 7.4, Cambridge University Press. Figura 7.5, basada en M.E. Cohen y otros, 1953.

**Capítulo 8:** Tabla 8.6, basada en D.J. Anderson, Noyes y Crowe (1984). Figura 8.6, Fink y otros (1996), p. 206. Tabla 8.12, *Hospital & Community Psychiatry*, volumen/edición 37 por Horowitz. Copyright 1986 de American Psychiatric Press. Tabla 8.13, Mezzich, Ahn, Febrega y Pilkonis, "Patterns of Psychiatric Comorbidity in a large population presenting for care", en J.D. Maser y C.R. Cloninger, editores, *Comorbidity in Anxiety and Mood Disorders*, © 1990, p. 194. Tabla 8.15, basada en Mezzich y otros (1990).

**Capítulo 9:** Tabla 9.1, Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. y Michaels, S. (1994) THE SOCIAL ORGANIZATION OF SEXUALITY. Chicago University of Chicago Press. Tabla 9.2 Laumann,

E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. y Michaels, S. (1994) THE SOCIAL ORGANIZATION OF SEXUALITY. Chicago University of Chicago Press. Tabla 9.3, Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. y Michaels, S. (1994) THE SOCIAL ORGANIZATION OF SEXUALITY. Chicago University of Chicago Press. Figura 9.9, Brownell, Hayes & Barlow, "Patterns of appropriate and deviant sexual arousal: the behavioral treatment of multiple sexual deviations", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45, pp. 1144-1155. Copyright 1977 de American Psychological Association. Reimpreso con autorización.

**Capítulo 10:** Tabla 10.10, de Gunderson, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD FRONTERIZA, p. 86, © 1984. Tabla 10.11, odisea de Sylvia Frumkin como un paciente mental crónico 1963-1980, de A.E. Moran, R.I. Freedman y S.S. Shafstein, "The Journey of Sylvia Frumkin: A case study for policymakers", *Hospital and Community Psychiatry* 35, pp. 887-893, © 1994. Tabla 10.12, basada en Skodal y otros, 2002a. Tabla 10.13, basado en Skodal y otros, 2002b. Tabla 10.15, Widom (1978).

**Capítulo 11:** Tabla 11.1, *Vital and Health Statistics*, 2002. Figura 11.2, Gershon, E.S., Berrettini, S.H. y Goldin, L.R. (1989). Trastornos del estado de ánimo: aspectos genéticos. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, editores, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5/e. Baltimore: Williams y Wilkins. Tabla 11.3, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 11.3, Kessler y otros, 2003. Figura 11.4, de Weismann y otros, *Journal of the American Medical Association*, 276, p. 298. © 1996 The American Medical Association. Tabla 11.5, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 11.6, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 11.6, Keller y otros (1995). Figura 11.8, adaptación de Jacobs (1994). Tabla 11.7, Adaptación de Campbell y Gillin (1987). Figura 11.9, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, por Schwartz, Brown, Wehr y Rosenthal. Copyright 1996 por American Psychiatric Association (J). Reproducción con autorización de la American Psychiatric Association (J) en formato o de libro de texto por Copyright Clearance Center. Tabla 11.9, reimpresa de TERAPIA COGNITIVA Y TRASTORNOS EMOCIONALES, de Aaron Beck, con autorización del International Universities Press, NY: Tabla 11.10, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 11.11, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 11.12, M. Fink (2000). Electroshock Revisited. *American Scientist*, 88, p. 165. Tabla 11.12, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 11.13, Oxford University Press. Recuadro 11-3, basado en Butterfield 1996, p. 104. Figura 11.19, *The New York Times*, 12 de abril de 1996, p. 10Y. Gráfica de Rebecca Hagelen. Figura 11.21, Nacional Center for Health Statistics, 2000.

**Capítulo 12:** Tabla 12.3, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 12.5, reimpreso del *Journal of Psychiatric Research*, volumen 21, M. Baron y N. Risch, "The Spectrum Concept of Schizophrenia: Evidence for a Continuum", pp. 257-267 copyright 1987, con autorización de Elsevier. Tabla 12.8, basada en Sadock & Sadock, 2003, p. 482. Tabla 12.10, basada en Liberman y Corrigan (1993), p. 246. Figura 12.10, de Mednick, Machon, Huttunen y Bonett, *Archives of General Psychiatry* 45, p. 189-192. © 1988 The American Medical Association. Tabla 12.11, basada en Liberman y Corrigan (1993), p. 242. Figura 12.12, de Green, LA ESQUIZOFRENIA DESDE LA PERSPECTIVA NEUROCOGNITIVA. Publicada por Allyn y Bacon, Boston, MA. Copyright © 1998 por Pearson Educación. Reimpreso con autorización del editor. Figura 12.16, adaptación de Tienari y otros (1990), p. 327. Figura 12.17, adaptación de Finkelstein y otros (1997), pp. 203-212. Figura 12.18, de Levy y otros (1993), pp. 461-536. Figura 12.19, de Hogarty y otros (1997b), p. 1510. Recuadro 12-3, extracto todos adaptados del *Psychiatric News*, 17 de marzo de 1989, pp. 2, 23.

**Capítulo 13:** Recuadro 13-1, basado en el *Seattle Times*, 15 de marzo de 1991, pp.A1, A3. Tabla 13.1, American Psychiatric Press. Tabla 13.4, basada en Heston y White (1990).

**Capítulo 14:** Figura 14.3, *Archives of General Psychiatry*, 39, 127-133. © 1982 por el American Medical Association. Figura 14.8, Stephens, Roffman y Simpson, "Treatment Adult Marijuana Dependence: a test of the relapse prevention model", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, pp. 97. Copyright © 1994 por el American Psychological Association. Reimpreso con autorización. Figura 14.9, Plenum Books. Figura 14.9. Wesson y Smith. Tabla 14.10, DSM-IV-TR. Tabla de 14.13, adaptación del DSM-IV-TR.

**Capítulo 15:** Figura 15.2, P. Cohen y otros (1993b), p. 858. Figura 15.3, P. Cohen y otros (1993b), p. 859. Tabla 15.3, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, 1999. Figura 15.5, P. Cohen y otros (1993b), p. 859. Tabla 15.4, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 15.6, Copyright 1993 por la National Association of School Psychologists. Adaptación con autorización del editor. Figura 15.7, P. Cohen y otros (1993b), p. 856. Tabla 15.8, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 15.10, W. Stewart Agres, MD y otros, "One-year follow-up of Psychosocial and Pharmacologic Treatments for Bulimia Nervosa", *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(5) pp. 179-183. Tabla 15.11, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 15.12, adaptación de Thomsen (1998), p. 3. Tabla 15.13, adaptación de Kronenberger y Meyer, 1996. Tabla 15.14, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 15.15, Adaptación del DSM-IV-TR.

**Capítulo 16:** Tabla 16.2, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 16.1, adaptación de Dissanayake y Crossley (1996). Tabla 16.3, adaptación de Filipek y otros (1999), p. 452. Tabla 16.5, adaptación del DSM-IV-TR. Tabla 16.6, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 16.6, adaptación de Folstein y Rutter (1978), p. 226. Tabla 16.7, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 16.7, adaptación de Howlin (1997), p. 56. Tabla 16.9, adaptación del DSM-IV-TR. Figura 16.9, Lovas, "Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, pp. 3-9. Copyright © 1987 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización. Figura 16.19 AMERICAN JOURNAL OF MENTAL DEFICIENCY, de L.M. Winkler, Copyright 1986 por AMMR. Reproducción con autorización.

**Capítulo 17:** Tabla 17.1, adaptación de Regine Labossiere, "Bittersweet Independence", *THE SEATTLE TIMES*, 10/14/03, pp. e1, e2". Copyright 2003, Seattle Times Company. Utilizado con autorización. Recuadro 17-1. Seattle Times. Tabla 17.5 "Prevention of Suicide", American Psychiatric Press. *Review of Psychiatry* 7, editado por A.J. Frances y R.E. Hales © 1988, p. 403-421. Figura 17.10, reimpreso con autorización del *Hospital and Community Psychiatry*. (Copyright 1984) American Psychiatric Association.

# Índice de autores

## A

Aase, J. M., 540  
 Abel, E. L., 539  
 Abel, G. G., 295  
 Abi-Dargham, A., 310  
 Abrams, S., 153  
 Abramson, L. Y., 352  
 Accardo, P. J., 522  
 Adamo, U. H., 396, 397  
 Adams, C., 400  
 Adlaf, E. M., 451  
 Agras, W. S., 198, 209, 286, 288, 427  
 Akbarian, S., 389  
 Aksboomoff, N., 523  
 Albuscher, R. C., 244  
 Alcohol & Health, 445  
 Alden, L. E., 323  
 Alderman, M., 209  
 Alferi, S. M., 211  
 Alford, B. A., 264  
 Alhassoon, O. M., 449  
 Ali, R., 462  
 Alison, L., 294  
 Allen, R. A., 209  
 Alloy, L. B., 352., 363  
 Alnaes, R., 349  
 Althof, S. E., 284, 285  
 Altmann, M. W., 226  
 Alvardo, R., 556  
 Ambelas, A., 363  
 American Law Institute, 569  
 American Psychiatric Association, 115  
 American Psychological Association, 27  
 ander Heiden, W., 407  
 Andersen, A. T., 469  
 Anderson, B. L., 211  
 Anderson, B., 363  
 Anderson, C., 280  
 Anderson, C. M., 486  
 Anderson, D. J., 244  
 Anderson, K. W., 265  
 Anderson, M., 521  
 Andolfi, M., 510  
 Andrade, L. H., 260  
 Andreasen, N. C., 383, 431  
 Andreoli, A., 356  
 Andrews, G., 334  
 Andrews, L. K., 510  
 Andrusyna, T., 48  
 Anglin, M. D., 461  
 Angst, F., 332  
 Angst, J., 332  
 Anisman, H., 211  
 Anstey, K., 334  
 Antoni, M. H., 211  
 Antony, M. M., 245  
 Antshel, K. M., 488  
 Appelbaum, P. S., 568, 573, 574  
 Appleby, L., 212  
 Applegate, B., 485  
 Arago-Lasprilla, J. C., 423  
 Arango, C., 425  
 Arango-Viana, J. C., 423  
 Arcos-Burgos, M., 423  
 Ardilla, A., 423  
 Arena, J. G., 224  
 Arena, P. L., 211  
 Arend, R., 480  
 Armatas, C., 196  
 Armenian, H. K., 205  
 Arned, M., 345  
 Arnkoff, D. B., 112

Aronowitz, B., 230  
 Aronson, T. A., 363  
 Asarnow, R. F., 310  
 Ashley, D. L., 228  
 Assaf, A. R., 428  
 August, G. J., 489, 490  
 Ayres, W. H., 114  
 Azen, C., 535

## B

Babor, T., 468  
 Bachman, J. G., 469  
 Badger, G. J., 465  
 Baer, J. S., 446, 458  
 Bagley, C., 276  
 Bailey, J. M., 149, 276  
 Baird, M. S., 19  
 Baird, P. C., 19  
 Baker, L., 544  
 Baldessarini, R. J., 362  
 Ball, K., 425, 427  
 Bancroft, J., 284  
 Bandura, A., 71,  
 Baranek, G. T., 522  
 Barba, A. C., 425  
 Barbaree, H. E., 297  
 Barden, N., 362  
 Barefoot, J. C., 206  
 Barkley, R. A., 481, 485, 488, 555  
 Barlow, D. H., 260, 265, 293  
 Baron, M., 384  
 Baron-Cohen, S., 520, 529  
 Barr, D. B., 228  
 Barr, H. M., 446  
 Barrett, P. M., 510  
 Bartholomew, R. E., 226  
 Bartko, J., 345  
 Bartocci, C., 197  
 Bassett, A. S., 396, 397  
 Bauman, D., 10  
 Baumeister, R., 366  
 Baumgaertel, A., 486  
 Baur, M. P., 506  
 Baydar, N., 28  
 Bear, M. F., 56  
 Beaumont, J. J., 365  
 Bebbington, P. E., 252  
 Beck, A. T., 73, 244, 264, 322, 326,  
 352, 353, 354, 363, 365, 366  
 Beck, L. H., 397  
 Becker, R. E., 265, 351  
 Beckman, D. A., 298  
 Beekman, A. T., 336  
 Beers, C., 19  
 Behrens, I. M., 423  
 Beidel, D. C., 247, 250  
 Beitman, B. D., 119  
 Belichenko, P. V., 531  
 Bell, A., 230  
 Bell, C. R., 545  
 Bellack, A. S., 401  
 Bemporad, J. R., 349  
 Benabarre, A., 357  
 Bender, W. N., 543, 544  
 Bendiksen, R. A., 167  
 Bengel, D., 266  
 Benjamin, J., 266  
 Benjamin, L. S., 316  
 Bennett, A., 431  
 Bennett, M. J., 102  
 Benson, H., 209  
 Bentler, P. M., 293  
 Benton, S. A., 23  
 Benton, S. L., 23

Berch, D. B., 427  
 Berg, C. J., 501  
 Bergin, A. E., 561  
 Berglund, P., 335  
 Berkman, K. F., 207  
 Berkman, L. F., 187, 197  
 Berlin, F. S., 296  
 Bernier, J. C., 485  
 Berninger, V. W., 52  
 Berrettini, W. A., 335  
 Berridge, K. C., 441  
 Berry, S. H., 165  
 Bertelsen, A., 361  
 Bessler, A., 488  
 Biederman, J., 485, 486, 488, 502  
 Bieliauskas, L. A., 387  
 Bijl, R. V., 260  
 Bilsker, R., 65  
 Bisson, J., 259  
 Black, D. W., 383, 473, 474  
 Blackburn, H. W., 152  
 Blair, M. A., 258  
 Blanchard, E. B., 102, 224  
 Bland, R. C., 336, 337, 338  
 Blazer, D. G., 81  
 Bleuler, E., 381  
 Bloom, J. R., 211,  
 Blumenthal, J. D., 486  
 Bodlund, O., 287  
 Bohman, M., 319  
 Bohmfalk, G. C., 1691  
 Bohné, A., 229  
 Boldizar, J. P., 556  
 Boles, R. G., 535  
 Bondi, C., 506  
 Bonne, O., 257  
 Bonnett, D., 385, 388  
 Bonnie, R. J., 568  
 Boocock, A., 229  
 Bookheimer, S. Y., 425  
 Boothby, J. E., 222  
 Bordeleau, L., 362  
 Borkman, T., 563  
 Borus, J., 142  
 Boscardin, W. J., 187  
 Boston, P., 110  
 Bouchard, G., 362  
 Bourdon, K., 245  
 Bourgeois, M. L., 385  
 Boutros, N. N., 380  
 Bowden, C. L., 357  
 Bower, J. E., 185  
 Bowlby, J., 349, 497  
 Bowler, A. E., 393  
 Boyd, J. H., 245  
 Boyers, A. E., 211  
 Brabbins, C., 401  
 Bracha, S. H., 390  
 Bradford, D., 391  
 Bradley, S. J., 288  
 Brame, B., 491  
 Bransome, E. D., 397  
 Bregman, J. D., 546  
 Bremner, J. D., 266  
 Breteler, M. M. B., 424  
 Brewin, C. R., 106  
 Brinkmann, V., 435  
 Brizer, D., 319  
 Brock, J. W., 228  
 Brodaty, H., 334  
 Brodie, H. K. H., 466  
 Brodoff, A. S., 391  
 Bromberger, J. T., 208  
 Brook, J. S., 190, 424

Brook, J., 484, 490, 492, 503  
 Brown, B., 207  
 Brown, C., 345  
 Brown, D. R., 336  
 Brown, T. A., 260  
 Brownell, K. D., 190, 196, 293  
 Bruer, J. T., 55  
 Bruhn, J. G., 207  
 Bruni, F., 379  
 Brunswig, K. A., 299  
 Brusman, L. A., 298  
 Bryant, D. M., 544  
 Bryant, R. A., 166, 172  
 Buchanan, A., 382  
 Buchsbaum, M. S., 310, 501  
 Buckley, P., 389  
 Buckley, S., 537  
 Bufka, L. F., 265  
 Bugental, J. F. T., 76  
 Bunney, W. E., 389  
 Burd, L., 506  
 Bureau, B., 230  
 Burnand, Y., 356  
 Burns, B. J., 245, 498, 510  
 Burnside, J. W., 229  
 Burroughs, J., 192  
 Bustillo, J. R., 398, 406  
 Butler, A. C., 353  
 Butler, G., 265  
 Butler, L., 336  
 Buittenworth, J., 545  
 Butterfield, F., 360  
 Bystritsky, A., 501

## C

Cadore, R. J., 493  
 Cahill, S. P., 178  
 Cain, D. J., 76  
 Caldwell, C. B., 374  
 Cale, E. M., 311  
 Cameron, N., 173  
 Campbell, S. S., 346  
 Canino, G. J., 336, 337, 338  
 Canino, I. A., 110, 114, 119, 507  
 Cannon, T. A., 394  
 Cannon, T. D., 396, 397  
 Cantwell, D. P., 487, 544  
 Carber, C. S., 211  
 Cardeña, E., 175  
 Carey, G., 110  
 Carey, M. P., 281  
 Carpenter, W. T., 404  
 Carper, R., 523  
 Carrigan, M. H., 178  
 Carroll, K., 380  
 Carson, A. J., 441  
 Carter, M., 402, 403, 407  
 Cartwright, A., 456  
 Casanova, M. F., 390  
 Casas, J. M., 114  
 Casem, N. H., 159  
 Casey, P., 169  
 Cash, T. F., 230  
 Caspi, A., 82, 321, 491, 494, 496  
 Cassano, G. B., 357  
 Cassou de Saint Mathurin, R., 385  
 Castellanos, F. X., 486  
 Cauce, A. M., 28  
 Caumartin, S. M., 276  
 Cavanagh, J. T., 441  
 Cavanaugh, C. J., 195  
 Cerone, R., 535  
 Chalkley, A. J., 291  
 Chan, C. C., 345



- Chantarujikapong, S., 465  
 Chapman, R., 166  
 Charman, T., 502  
 Chase-Lansdale, P. L., 558  
 Chaudhary, B. S., 206  
 Cheine, M., 400  
 Chemerinski, E., 434  
 Chen, A. D., 472  
 Cherlin, A. J., 558  
 Chess, S., 504  
 Cheung, F., 119  
 Childress, D., 525  
 Christenfeld, N., 207  
 Christensen, D. D., 340, 341  
 Christenson, C., 390  
 Christiansen, K., 468  
 Christison, G. W., 390  
 Christoffel, K. K., 480  
 Chu, B. C., 499  
 Clark, W. R., 51  
 Clarkin, J. F., 304, 315, 316, 356  
 Clarren, S. K., 540  
 Classem, C., 257  
 Classen, L. S., 486  
 Clavet, G. K., 467  
 Clement, D. L., 152  
 Clementz, B. A., 398  
 Cloninger, C. R., 319  
 Cochran, B. N., 28  
 Cochran, D. L., 336  
 Coffey, B., 502  
 Cohen, H. J., 76  
 Cohen, J. A., 484, 490, 492, 500, 503  
 Cohen, L. J., 230  
 Cohen, M. E., 226  
 Cohen, M. S., 425  
 Cohen, P., 190, 424, 484, 490, 492, 503  
 Cohen, R. A., 381, 398  
 Cohen, S., 190  
 Cohen, S., 163, 189, 190  
 Cohen, W. I., 537  
 Cohen-Kettenis, P. T., 287  
 Colapinto, J., 290, 291  
 Cole, J. O., 346  
 Colin, E., 166  
 Collins, J. F., 355  
 Collins, R. L., 165  
 Colohan, H. A., 389  
 Colom, F., 357  
 Comings, D. E., 494  
 Compas, B. S., 500  
 Compton, S. N., 498, 510  
 Conduct Problems Prevention Research Group, 80  
 Conigrave, K. M., 462  
 Connor, P. D., 446  
 Connor, P. G., 442  
 Connors, B. W., 56  
 Connors, D. K., 487  
 Connor-Smith, J. K., 500  
 Constantino, J. N., 520  
 Convit, A., 319  
 Cook, E. H., Jr., 522  
 Cookson, J., 116, 118  
 Cooley, S., 402, 403, 407  
 Coolidge, F. L., 288  
 Cooney, N. L., 451  
 Copeland, J. R., 336  
 Corbella, B., 357  
 Cornblatt, B. A., 396, 397  
 Corrigan, P. W., 402, 403  
 Cortina, L. M., 299  
 Coryell, W., 357, 361  
 Costa, P. T., 147, 326, 327  
 Costa, L., 421  
 Costa-e-Silva, J. A., 135  
 Cottrell, D., 110  
 Coupland, C., 184  
 Courchesne, E., 523  
 Coursey, R. D., 398  
 Covi, L., 464  
 Cowen, E. L., 561  
 Cox, C., 501  
 Cox, G. R., 167  
 Cox, L. S., 470  
 Crabbe, J. C., 441  
 Craddock, N., 361  
 Craig, A. S., 228  
 Craig, I. W., 82, 334, 361  
 Craighead, L. W., 334  
 Craighead, W. E., 334, 363  
 Craske, M. G., 247  
 Crawford, M. J., 364  
 Crocker, A., 503  
 Cromwell, R. L., 384  
 Cronkite, R. C., 450  
 Crosby, R. D., 198  
 Crossley, S. A., 517  
 Crow, S. J., 198  
 Crowe, R. R., 244  
 Crown, N., 184  
 Crown, M., 319  
 Crum, R. M., 205  
 Culver, J. L., 211  
 Cummings, B., 538  
 Cummings, E. M., 78, 558  
 Cummings, J. C., 428  
 Cummings, N. A., 102  
 Cunningham, M. D., 574  
 Curry, S. J., 471  
 Cuskelly, M., 537  
 Cutting, J. C., 381  
 Cyranowski, J. M., 357
- D**  
 Dadds, M. R., 510  
 Daglish, M. R. C., 472  
 Dahlgren, S. O., 529  
 Dahlstrom, A., 531  
 Daley, D. C., 453  
 Dalrymple-Smith, J., 535  
 Damato, R. C., 545  
 Danforth, J. S., 490  
 D'Angelli, A. R., 76  
 Dantona, R. C., 465  
 Danz, C., 462  
 D'Augelli, A. R., 276  
 Davenport, Y., 344  
 Davidson, M., 399  
 Davies, M., 142  
 Davies, P., 78, 558  
 Davies, S. J. C., 472  
 Davis, A. R., 147  
 Davis, M. J., 349  
 Davis, R., 306  
 Davis, T. L., 198  
 Dawson, G., 522, 523  
 Day, K., 546  
 De Bacquer, D. A., 152  
 De Buyzere, M. L., 152  
 De Hert, M., 567  
 de la Cruz, F., 535  
 de la Selva, A., 405  
 de Leeuw, P. W., 152  
 De Luca, R. S., 186  
 de Munick Keizer-Schrama, S. M. P. F., 288  
 Dean, P. J., 366  
 DeBattista, C., 346  
 Deckersbach, T., 229  
 deCol, C., 230  
 DeCuir, W. J., Jr., 561  
 Defries, J. C., 334, 361  
 DeKlyen, M., 489  
 Delamater, A. M., 206  
 Del'Homme, M., 486  
 DeMarchi, N., 428  
 DeMeirleir, K., 213  
 Demers, A., 451  
 Demler, O., 260, 335  
 Demming, B., 451  
 Denckla, M., 501  
 Dersh, J., 222  
 DeRubeis, R. J., 346  
 deSilva, P., 255  
 Devereux, R. B., 209  
 Devlin, B., 496  
 Dewey, S. L., 472  
 Di Stefano, S., 535  
 Diamond, G., 111  
 DiBarry, A. L., 402, 403, 407  
 Dibble, E., 335  
 DiCeglie, D., 286  
 Dick, D. M., 48, 49  
 Didion, J., 214, 308  
 Dierker, L. C., 333  
 Diforio, D., 391  
 Dinklage, D., 192  
 Dissanayake, C., 517  
 DiTomasso, R. A., 267  
 Dittmer, S. S., 423  
 Dobler-Mikola, A., 462  
 Dobson, D. K., 265  
 Dobson, K. S., 74, 104  
 Docherty, J. P., 355  
 Doddrell, D. M., 423  
 Dodge, K. A., 494, 495  
 Dolan-Sewell, R., 306  
 Doll, H. A., 195  
 Domenech-Rodriguez, M., 28  
 Donderi, D. C., 203  
 Dorris, M., 540  
 Dosen, A., 546  
 Douglas, M. S., 401  
 Dowd, E. T., 351  
 Dowd, S. M., 349  
 Dowrick, C., 169  
 Doyle, W. J., 190  
 Draijer, N., 175  
 Damato, R. C., 545  
 Drews, F. R., 207  
 Drop, S. L. S., 288  
 Druss, B., 28, 95  
 Dryden, W., 98, 229  
 Dube, G. R., 350  
 Dunn, M., 521  
 Duprez, D. A., 152  
 Durant, T. M., 186  
 Dworkin, R. H., 397  
 Dyck, I., 306
- E**  
 Earls, F., 561  
 Earlywine, M., 468  
 Easton, K., 174  
 Eaton, W. W., 205  
 Eaves, L. J., 265, 335  
 Ebens, C. L., 486  
 Eckman, T. A., 401  
 Edwards, L., 49  
 Egger, N. L., 498, 510  
 Egolf, B., 207  
 Ehlers, S., 529  
 Einfeld, S. L., 546  
 Eiraldi, R. B., 493  
 Eisen, S. A., 465, 494  
 Eisler, R. M., 554  
 Elash, C. A., 470  
 Elias, M. J., 559  
 Elkin, I., 355  
 Elkins, R., 501  
 Elliott, M. N., 165  
 Elliott, R., 75  
 Ellis, A., 74, 98  
 Ellis, B., 280  
 Emery, G., 73, 264, 365  
 Emmott, S. D., 215  
 Endicott, J., 357, 361  
 Endler, N. S., 340, 347, 348  
 Engel, G. L., 185  
 Engleblenne, P., 213  
 Epstein, A. W., 288  
 Epstein, D. H., 464  
 Ergul, A., 208  
 Ergul, S., 208  
 Erickson, H. M., 117  
 Erikson, E. H., 65  
 Erlenmeyer-Kimling, L., 396, 397  
 Ernsberger, P., 190  
 Escobar, J., 135  
 Esler, M. D., 344  
 Espie, C. A., 201  
 Essali, A., 400  
 Essau, C. A., 503  
 Estes, A. M., 494  
 Eth, S., 257  
 Ettner, S. L., 187  
 Evans, A. C., 486  
 Evans, D. L., 205  
 Evans, D. E., 315  
 Evans, J. D., 407
- F**  
 Faber, B., 394  
 Fagan, P. J., 296  
 Fagg, J., 365  
 Fagioli, A., 357  
 Fahy, T., 382  
 Fairburn, C. C., 190, 195, 196, 198, 286, 288, 427  
 Falk, G., 294  
 Fallin, D., 524  
 Fang, C. Y., 208  
 Faraone, S. V., 465, 486, 488  
 Faravelli, C., 336, 337, 338  
 Fast, D. K., 506  
 Fava, G. A., 356  
 Fava, M., 355  
 Fearon, P., 398  
 Fecteau, G., 265  
 Feder, A., 313  
 Federman, D. D., 575  
 Fedoroff, I. C., 265  
 Feinstein, A., 258  
 Feldman, J. H., 183  
 Feldman, M. D., 231  
 Fera, R., 241  
 Ferguson, K. E., 102  
 Ferraro, F. R., 417  
 Fichtner, C. G., 298  
 Fiester, S. J., 355  
 Filipek, P. A., 522  
 Filloux, F., 506  
 Fineberg, N., 256  
 Fink, C. M., 250  
 Fink, M., 346, 347, 348  
 Finkelstein, J. R. J., 397  
 Finlayson, S., 401  
 Finnerty, M., 568  
 Fireman, B., 362  
 Firlik, A. D., 422  
 First, M. B., 135, 142  
 First, M. G., 303, 310, 324  
 Fisher, P. W., 141  
 Fitzgerald, B., 535  
 Flament, M. F., 501  
 Flesher, S., 402, 403, 407  
 Fletcher-Janzen, E., 135  
 Flores, M. T., 110  
 Fogelson, D. L., 310  
 Folks, D. G., 231

- Folstein, S., 524  
 Fones, C. S., 498  
 Ford, C. V., 231  
 Ford, D. E., 205  
 Forde, D. R., 245  
 Foster, G. D., 196  
 Fowler, J. S., 472  
 Frances, A. J., 243  
 Frank, E., 280, 350, 357, 363  
 Frankenburg, F. R., 306, 317  
 Frankl, V., 76  
 Fredericks, L., 559  
 Freedman, L. R., 397  
 Freedman, D., 286  
 Freedman, R. I., 566  
 Freeman, A., 73, 264, 322, 326, 366  
 Freeman, B. J., 524  
 Freeman, R. D., 506  
 French, L. M., 387  
 French, S. E., 76  
 Freud, S., 272  
 Frick, P. J., 491  
 Fried, C. S., 77  
 Friedman, E., 535  
 Friedman, L. J., 66  
 Friedman, M., 205, 207  
 Frith, V., 516, 521  
 Fritz, M. S., 516  
 Frueh, B. C., 178  
 Fuentes, M., 313  
 Fulgsang, A. K., 172  
 Fulkerson, J. A., 198  
 Furstenberg, F. E., 558  
 Fuse, T., 365
- G**  
 Gabbard, G. O., 326  
 Gagne, B., 362  
 Gagnon, J. H., 272, 273, 274  
 Gallo, J. J., 205  
 Gameroff, M., 313  
 Ganau, A., 209  
 Gandy, S., 431  
 Gara, M., 135  
 Gardner, C. O., 336  
 Garg, A., 118, 488  
 Gasto, C., 357  
 Gatchel, R. J., 222  
 Gatley, S. J., 472  
 Gaynor, J., 492, 493  
 Geist, P. A., 345  
 Gelder, M. G., 431  
 Gelfand, L. A., 346  
 Geller, D., 502  
 George, E. L., 363  
 George, L. K., 81  
 Gerin, W., 207  
 Gerlach, A. L., 249  
 Gershon, E. S., 335  
 Giardena, H-S., 183  
 Gibbon, M., 142, 303, 310, 312, 320, 324, 338, 490  
 Gibbons, R. D., 480  
 Gibson, T., 389  
 Giedd, J. N., 486  
 Gigante, R. A., 176  
 Gijuldi, L., 363  
 Gill, J. J., 207  
 Gillberg, C., 192, 529, 531  
 Gillberg, I. C., 192  
 Gillin, J. C., 344, 346, 501  
 Gilman, S. E., 277  
 Gilmore, M., 320  
 Gil-Rivas, V., 165  
 Gitlin, M. J., 363  
 Gittelman, R., 252  
 Glaser, R., 58, 189  
 Glass, C. R., 112  
 Glass, D. R., 355  
 Glass, G. V., 101  
 Gleaves, D. H., 176  
 Glicksman, L., 451  
 Glueck, E., 493  
 Glueck, S., 493  
 Glynn, L. M., 207  
 Goate, A. M., 423  
 Gobeil, L., 362  
 Godtfresen, N. S., 468  
 Goffman, E., 77, 78  
 Goldberg, J. D., 206  
 Goldberg, J., 494  
 Goldberg, L., 135  
 Golden, A. R., 335  
 Golden, K. M., 11  
 Goldman, D., 241, 345  
 Goldsmith, H. H., 319  
 Goldstein, D. J., 192  
 Goldstein, D. B., 435  
 Golombok, S., 276  
 Gonzalez, R., 449  
 Gonzalez-Salvador, M. T., 425  
 Goodman, M., 310  
 Goodman, S. H., 504  
 Goodwin, D. W., 117  
 Goodwin, F. K., 333, 344, 362  
 Goodwin, R., 244  
 Goodwin, R. D., 333  
 Gordon, B., 522  
 Gordon, B. N., 484, 498  
 Gordon, E., 486  
 Gordon, L. U., 163  
 Gorman, J. M., 113, 265, 297  
 Gosch, E. A., 267  
 Gosselin, C., 294  
 Gossop, M., 462  
 Gotlib, I. H., 504  
 Gottesman, I. I., 319, 361, 374, 384, 393, 396, 397  
 Gottheil, E., 211  
 Gould, E., 55  
 Gournay, K., 229  
 Graham, S., 491  
 Grandi, S., 356  
 Grandin, T., 518, 519  
 Grant, I., 449  
 Grasbeck, A., 335  
 Grave, R. D., 197  
 Gravel, J. S., 522  
 Graves, P. L., 211  
 Graziano, M. S. A., 55  
 Green, B. L., 336  
 Green, E., 224  
 Green, M., 487  
 Green, M., 486  
 Green, M. F., 390, 393  
 Green, R., 286, 287, 288  
 Greenberg, B. D., 266  
 Greenberg, M. T., 559  
 Greenhill, L., 485  
 Greenhouse, W. J., 363  
 Greeno, C. G., 198  
 Greenstein, D. K., 486  
 Greenwald, D., 402, 403, 407  
 Greenwald, S., 336, 337, 338  
 Griffith, L., 557  
 Griffith, R. K., 118  
 Grilo, C. M., 306  
 Grinker, R., 355  
 Grochocinski, V. J., 357  
 Gronback, M., 469  
 Gross, A. M., 166  
 Gross, C. G., 55  
 Gross, R., 313  
 Grossman, L. S., 298  
 Grove, W. M., 398  
 Grown, G. G., 449  
 Gruber, A. J., 230  
 Gruber, K., 249  
 Grunstein, M., 51  
 Gschwend, P., 462  
 Gualtieri, C. T., 540  
 Gueorguleva, R., 380  
 Guidry, L. L., 276  
 Guijarro, M. L., 206  
 Guilleminault, C., 203  
 Guldberg, P., 535  
 Gunderson, J. G., 306, 314, 315, 316, 317, 326  
 Gunter, E. W., 228  
 Gur, R. C., 397  
 Gur, R. E., 397  
 Gurenwald, T. L., 185  
 Gurney, J. G., 516  
 Guroff, J. J., 335  
 Gusella, J. F., 429  
 Guthiel, T. G., 574  
 Guttler, F., 535  
 Gutzwiller, F., 462  
 Guyll, M., 208  
 Gwaltney, J. M., 190
- H**  
 Haas, G. L., 364  
 Haberman, H. M., 198  
 Hackett, T. P., 159  
 Hadgson, A., 535  
 Haertsch, P., 287  
 Hafner, H., 407  
 Hagberg, B., 531  
 Hagen, E. P., 142  
 Haglund, B., 481  
 Hagnell, O., 335  
 Hakim-Larson, J., 503  
 Hale, R., 364  
 Hales, R. E., 416  
 Hales, R. F., 401, 421  
 Hall, G. C. N., 101, 114, 119, 137  
 Hallet, A. J., 206  
 Hamer, D. H., 266  
 Hamilton, J. M., 428  
 Hamilton, S. P., 244  
 Hammen, C., 363  
 Hammer, J., 530  
 Hammersley, V., 184  
 Hammond, M., 495  
 Hamovit, H., 335  
 Haney, T. L., 206  
 Hanley, W., 535  
 Hann, D. M., 55  
 Hanna, K. E., 575  
 Hannah, J. N., 486  
 Hannen, J., 306, 317  
 Hanson, R. O., 167  
 Happe, F., 521  
 Happel, R. L., 229  
 Hardy, J., 424  
 Hariri, A. R., 241  
 Harrington, H., 321, 491  
 Harris, J. C., 546  
 Harris, R. E., 152  
 Harris, S. D., 211  
 Harris, T. O., 336  
 Harrow, M., 380  
 Hart, A. B., 334  
 Hart, C., 519, 520  
 Hartmark, C., 484, 490, 492, 503  
 Harvey, A. G., 166, 172  
 Harvey, L., 201  
 Harvey, P., 310  
 Harvey, P. D., 396  
 Hasbrouck, L. M., 186  
 Hassibi, M., 504  
 Hauser, W. A., 435  
 Hawkins, K. A., 380  
 Hawkins, M., 365  
 Hawkins, W. E., 464  
 Hawton, K., 285, 365  
 Hayashi, K. M., 423  
 Hayden, M. R., 429  
 Hayes, S. C., 293  
 Haynes, R. B., 118  
 Hays, J. C., 81  
 Heal, C., 287  
 Healy, D., 58  
 Heath, A., 265  
 Heath, A. C., 335, 494  
 Heatherton, T. F., 8  
 Heaton, R. K., 407  
 Heaton, S. C., 407  
 Hebben, N., 417  
 Hebebrand, J., 506  
 Hebel, M. R., 8  
 Hechtman, L. T., 487, 488  
 Hedge, B., 166  
 Heilman, K. M., 416  
 Heils, A. J., 266  
 Heiman, J. R., 298  
 Heiman, R. J. M., 280  
 Heimberg, R. G., 265  
 Heinonen, H., 431  
 Heinrichs, R. W., 374  
 Heisel, M. J., 365  
 Hektner, J. M., 489, 490  
 Heller, T. L., 363  
 Helmers, K. F., 427  
 Helzer, J. E., 142  
 Hemphill, S. A., 493  
 Henderson, G., 445  
 Hendrix, S. L., 428  
 Hennen, J., 362  
 Hepp-Beg, S., 172  
 Herman, D., 423  
 Herz, M. I., 400  
 Heston, L. L., 416  
 Hetrick, W. P., 389  
 Hetttema, J. M., 241  
 Heyne, D., 498  
 Higgins, S. T., 465  
 Hill, J., 321  
 Hill, R., 545  
 Hiller, J. B., 363, 405  
 Himanen, L., 431  
 Hincapie, L., 423  
 Hinkka, S., 431  
 Hippisley-Cox, J., 184  
 Hirschfield, R. M. A., 339  
 Hirschowitz, J., 568  
 Hitzemann, R., 472  
 Hjelmquist, E., 529  
 Hjern, A., 481  
 Ho, B.-C., 383  
 Hodgins, S., 491  
 Hoenig, J., 377  
 Hoff, A. L., 398  
 Hoffman, A., 466  
 Hoffman, R. E., 380, 389, 399  
 Hofman, A., 424  
 Hofstra, M. B., 479  
 Hogan, D. B., 424  
 Hogarty, G. E., 402, 403, 407  
 Holahan, C. J., 450  
 Holahan, C. K., 450  
 Holland, A., 50  
 Hollander, E., 230  
 Holman, A., 165  
 Holroyd, K. A., 215  
 Holzman, P. S., 398  
 Hong, M. S., 423  
 Hongzhe, L., 231  
 Hooley, J. M., 363, 405  
 Houghton, J. F., 7  
 Howe, S. R., 276

Howes, M. J.,  
 Howland, R. H., 361  
 Howlin, P., 523, 526, 528  
 Hoy, D., 228  
 Hser, Y. I., 461  
 Hudson, J. I., 176, 230, 231  
 Hudson, J. L., 499  
 Huey, S. J., 510  
 Huffman, L. C., 55  
 Hughes, D., 76  
 Hull, J. G., 8  
 Humphreys, K., 454  
 Hunkeler, E. M., 362  
 Hunsley, J., 149  
 Huppert, J. D., 265  
 Hurley, D. J., 509  
 Hurt, S. W., 316, 317  
 Huttunen, M. O., 385, 388  
 Hwang, W. C., 499  
 Hwu, H.-G., 336, 337, 338  
 Hyams, G., 456  
 Hyde, P. S., 568  
 Hyman, S. E., 313  
 Hynd, G. W., 485

## I

Iacono, W. G., 398  
 Ihoresen, C. E., 207  
 Imber, S. D., 355  
 Inglis, S. J., 201  
 Ingraham, L. J., 394  
 Inslan, J. E., 110, 119  
 Institute of Medicine, 515  
 Ismond, T., 206  
 Isoniemi, H., 431  
 Israel, A. C., 532

## J

Jablensky, A. V., 385  
 Jackson, K. L., 196  
 Jackson, R. D., 428  
 Jacobi, D., 525  
 Jacobs, A. R., 431  
 Jacobs, C., 192  
 Jacobsen, B., 394, 396  
 Jacobson, K. C., 310  
 Iacono, W. G., 166  
 Jaffee, S. R., 494  
 James, R. S., 486  
 Jamison, K. R., 358, 359, 362  
 Jang, K. L., 257  
 Janicak, P. G., 349  
 Janke, A. L., 423  
 Jansson, L., 394  
 Jaycox, L. H., 165  
 Jeffries, N. O., 486  
 Jellinek, E. M., 447  
 Jenike, M. A., 229  
 Jenkins, J. H., 405  
 Jenkins, J. G., 364  
 Jennings, G. L., 344  
 Jensen, M. P., 222  
 Jensen, M. K., 469  
 Jensen, P., 485  
 Jenson, W. R., 524  
 Jeste, D. V., 407  
 Jin, R., 335  
 Jobe, J. B., 427  
 Jobling, A., 537  
 Johansson, K., 425  
 Johnson, C. P., 522  
 Johnson, J., 484, 490, 492, 503  
 Johnson, J. G., 190, 424  
 Johnson, J. M., 163  
 Johnson, S., 111  
 Johnson, S. L., 363  
 Johnson, T. D., 49  
 Johnson, V. E., 276, 282, 283

Johnston, K., 401  
 Johnston, L. D., 469  
 Jonas, K., 367  
 Jones, B. N., 428  
 Jones, D. W., 391  
 Jones, E. G., 389  
 Jones, I., 361  
 Jones, J., 502  
 Jones, K., 489  
 Jones, M. B., 524  
 Jones, M. C., 450  
 Jones, R., 171  
 Jones, T. F., 228  
 Jonsson, E., 387  
 Jorde, L. B., 524  
 Jordon, B. D., 431  
 Joseph, J. G., 276  
 Jouvent, R., 230  
 Joyce, P. R., 336, 337, 338  
 Joyce, T., 489, 490  
 Jung, J., 445  
 Juvonen, J., 491

## K

Kabela, E., 451  
 Kabot, S., 523  
 Kadden, R., 451, 468  
 Kahler, C. W., 451  
 Kalaydjieva, L. V., 385  
 Kaleva, M., 394, 395  
 Kallen, R. J., 522  
 Kalveva, M., 394  
 Kanes, J., 142  
 Kanner, L., 516  
 Kanouse, D. E., 165  
 Kaplan, H. S., 284  
 Kaplan, Z., 399  
 Kaprio, J., 48  
 Karam, E. G., 336, 337, 338  
 Karasek, R. A., 209  
 Karel, R., 367  
 Karkowski, L. M., 336  
 Karno, M. N., 405  
 Kasen, S., 190, 424, 484, 490, 492, 503  
 Kashani, J. H., 502  
 Kashiwase, H., 409  
 Kasper, S., 345  
 Kato, M., 409  
 Katona, C., 116, 118  
 Katsanis, J., 398  
 Katz, S., 545  
 Kawakatsu, S., 408  
 Kaye, D. M., 344  
 Kazdin, A. E., 100, 491, 510  
 Keane, T. M., 257, 258  
 Keck, P. E., 298  
 Keel, P. K., 198  
 Keene, N., 535  
 Keith, S. J., 374, 398, 406  
 Keller, M. B., 306, 339  
 Keller, M., 357, 361  
 Kelly, C., 462  
 Kemeny, M. E., 185  
 Kendler, K. S., 49, 241, 265, 277, 306, 309, 310, 335, 336  
 Kenyon, K., 368  
 Kerb, R., 435  
 Kerbeshian, J., 506  
 Kerchner, G. A., 350  
 Kernberg, O., 316  
 Kerr, A., 531  
 Kesslak, P., 538  
 Kessler, R. C., 163, 260, 276, 277, 335  
 Kestenbaum, C. J., 396, 397  
 Kety, S. S., 394  
 Keuthen, N. J., 229  
 Kidd, K. K., 335  
 Kidd, T., 462  
 Kiecolt-Glazer, J. K., 58, 184, 189  
 Kierna, K. E., 558  
 Kilbourn, K. M., 211  
 Kim, J. J., 389  
 Kim, T., 486  
 Kim, Y. S., 506  
 King, N. J., 498, 499  
 Kingston, P., 230  
 Kinney, D., 394  
 Kinsey, A. C., 276  
 Kirjonen, J., 210  
 Kirkland, S., 424  
 Kirmayer, L. J., 220, 227  
 Kirscht, J. P., 276  
 Kivimäki, M., 210  
 Kivlahan, D. R., 458  
 Kjellman, B., 345  
 Klasen, H., 485  
 Kleck, R. E., 8  
 Klein, D. F., 243, 252  
 Klein, D. N., 339  
 Klein, P. S., 427  
 Klein, R. G., 488  
 Kleitman, N., 200  
 Klerman, G. L., 99  
 Kłolewicz, H. S., 486  
 Kluft, R. P., 174  
 Klug, B., 506  
 Knapp, M., 506  
 Kneeland, T. W., 348  
 Kneip, R. C., 206  
 Knowles, P. A. L., 70  
 Koby, E., 501  
 Koch, R., 535  
 Koch, W. J., 265  
 Kocsis, J. H., 339, 349  
 Koenig, H. G., 76, 81  
 Koenigsberg, H. W., 310  
 Koerner, K., 319  
 Kolachana, B., 241  
 Kolatte, E., 356  
 Kolb, L. D., 466  
 Koletsky, R. J., 190  
 Kolko, D. J., 492  
 Kolodny, R. C., 276  
 Komatani, A., 408  
 Koopman, C., 257  
 Kooy, R. E., 536  
 Kopec-Schrader, E. M., 192  
 Koplewicz, H. S., 499  
 Koponen, S., 431  
 Koretz, D., 335  
 Kornblith, S. J., 402, 403, 407  
 Kosik, K. S., 423  
 Koskenvuo, M., 48  
 Koss, M. P., 166  
 Kostelnik, B., 357  
 Koster, T. R., 442  
 Kotchen, J. M., 428  
 Kotler, L., 190, 424  
 Kovacs, M., 496  
 Kozol, J., 421  
 Kposowa, A. J., 367  
 Kraemer, H. C., 198, 209, 211, 427  
 Krahn, L. E., 231  
 Krakauer, S. Y., 175  
 Kratzer, L., 491  
 Krausz, M., 462  
 Kraya, N. A., 409  
 Kremen, W. S., 398  
 Kronenberger, W. G., 503  
 Krystal, J. H., 380  
 Kuhne, M., 543  
 Kullgren, G., 287  
 Kulynych, J. J., 391  
 Kumpfer, K. L., 556

Kupfer, D. F., 357  
 Kupfer, D. J., 332, 363

## L

L'opez-Ibor, J. J., 431  
 La Grecam, A. M., 545  
 Laberge, C., 362  
 Labossiere, R., 565  
 Lacks, P., 144  
 LaDue, R. A., 540  
 Laffal, J., 381  
 LaGreca, A. M., 163  
 Lahey, B. B., 485  
 Lahnin, F., 506  
 Lahti, I., 394, 395  
 Lake, R., 501  
 Lalonde, J. K., 176  
 Lamb, H. R., 561  
 Lambert, G. W., 344  
 Lambert, M. J., 349, 561  
 Lampert, C., 192  
 Landa, R., 525  
 Landen, L. M., 287  
 Langbehn, D. R., 229  
 Langeland, W., 175  
 Langer, D. H., 501  
 Langley, J. D., 247  
 Lanin-Kettering, L., 380  
 Lanke, J., 335  
 Lanquetot, R., 393, 401  
 Lansky, M. R., 363  
 Lantigua, R., 313  
 LaPadula, M., 488  
 Laposa, J. M., 323  
 Laprise, C., 362  
 Larkin, C., 389  
 Larson, D. B., 81  
 Larson, J., 491  
 Lasker, J., 207  
 Laumann, E. O., 272, 273, 274, 279  
 Laurie, S., 531  
 Lauriello, J., 398, 406  
 Lavigne, J. V., 480  
 Lawrie, S. M., 441  
 Lazarus, A. A., 283  
 Leahy, R. L., 363  
 Lear, M. W., 232  
 Leber, W. R., 355  
 Lebow, J., 111  
 Leckman, J. F., 335, 506  
 Lecomte, C., 401  
 Lecomte, T., 401  
 Lecrubier, Y., 135  
 Lederhendler, D., 55  
 Lee, C., 186  
 Lee, C.-K., 336, 337, 338  
 Lee, J., 362  
 Lee, N. L., 524  
 Lee, P. P., 486  
 Lee, T. M., 345  
 Lee, V. M., 427  
 Leff, J., 405  
 Legault, C., 428  
 Lehman, J. M., 211  
 Lehmkuhl, G., 506  
 Lehrer, P., 183  
 Leino-Arjas, P., 210  
 Lellouch, J., 336, 337, 338  
 Lemberg, R., 195  
 Lemere, C. A., 423  
 Lenane, M., 501  
 London, C., 423  
 Leon, A., 357, 361  
 Leon, G. R., 192  
 Leppine, J.-P., 336, 337, 338  
 Lesch, K.-P., 266  
 Lester, D., 367  
 LeVay, S., 276

- Leveck, M. D., 427  
 Levine, S. B., 284  
 Levy, D. L., 398  
 Levy, K. N., 315  
 Levy, R. H., 435  
 Levy, S. E., 522  
 Lewine, R. J., 391  
 Lewis, M., 502  
 Lewy, A. J., 344  
 Liberman, J., 391  
 Liberman, R. P., 402, 403  
 Liebowitz, M. R., 257, 260  
 Lilienfeld, S. O., 311  
 Lin, K. M., 119  
 Lin, N., 494  
 Lindwall-Sundel, K., 345  
 Linehan, M. M., 318, 319  
 Lingam, R., 118  
 Lingford-Hughes, A. R., 472  
 Lipowski, Z., 419  
 Lipsitt, D. R., 229  
 Lipton, A. M., 420  
 Litt, M. D., 451  
 Liu, A., 486  
 Liu, G. S., 350  
 Livert, D. E., 76  
 Livesley, W. J., 257, 315, 316  
 Lobel, M., 186  
 Lochman, J. E., 491  
 Lock, J., 192  
 Locke, B. S., 245  
 Locke, B. Z., 333  
 Loftus, J., 284  
 Logan, J., 472  
 Long, J. S., 284  
 Longley, S. L., 229  
 Looper, K. J., 220, 227  
 Lopera, F., 423  
 Lopez, A. D., 6  
 Lopez, S., 405  
 Loranger, A. W., 324  
 Lovaas, O. I., 528  
 Lowen, S. B., 486  
 Luborsky, L., 48  
 Ludlow, C., 501  
 Luevano, L. F., 391  
 Lukas, C. P., 141  
 Lundberg, C., 425  
 Lundstrom, B., 287  
 Luntz, B. K., 321  
 Luscombe, G., 334  
 Luukkonen, R., 210  
 Lyketsos, C. G., 425  
 Lykken, M. L., 319, 473  
 Lynch, K., 506  
 Lyons, M. J., 465, 494
- M**
- Ma, G. X., 445  
 Maassen, G. A., 213  
 Maccoby, E., 138  
 Maccoby, N., 138  
 MacDonald, M. E., 429  
 MacDowell, I., 424  
 Machon, R. A., 385, 388  
 Maciejewski, P. K., 336  
 MacKnight, C., 424  
 MacMillan, A., 557  
 MacMillan, H. L., 557  
 MacMillan, J. H., 557  
 Maddock, J. E., 451  
 Madnick, M. E., 537  
 Madrigal, L., 423  
 Magdol, L., 496  
 Magnusson, A., 344  
 Magruder, K. M., 356  
 Mahl, G. L., 138  
 Makela, E. H., 118
- Malamood, H. S., 102  
 Maletsky, B. M., 296  
 Malgady, R. L., 138  
 Malkoff-Schwartz, S. F., 363  
 Malloy, P., 488  
 Manderscheid, R. W., 333  
 Manfro, G. G. M., 498  
 Mangwerth, B., 230  
 Manhard, P., 237, 238  
 Manke, R., 192  
 Mann, J. J., 364  
 Manuzza, S., 488  
 Maramba, G. G., 101, 114, 119  
 Marassiti, D., 256  
 Marchi, S., 197  
 Marcus, S. C., 28, 95  
 Marder, S. R., 400  
 Marder, S. R., 401  
 Marengo, J. T., 380  
 Margalittal, M. P. H., 276  
 Mark, M., 399  
 Markowitz, C., 99  
 Markowitz, J. C., 350  
 Marks, I. M., 247, 252  
 Marks, M., 255  
 Marlatt, G. A., 451, 453, 458  
 Marsden, J., 462  
 Marsh, L., 430, 435  
 Marshall, G. N., 165, 173  
 Marshall, J. R., 367  
 Marshall, M., 567  
 Marshall, R. D., 257, 258  
 Marshall, T., 135  
 Marsiske, M., 427  
 Martic, B. J., 349  
 Martin, C. E., 276  
 Martin, J., 82  
 Martin, N. G., 265  
 Martinez, A., 423  
 Martinez-Aran, A., 357  
 Martis, B., 298  
 Marx, P. B., 166  
 Maschette, W., 196  
 Mash, E. J., 481, 555  
 Masi, M., 523  
 Mason, W., 467  
 Mason-Brothers, A., 524  
 Masters, W. H., 276, 282, 283  
 Mastropieri, M. A., 544  
 Matalon, R., 535  
 Mathews, K. A., 208  
 Mattay, V. S., 241  
 Matthyse, S., 398  
 Mattia, J. I., 315  
 Mattick, R. P., 462  
 Mattson, R. H., 435  
 May, M. C., 175  
 Mazziotta, J. C., 425  
 Mazzucco, M. M., 536  
 McAdams, L. A., 407  
 McBarnett, K., 485  
 McClay, J., 82  
 McClellan, J., 489  
 McCool, R. E., 257  
 McCracken, J. T., 486, 499  
 McCrae, R. R., 147  
 McCullough, M. E., 81  
 McDonald, H. P., 118  
 McEachin, J. J., 527  
 McElroy, S. L., 298  
 McEvoy, L., 142  
 McFarlane, A. C., 257  
 McFarlane, A. E., 165  
 McGarvey, E. L., 467  
 McGlashan, T. H., 306, 310, 389, 399  
 McGough, J. J., 486  
 McGregor, B. A., 211
- McGregor, J. M., 10  
 McGregor, K. C., 336  
 McGue, M. K., 166  
 McGuffin, P., 50, 334, 361  
 McGuire, H., 285  
 McGuire, L., 189  
 McGuire, P. K., 380  
 McHugh, P. R., 407  
 McIntosh, D. N., 165  
 McIver, S., 472  
 McKellar, J., 454  
 McKenzie, J., 401  
 McKeown, R. C., 196  
 McLean, P. D., 265  
 McLeod, B. D., 499  
 McMahan, R. J., 488, 494  
 McMahan, W. M., 506, 524  
 McNaull, J. P., 502  
 McPherson, S., 286  
 McQuiston, H. L., 568  
 McRee, B., 468  
 Meador, K. G., 81  
 Mednick, S. A., 385, 388, 394, 396  
 Mega, M. S., 428  
 Mehta, K. M., 424  
 Meinecke, D., 55  
 Meldrum, B. S., 435  
 Mellor, C. S., 377  
 Meloy, J. R., 148  
 Melzack, R., 222  
 Mendell, N. R., 398  
 Mendelson, W., 501  
 Mennella, R., 428  
 Mental Health: A Report of the Surgeon General, 24, 341, 481  
 Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity, 28  
 Menzies, R. G., 247  
 Merikangas, K. R., 333, 335  
 Merry, H., 424  
 Mesibov, G. B., 527  
 Messer, I., 189  
 Meston, C. M., 298  
 Metalsky, G. I., 352  
 Meyer, B., 363  
 Meyer, R. G., 503  
 Meyer-Balburg, H. F. L., 288  
 Meyerowitz, J., 285  
 Michael, R. T., 272, 273, 274  
 Michaels, S., 272, 273, 274  
 Miklowitz, D. J., 363  
 Milberg, W., 417  
 Milford, C., 206  
 Mill, J., 82  
 Miller, I., 363  
 Miller, K. B., 198  
 Miller, M., 468  
 Miller, T. I., 101  
 Miller, T. Q., 206  
 Millon, C., 147  
 Millon, T., 147, 306  
 Milne, B. J., 321, 491  
 Milofsky, E. S., 452  
 Miltenberger, R. G., 198  
 Minshew, N. J., 522  
 Minsky, S., 135  
 Mintz, J., 310, 401, 405  
 Miranda, J., 336  
 Mirin, S. M., 463  
 Mirsky, A. F., 387, 397  
 Miskimen, T., 135  
 Mitchell, J. E., 198  
 Mitropoulou, V., 310  
 Mo, A., 524  
 Moats, R. A., 535  
 Moberg, P., 397  
 Moergeli, H., 172  
 Moffitt, T. E., 82, 321, 491, 494, 496
- Molenaar, J. C., 288  
 Mollenkamp, C., 334  
 Monahan, J., 568  
 Money, J., 288  
 Moore, A., 523  
 Moos, R. H., 450  
 Moran, A. E., 566  
 Morey, L. C., 306  
 Morgan, J., 535  
 Moring, J., 394, 395  
 Morissette, J., 362  
 Morrell, W., 192  
 Morris, J., 287  
 Morris, J. N., 427  
 Morrison, D. R., 558  
 Morrison, J. C., 165  
 Morrison, R. L., 401  
 Moseley, K., 535  
 Moser, C., 294  
 Moye, A., 192  
 Moyer, T., 473, 474  
 MTA Cooperative Group, 488  
 Mueller, C. R., 266  
 Mueser, K. T., 401  
 Mulcahy, J. J., 279  
 Mundy, P., 527  
 Murphy, D. L., 266, 501  
 Murphy, J. A., 276  
 Murphy, M. J., 367  
 Murray, C. J., 6  
 Murray, H. A., 149  
 Murray, R., 398  
 Murray, R. M., 380, 385  
 Mussell, M. P., 198  
 Musselman, D. L., 205  
 Myers, H. F., 208  
 Myerson, N., 498  
 Myles, B. S., 529  
 Myran, D., 215
- N**
- Naarala, M., 394, 395  
 Nadaoka, T., 408  
 Nadel, L., 537  
 Nagata, D., 136  
 Nagin, D. S., 491  
 Najavits, L. M., 102  
 Narrow, W. E., 135, 333  
 Nathan, P. E., 113, 297  
 National Center for Education Statistics, 560  
 National Heart, Lung, and Blood Institute, 208  
 National Institute of Mental Health Consensus Development Conference Statement, 489  
 National Institute of Mental Health, 365  
 Neal, D. J., 458  
 Neale, M. C., 241, 310, 335  
 Neff, L. J., 196  
 Nelson, E. B., 298  
 Nelson, M. D., 535  
 Nemeroff, C. B., 400  
 Nemeroff, C. G., 205  
 Nemiah, J. C., 175, 245  
 Ness, K. K., 516  
 Neugebauer, R., 14  
 Newberger, D. S., 538  
 Newcom, J., 485  
 NewDelman, J. G., 486  
 Newman, C., 363  
 Newman, D. L., 496  
 Newman, L. K., 286  
 Newschaffer, C. J., 516, 524  
 Newton, F. E., 23  
 Newton, G., 401  
 Newton, T. L., 184



Newton-Taylor, B., 451  
 Nezu, C. M., 493  
 Nicki, R. M., 265  
 Nigg, J. T., 485  
 Niskanen, P., 388  
 Nolen-Hoeksema, S., 336  
 Nordin, V., 529  
 Nordling, N., 294  
 Norman, R. M. G., 402  
 North, C. S., 257  
 Norton, J., 423  
 Nowling, J. B., 206  
 Noyes, R., 229, 244  
 Nuechterlein, K. H., 310, 397  
 Nuland, S., 332  
 Nutt, D. J., 472  
 Nyden, A., 529

## O

O'Brien, M. V., 559  
 O'Brien, S., 462  
 O'Callaghan, E., 389  
 Ockene, J. K., 428  
 O'Connor, D. F., 558  
 O'Connor, M. K., 231  
 Oden, A., 529  
 O'Donoghue, E. G., 14  
 O'Donoghue, W. T., 102  
 O'Donoghue, W., 299  
 O'Donovan, M. C., 385  
 Offord, D. R., 260, 557  
 Ogden, D. E. H., 465  
 O'Hara, M. W., 350  
 Ohayan, M. M., 203  
 Ohman, R., 335  
 Ojesjo, L., 335  
 Okazaki, S., 137  
 Okifuji, A., 222  
 Okuyama, N., 408  
 Olsson, M., 28, 95, 313  
 Olin, S. S., 396  
 Oliosi, M., 197  
 Olivardia, R., 231  
 Ollendick, T. H., 498, 499  
 O'Malley, P. M., 469  
 Ombaba, J. M., 298  
 Oostra, B. A., 536  
 Orford, J., 451  
 Orlando, M., 173  
 Ormal, J., 135  
 Oros, C. J., 166  
 Osborn, C. A., 295  
 Ossa, J. E., 423  
 Ostergaard, L., 394  
 Osterling, J., 523  
 Ostrow, D. G., 276  
 Otani, K., 408  
 Othmer, E., 310, 312  
 Othmer, S. C., 310, 312  
 Ottaviani, R., 244  
 Otterbeck, L., 335  
 Overholser, J. C., 365  
 Owen, M. A., 258  
 Owen, M. J., 385  
 Owens, R. G., 186  
 Ozaki, N., 345  
 Ozonoff, S., 506

## P

Palfai, T. P., 451  
 Palk, A., 279  
 Pallas, J., 284  
 Pally, R., 59  
 Palmer, P., 525  
 Papanastassiou, M., 364  
 Pappas, N., 472  
 Paradise, M., 28  
 Paradiso, M. A., 56

Parham, C. A., 365  
 Paris, J., 313, 316  
 Parish, D. C., 208  
 Park, K., 502  
 Parloff, M. B., 355  
 Parnas, J., 396  
 Partinen, T., 344  
 Patano, M., 197  
 Paterson, R., 265  
 Patrick, C., 409  
 Patterson, C. J., 276  
 Patterson, D., 363  
 Patterson, G., 495, 509  
 Patterson, T. L., 449  
 Paul, G. L., 120  
 Pauls, D. L., 335  
 Paulsen, J. S., 407, 428  
 Paykel, E. S., 336  
 Payne, D. L., 310  
 Pearson, T. A., 211  
 Pedley, T. A., 435  
 Peisah, C., 334  
 Pennell, D., 531  
 Pergament, E., 538  
 Pericak-Vance, M. A., 425  
 Perloff, D. B., 152  
 Perls, F., 98  
 Perry, D. G., 556  
 Perry, L. C., 556  
 Persons, J. B., 107  
 Perucra, E., 435  
 Pestaloty, P., 364  
 Petermann, F., 503  
 Petersen, P. B., 524  
 Peterson, B. L., 206  
 Peterson, B. S., 506  
 Petrak, J., 166  
 Petri, S., 266  
 Peuskens, J., 567  
 Pfohl, B., 315, 316  
 Phiel, C. J., 427  
 Pickering, T. G., 209  
 Pieper, C., 209  
 Pierce, D., 258  
 Pierce, G. R., 151, 162  
 Pierson, J. F., 76  
 Pildonis, P. A., 355, 356  
 Pillard, R. C., 276  
 Pincus, H. A., 28, 95  
 Pine, D. S., 500  
 Pingree, C., 524  
 Pinker, S., 47  
 Piven, J., 525  
 Plante, M., 362  
 Plomin, R., 334, 361  
 Polatin, P. B., 222  
 Polcari, A., 485  
 Pollack, M. H., 498  
 Pomeroy, W. B., 276  
 Pope, H. G., 142, 176, 230, 231  
 Pope, M., 118  
 Portin, R., 431  
 Portner, J., 365  
 Posner, M. I., 315  
 Potkin, S. G., 389  
 Potvin, L., 207  
 Poulin, M., 165  
 Poulton, R., 82, 247  
 Pouska, F., 506  
 Powell, C., 358  
 Powell, G. E., 291  
 Powell, L. H., 207  
 Power, T. J., 493  
 Powers, K., 461  
 Practice Guidelines for the  
 Treatment of Patients with  
 Eating Disorders, 193  
 Pratt, L. A., 205

Prescott, C. A., 336  
 Preston, K. L., 464  
 Price, A. A., 211  
 Price, V. A., 207  
 Prien, R. F., 345  
 Priest, R. G., 203  
 Prigerson, H. G., 336  
 Prince, C., 293  
 Prince, M. J., 336  
 Prince, V. C., 293  
 Pringle, M., 184  
 Pritchard, M., 498  
 Prizant, B. M., 522  
 Project MATCH Research  
 Group, 454  
 Prusoff, B. A., 335  
 Prutsman, T. D., 70  
 Pruzinsky, T., 230  
 Puett, D., 208  
 Pugh, K. R., 543  
 Purtell, J. J., 226  
 Putnam, F. W., 173

## Q

Quinsey, V. L., 288

## R

Rabasca, L., 8  
 Rabin, B. S., 190  
 Rabinowitz, J., 399  
 Rachid, R., 380  
 Radomsky, E. D., 364  
 Rae, D. S., 245, 333  
 Rafanelli, C., 356  
 Raine, N. V., 6, 298  
 Rakhshanda, S., 363  
 Ramey, C. T., 544  
 Rampon, C., 350  
 Ramsay, R., 192  
 Randall, P. K., 450  
 Randels, S. P., 540  
 Range, L. M., 366  
 Rapee, R. M., 499, 510  
 Rapin, I., 521, 522  
 Rapoport, J. L., 253, 486, 501  
 Rappaport, J., 76, 562  
 Rastam, M., 192  
 Raudenbush, S. W., 561  
 Raue, P. J., 356  
 Ravdin, L. D., 431  
 Rawlings, E. I., 276  
 Read, J. P., 451  
 Ready, R. E., 428  
 Realmuto, G. M., 489, 490  
 Rebok, G. W., 427  
 Reddle, M. A., 502  
 Reed, D. E., 226  
 Reed, G. M., 185  
 Reeves, A. J., 55  
 Regier, D. A., 135, 242, 245, 317,  
 333, 446  
 Rehm, J., 462  
 Reichenberg, A., 399  
 Reid, J. B., 451  
 Reid, L., 344  
 Reider, R., 394  
 Reidy, T. J., 574  
 Reilly-Harrington, N. A., 363  
 Reinares, M., 357  
 Relkin, N. R., 431  
 Remer, R., 488  
 Remschmidt, H., 506  
 Renshaw, P. F., 486  
 Repetti, R., 184  
 Reppucci, N. D., 77  
 Resnik, H., 559  
 Reveley, A., 50  
 Revenson, T. A., 76  
 Revicki, D., 362  
 Rexer, L., 5212  
 Rey, J. M., 467  
 Reynolds, C. R., 135  
 Rhoades, E. R., 445  
 Riba, M. B., 577  
 Richard, P., 407  
 Richards, J. A., 363  
 Richards, M., 417  
 Richards, T. L., 52  
 Richardson, P., 286  
 Richeters, J., 485  
 Richters, J. E., 405  
 Riddle, M. A., 500  
 Rieder, R. O., 272  
 Riess, F., 152  
 Rihmer, Z., 364  
 Ripple, C. H., 554  
 Risch, F., 384  
 Risen, C. B., 284  
 Ritchie, K., 417  
 Ritvo, E. R., 524  
 Roberts, K., 401  
 Roberts, L. J., 458  
 Roberts, M. C., 163  
 Roberts, R. J., 430  
 Roberts, S. A., 396, 397  
 Robertson, E., 498, 510  
 Robertson, J. M., 23  
 Robertson, M. M., 506  
 Robin, A. L., 192  
 Robins, E., 226  
 Robins, L. N., 142, 242, 245, 317,  
 446, 461, 491  
 Robins, P. K., 558  
 Robinson, H., 509  
 Robinson, R. G., 434  
 Robinson, T. E., 441  
 Robles, T. F., 189  
 Rochette, D., 362  
 Rock, D., 396, 397  
 Rockwood, K., 424  
 Rodriguez, B. F., 112  
 Rodriguez, L. L., 575  
 Roffman, R. A., 468, 469  
 Rogers, C. R., 75, 76,  
 Rogers, C., 350  
 Rogers, R., 570  
 Rogers, S. J., 522  
 Rogler, L. H., 137, 141  
 Rojas, M., 484, 490, 492, 503  
 Rollings, S., 498  
 Rollinson, R., 535  
 Rollman, B. L., 356  
 Romano, J. L., 198  
 Romano, S. J., 195  
 Rorsman, B., 335  
 Rosch, P. J., 158  
 Rose, R. J., 48, 49  
 Rose, S., 259  
 Rose, S. E., 423  
 Rosen, M., 481  
 Rosen, R. C., 279  
 Rosenheck, R. A., 336  
 Rosenman, R., 205  
 Rosenthal, A. M., 551  
 Rosenthal, D., 386, 394  
 Rosenthal, N. E., 344, 345  
 Rosselli, M., 423  
 Rosset, N., 356  
 Rossi, E. L., 51  
 Rosvold, H. E., 397  
 Roth, W. T., 249  
 Rothbart, M. K., 315  
 Rothblum, E. D., 276  
 Rothlisberg, B. A., 545  
 Rounsaville, B., 142  
 Rouse, B., 535

- Roy, A., 374  
 Ruberman, J. W., 206  
 Rubinstein, D., 280  
 Rucci, P., 357  
 Rühimäki, H., 210  
 Ruini, C., 356  
 Ruitenber, A., 424  
 Ruiz, J. M., 205  
 Ruiz, P., 119  
 Ruiz-Linares, A., 423  
 Rupp, A., 374  
 Ruscio, A. M., 258  
 Ruscio, J., 258  
 Rush, A. J., 335, 355  
 Rutter, M., 524, 529, 556  
 Ryder, A. G., 323
- S**
- Saarento, O., 394  
 Sabol, S. Z., 266  
 Sack, D. A., 344  
 Sadock, B. J., 384, 408, 428, 457, 470  
 Sadock, V. A., 384, 408, 428, 457, 470  
 Saks, E. R., 575  
 Salkovskis, P. M., 263  
 Saltzman, H., 500  
 Salvia, L., 206  
 Sammons, M. T., 117, 267, 349, 455  
 Sampson, P. D., 446  
 Sampson, R. J., 561  
 Sanchez, L. E., 504  
 Sandberg, A. D., 529  
 Sandnabba, N. K., 294  
 Sandor, P., 506  
 Sands, R., 196  
 Santana, F., 405  
 Santangelo, S., 525  
 Santilla, P., 294  
 Sarason, B. R., 151, 162  
 Sarason, I. G., 151, 162, 163, 397  
 Sargent, R. G., 196  
 Sartorius, N., 135  
 Sattler, J. M., 142  
 Satz, P., 390  
 Saunders, A. M., 425  
 Sceery, W., 501  
 Schacter, D. L., 424  
 Schafer, R., 149  
 Schaffer, W., 228  
 Schatzberg, A. F., 346  
 Scherrer, J. F., 494  
 Scheuffgen, K., 521  
 Schiaffino, M. C., 535  
 Schlenker, R., 398  
 Schlusell, Y., 209  
 Schmaling, K., 83  
 Schmidt, C. W., 296  
 Schmidt, M., 506  
 Schmidt, N. B., 117, 267, 349  
 Schmidt, N. D., 455  
 Schnall, P. L., 209  
 Schneider, K. J., 76  
 Schneider, M. S., 209  
 Schnyder, V., 172  
 Schotte, D. E., 195  
 Schroeder, C. S., 484, 498  
 Schroeder, M., 275, 287  
 Schulenberg, J. E., 469  
 Schulsinger, F., 394, 396  
 Schulz, S. C., 400  
 Schuster, M. A., 165  
 Schut, H., 167  
 Schwartz, A. J., 365  
 Schwartz, D., 206  
 Schwartz, J. E., 209  
 Schwartz, J. M., 435  
 Schwartz, M. S., 225
- Schwartz, P. J., 345  
 Schwartz, S., 502  
 Schweinsburg, B. C., 449  
 Scott, J., 118  
 Scruggs, T. E., 544  
 Sear, M. K., 265  
 Searl, S., Jr., 546  
 Sears, S., 186  
 Sedvall, G., 387  
 Seeman, J., 76  
 Seeman, T., 207  
 Seeman, T. E., 184  
 Segal, M., 523  
 Segal, Z. V., 215, 297  
 Segraves, R. T., 285  
 Seidman, E., 76, 562  
 Seidman, L. J., 465  
 Seidman, S., 272  
 Seitamaa, M., 394  
 Seligman, M. E. P., 100, 245, 352  
 Selkoe, D. J., 424  
 Selye, H., 184  
 Semple, J., 423  
 Seppala, M. D., 454  
 Seto, M. C., 297  
 Seuchter, S. A., 506  
 Shady, G., 506  
 Shaffer, D., 141, 556  
 Shaffer, J. W., 211  
 Shah, F., 229  
 Shalev, A. Y., 257  
 Shapiro, E. G., 516  
 Shapiro, F., 178, 311, 325  
 Shapiro, M. F., 187  
 Shapiro, S., 502  
 Sharfstein, S. S., 566  
 Sharman, C., 196  
 Sharp, W., 486  
 Sharpe, M., 441  
 Shatzberg, A. F., 300, 400  
 Shaywitz, B. A., 543  
 Shaywitz, S. E., 543  
 Shea, J. M., 28, 257  
 Shea, M. T., 306  
 Shea, S., 313  
 Shea, S. C., 322  
 Shea, T., 355  
 Shear, M. K., 357  
 Sheehan, A., 455  
 Sheehan, S., 564, 567  
 Sher, L., 345  
 Sherman, D. K., 166  
 Sherrill, J. T., 363  
 Shidlo, A., 275, 287  
 Shiffman, S., 198  
 Shifrin, H., 535  
 Shimizu, E., 350  
 Shink, E., 362  
 Shinn, M., 76  
 Shore, E. R., 212  
 Shorter, E., 534  
 Shuh, G. M., 380  
 Shukla, S., 363  
 Shulberg, H. C., 356  
 Shumaker, S. A., 428  
 Shuman, D. M., 570  
 Siddiqui, A., 435  
 Siegel, B., 528  
 Siegel, D. H., 485  
 Siegel, J. M., 1638  
 Siegel, L., 363  
 Siegel, P. T., 192  
 Siegler, I. C., 206  
 Siek, K. R., 577  
 Siever, L. J., 306, 309, 310, 315, 316, 398  
 Sievers, P., 516  
 Sigafos, J., 531
- Sigman, M., 499  
 Sigvardsson, S., 318  
 Silk, K. R., 306, 317  
 Silva, P. A., 247, 496  
 Silver, J. M., 416  
 Silver, L. B., 488  
 Silver, R. C., 165  
 Silverman, W. K., 163  
 Simkin, S., 365  
 Simon, G. E., 344, 362  
 Simoneau, T. L., 363  
 Simons, A. D., 346  
 Simpson, E. E., 468, 469  
 Simpson, J. L., 538  
 Simpson, R. L., 529  
 Singer, T., 152  
 Siqueland, I., 111  
 Sisodiya, S., 435  
 Sklar, L. S., 211  
 Skodal, A. E., 303, 306, 310, 312, 315, 316, 320, 324, 338, 490  
 Skoner, D. P., 190  
 Slipper, F. M. E., 288  
 Small, G. W., 425  
 Smalley, S. L., 486  
 Smith, A., 435  
 Smith, D. F., 540  
 Smith, D. M., 427  
 Smith, E. M., 257  
 Smith, M. L., 101  
 Smith, T., 527  
 Smith, T. W., 205, 206  
 Smith, Y. L. S., 287  
 Sobell, L. C., 452, 453  
 Sobell, M. G., 452, 453  
 Söchting, I., 265  
 Sokolow, M., 152  
 Solowij, N., 468  
 Song, H., 183  
 Sorbi, M. J., 213  
 Sorenson, T., 469  
 Sorri, A., 394, 395  
 Sotsky, S. M., 355  
 Soutullo, C. A., 298  
 Sparling, J. J., 544  
 Speltz, M. L., 489  
 Spencer, T., 488  
 Sperling, M. K., 374  
 Spiegel, D., 211, 257  
 Spierings, E. C. H., 213  
 Spirito, A., 365  
 Spitzer, R. L., 142, 257, 303, 310, 312, 320, 324, 338, 490  
 Spoerri, E., 10  
 Spratley, T., 456  
 Spurlock, J., 114, 507  
 Squire, L. R., 424  
 Squires-Wheeler, E., 396, 397  
 Srebnik, D., 28  
 Staley, D., 506  
 Stanton, A. L., 186  
 Stanton, W. R., 496  
 Starcevic, V., 229  
 Stassen, H. H., 332  
 Steadman, H. J., 568  
 Steffen, T., 462  
 Stein, B. D., 165  
 Stein, D. J., 252, 256, 260  
 Stein, M. B., 245, 257  
 Steiner, H., 192  
 Stephens, J. H., 407  
 Stephens, R. J., 506  
 Stephens, R. S., 468, 469  
 Stermac, L. E., 297  
 Stern, H. P., 488  
 Stern, T. P., 488  
 Stevens, J. A., 186  
 Stevenson, R. G., 167
- Stewart, D., 462  
 Stewart, E., 454  
 Stewart, M. A., 493  
 Stice, E., 190  
 Stickney, M. I., 198  
 Stinnett, R. D., 295  
 Stone, D. K., 317  
 Stone, M. H., 314, 315, 317  
 Stone, W. L., 522, 545  
 Storr, A., 112, 355  
 Stout, R., 306  
 Strakowski, S. M., 298  
 Strand, J. G., 316  
 Strauch, J. D., 545  
 Strausser, B. P., 501  
 Strayer, D. L., 506  
 Streissguth, A. P., 445, 539, 540  
 Streuning, E. L., 484, 490, 492, 503  
 Strickland, T. L., 135  
 Strober, M., 192  
 Stroebe, M., 167  
 Stroebe, W., 167  
 Strojwas, M. H., 425  
 Strong, M. J., 349  
 Stroud, M. W., 222  
 Stroup, S., 391  
 Stuart, S., 229, 350  
 Stunkard, A. J., 195  
 Sturm, R., 356  
 Stusser, E. S., 568  
 Subotnik, K. L., 310  
 Substance Abuse, 441  
 Suckow, R. F., 319  
 Suddath, R. L., 390  
 Sullivan, L. R., 341  
 Sundgot, B. J., 192  
 Swank, R. T., 211  
 Swartz, H. A., 350  
 Swartz, M. S., 568  
 Swedensson, J., 363  
 Sweeney, J. A., 364  
 Swenson, C. R., 319  
 Swinson, R. P., 245  
 Szatmari, P., 333
- T**
- Taiminen, T., 431  
 Takei, N., 385  
 Tang, T. Z., 346  
 Tang, Y. P., 48, 350  
 Tasker, F., 276  
 Tasman, A., 577  
 Taylor, A., 82, 494  
 Taylor, C. T., 323  
 Taylor, D., 116, 118  
 Taylor, E. H., 393  
 Taylor, M. J., 449  
 Taylor, O. B., 209  
 Taylor, P., 298  
 Taylor, S., 257, 265  
 Taylor, S. E., 184, 185  
 Teicher, M. H., 486  
 Tellis, C., 405  
 Templeman, T. L., 295  
 Tennant, C. C., 467  
 Tennstedt, S. L., 427  
 Tenovuo, O., 431  
 Teplin, S., 522  
 Tessitore, A., 241  
 Thakker, J., 137  
 Thal, L., 428  
 Thase, M. E., 332, 347, 357, 361  
 Thede, L. L., 288  
 Thom, E., 538  
 Thomas, A., 504  
 Thomas, K. M., 315  
 Thompson, P. M., 423  
 Thompson, J. W., 245

- Thompson, W. D., 335  
 Thomsen, A. H., 500  
 Thomsen, P. A., 501  
 Thordarson, D. S., 265  
 Thorell, L. H., 345  
 Thorn, B. E., 222  
 Thorndike, R. L., 142  
 Thornton, L. M., 277, 336  
 Thorsen, T., 469  
 Thys, E., 567  
 Tienari, P., 394, 395  
 Tietler, J. O., 558  
 Tiffany, S. T., 470  
 Todd, R. D., 520  
 Todisco, P., 197  
 Toga, A. W., 423  
 Tohan, M., 308  
 Tohen, M., 24  
 Tolstrup, S. S., 469  
 Tomb, D. A., 340, 341  
 Tondo, L., 362  
 Toner, B. B., 215  
 Tonge, B. J., 498, 499  
 Tonge, J., 546  
 Tooney, R., 465  
 Torgersen, S., 349  
 Torrey, E. F., 390, 393  
 Torrey, N. C., 319  
 Touyz, S. W., 192  
 Towbin, K. E., 500, 502  
 Townsend, L. A., 402  
 Treasure, J., 192  
 Trefz, F., 535  
 Tremblay, R. E., 491  
 Tricker, J., 196  
 Trivedi, M., 355  
 Troughton, E., 493  
 True, W. R., 494  
 Tryon, W. W., 141  
 Tseng, W. C., 23  
 Tsien, J. Z., 350  
 Tsuang, M. T., 24, 308, 465, 494  
 Tuchman, R. F., 522  
 Turk, D. C., 222  
 Turner, C. W., 206  
 Turner, S. M., 247, 250  
 Twigg, D. A., 295  
 Tyndale, R. F., 449  
 Tyrer, P., 364
- U**  
 Uba, L., 137  
 Uchtenbagen, A., 462  
 Uhde, T. W., 245  
 Ulmer, D., 207  
 Ulrich, R. F., 402, 403, 407  
 Umbricht, A., 464  
 United States Preventative Services Task Force, 333  
 Unverzagt, F. W., 427  
 Ustun, T. B., 135
- V**  
 Vaccarino, V., 207  
 Vahtera, J., 210  
 Vaillant, G. E., 452  
 Vajik, F. C., 363  
 Valenstein, E., 416  
 Valois, R. F., 196  
 van der Ende, J., 479  
 van der Kolk, B. A., 165, 257  
 van Duijn, C. M., 424  
 van Goozen, S. H. M., 287  
 Van Kammen, D. P., 387  
 Van Praag, H., 319  
 van Sweiten, J. C., 424  
 Van Tighem, P., 258  
 Van Wie, V., 166  
 Vargas, J. S., 68  
 Varney, N. R., 430  
 Varuelle, M., 310  
 Vasile, R. G., 349  
 Vaughn, C., 405  
 Veale, D., 229  
 Vega, W., 135  
 Velez, C. N., 484, 490, 492, 503  
 Vena, J. E., 367  
 Vendetti, J., 468  
 Veneselli, E., 535  
 Venturini, A., 356  
 Vercruyssen, V., 567  
 Verdoux, H., 385  
 Verhulst, F. C., 479  
 Vernberg, E. M., 163  
 Vernon, P. A., 257  
 Verreault, R., 424  
 Videen, J. S., 449  
 Vieta, E., 357  
 Viguera, A. C., 362  
 Villeneuve, A., 362  
 Vinh, T., 560  
 Vinogradov, S., 108  
 Violanti, V. M., 367  
 Virag, R., 284  
 Virkkunen, M., 319  
 Vital and Health Statistics, 240  
 Vitale, A., 506  
 Vitousek, K., 192  
 Vizueta, N., 315  
 Volavka, J., 319  
 Volkmar, F. R., 522  
 Volkow, N. D., 472  
 von Knorring, A. L., 319  
 Von Korff, M., 135
- W**  
 Wada, T., 408  
 Wadden, T. A., 196  
 Waddington, J. L., 389  
 Wadsworth, K. N., 469  
 Wadsworth, M. E., 500  
 Wagner, E. F., 453  
 Wagner, P. S., 373  
 Wahlbeck, K., 400  
 Wahlberg, K. E., 394, 395  
 Waite, D., 467  
 Walburn, J., 229  
 Walinder, J., 287, 345  
 Walker, E. F., 391  
 Walker, J. R., 245  
 Walkup, J. T., 486, 499  
 Wallace, R. B., 428  
 Walsh, B. T., 198, 286, 288, 427  
 Walshe, D. G., 389  
 Walter, J. M., 486  
 Walters, E. E., 335  
 Wampold, B. E., 102, 349  
 Wand, R., 506  
 Wang, G. J., 472  
 Wang, P. S., 335  
 Wapner, R., 538  
 Ward, A., 192  
 Ward, S. R., 166  
 Ward, T., 137  
 Warren, C. A. B., 348  
 Warren, K., 209  
 Wasik, B. H., 544  
 Wassell, G., 510  
 Wasserstein, J., 488  
 Wassertheil-Smolter, S., 428  
 Wasti, S. A., 299  
 Watkins, J., 355  
 Watson, J. B., 66  
 Waxtawski-Wende, J., 428  
 Weale, M. E., 435  
 Wearden, A., 212  
 Webster-Stratton, C., 495  
 Wechsler, D., 142  
 Weersing, V. R., 510  
 Wehr, T. A., 345  
 Weinberg, T. S., 294  
 Weinberger, A., 353, 354  
 Weinberger, D. R., 241, 390, 391  
 Weinberger, L. E., 561  
 Weinblatt, E., 206  
 Weiner, M. F., 420  
 Weingarten, K., 259  
 Weinstein, R. S., 559  
 Weiser, M., 399  
 Weiseth, L., 257  
 Weiss, G., 487, 488  
 Weiss, M., 487  
 Weiss, R., 430  
 Weiss, R. D., 463  
 Weiss, R. M., 102  
 Weissberg, R. P., 559  
 Weissenbach, J., 362  
 Weissman, M. M., 99, 313, 335, 336, 337, 338  
 Weisz, J. R., 510  
 Weitof, G. R., 481  
 Welch, S. L., 195  
 Weller, E. B., 504  
 Weller, R. A., 504  
 Wells, K. B., 356  
 Welner, J., 394  
 Wender, P. H., 394, 488  
 Werdegard, D., 152  
 Werner, E. E., 551  
 Werry, J. S., 510  
 Wessely, S., 259  
 Westen, D., 66  
 Wetterberg, L., 345  
 Whilte, J. M., 462  
 Whitaker, L. C., 365  
 White, J., 416  
 White, S., 166  
 Whitley, M. K., 491  
 Whittall, M. L., 265  
 Wicks-Nelson, R., 532  
 Widiger, T. A., 315, 316, 326, 327  
 Widom, C. S., 318, 321  
 Wiener, J., 543  
 Wilens, T., 488  
 Wilhelm, F. H., 249  
 Wilhelm, S., 229  
 Wilkinson, G., 169  
 Willemsen, R., 536  
 Williams, C. J., 294  
 Williams, J. B. W., 142, 303, 310, 312, 320, 324, 338, 490  
 Williams, K., 166  
 Williams, L., 401  
 Williams, R. B., Jr., 206  
 Williams, T. M., 472  
 Williamson, G. M., 189  
 Willick, M. S., 399  
 Willis, S. L., 427  
 Willson, R., 229  
 Wilson, A., 380  
 Wilson, C. A., 427  
 Wilson, G., 294  
 Wilson, G. T., 112, 198, 286, 288  
 Wilson, J. P., 257  
 Wilson, R. S., 427  
 Winett, C. A., 363  
 Wineze, J. P., 281  
 Wing, L., 531  
 Wing, R. R., 198  
 Winokur, G., 357, 361  
 Wintemute, G. J., 365  
 Wirshing, W. C., 401  
 Wise, T. N., 296  
 Wittchen, H. U., 135, 142, 336, 337, 338  
 Wittermen, J. C. M., 424  
 Wolf, L. E., 397, 488  
 Wolf, S., 207  
 Wolff, G., 198  
 Wolfson, C., 424  
 Wolk, S., 462  
 Wollard, J. L., 77  
 Wolraich, M. L., 486  
 Wong, C. J., 465  
 Wong, M. D., 187  
 Wood, J. J., 499  
 Wood, M. D., 451  
 Wood, N. W., 435  
 Woods, S. W., 265  
 Woodworth, G., 493  
 Woolf, L., 359  
 Woolf, V., 359  
 Work Group on Borderline Personality, 316, 317  
 Wortman, C. B., 276  
 Wright, F. D., 264  
 Wright, M., 365  
 Wynne, L. C., 394, 395
- X**  
 Xian, H., 465, 494
- Y**  
 Yagla, S. J., 229  
 Yalom, I. D., 108  
 Yates, W. R., 171, 493  
 Yeh, E.-K., 336, 337, 338  
 Yehuda, R., 266  
 Yoshikawa, H., 76, 560  
 Young, D., 498  
 Young, J. E., 353, 354  
 Yount, S. E., 211, 288  
 Yudofsky, S. C., 401, 416, 421
- Z**  
 Zadra, A., 203  
 Zahn, T. P., 501  
 Zamorski, M. A., 244  
 Zanarini, M. C., 306, 317  
 Zhang, H., 506  
 Zhang, R., 141  
 Zhou, A. J., 165  
 Zhou, M. H., 171  
 Zhuo, M., 350  
 Zigler, E., 554  
 Zijdenbos, A., 486  
 Zimmerman, M., 315  
 Zins, J. E., 559  
 Zubicaray, G., 423  
 Zucker, K. J., 288  
 Zweig-Frank, H., 313

# Índice temático

## A

- 11 de septiembre de 2001, 166
- AA, *véase* Alcohólicos Anónimos
- Abstinencia, 442, 475
  - de alcohol, 447
  - de sustancias psicoactivas, 442
  - síntomas de, 469
- Abstinencia de la cocaína, 463
- Abstinencia de opioides, 460
- Abstinencia y abuso del alcohol, 452, 453
- Abuso de drogas y la terapia conductual dialéctica, 319
- Abuso de la pareja, 557-558, 578
- Abuso de menores, 557-558, 578
  - y el trastorno antisocial de la personalidad, 321
- Abuso de sustancias, 441, 443, 475
  - en bulimia, 195
  - y el trastorno bipolar, 362
- Abuso del alcohol, 445, 475
  - y trastorno por estrés posttraumático, 257
- Abuso sexual, 96-97, 281, 296-297, *véase también* pedofilia
- Abuso sexual de menores, 298, *véase también* Victimización sexual
- Acatamiento al régimen de medicamentos, 118
- Accidentes, como factores estresantes, 163
- Accidentes cerebrovasculares (CVA), 438, 557-558
  - y uso de alcohol, 445
- Aceptación, 75, 102, 108
  - en la terapia Rogeriana, 177
- Aceptación incondicional, 98, 122
- Acetilcolina, 342, 269, 423, 468
- Ácido Desoxiribonucleico, *véase* ADN
- Ácido gamma aminobutírico, *véase* GABA
- Aclaración de normas, 108
- Acoso sexual, 298-299
- Acrofobia, 246
- Actitudes culturales hacia el suicidio, 365
- Activación en el trastorno por estrés agudo (ASD), 171
- Actividad cerebral, 54
- Actividad de las ondas cerebrales, 319
- Actividad de onda lenta, 54
- Activismo gay, 275-276
- Acuafobia, 246
- Aculturación, 110, 445
- Acumulación, 254-255
- Adaptación, 20-21, 40, 162
  - definición, 8-9
- Addington v. Texas*, 441
- Adherencia al medicamento, 188, 400-401
  - y etnicidad, 137
- Adicción selectiva a las drogas, 58
- Adicción, 441
- Adler, Alfred, 65
- ADN, 48, 49, 82
- Afasia, 434
- Afro-estadounidenses, estado de salud de los, 187
  - trastornos fóbicos en los, 246
- y cardiopatías, 205
- y diagnóstico, 135-136
- y estrés, 157
- y evaluación psicológica, 136
- y obesidad, 197
- y riesgo de la presión arterial, 208
  - y sobrevivencia al cáncer, 212
- Afrontamiento, 20-22, 129-130, 154, 158-162, 178, 179
  - de la epilepsia, 435
  - del dolor, 222, 223
  - del estrés, 245
  - del infarto, 207
  - diferencias de género en 336
  - en el trastorno de ansiedad, 259
  - en el trastorno de la personalidad por evitación, 323
  - en la esquizofrenia, 402-403
  - trastorno por estrés posttraumático, 257
  - y el síndrome del intestino irritable, 215
- Afrontamiento activo del dolor, 222
- Afrontamiento conductual, 161
- Afrontamiento quirúrgico del paciente, 160
- Agencias de la comunidad y la prevención, 561
- Agonista, 58
- Agorafobia, 243, 246, 250-252, 268
- Agresión y prácticas de crianza, 556
- Aislamiento, 261, 268
- Aislamiento social y cardiopatías, 205
- Ajuste personal, 102
- Alcohólicos Anónimos (AA), 454, 475, 563
- Alojamiento alternativo, 564, 578
- Alprazolam, 266, 269
- Alteración afectiva en el trastorno límite de la personalidad, 316
- Alteración de la conducta en el trastorno adaptativo, 170
- Alteración de la identidad en el trastorno límite de la personalidad, 314, 316
- Alucinaciones hipnagógicas, 202, 216
- Alucinaciones, 374, 407, 436, 380, 381, 402, 409, 428, 466, 467, 428
  - en la infancia, 503-504
- Alzheimer, Alois, 423
- Ambiente familiar, 51
  - en la esquizofrenia, 394-395
  - y el trastorno de la conducta, 494
- Ambiente no compartido, 51
- Amígdala, 266
- Amnesia, 173, 433
- Amnesia disociativa, 173-174, 180
- Amniocentesis, 538
- Análisis del estado mental, 140-141, 154, 416-417, 437
- Anatomy of Melancholy*, 15, 40
- Anestésicos disociativos, 466
- Anfetaminas, 465, 476
- Angina de pecho, 204, 216
- Angustia marital, 280
  - prevención de 555
- Anorexia nerviosa, 190-194, 216
- Anormalidades bioquímicas del cerebro, 391, 501
- Anormalidades cromosómicas, 48, 534
- Anormalidades físicas, 390, 410
- Ansiedad, 23, 106, 117, 177, 238-240, 424, 428, 434, *véase también* trastornos de ansiedad
  - auto descripción de, 238
  - e insomnio, 201
  - el modelamiento en, 70
  - en bulimia, 195
  - en disfunción eréctil, 279
  - en el autismo, 529
  - en el punto de vista de Freud, 62, 63
  - en el síndrome de fatiga crónica, 212
  - en el trastorno adaptativo, 170
  - en el trastorno Asperger, 529
  - en trastornos de la conducta alimentaria, 193
  - perspectiva de Rogers, 75
  - punto de vista histórico, 239
  - tranquilizantes para, 459
  - trastorno por estrés agudo, 171
  - y conducta antisocial, 319
  - y dismorfia muscular, 231
  - y dolor, 223
  - y el estrés, 163, 165
  - y el luto, 167
  - y el síndrome del intestino irritable, 215
  - y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481, 486
  - y el trastorno somatomorfo, 226
- Ansiedad de separación y agorafobia, 252
- Ansiedad nerviosa, 256
- Ansiedad por el rendimiento, 249
- Ansiedad en disfunción eréctil, 279
- Ansiosos, 116, 117, 124, 177, 202
  - en trastornos de la conducta alimentaria, 192
- Antagonista, 58
- Anticonvulsivos en el autismo, 528
- Antidepresivos tricíclicos (TCA), 266, 269, 342, 343, 370
- Antidepresivos, 58, 116, 124, 177, 198, 244, 326, 502, 343-346, 370
  - en trastornos de la conducta alimentaria, 192
  - para el trastorno de la ansiedad, 266-267
  - para el trastorno de Tourette, 506
  - para la crisis de pánico, 251
  - para niños, 502
- Antiepilépticos, 435
- Antígeno, 58
- Antipsicóticos atípicos, 400
- Antipsicóticos, 116, 117, 124, 400-401, 407, 410, 465, 466
- Anulación, 64, 261, 268
- Aparato psíquico, 62
- Apego, 324, 497
- y trastorno límite de la personalidad, 315
- Aplanamiento emocional, 307
- Apnea del sueño, 202, 216
- Apolipoproteína E (Apo E-E4), 424
- Apoyo, 102, *véase también* apoyo social
  - del medio ambiente, 22
- Aprendizaje implícito, 71
- Aprendizaje operante, 103
- Aprendizaje social, 74, 108
  - y parafilia, 297
- Aprendizaje vicario, 108
- Área de Broca, 380
- Área de Wernicke, 380
- Aristóteles, 12-13
- Arteriosclerosis, 204, 216, 469
- Asertividad, 209
- Asesoramiento, para pruebas genéticas, 430
  - para reacciones de duelo, 167
- Asiático-americano, 114, 136, 137
  - en interacciones clínicas, 136, 137
  - y el diagnóstico, 136
  - y la deserción escolar, 560
  - y sensibilidad al alcohol, 449
- Asilo, 18
- Asistencia comunitaria para los discapacitados, 565
- Asma, 183, 200
- Asociación libre, 63-64, 96, 122
- Aspectos éticos de la investigación, 39, 42
- Aspectos legales de la enfermedad mental, 568-574
- Aspectos legales de la prevención, 578-579
- Atención, en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481
  - en esquizofrenia, 396
  - problemas de, 481, *véase también* trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Atención administrada, 100, 116
- Atracones, 190, 193, 198, 216
  - y terapia conductual dialéctica, 319
- Atribución, en depresión, 352
  - y depresión infantil, 504
- Atrofia cerebral en demencia, 420
- Aura, 213
- Auto-actualización 75, 84
- Auto-comprensión, 108
- Auto-identidad en la disociación, 172
- Auto-imagen, 75
  - como resultado del abuso, 558
- Auto-preocupaciones, 161
- Auto-concepto, 75
- Auto-culpa, 162
- Auto-determinación, 75
- Auto-eficacia, 72
  - y trastorno de la ansiedad, 262
- Auto-esquemas, 72, *véase también* esquemas
- Auto-lesión 501
  - en el autismo, 528
- Auto-monitoreo, 297



Auto-observación, 29  
 Auto-psicología, 83  
 Auto-regulación, 71  
 Auto-revelación, 108  
 Axón, 52  
 Ayuda social, 76, 78, 84, 162, 179, 189, 190, 247  
 en el luto, 167-168  
 en el trastorno bipolar, 363  
 para el cáncer, 211-212  
 trastorno por estrés  
 posttraumático, 257  
 y ajuste al trastorno cerebral, 414  
 y el estrés, 162, 189-190, 500  
 y el trastorno de la conducta, 494, 495  
 y la depresión, 336  
 y vulnerabilidad, 162

## B

Baird, Perry, 19  
 Balance de electrolitos, 195  
 Bandura, Albert, 70-71  
 Barbitúricos, 457, 459, 475  
 Bebés del crack, 464  
 Beck, Aaron T., 73, 98, 104  
 Beers, Clifford, 19, 41  
 Benson Herbert, 209  
 Benzodiazepinas, 459  
 para el trastorno de la  
 ansiedad, 266, 269  
 Beta amiloide, 424, 426, 437  
 Bidet, Alfred, 142, 155, 533  
 Bigsby, Michaela, 164  
 Biorretroalimentación, 103, 122, 153, 155  
 y dolor, 223-225  
 Bisexualidad, 276, 299  
 prevalencia de, 273  
 y suicidio, 365  
 Bleuler, Eugene, 376  
 Breuer, Joseph, 60  
 Brujería, 13  
 Buechner, David, 286  
 Bulimia  
 Bulimia nerviosa, 190, 193-195, 216  
 Buprenorfina, 462  
 Burton, Robert, 15, 40

## C

Cafeína, 447, 471  
 Caja de Skinner, 67  
 Cambio de conducta, 35  
 Cambio social y los problemas de  
 vida, 562  
 Cambios cerebrales al inicio de la  
 enfermedad de Alzheimer, 425  
 Camisa de fuerza, 19  
 Cáncer, 184, 210-212, 216  
 y la obesidad, 197  
 Cannabis 467, 476  
 Cannon, Walter, 158  
 Capacitación conductual para el  
 trastorno por déficit de  
 Atención con hiperactividad,  
 487-488  
 en el autismo, 526-528  
 en el trastorno de la conducta,  
 494  
 Capacitación de habilidades  
 cognitivas, 401-402  
 en demencia, 421

Capacitación de habilidades  
 sociales, 117, 351  
 en la esquizofrenia, 403  
 y retraso mental, 545-546  
 Capacitación de habilidades, 160  
 en la esquizofrenia, 401-403  
 para los cuidadores de la  
 enfermedad de Alzheimer,  
 426-427  
 Capacitación de solución de  
 problemas en la esquizofrenia,  
 404  
 Capacitación en la mejora de la  
 comunicación, 363  
 en la disfunción sexual, 285  
 Capacitación en las habilidades  
 conductuales en la demencia,  
 421  
 Capacitación para padres  
 para el síndrome de Down, 537  
 trastorno negativista-  
 desafiante, 490, 495  
 y el trastorno de la conducta,  
 494  
 Capacitación vocacional, 545, 549  
 Características de demanda en la  
 investigación, 38  
 Características de la personalidad y  
 la enfermedad, 185  
 Cariotipos, 48  
 Casa de custodia, 564, 578  
 Casa de medio internamiento, 406, 567, 578  
 Caso (extendido),  
 rechazo escolar, 87-88  
 terapia cognitiva, 91-94  
 trastorno por estrés  
 posttraumático, 88-91  
 Caso índice, 384, 394  
 Caso Tarasoff, 576  
 Castigo, 67, 83  
 Catastrofizar, 162  
 Catecolaminas, 216, 341, 369  
 e infarto, 205  
 Categorías del diagnóstico,  
 131-133, 154  
 Cefalea, 213-215, 217  
 Cefalea por contracción muscular,  
 véase migraña  
 Cefalea por tensión, 213, 217  
 Célula colinérgica, 423  
 Células cerebrales, 423  
 Centro social, 562  
 Centros de alivio después de una  
 violación, 166  
 Centros de prevención de crisis,  
 367, 362  
 Cerebelo, 463, 486  
 Cerebro, 53, 53-56  
 efectos del alcohol en, 449  
 César, Julio, 435  
 Cese del tabaquismo, 470-471  
 CI verbal, 143, 155  
 Ciclo de atracones y purgas, 198  
 en bulimia, 194  
 Ciclo rápido, 357  
 Ciclotimia, 357  
 Cirugía de reasignación sexual, 287  
 Clark, Brian, 164  
 Clases para padres, 554  
 Clasificación Internacional de  
 Enfermedades (CIE-10), 133, 135  
 Clasificación multiaxial, 130, 133, 154

Clasificación, 127-129, véase  
 también ventajas del sistema de  
 diagnóstico, 128-129  
 de los trastornos de la  
 personalidad, 304-306,  
 328-329  
 desventajas de, 129  
 investigación sobre, 134-137,  
 154  
 Claustrofobia, 246  
 Clomipramina, 266  
 Clorpromazina, 400  
 Clozapina, 400  
 Cocaína, 462-465, 472, 476  
 Cocainómanos Anónimos, 464  
 Cociente intelectual (CI), 142, 155  
 Coeficiente de correlación, 38  
 Cogniciones, 73  
 Comité nacional para la higiene  
 mental, 19  
 Comorbilidad, 269, 357  
 de los trastornos de ansiedad y  
 del estado de ánimo, 253  
 en depresión infantil, 504  
 y el síndrome del intestino  
 irritable, 215  
 y el trastorno por déficit de  
 atención con  
 hiperactividad, 486  
 y la depresión, 496  
 y trastorno de ansiedad, 267  
 y trastorno límite de la  
 personalidad, 315  
 y trastornos del estado de  
 ánimo, 333, 338  
 y trastornos relacionados con el  
 alcohol, 446-447  
 Comparaciones transculturales,  
 136-137  
 Competencia,  
 legal, 576, 578  
 para ir a juicio, 568, 571  
 Complejo de Edipo, 272  
 Complicaciones obstétricas en la  
 esquizofrenia, 389  
 Comprensión, 96, 114, 122  
 Compulsiones, 243, 428  
 Concordancia, 50  
 Condicionamiento, 261  
 Condicionamiento clásico, 67, 83, 103  
 y la respuesta a la violación,  
 166  
 Condicionamiento instrumental,  
 véase condicionamiento  
 operante  
 Condicionamiento operante,  
 67-70, 83, 103  
 para los trastornos del dolor,  
 221  
 Condicionamiento versivo, 451, 475  
 Condiciones fetales y retraso  
 mental, 538, 548  
 Conducta antisocial, 80  
 y herencia, 82  
 Conducta auto-destructiva,  
 313-314  
 Conducta auto-estimulante, 527  
 Conducta compulsiva, 268  
 Conducta criminal y trastorno  
 antisocial de la personalidad,  
 318-319, 321  
 Conducta de evitación,  
 después de la violación, 166

en el trastorno de ansiedad,  
 259  
 Conducta de revisión, 501  
 en el trastorno obsesivo  
 compulsivo, 255  
 Conducta delincuente, 553-554  
 Conducta desadaptada, 40, 76  
 como defecto orgánico, 11  
 definido, 9  
 en la infancia, 479  
 explicaciones supernaturales  
 de, 9-10  
 perspectiva antigua de, 12-13, 40  
 perspectiva en la Edad Media,  
 13-14  
 proceso psicológico y, 15  
 y cognición 72-73  
 Conducta desordenada, 381  
 Conducta desviada, 9  
 Conducta homosexual, 299  
 Conducta idiosincrásica, 310  
 Conducta impulsiva, 429  
 en bulimia, 195  
 en el trastorno límite de la  
 personalidad, 316  
 Conducta manipuladora, 311  
 Conducta motora en la  
 esquizofrenia, 391  
 Conducta no verbal, 364  
 Conducta obsesiva, 252, 268  
 en el autismo, 528  
 Conducta patológica  
 atribuciones para, 8  
 puntos de vista recientes de,  
 19-20  
 Conducta sexual oral-genital, 273  
 Conducta suicida, 344  
 Conductas de atención colectiva,  
 522, 547  
 Confabulación, 420, 437  
 Conferencia sobre el caso, 131  
 Confiabilidad, 145  
 en el diagnóstico, 134  
 en la observación conductual,  
 29  
 Confidencialidad, 576-577, 579  
 Conflicto, 15  
 Conflicto de los padres y el  
 desarrollo infantil, 558-559  
 Conflicto inconsciente, 60  
 Conflicto intrapsíquico 60  
 Consciente, 60, 61, 83  
 Consentimiento informado,  
 575-576, 579  
 Consumer Reports, 100  
 Consumo de alcohol,  
 universitarios, 458  
 Contagio social, véase histeria  
 masiva  
 Contagio suicida, 367, 371  
 Contenidos mentales  
 inconscientes, 60  
 Contexto cultural, 327  
 continuo de la disociación, 172  
 Contratransferencia, 96, 122  
 Control personal, 204, 215  
 Control,  
 de sentimientos, 185  
 pérdida de, 255  
 Controversia naturaleza-crianza,  
 51, 59  
 Contusión, 430, 438  
 Contusión del tejido cerebral, 430, 438  
 Convulsiones, 466  
 Coprolalia, 505, 512

- Corea de Huntington, *véase* enfermedad de Huntington
- Corteza adrenal, 56
- Corteza cerebral, 54, 463
- Corticoesteroides adrenales, 56
- Cortisona, 266
- Costumbres culturales y las relaciones sexuales, 273
- Cowan, Donovan, 164
- Crack, 463-464, 476
- Crímenes por odio, 4-5
- Crisis de ansiedad generalizada, 245
- Crisis de pánico, 237, 241, 251, 268
- características clínicas de, 242
- Crisis epiléptica, 434
- Crisis personal, 166
- Cromosomas, 48, 82
- Cuatro A's, 376
- Cuestionario de los eventos de vida, 163
- Cuestiones raciales en el tratamiento terapéutico, 28
- Cuidados prenatales, como prevención, 556
- y retraso mental, 540-541
- Culto Heaven's Gate, 367
- Cullen, William, 16
- Curandero, 9-10
- CVA, *véase* accidentes cerebro vascular
- Chamán, 10, 40
- Charcot, Jean, 184
- CHD, *véase* enfermedad coronaria
- Chino-americanos y la tasa de mortalidad en, 187
- Churchill, Winston, 354-355
- D**
- Daño cerebral, 416
- Darwin, Charles, 59
- De Beston, Emma, 14
- Defecto orgánico, 11
- Defensa por locura, 568-571, 572-573, 579
- Deficiencia mental, 534
- Deficiencia vitamínica, 434
- Déficit afectivo en el autismo, 522
- Déficit de atención y uso de estimulantes, 465
- Déficit de las habilidades motoras y uso de estimulantes, 465
- Déficit social, en el autismo, 522
- Déficits cognitivos, como indicadores, 396-398
- en el autismo, 520
- en el síndrome de Down, 537
- Definición de la psicopatología, 5
- Delincuencia juvenil, 552-554
- Delirios, 374, 378-379, 407, 409, 428, 467
- en la esquizofrenia, 408
- en la psicosis, 378
- Delirium, 132, 413, 418-421, 433, 437, 466
- Delirium tremens, 419, 434, 437
- Demencia, 132, 413, 419-428, 433, 436, 437
- Demencia parálitica, 432-433
- Demencia por Multi infarto *véase* demencia vascular
- Demencia presenil, 422, 437, *véase* también demencia
- Demencia senil, 437, *véase* también demencia
- Demencia vascular, 434, 438
- Demencia y el síndrome de Down, 538
- Dementia praecox*, 130, 376
- Dendrita, 52
- Dependencia a sustancias, 442-443, 475
- Dependencia fisiológica del alcohol, 445
- Depresión, 58, 78, 99, 106, 331, 333-336, 357, 369, 424, 428, 431, 434, 467
- contraste con la demencia, 420
- diferencias culturales en, 137
- e infarto, 205
- en bulimia, 195
- en el síndrome de fatiga crónica, 212
- en el trastorno adaptativo, 170
- en el trastorno de la personalidad por dependencia, 324
- en la infancia, 495-496, 502-505
- en parasomía, 203
- en trastornos relacionados al estrés, 179
- enfoque interaccional hacia, 79
- problemas del sueño, 199, 201
- y dismorfia muscular, 231
- y dolor, 223
- y el estrés, 163, 166
- y el luto, 167
- y el síndrome del intestino irritable, 215
- y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481
- y el trastorno por estrés posttraumático, 258
- y el trastorno somatomorfo, 226
- y retraso mental, 546
- y trastornos cardiovasculares, 184
- y trastornos de la conducta alimentaria, 190, 193
- y uso de opio, 462
- Depresión doble, 338
- Depresión maniaca, 19, *véase* también el trastorno bipolar
- Depuración sináptica, 369, 397, 410
- Derechos de los niños, 576
- Derechos de los pacientes, 575-576, 579
- Derrame cerebral, *véase* accidentes cerebro vasculares
- Desapego social, 310
- Desarrollo cerebral, 479
- Desarrollo cognitivo y depresión infantil, 504
- Desarrollo de la personalidad, 159
- teorías de Freud sobre, 60-61
- Desarrollo intelectual en el síndrome de Down, 537
- Desarrollo moral y el trastorno antisocial de la personalidad, 320
- Desarrollo psicosexual, 61-62
- Desarrollo social en el retraso mental, 546
- Desastres, como factores estresantes, 163, 166
- métodos de investigación sobre, 165
- Descartes, 221
- Desconfianza, 307, 424
- Desempeño psicomotor, 465
- Desensibilización, 464
- Desensibilización sistemática, 67, 105, 122, 178, 180, 261, 268
- en terapia sexual, 283
- Desensibilización y procesamiento por movimientos oculares (EMDR), 177
- Deseo sexual inhibido, 278
- Deserción escolar, 559-560
- Desesperanza, 332
- y suicidio, 365-366
- Desinstitucionalización, 26, 41, 121, 124, 567-568
- Desintoxicación, 447, 475
- Desorganización social, 76
- Desorientación, 424
- Despersonalización, 175, 180
- en la disociación, 172
- Desplazamiento, 64, 537, 548
- Desregulación afectiva, 496
- Desregulación conductual, 496
- Desvanecimiento, 103, 122
- Desventaja psicosocial y retraso mental, 540, 544, 548-549
- Desviación de las normas de desarrollo, 479-480
- Desviación estándar, 38, 42
- DET (dietiltriptamina), 465, 476
- Detector de mentiras, *véase* polígrafo
- Detención del pensamiento, 264, 269
- Deterioro cognitivo asociado con el VIH, 431-433, 438
- Deterioro de la coordinación motriz, 505
- Deterioro del rendimiento en el trastorno adaptativo, 170
- Determinantes múltiples, 59
- Determinismo, 67
- Determinismo biológico, 48
- Determinismo psíquico, 60, 83
- Dexedrina, *véase* dextroanfetamina
- Dextroanfetaminas, 487
- Diabetes, 187
- y obesidad, 197
- y retraso mental, 539
- Diagnóstico, 127, 154
- inexactitud del, 129
- y el estatus de la minoría étnica, 137
- Diagnóstico dual, 546
- Diagnóstico diferencial, 256
- Diagnóstico y manual estadístico de los trastornos mentales (DSM), 130, 154
- Diagnósticos superpuestos, 260
- Didion, Joan, 308
- Diferencia de género, en anorexia, 191
- en demencia, 421
- en depresión, 335-336
- en el índice de suicidio, 365
- en el trastorno afectivo estacional, 345
- en el trastorno Asperger, 529
- en el trastorno de angustia, 242
- en el trastorno de ansiedad, 240
- en el trastorno de la conducta, 491-492
- en el trastorno de Rett, 530
- en el trastorno disociativo de la identidad, 174
- en el trastorno fóbico, 246
- en el trastorno histriónico de la personalidad, 311
- en el trastorno negativista-desafiante, 490
- en el trastorno obsesivo compulsivo, 500
- en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 483-484, 486, 488
- en el trastorno por estrés posttraumático, 256
- en el trastorno somatomorfo, 227
- en la discordia familiar, 78
- en la disfunción sexual, 279
- en la enfermedad de Pick, 428
- en la homosexualidad, 273
- en respuesta a problemas sexuales, 280
- en respuesta al alcohol, 447-448
- enfermedad coronaria, 204-205
- trastorno desintegrativo infantil, 530
- trastorno límite de la personalidad, 313
- y la longevidad, 186-187
- y salud, 186-187
- Diferencias culturales, en el diagnóstico, 135-136
- en la culpa, 114
- en la deserción escolar, 560
- en la salud, 187
- Diferencias de la personalidad, 51
- Diferencias étnicas, en depresión, 332, 336
- en el abuso del alcohol, 449
- en el diagnóstico, 135-136
- en el trastorno de ansiedad, 240
- en el trastorno fóbico, 246
- en el uso de alcohol, 445
- en fobia social, 500
- en la deserción escolar, 560
- en la masa corporal, 196-197
- en la salud, 187
- Diferencias raciales, en el abuso de alcohol, 449
- en el índice de suicidio, 365
- en el trastorno de la ansiedad, 240
- en el trastorno fóbico, 246
- en fobia social, 500
- en la depresión, 110, 332, 336
- en la salud, 187
- Dificultades del lenguaje en el autismo, 521-522
- en el trastorno Asperger, 529
- Dilemas del diagnóstico, 212-215, 216
- Dimorfías, 459, 475
- Discordancia, 393
- Discordia familiar, 78
- Discriminación, 28
- Discusiones sobre el caso, 4-5
- Diseño balanceado de placebo, 451
- Diseño de investigación, 37-39
- Disfunción del deseo sexual, 277-278
- Disfunción eréctil, 278, 280, 299
- Disfunción sexual, 271, 277-285, 299

- Dislexia, 542-544  
 Dismorfia muscular, 231, 231, 234,  
*véase también* trastorno  
 dismórfico corporal  
 Disomnias, 201, 216  
 Dispareunia, 281  
 Disquinesia tardía, 117, 400, 401  
 Distorsiones cognitivas en la  
 depresión, 353  
 Distorsiones de transferencia, *véase*  
 transferencia  
 Distracción y dolor, 224  
 Disulfiram, 450  
 Divalproex, 362  
 Diversidad cultural, 114, 123  
 Diversidad étnica, 114, 123  
 Divorcio,  
 preparación infantil para,  
 558-559  
 y el desarrollo infantil, 558-559  
 y el trastorno bipolar, 362  
 Dix, Dorothea, 19, 41  
 Dolor de cabeza en racimo,  
 214-215, 217  
 Dopamina, 345, 391, 430, 450,  
 463, 465, 469, 472, 506  
 Dormitorio, 567, 578  
 Dostoyevsky, Fyodor, 435  
 Down, John, 533  
 DSM, *véase* manual de diagnóstico  
 y estadístico de los trastornos  
 mentales  
 DSM-III, 153  
 DSM-IV-R, 153  
 DSM-IV-TR, 130-131, 133-134,  
 154  
 DT *véase* Delirium Tremens  
 Duelo, 167-168, 332  
 Duloxetina, 346
- E**  
 Eagleton, Thomas, 348  
 Economía de fichas, 103, 122  
 Edad,  
 y el trastorno fóbico, 246  
 y la depresión, 335  
 y trastornos cerebrales 414  
 Edad de la razón, 15-16  
 Edad Media, 13-14  
 Edad mental, 142  
 Educación para padres, sobre el  
 trastorno por déficit de  
 atención con hiperactividad,  
 488  
 para la prevención del abuso en  
 la infancia, 557  
 Educación sexual, 274  
 EEG, *véase* electroencefalograma  
 Efecto de halo, 147  
 Efecto de imitación, *véase* suicidio  
 por contagio  
 Efectos de la expectativa,  
 en el uso de alcohol, 451  
 en la investigación, 38-39  
 Eficacia,  
 de la terapia biológica, 124  
 de la terapia cognitiva, 123  
 de la terapia conductual, 123  
 de la terapia grupal, 123  
 Eficacia cognitiva en la  
 esquizofrenia, 401  
 Eficacia colectiva, 560  
 Eficacia terapéutica, 100-103,  
 112-114  
 con niños, 512  
 Einstein, Albert, 9
- Eje I,  
 categorías, 130, 132-133, 154  
 clasificación, 310  
 Eje II, 130, 133, 144, 147, 154,  
 325, 326  
 clasificación, 310, 532  
 y trastornos de la personalidad,  
 144, 305  
 Eje III, 130, 154  
 Eje IV, 130, 154  
 Eje V, 130, 154  
 Ejemplos de caso,  
 abstinencia de los opiáceos,  
 460  
 acumular, 254-255  
 afrontamiento de la  
 esquizofrenia, 373  
 afrontamiento de los síntomas,  
 210  
 afrontamiento del estrés  
 extremo, 157  
 agorafobia, 250-251  
 alcoholismo, 441  
 amnesia disociativa, 173  
 anorexia, 191-192  
 apoyo de la comunidad, 561  
 asma, 183  
 autismo, 515, 521  
 brujería, 11  
 bulimia, 194-195  
 búsqueda de ayuda, 24-25  
 cáncer y apoyo social, 211-212  
 comunicación en la terapia,  
 118-119  
 conducta agresiva, 559  
 conducta compulsiva, 303  
 conducta de la entrevista, 138  
 conducta maniaca, 358, 359  
 conducta obsesivo-compulsiva  
 en la infancia, 501  
 crisis de pánico, 242  
 de la terapia cognitiva, 264  
 defensa por locura, 551  
 delincuencia juvenil, 553  
 depresión, 332  
 depresión duradera, 504  
 derechos de los pacientes para  
 negarse al tratamiento, 575  
 derechos de los pacientes, 575  
 desarrollo infantil y divorcio,  
 559  
 despersonalización, 175-176  
 diagnóstico, 131  
 disfunción sexual, 271  
 distimia, 337-338  
 duelo, 58  
 efectos de la estigmatización, 7  
 efectos del litio, 362  
 efectos del LSD, 465-466  
 enfermedad de Alzheimer, 413,  
 421-422, 422-423  
 entrevista diagnóstica, 139-140  
 episodio depresivo mayor, 340  
 espectro autista, 524-525  
 esquizofrenia prodrómica, 399  
 esquizofrenia, 391  
 estado de fuga, 174  
 estrés e infarto, 207  
 estrés familiar en la  
 esquizofrenia, 393  
 evaluación de la peligrosidad,  
 25-26  
 factores culturales en la  
 adherencia, 118-119  
 factores culturales en la terapia,  
 114  
 fetichismo, 290-291
- fobia social, 247-248, 249-250  
 fobia, 245  
 hipocondría, 229  
 identidad étnica, 136  
 identidad sexual, 290-291  
 impacto del diagnóstico, 127  
 impacto familiar del retraso  
 mental, 547  
 intoxicación por opiáceos, 460  
 introspección, 96  
 la compulsión a revisar, 255-256  
 la experiencia temprana y la  
 depresión, 349  
 migraña, 214  
 modelamiento, 71  
 narcolepsia, 202  
 no adherencia al medicamento,  
 401  
 obligación de prevenir, 576  
 pedofilia, 271  
 pensamientos obsesivos, 254  
 piromanía, 554  
 preocupación de la comunidad,  
 26  
 primera persona, enojo, 6  
 primera persona, psicosis, 7  
 primera persona, resiliencia,  
 21-22  
 primera persona, violación, 6  
 problemas somáticos, 45  
 psicosis, 373, 374  
 psicosis de la cocaína, 463  
 quiste del lóbulo frontal, 416  
 reacciones al suicidio, 368  
 rechazo escolar, 498-499  
 reentrenamiento en  
 habilidades sociales en la  
 depresión, 351  
 relación médico-paciente, 188  
 respuesta al luto, 169  
 respuestas a la Prueba de  
 Apercepción Temática  
 (TAT), 149  
 resultados de la terapia, 112  
 retraso mental, 14  
 sensibilización encubierta para  
 el exhibicionismo, 296  
 síndrome de alcoholismo fetal,  
 539-540  
 síndrome de la fatiga crónica,  
 212  
 síndrome de Munchausen, 232  
 síndrome del intestino  
 irritable, 215  
 síntomas negativos, 381-382  
 técnica de entrevista en el  
 trastorno antisocial de la  
 personalidad, 321-322  
 terapia cognitivo conductual,  
 353-354  
 terapia combinada para el  
 trastorno de ansiedad, 267  
 terapia combinada para la  
 depresión, 356  
 terapia de exposición para la  
 agorafobia, 251-252  
 terapia de juego, 508-509  
 terapia electroconvulsiva,  
 347-348  
 terapia familiar, 109-110, 510  
 terapia grupal para abusadores  
 de niños, 557  
 terapia psicodinámica para la  
 disfunción sexual, 284  
 terapia psicodinámica, 59-60  
 terapia y creencias irracionales,  
 102-103
- terrores nocturnos, 203  
 transexualismo, 271  
 transición al matrimonio, 170  
 trastorno antisocial de la  
 personalidad, 317, 318  
 trastorno bipolar, 331  
 trastorno de ansiedad  
 generalizada, 241  
 trastorno de identidad sexual  
 en niños, 286  
 trastorno de la conducta, 491  
 trastorno de la identidad sexual  
 en adultos, 286  
 trastorno de la personalidad  
 por dependencia, 306, 324  
 trastorno de la preocupación  
 por el cuerpo, 219  
 trastorno delirante, 408  
 trastorno depresivo mayor con  
 síntomas psicóticos, 341  
 trastorno esquizoide de la  
 personalidad, 303, 308-309  
 trastorno esquizotípico de la  
 personalidad, 308-309  
 trastorno facticio secundario,  
 232  
 trastorno histriónico de la  
 personalidad, 311-312  
 trastorno límite de la  
 personalidad, 314-315  
 trastorno narcisista de la  
 personalidad, 312  
 trastorno negativista-  
 desafiante, 490  
 trastorno obsesivo-compulsivo  
 de la personalidad, 325  
 trastorno paranoide de la  
 personalidad, 307  
 trastorno por déficit de  
 atención con  
 hiperactividad en el adulto,  
 488, 489  
 trastorno por déficit de  
 atención con  
 hiperactividad, 482-483,  
 485, 487  
 trastorno por estrés agudo, 171  
 trastorno por estrés  
 postraumático (PTSD) y  
 violación, 298  
 trastorno por estrés  
 postraumático, 258  
 trastorno psicofisiológico,  
 203-204  
 trastorno psicótico compartido,  
 408-409  
 trastornos de ansiedad, 237  
 trastornos de exteriorización,  
 479  
 travestismo, 271  
 tratamiento conductual de la  
 fobia social, 249, 250  
 tratamiento conductual para el  
 travestismo, 293  
 tratamiento para la fobia, 247  
 tratamiento para la locura, 19  
 tratamiento psicosocial de la  
 esquizofrenia paranoide,  
 406-407  
 travestismo masculino, 292-293  
 valoración de la peligrosidad,  
 572-573  
 Ejercicios de relajación, 209  
 El final común de las drogas, 472  
 Electroencefalograma (EEG), 54



- anomalías en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486-487
- Ellis, Albert, 74, 264
- Ellis, Havelock, 272
- Ello, 62, 63, 83
- Embarazo y el uso de alcohol, 446
- Emoción expresada (EE), 405-406, 410
- Emociones negativas, 189
- Encefalinas, 459, 475
- Encuestas de conducta sexual, 272-275, 299
- Endorfinas, 55, 459, 475
- Energía psíquica, *véase* libido
- Enfermedad cerebro vascular, 416, 434
- Enfermedad coronaria (CHD), 204-210, 216
- Enfermedad de Alzheimer, 421-428, 437
- y el síndrome de Down, 538
- Enfermedad de Huntington, 428, 437
- Enfermedad de Parkinson, 56, 430, 437-438
- Enfermedad de Pick, 428, 437
- Enfermedad maniaco depresiva, *véase* trastorno bipolar
- Enfermedad psicogenética masiva, *véase* histeria masiva
- Enfermedad y el estrés, 188
- Enfermedades mentales, actitudes hacia, 6
- como estigma, 7
- y ofensa sexual, 298
- y suicidio, 364, 371
- Enfermera psiquiátrica, 27, 41
- Enfoque biológico del alcoholismo, 447
- para la disfunción sexual, 284
- Enfoque cognitivo-conductual, 265
- al alcoholismo, 450-453
- en el trastorno de la conducta, 494
- en la disfunción sexual, 283
- en la esquizofrenia, 401
- Enfoque cognitivo-conductual, al abuso sexual, 298
- a la terapia sexual, 283-284
- Enfoque conductual, 495
- Enfoque de clasificación prototípica, 307, 327
- Enfoque de los sistemas familiares, 110
- para problemas sexuales, 281
- Enfoque de Masters y Johnson, 282-283
- Enfoque del control de la bebida, 451, 475
- Enfoque epidemiológico y los trastornos del estado de ánimo, 333
- Enfoque integrador, a los síntomas, 431
- al trastorno cerebral, 435-436, 438
- Enfoque médico de la función sexual, 284
- Enfoque orgánico, 16-17, 41
- Enfoque orgásmico, 12
- Enfoque psicodinámico, al alcoholismo, 450
- en la terapia sexual, 281, 284
- Enfoque psicológico al trastorno bipolar, 363-364
- Enfoque sensato, 282, 283, 300
- Enfoque socio-cognitivo, 74
- Enfoques psicosociales de la esquizofrenia, 401-404, 410
- Ensayo clínico, 35, 36, 116-117
- Ensayo cognitivo, 262, 264, 269
- remediación cognitiva en la esquizofrenia, 402
- Ensayo conductual, 105, 106, 122-123
- Ensayo guiado, 105
- Ensayo preventivo Fast Track, 80, 81
- Entrenamiento asertivo, 106, 123
- Entrevista, 137, 154
- Entrevista clínica estructurada para DSM (SCID), 142, 154
- Entrevista clínica, 137
- Entrevista de evaluación, 137, 139
- Entrevista diagnóstica, 137, 154
- y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 487
- Entrevista estructurada, 141, 154
- Entrevista no estructurada, 138
- Entrevista terapéutica, 137, 154
- Envejecimiento en el síndrome de Down, 537-538
- Envenenamiento agudo de alcohol, 444
- Enzima, 52
- Epicteto, 71
- Epilepsia, 54, 415, 416, 434-435, 438
- y sueño, 200
- Epilepsia psicomotora, 434, 438
- Epinefrina, 216
- e infarto, 205
- Episodio depresivo mayor, 339-341, 369, 407
- con características psicóticas, 369
- Episodio hipomaniaco, 370
- Episodio maniaco, 358, 407
- Erikson, Erik, 65-66
- Errores cognitivos, 74, 99
- Escala completa del CI, 143, 155
- Escala de desesperanza de Beck, 365
- Escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS-III), 143, 155
- Escala de inteligencia Wechsler para los niños (WISC), 143, 155
- Escala de inteligencia Wechsler para preescolares (WPPSI), 143, 155
- Escala de Stanford-Binet, 142
- Escala de validez del MMPI-2, 146
- Escala F, 146
- Escala Fb, 146
- Escala K, 146
- Escala Kinsey de heterosexualidad y homosexualidad, 276
- Escala L, 146
- Escala TRIN, 146
- Escala visual análoga, 147, 155
- Escala VRIN, 146
- Escala de clasificación del MMPI-2, 149
- Escala de clasificación, 147, 155
- Escisión, 66, 316
- Escuela, como recurso de prevención 559-560, 578
- y ansiedad, 498-499
- Especialistas en la salud mental, 26-27
- Espectro autista, 520, 524, 531-532, 548
- Espectro del trastorno de esquizofrenia, 383
- Espectroscopia de resonancia magnética (MRS), 57
- Esquemas, 72, 84, 353, 370
- en la terapia cognitiva, 265
- Esquemas disfuncionales, 72, 74
- Esquizofrenia, 79, 117, 132, 201, 374-407, 409
- Esquizofrenia catatónica, 375, 409
- Esquizofrenia desorganizada, 375, 409
- Esquizofrenia paranoide, 375, 379, 409, 464, 571
- Esquizofrenia sin diferencias, 409
- Esquizofrenia y el trastorno esquizotípico de la personalidad, 310
- Esquizofrenias, Las, 376
- Estadística descriptiva, 31, 38, 42
- Estadística inferencial, 31, 38
- Estadístico Kappa, 135
- Estado civil y la depresión, 336, 337
- Estado de ánimo depresivo, 331-332, 369
- Estado de fuga, 174
- Estados alterados de la conciencia, 97
- Estatut minoritario y el diagnóstico, 137
- Estigma, 40
- de la depresión, 348
- de la homosexualidad, 275
- del daño cerebral, 436
- Estigma social del suicidio, 368
- Estigmatización, 7-8, 78
- Estilo de afrontamiento y sufrimiento, 165
- Estilo de vida y cardiopatías, 207-208
- Estilo de vida y obesidad, 196-197
- Estimulación intelectual para la enfermedad de Alzheimer, 427
- Estimulación magnética transcranial (TMS), 349, 380, 381
- Estimulantes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 487
- Estímulo condicionado (CS), 57
- Estrategia de investigación, 31
- Estrategias de Auto-gestión para el dolor, 234
- Estrés, 21, 41, 158-162, 179, 183, 188
- del cáncer, 211
- e infartos, 205
- e insomnio, 201
- en trastornos de la conducta alimentaria, 195-196
- maternal, 385
- psicosocial, 243
- reacciones clínicas a, 169-177
- reacciones hacia, 177
- y cardiopatías, 216
- y cefalea, 213
- y divorcio, 554
- y dolor, 222
- y el efecto de la condición crónica cerebral, 414
- y el efecto en el cerebro, 266
- y el resfriado, 189
- y el sistema inmunológico, 204
- y el trastorno bipolar, 361
- y el trastorno obsesivo-compulsivo, 260
- y el uso de alcohol, 450
- y la depresión, 334-336
- y la enfermedad, 188-190, 216
- y la presión arterial, 209-210
- y orientación sexual, 276
- Estrés ambiental
- en la esquizofrenia, 383, 392-395
- y el trastorno bipolar, 363
- Estrés de vida, y cardiopatías, 206
- y migraña, 213
- Estrés del combate militar, 163
- Estrés del cuidador, 157, 166, 425
- Estrés familiar, y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 485
- en el trastorno bipolar, 363
- y enfermedad mental, 559
- y retraso mental, 546-547, 549
- Estrés laboral y suicidio, 367
- Estrés paternal en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 485
- Estrés psicológico y delirio, 419
- Estructura cerebral en el autismo, 523
- Estudio de caso e interpretación, juego patológico, 473
- piromanía, 492-493
- tratamiento cognitivo-conductual, 283
- Estudio de caso, 31-32
- componentes cognitivo-conductuales, 107
- daño cerebral, 415
- hermanas Genain, 386-388
- locura y la pena de muerte, 572-573
- trastorno bipolar, 360
- Estudio de seguimiento, 33
- Estudios de adopción de la esquizofrenia, 392
- Estudios de adopción, de la esquizofrenia, 392, 394, 410
- del trastorno de la conducta, 493-494
- y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486
- Estudios de alto riesgo de la esquizofrenia, 410
- Estudios de campo, 133
- Estudios de correlación, 32
- Estudios de gemelos, de depresión, 335
- de la esquizofrenia, 384
- de la orientación sexual, 277
- del autismo, 524
- del trastorno bipolar, 361
- del trastorno de la conducta, 493-494
- del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486
- Estudios de genealogía, 49
- Estudios del ADN de la esquizofrenia, 385
- Estudios familiares, de depresión, 335
- de la esquizofrenia, 392-395, 410
- Estudios longitudinales, 33



- Estudios moleculares genéticos del autismo, 524  
 Estudios prospectivos, 396  
 Estudios transversales, 33  
 Etanol, 475  
 Etapa genital, 62  
 Etapa oral, 61  
 Etapa psicótica, 467  
 Etapas de cambio, 470  
 Etapas del desarrollo, 66  
 Etapas del sueño, 200, 201  
 Etapas psicosociales del desarrollo, 83  
 Etiqueta, 77-78, 84, 129  
   como estigmatización, 7-8  
 Etnicidad, acoplamiento terapeuta-paciente, 101  
 Evaluación, 137-154, 158  
   de peligrosidad, 572, 573  
   de trastornos cerebrales, 416-418, 437  
   métodos de 32  
   para el autismo, 522-523  
   y clasificación, 137  
 Evaluación cognitiva, 150-151, 155  
 Evaluación conductual, 150, 155  
 Evaluación corporal, 152-153, 155  
 Evaluación de caso, 139-140  
 Evaluación de la personalidad, 143-150  
 Evaluación de las terapias biológicas, 117-119  
   de la psicoterapia, 100-103  
   de los enfoques de la terapia grupal, 111  
   del enfoque multiaxial, 133, 154  
   enfoques terapéuticos  
     cognitivo-conductuales, 106  
 Evaluación Global del funcionamiento (EGF), 130  
 Evaluación relacional, 151, 155  
 Eventos de vida, 79, 162, 251  
   y depresión, 336  
   y estrés, 531  
   y suicidio, 366-367, 371  
   y trastorno de la conducta, 494  
   y trastornos de la conducta alimentaria, 195  
 Eventos estresantes de vida, 241-242, *véase también* eventos de la vida  
   y cardiopatías, 207  
   y episodios maníacos, 363  
 Eventos negativos, *véase* eventos de vida  
   examen computarizado para el trastorno del estado de ánimo, 333  
 Excitación sexual, disfunción en, 277-278  
   problemas con, 278-279  
 Excitación sexual inhibida, 278, 299  
 Exhibicionismo, 295-296, 300  
 Exorcismo, 9-10, 13, 40  
 Experiencia temprana, 35  
 Experiencias traumáticas, 86-97  
   e hipocondría, 229  
   en la infancia, 174  
   y el trastorno por estrés posttraumático, 256  
   y trastorno disociativo, 173  
 Experimentación animal, 35  
 Experimento de prueba de hipótesis, 34, 42  
 Experimento del cambio de conducta, 34, 42  
 Exposición imaginada, 104  
 Exposición *in vivo*, 104, 122, 261, 262, 268  
 Expresión de genes, 51  
 Extinción, 67, 105, 122, 261  
 Eyaculación precoz, 279, 282  
 Eyaculación retrasada, 281
- F**
- Factor de lanzamiento de la corticotropina (CRF), 56  
 Factor neurotrópico derivado de la línea de la célula glial, 430  
 Factores ambientales, 56, 78, 79  
   y orientación sexual, 277  
   y trastornos de la conducta alimentaria, 192  
 Factores biológicos, en la depresión, 341-343, 369  
   en la orientación sexual, 276  
 Factores biopsicosociales en la salud reproductiva, 186  
 Factores cognitivos en el abuso del alcohol, 451  
 Factores conductuales, 79  
   en el uso de alcohol, 450  
 Factores culturales, 46, 76, *véase también* perspectiva cultural comunitaria  
   en el abuso de la pareja, 558  
   en el uso de alcohol, 445  
   en trastornos de la conducta alimentaria, 192  
   y adherencia, 118-119  
   y cardiopatías, 207  
   y DSM, 135  
   y el tratamiento de niños y adolescentes, 507  
 Factores de edad, en el suicidio, 364-365  
   en el trastorno de la conducta, 491-492  
   en trastornos en la infancia, 480-481  
 Factores de la personalidad y el trastorno dismórfico corporal, 230  
   y dolor, 223  
   y el estrés, 166  
   y reacción al trastorno cerebral, 415  
   y trastornos de la conducta alimentaria, 192  
 Factores de riesgo, 21, 24, 41  
   en el abuso del alcohol, 457  
   para el suicidio, 364-366, 371  
 Factores de sesgo, 147  
 Factores estresantes, 56, 76, 158  
   crónicos, 189  
 Factores étnicos, en el abuso de pareja, 558  
   en el porcentaje de suicidio, 365  
   y el diagnóstico, 137  
   y en el tratamiento de niños y adolescentes, 507  
   y la adherencia, 118  
   y tratamiento, 28  
 Factores evolutivos en el trastorno de ansiedad, 245  
 Factores genéticos, 48-51  
   en depresión infantil, 504  
   en el abuso de alcohol, 448-449  
   en el autismo, 524-525  
   en el trastorno bipolar, 360, 361-362, 370  
   en el trastorno de la conducta, 493-494  
   en el trastorno de Rett, 531  
   en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486-487  
   en la esquizofrenia, 383-385  
   en el trastorno de Tourette, 506  
   en la presión arterial, 208  
   en retraso mental, 534-538, 548  
   en trastornos de la conducta alimentaria, 197  
   y trastorno de la ansiedad, 266  
 Factores interpersonales en la terapia, 102, 122  
 Factores personales, 79  
 Factores prenatales en la esquizofrenia, 385, 388-391  
 Factores psicológicos, en la disfunción sexual, 279  
   en la epilepsia, 435  
   y dolor, 223  
 Factores psicosociales, en cáncer, 210  
   en el trastorno de identidad sexual, 288  
   en episodios bipolares, 362-363, 370  
 Factores socioculturales en el uso del alcohol, 456, *véase también* factores étnicos  
 Factores socioeconómicos, en salud, 187  
 Factores técnicos en la terapia, 102, 122  
 Falso yo, 75  
 Falta de control  
 Familia Soto, 429  
 Fantasía desde el punto de vista de Freud, 60-61  
 Fantasías sexuales, 283-284  
 Fase anal, 61  
 Fase fálica, 61  
 Fenciclidina, *véase* PCP  
 Fenilalanina, 534  
 Fenilcetonuria (PCU), 47, 534-535, 548  
 Fenobarbital, 457  
 Fenómenos bioconductuales, 225  
 Fern, Richard, 164  
 Fetichismo, 289-294, 300  
 Fetichismo travestista, 292-293, 300  
 Fijación en el desarrollo, 62  
 Filtro prenatal, 538  
 Fingir enfermedad, 219, 231-232, 234  
 Fisgón, *véase* voyeurismo  
 Fisonomía, 15, 40  
 Flashbacks, 88-91, 466  
 Flexibilidad cérica, 375  
*Flolie à deux*, *véase* trastorno psicótico compartido  
 Fluoxetina, 198, 343  
 Fobia social, 247-250, 249, 263, 265, 268, 511  
   en la infancia, 495-496  
 Fobias específicas, 246-247, 256, 268  
 Fobias, 12, 191, 243, 245-252, 255, 268  
   en la infancia, 495-496  
   modelamiento en, 70  
   y el trastorno bipolar, 362
- Ford, Harrison, 251  
 Formación de síntomas, 65  
 Formación reactiva, 64, 261, 268  
 Fototerapia, 345  
 Frankl, Viktor, 75, 77, 82  
 Frenología, 15-16, 40  
 Freud, Sigmund, 20, 46, 59, 60, 61, 75, 121, 184, 238, 239, 272, 349  
 Frotteurismo, 295, 300  
 Frumkin, Sylvia, 564, 566-567  
 Fuga de disociación, 174  
   evaluación de 172  
 Fuga disociativa, 180  
 Fumar en los afro-estadounidenses, 187  
 Función cerebral, en el autismo, 523  
   en el sueño, 201  
   en el trastorno de ansiedad, 266  
 Funciones ejecutivas, 520-521, 547
- G**
- GABA, 342, 369, 429, 437  
 Gage, Phineas, 53  
 Galeno, 13, 40  
 Galton, Francis, 142  
 Gall, Franz Joseph, 15  
 Ganancia secundaria, 221  
 Gay, *véase* homosexualidad  
 Gemelos dicigóticos, 49-50, 393  
 Gen, 48, 424  
 Gen ApoE, 431  
 Gen recesivo, 385  
 Genes dominantes, 385  
 Genética de la conducta, 49, 83  
 Genética de las poblaciones, 49  
 Genoma, 48  
 Geoghan, John, 296  
 George III, 15  
 Gershwin, George, 431  
 Gestos suicidas, 311  
 Gilmore, Gary, 317, 319  
 Glutamato, 391  
 Goma de nicotina, 470-471, 476  
 Gran mal, 434, 438  
 Grandin, Temple, 518-520, 523  
 Grupo control, 113  
 Grupos de apoyo social, 468  
 Grupos de apoyo, 468  
   para la enfermedad de Alzheimer, 426  
 Grupos de auto-ayuda, 563, 578  
   para padres, 556  
 Grupos de minorías  
   asuntos de salud mental de, 28  
   servicios de salud mental para, 114  
 Guardería para los ancianos, 76  
 Guerra y el trastorno por estrés posttraumático, 258  
 Guthrie, Woody, 429
- H**
- Habilidades, 45  
   para el afrontamiento, 160  
 Habilidades académicas, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 484-485  
   y el trastorno de conducta, 494  
 Habilidades de afrontamiento, 22, 41, 159, 179

- para los cuidadores de  
Alzheimer, 425
- Habilidades de auto-cuidado en la  
esquizofrenia, 402
- Habilidades de los padres, 491, 556
- Habilidades del afrontamiento del  
estrés, 363
- Habilidades del manejo del estrés,  
183
- Habilidades eruditas, 521
- Habilidades para manejar crisis  
en crisis personales en la  
esquizofrenia, 404
- Habilidades sociales, 162, 401  
y el trastorno por déficit de  
atención con  
hiperactividad, 484-485
- en el trastorno de la  
personalidad por evitación,  
323
- y el trastorno de la conducta,  
494
- y trastornos de la conducta  
alimentaria, 190
- Hachís, 467, 476
- Harrison, C.T., 379
- Hart, Ted, 519-520
- Harvey, William, 15, 40
- Head Start, 560
- Heinen, Rosemary, 254-255
- Hemingway, Ernest, 358
- Hemisferio cerebral, 54
- Heredabilidad, 49, 82
- Herencia,  
en la conducta obsesivo-  
compulsiva de la infancia,  
502
- en la enfermedad de  
Alzheimer, 424
- y la depresión, 334-335
- Hermanas Genain, 386-388
- Heroína, 459, 476
- Herpes y el retraso mental, 539
- Hinckley, John, 570
- Hiperactivación en el trastorno  
por estrés posttraumático, 257
- Hiperactividad, *véase* trastorno por  
déficit de atención con  
hiperactividad
- Hipertensión, 187, 204, 216, 208-  
210, 434
- y retraso mental, 539
- Hipervigilancia,  
en el trastorno de la ansiedad,  
241
- en el trastorno de la  
personalidad por evitación,  
323
- en el trastorno por estrés  
posttraumático, 258
- Hipnosis, 17, 60, 97, 122
- Hipocampo, 266, 423
- Hipocondría, 227, 228-229, 234,  
256
- Hipócrates, 12, 128, 221
- Hipomanía, 334, 357, 359
- Hipotálamo, 55, 346, 463
- Hipótesis, 31
- Hipótesis nula, 38
- Hipótesis psicósomática, 184, 216
- Hipótesis sobre la dopamina, 391,  
410
- Hispano-americanos,  
en trastornos fóbicos, 246
- tasa de mortandad de, 187
- y el diagnóstico, 135, 136
- y el uso de alcohol, 445
- y fobia social, 500
- y la deserción escolar, 560
- Histeria, 12, 60, 227, 228
- Histeria masiva, 228
- Hoffman, Albert, 466
- Hogares para grupos, 406
- Holmes, Thomas, 158
- Homeostasis, 185, 216
- Homosexualidad, 275-276  
desde el punto de vista de  
Freud, 272
- prevalencia de, 273
- Hormona adenocorticotrófica  
(ACTH), 56
- Hormonas, 55, 188
- Hospital Bedlam, *véase* Hospital  
Bethlehem
- Hospital de Bethlehem, 17, 239
- Hospital de noche de Bruselas,  
567
- Hospital Pennsylvania, 18
- Hospitales psiquiátricos, 17
- Hospitalización durante el día,  
120, 567, 578
- Hospitalización parcial, 120, 567
- Hospitalización, 124, 547  
de enfermedades psicológicas,  
119-120
- eficacia de la, 120
- en la esquizofrenia, 399
- razones para, 119-120
- Hostilidad, 424
- y cardiopatías, 205
- Humanismo, 15
- Humor y el proceso de  
pensamiento primario, 62
- I**
- ICD-10 *véase* Clasificación  
Internacional de Enfermedades
- Ideas de referencia, 381
- Identidad cultural, 136
- Identidad étnica, 136, 154
- Identidad sexual, 271, 285
- Identificación con agresión, 64
- Idiosincrasia, 534
- Idiota, 14
- Ilustración, La, 15-17
- Imagen corporal y trastorno  
dismórfico corporal, 230-231
- en trastornos de la conducta  
alimentaria, 195
- Imagen por resonancia magnética  
(IRM), 57, 343, 391, 417, 418,  
423
- Imagenología cerebral, 57-58,  
417-418
- Imipramina, 244, 266, 268, 355
- Impulso irresistible, 569
- Incidencia, 23-24, 41
- Inconformidad corporal, 184
- Inconsciente, 60, 61, 83
- Inconsciente colectivo, 65, 83
- Indefensión aprendida, 352, 370
- Indefensión en el trastorno de la  
ansiedad, 259, *véase también*  
indefensión aprendida
- Indicadores,  
de depresión, 343
- de la esquizofrenia, 391, 410
- Indicadores de alto riesgo de la  
esquizofrenia, 395-398
- Índice de masa corporal, 197
- Infarto al miocardio, 204, 206,  
216, *véase también*  
enfermedades coronarias
- Infección por VIH, 185, 273, 274  
y retraso mental, 539
- Infecciones y el estrés, 189-190
- Inferencia, 37
- Inhalantes, 467, 476
- Inhibidor selectivo de la  
recaptación de serotonina y  
norepinefrina, *véase* SSNRI
- Inhibidor selectivo de la  
recaptación de serotonina,  
*véase* SSRI
- Inhibidores de la MAO, *véase*  
inhibidores de la monoamina  
oxidasa
- Inhibidores de la monoamino  
oxidasa (IMAO), 326, 342,  
343, 370
- Inhibidores reversibles de la  
monoamino-oxidasa, 369
- Insomnio, 35-36, 158, 201, 216
- Instalaciones de rehabilitación,  
567
- Instalaciones residenciales, 406
- Institucionalización, 578
- Integración de terapias  
psicológicas, 123
- Integración social y cardiopatías,  
207
- Integración teórica, 79-80, 82
- Integración terapéutica, 114-115
- Intellectualización, 64
- Interacción clínica, en identidad  
étnica, 136
- Intereses religiosos y salud, 81
- Interpretación del caso,  
afrontamiento de los síntomas,  
210
- ansiedad estudiantil, 3, 4, 5
- conducta violenta, 3-4, 5
- transición al matrimonio,  
170-171
- trastorno de ansiedad, 243
- Intervención,  
clínica, 22
- en el síndrome de Down, 537
- Intervención familiar en el  
trastorno bipolar, 371
- Intervención psicosocial,  
con las familias, 364
- en la enfermedad de  
Alzheimer, 426-427
- Intervención social, 178, 180
- Intimidar, 491
- Intolerancia racial, 4-5
- Intoxicación alcohólica, 445, 446,  
475
- Intoxicación por cocaína, 463
- Intoxicación por opio, 460
- Intoxicación por sustancias, 443,  
475
- Introspección, 13, 75
- Inundación, 104-105, 122, 261,  
262, 268
- Inventario clínico multiaxial  
Millon (MCMI), 147, 155
- Inventario de la calidad de las  
relaciones, 151
- Inventario Multifásico de la  
Personalidad de Minnesota  
(MMPI), 145-147, 155
- Inventario NEO de la personalidad  
revisado (NEO-PR-R), 147
- Inventarios de personalidad, 145,  
155
- Investigación epidemiológica,  
22-24, 41
- Investigación, 28-39
- Ira, 105-106  
y el estrés, 165
- y el tipo A, 207
- IRM, *véase* Imagen por resonancia  
magnética
- J**
- Jackson, Hughlings, 435
- Jaffe contra Redmond, 576
- Jamison, Kay R., 359
- Japonés-americanos, *véase también*  
asiático-americanos
- identidad étnica en, 136
- tasa de mortalidad de, 187
- y la sobrevivencia al cáncer,  
212
- Jellinek, E.M., 447
- Jones contra Estados Unidos, 569
- Juego funcional, 521
- Juego, patológico, 447, 472-474
- Juego simbólico, 521
- Juego social en el autismo, 523
- Jugadores Anónimos, 474, 563
- Juicio clínico, 135
- Jung, Carl, 65
- Juventud gay y suicidio, 365
- Juventud lesbica y suicidio, 365
- K**
- Kaczynski, Theodore, 570-571
- Kanner, Leo, 516
- Kennedy, John F., 534
- Kennedy, Patrick, 348
- Kinsey, Alfred, 273
- Klein, Melanie, 66
- Kleitman, Nathaniel, 200
- Kohut, Heinz, 66
- Korsakoff, Sergei, 434
- Krapelin, Emil, 130, 376
- L**
- Laceración, 438
- La belle indifférence*, 227
- Laceración del tejido cerebral, 430
- Lactato de sodio, 244
- Lawrence, Jacob, 341
- L-dopa, 57, 430
- Lenguaje confuso en la  
esquizofrenia, 380-382
- Lenguaje hipomaniaco, 381
- Lenguaje idiosincrásico, 310
- Lenguaje perseverante, 381
- Lesbianismo, 275
- Lesión cerebral, 419
- Lesión craneal, 431
- Ley educativa para las personas  
con discapacidad, 544
- Libido, 61, 83
- Librium, 266
- Lincoln, Abraham, 354-355
- Lineamientos del American Law  
Institute, 569, 579
- Lineamientos éticos, 70
- Linfocito, 58
- Lista de chequeo para el trastorno  
por déficit de atención con  
hiperactividad, 487
- Litio, 117, 326, 362, 370, 407, 427
- Lóbulo frontal, 416, 486
- Localización genética, 48, 385
- Locura, 568, 578
- Lowell, Robert, 358
- LSD (ácido lisérgico y  
dietilamida), 465, 476
- Luto, 88-91, 167-168

en DSM-IV-TR, 170  
factores de riesgo en, 168  
respuesta al, 167-168  
y el estrés, 166  
y el SIDA, 185

**M**

Madden, John, 242  
Magnitud del efecto, 101  
*Man's search for Meaning*, 77  
Manejo de casos clínicos en la esquizofrenia, 407  
Manhard, Philip, 237  
Manía 334, 357, 358, 370  
Manía mixta, 357  
Manicomio, 15  
Manipulación, y el trastorno somatomorfo, 226  
Mantenimiento de metadona, 462, 476  
Manuales de terapia, 112  
Marihuana, 467-469, 476  
y el trastorno de la conducta, 493  
Masoquismo, 294-295, 300  
Masturbación en la terapia sexual, 283  
Mecanismos de defensa, 62-63, 64, 83, 148-149, 261  
Mediana, 38, 42  
Medicación  
investigación sobre, 116-119  
para el autismo, 528  
para el trastorno del dolor, 225  
para el trastorno por estrés postraumático, 258  
para la depresión infantil, 504-505  
para trastornos relacionados al estrés, 180  
trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el adulto, 488  
trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 487  
Medicamentos antimaniacos, 116, 124  
Medicamentos psicodélicos, véase alucinógenos  
Medicina conductual, 185-188, 216  
Medida de tendencia central, 38, 42  
Medidas de variabilidad, 38, 42  
Meditación, 104, 122  
Mendel, Gregor, 533  
Mescalina, 465  
Mesmer, Franz Anton, 16-17, 40, 184  
Meta-análisis, 101-102, 113, 122  
Metabolismo de las drogas y etnia, 137  
Metabolismo del alcohol, 447-448  
Metadona, 462  
Metanfetamina, 465, 476  
Metilfenidato, 487, 510  
Método doble ciego, 37  
Método experimental, 33-35  
Método socrático, 264  
Métodos conductuales en el trastorno de Rett, 531  
Métodos de observación, 29  
México-americanos y la obesidad, 197

Microcefalia, 530, 548  
Miedo, 238, 245  
y el condicionamiento clásico, 67  
Migraña, 184, 213-214, 217  
MMPI, véase Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota  
Modelamiento, 7, 83, 105, 106, 122, 268  
elemento cognitivo en, 262  
para el trastorno de ansiedad, 262  
uso clínico de, 70-71  
y retraso mental, 545  
Modelamiento en vivo, 105, 122  
Modelamiento encubierto, 105  
Modelamiento participativo, 106  
Modelamiento simbólico, 70, 105, 122  
Modelo biopsicosocial del dolor, 221, 234  
Modelo de cinco factores de la personalidad, 147, 327  
Modelo de neuro-desarrollo de la esquizofrenia, 389, 410  
Modelo dimensional, 327  
Modelo monogénico, 385  
Modelo poligénico, 385  
Modelo poligénico multifactorial, 385, 409  
Modificación cognitiva, 178, 180  
Modificación de la conducta, 103, 122  
Moldeamiento, 68  
Monoamino oxidasa (MAO), 342  
Monocigótico, 49-50, 393  
Morfina, 459, 476  
Morris, James, véase Morris, Jan  
Morris, Jan, 287, 288  
Mosaiquismo, 537, 548  
Movimiento coreiforme, 428  
Movimiento de eugenesia, 533, 548  
Movimiento de la Reforma, 17-19  
Movimientos oculares de seguimiento suave, 397-398, 410  
Muestreo, 32, 145  
Mutación, 536  
Mutación genética, 430, 534

**N**

Naloxona, 459  
Naltrexona, 449-450, 454, 462  
Narcolepsia, 202, 216  
Narcóticos Anónimos, 464  
Narcóticos, 459  
Negación, 64  
de la dificultad psicológica, 159  
de la enfermedad, 159  
del estrés, 159  
en el trastorno por estrés postraumático, 259  
en trastornos de la conducta alimentaria, 194  
y abuso del alcohol, 447  
NEO-PI, 155  
Neurastenia, 212  
Neurociencia, 56-58, 83  
Neurodesarrollo prenatal en la esquizofrenia, 392  
Neurofarmacología  
Neuropsicología, 417, 437, 521  
Neuroquímicos, 423  
Neuroreceptor, 52

Neurosis, 239  
Neurotransmisor, 52-53, 58, 342, 345  
y el uso de alcohol, 449  
Nicotina, 468-471, 476  
Niños afro-estadounidenses, y el daño cerebral, 436  
y el uso de alcohol, 445  
y la fobia social, 500  
No disyunción cromosómica, 536, 548  
*Non compos mentis*, 14, 40  
Noradrenalina, 345  
Norepinefrina, 53, 199, 216, 450, 465  
e infarto, 205  
Normalidad mental definida, 5  
Normas, 145  
Normas culturales y acoso sexual, 299

**O**

O'Connor contra Donaldson, 575  
Obesidad, 196-197  
Obligación de prevenir, 576-577, 579  
Observación conductual, 28-29, 41, 145  
Observaciones clínicas, 132  
Observaciones de línea base, 150, 155  
Obsesiones, 243, 428  
ODD, véase trastorno negativista-desafiante  
Ojeda, Bob, 168  
Olvido motivado por la represión, 62  
Ondas alfa, 319  
Ondas delta, 199  
Opiáceos, 459, 475-476  
Opiáceos péptidos, 450  
Opio, 459  
Opioides, 459-462, 475-476  
Optimismo, 185, 204  
Orgasmo, 278  
Orientación de exposición, 476  
Orientación sexual, 275, 299  
orígenes de la, 276-277  
Oswald, Lee Harvey, 569

**P**

Padres anónimos, 557  
Padres y trastorno de la conducta, 494  
Papel de la comunidad en la prevención, 457, 560-561  
Papel del entrevistador, 138-139  
Par de cromosomas núm., 21, 424, 536, 548  
Par de cromosomas núm., 4, 429  
Parafilia, 271, 289-290, 300  
Parálisis del sueño, 202, 216  
Paranoia, véase trastorno delirante inducido por las drogas, 465  
Paraprofesionales, 562, 578  
Parasomnia, 201, 202-203, 216  
Parasuicidio, 364, 371  
Parche de nicotina transdérmico, 470, 476  
*Parens patriae*, 571, 579  
Paresis general, 432-433, 438  
Patrón mendeliano de herencia, 385  
Patrones del lenguaje, en el autismo, 517, 519

en el trastorno de la personalidad esquizotípica, 309  
Pavlov, Ivan, 67  
PCP, 466-467, 476  
PCU, véase fenilcetonuria  
Pedofilia, 296-297, 300  
Pemolina, 487  
Penetrancia, 49  
Pensamiento irracional, 20, 41  
Pensamiento obsesivo, 254, 263  
Pensamiento paranoide, 429  
Pensamiento racional, 20, 41  
Pensamientos, 45  
distorsionados, 91-94  
extravagantes, 184  
Pensamientos automáticos, 73, 91-94, 265, 370  
en depresión, 353  
Pensamientos de preocupación, 255, 263  
Pensamientos desadaptados, 73, 162  
Pensamientos disfuncionales en trastornos de la conducta alimentaria, 193  
Pensamientos intrusivos, 256, 259  
en el trastorno de ansiedad, 238, 239  
en el trastorno por estrés postraumático, 258  
Pensamientos mágicos, 310  
Pensamientos mediadores, 79  
Pensamientos negativos, 99  
Pensamientos obsesivos, 255-256  
relato en primera persona, 253  
Pensamientos suicidas, 23  
y depresión infantil, 504  
Peoples, Anna May, 568, 569  
Pequeño mal, 434, 438  
Percepción social, 401-402  
Pérdida de la memoria sin implicación orgánica, 173  
Pérdida del trabajo y el estrés, 166  
Pérdida, aceptación de la, 167  
y cardiopatías, 205  
y trastorno de la ansiedad, 259  
y trastorno del dolor, 220  
Perfeccionismo, y suicidio, 366  
y trastornos de la conducta alimentaria, 190  
Periodo de latencia en el desarrollo psicosexual, 62  
Periodo prodrómico de la esquizofrenia, 398  
Perls, Fritz, 98  
Persona incompetente, 568, 579  
Persona *non compos mentis*, véase *non compos mentis*  
Persona totalmente funcional, 75  
Personalidad múltiple, véase trastorno disociativo de la identidad  
Personalidad propensa a infartos, véase personalidad tipo A  
Personalidad tipo A, 205, 207, 216-217  
Perspectiva biológica, 20, 46, 47-59, 80, 82  
de las parafilias, 297  
del cese del tabaquismo, 470-471  
del trastorno antisocial de la personalidad, 319



- del trastorno de ansiedad, 265-267, 269  
 del trastorno de identidad sexual, 288  
 del trastorno límite de la personalidad, 315-317  
 del travestismo, 293  
 Perspectiva biológica, 46  
 Perspectiva biopsicosocial, 184-185, 189, 216, 203, 234, *véase también* perspectiva interaccionista  
 Perspectiva cognitiva, 46, 71-74, 83-84  
 de la conducta desadaptada, 263  
 de la depresión, 351-354, 370  
 de las parafilias, 297  
 de los trastornos disociativos, 177  
 del cese del tabaquismo, 470-471  
 del trastorno antisocial de la personalidad, 320  
 del trastorno cerebral orgánico, 436  
 del trastorno de ansiedad, 262-265, 269  
 del trastorno límite de la personalidad, 317  
 del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 325-326  
 Perspectiva conductual, 46, 66-71, 83  
 de la depresión, 351, 370  
 de la violación, 166  
 de las parafilias, 297  
 del trastorno cerebral orgánico, 436  
 del trastorno de ansiedad, 261-262, 268  
 del trastorno límite de la personalidad, 317  
 Perspectiva cultural comunitaria, 46, 76-78, 84  
 Perspectiva de vulnerabilidad y estrés en la depresión, 354-335, 370  
 Perspectiva del aprendizaje, de la preferencia sexual, 275  
 del fetichismo, 292  
 del travestismo, 293  
 Perspectiva existencial, 75, 77, 84, 122, *véase también* perspectiva humanista existencial  
 Perspectiva humanista existencial, 46, 75-76, 350-351, 370  
 Perspectiva humanista, 75-76, 84, *véase también* perspectiva humanista existencial  
 Perspectiva interaccionista, 20, 41, 47, 78, 79, 80, 84, 444, 577  
 de la adicción al opio, 461  
 de la función cerebral, 437  
 de la parafilia, 297-298  
 del alcoholismo, 449, 456  
 del transexualismo, 287  
 del trastorno cerebral, 414  
 Perspectiva psicodinámica, 46, 59, 83, 59  
 de conductas parafilias, 297  
 de trastornos disociativos, 177  
 del trastorno de la ansiedad, 259-261, 268  
 del trastorno límite de la personalidad, 316  
 del travestismo, 293  
 Perspectiva psicológica, 12, 20, 41  
 Perspectivas teóricas, 45-46, 78  
 Pesadillas, 203, 216  
 Pinel, Philippe, 17, 41, 121  
 Piromanía, 492-493  
 Pitt, William, 435  
 Placas, 216  
 en arterias coronarias, 204  
 en la enfermedad de Alzheimer, 423  
 Placebo, 37  
 Plasticidad cerebral, 55  
 Platón, 12, 40  
 Poetas y el trastorno bipolar, 358  
 Polígrafo, 153  
 Polisomnografía, 201  
 Política pública, 578  
 y dependencia de sustancias, 472, 447  
 Posesión demoniaca, 79  
 Potenciales cerebrales, 54  
 Prácticas de sexo seguro, 274  
 Preconsciente, 60, 83  
 Predictores biológicos de los infartos, 205  
 Preferencia sexual, 285  
 Prejuicios contra la enfermedad mental, 6  
 Preocupación en el trastorno de la ansiedad, 241  
 Presión arterial, 209  
 Presión arterial diastólica, 208  
 Presión arterial sistólica, 208  
 Presión social en el uso de alcohol, 451  
 Prevalencia 23-24, 41  
 Prevención a través de las pruebas prenatales, 534  
 Prevención del suicidio, 367-368, 371,  
 Prevención enfocada a la competencia, 554-555, 578  
 Prevención enfocada a situaciones, 554-555, 578  
 Prevención primaria, 395, 552, 558, 578  
 y retraso mental, 540-541  
 Prevención secundaria, 552, 554, 558, 578  
 y retraso mental, 541  
 Prevención terciaria, 552, 558, 578  
 y retraso mental, 541  
 Prevención, 76, 551-554, 578  
 aspectos legales de, 568-577  
 de trastornos de la conducta alimentaria, 198, 216  
 de trastornos relacionados con el alcohol, 456-457, 475  
 del estrés, 188  
 del trastorno de la conducta, 494  
 en la enfermedad de Alzheimer, 427  
 y retraso mental, 540-541, 549  
 Principio del placer, 62  
 Privación del sueño, 200  
 y delirio, 419  
 Problemas de aprendizaje, 481, 542-544, *véase también* trastorno por déficit de atención con hiperactividad específica, 505  
 Problemas de concentración, 165  
 Problemas de salud de los amerindios, 187  
 Problemas de salud mental como condiciones deshabilitantes, 6-7  
 ejemplos de, 5-6  
 Problemas de sueño, 158, *véase también* insomnio  
 en el trastorno adaptativo, 170  
 y el estrés, 165  
 y la depresión, 343, 346  
 Problemas en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 485  
 Problemas orgásmicos, 279, 281  
 Problemas personales, 76  
 Procesamiento de información, 72  
 Proceso de afrontamiento, 163  
 Proceso de investigación, 102, 122  
 Proceso de pensamiento inicial, 62  
 Proceso secundario del pensamiento, 62  
 Procesos del sueño, 199-201, 216  
 Procesos inconscientes y las pruebas proyectivas, 150  
 Programa de entrevista diagnóstica (DIS), 141-142, 154  
 Programa de entrevista diagnóstica infantil (DISC), 142  
 Programa de investigación de colaboración para el tratamiento de la depresión, 355  
 Programa de reducción del estigma, 8  
 Programas de apoyo comunitario, 26, 564-568  
 para el trastorno por estrés postraumático, 259  
 para la esquizofrenia, 406-407, 410  
 Programas de apoyo mutuo, 76  
 Programas de educación temprana, 555  
 Programas de enriquecimiento preescolar, 76  
 Programas de intervención temprana, 541, 543-545, 549  
 Programas de pérdida de peso, 197  
 Programas de posvención para el suicidio, 367-368, 371  
 Programas de prevención de recaídas, 468, 475  
 para la cocaína, 464-465  
 Programas de salud mental como prevención, 554-555  
 Programas escolares para el retraso mental, 544-545  
 Programas familiares, en la esquizofrenia, 404-406, 410  
 para el trastorno por estrés postraumático, 259  
 para la prevención, 555, 556-559, 578  
 Programas psicoeducativos en el trastorno bipolar, 363, 371  
 Pronóstico en la esquizofrenia, 383  
 Protección, 162  
 Proyección, 64  
 Proyecto de alto riesgo de New York, 396-397  
 Proyecto MATCH, 454  
 Prozac, 343  
 Prueba de asociación de palabras, 150, 153  
 Prueba de frases incompletas, 150  
 Prueba de Rorschach, 148, 150, 155  
 Prueba Gestáltica Vasomotora de Bender, 143, 144, 155  
 Pruebas de Binet, 142, 155  
 Pruebas de inteligencia, 142, 144, 155  
 Pruebas de Wechsler, 142-143  
 Pruebas del rendimiento continuo (CPT), 397, 410  
 Pruebas genéticas, 48  
 para la enfermedad de Huntington, 429-430  
 Pruebas neuropsicológicas, 143, 417  
 Psicoanálisis, 46, 60-66, 83, 96, 122  
 clínico, 63-64  
 enfoques recientes del, 65-66  
 Freud y el, 60-64  
 Psicodrama, 111, 123  
 Psicoimmunología, 58  
 Psicología comunitaria, 76, 84, 562, 578  
 Psicología de la salud, 185-188, 216  
 Psicología del yo, 6, 66, 83  
 Psicólogo asesor, 27, 41  
 Psicólogo clínico, 27, 41  
 Psiconeuroinmunología, 83  
 Psicosis por cocaína, 463  
 Psicosis tóxica, 464  
 Psicoterapia, 75, 95-103  
 eficacia de, 122  
 para el trastorno del dolor, 225  
 para el trastorno por estrés postraumático, 258  
 para la depresión, 349  
 para trastornos de la conducta alimentaria, 193  
 y trastorno de la ansiedad, 259, 261  
 Psicoterapia breve, 99-100, 122  
 Psicoterapia cognitiva, 98, 122  
 Psicoterapia grupal, 466  
 Psilocibina, 465  
 Psiquiatra, 27, 41  
 PT scan, *véase* tomografía de emisión de positrones  
 PTSD, *véase* trastorno por estrés postraumático  
 Punto de vista histórico, de ansiedad, 239  
 de la conducta sexual, 271  
 de la psicopatología, 9-19  
 del retraso mental, 533-534, 548  
 Purgar, 194
- Q**  
 Química cerebral en la depresión, 20
- R**  
 Racionalización, 64  
 Racismo, 28  
 y el estrés, 157  
 Rahe, Richard, 158  
 Rango, 38, 42  
 Rasgo expresado, 385  
 Rasgos psicóticos, en el SIDA, 432



- en el trastorno depresivo mayor, 341
- Rastreo ocular, 397-398
- Rather, Dan, 379
- Reacción aguda de ansiedad, 464
- Reacción de estrés postraumático, 88-91
- Reacciones al estrés, 162, 163
- Reacciones clínicas al estrés, 179
- Reacciones de ansiedad, 466
- Reacciones de estrés, 23
- Reacciones de pánico, 466
- Reactividad autonómica, 241
- Reactividad en la investigación, 38
- Reagan, Ronald, 426, 427, 570
- Recaída, 345
- Receptores opiáceos, 55
- Reclusión, 568, 578
- Reclusión civil 568, 571-574
- Reclusión civil involuntaria, 574
- Reclusión como paciente externo, 574
- Reclusión criminal, 568, 578
- Reclusión involuntaria, 578
- Reclusión voluntaria, 578
- Recuperación de la memoria, 96-97
- Rechazo escolar, 498-499, 504
- Red social, 79, 162, *véase* apoyo social
- Redd, Alice Faye, 360
- Reentrenamiento en relajación, 104, 105, 122, 177, 180, 202 y dolor, 224
- Reestructuración cognitiva, 264, 269, 298 y dolor, 224
- Reforzamiento, 67-68, 261 interno, 71 programa de, 69 uso clínico de, 69-70
- Reforzamiento negativo, 67, 83
- Reforzamiento positivo, 67, 103, 105
- Regla de M'Naghten, 569, 579
- Regla Durham, 569, 579
- Regresión, 62, 64
- Regulación emocional, 401
- Reimer, David, 290-291
- Relación cliente-terapeuta, 177
- Relación estímulo-respuesta, 67
- Relación marital y la disfunción sexual, 280 y salud, 184
- Relación médico-paciente, 188
- Relación mente-cuerpo, 47
- Relaciones, en disfunción sexual, 285 en enfermedades mentales, 15 evaluación de, 151-152
- Relaciones familiares de los cocaineómanos, 464
- Relaciones grupales y cardiopatías, 205
- Relaciones interpersonales, 71, y el cáncer, 210-211
- Relaciones sociales, 159 en el autismo, 519 y somatización, 226
- Relaciones terapéuticas en hipocondría, 229
- Relajación, 107, 209, 265
- Relatos en primera persona alcoholismo, 455 culpabilidad familiar de la esquizofrenia, 404 Larry Gellerstedt III, 334 tumor cerebral maligno, 432 viviendo con autismo, 518-520
- REM, *véase* sueño con movimientos oculares rápidos
- Remedio del déficit cognitivo en la esquizofrenia, 402
- Remisión, 345
- Renacimiento, 14-15
- Rendimiento del CI, 143, 155
- Rennie v. Klein, 575
- Representación de roles 70, 83, 99, 109
- Represión, 62
- Reprivación sensorial y delirio, 419
- Resfriado, 189-190
- Resiliencia, 20-22, 41, 46, 78, 79, 129-130, 154, 179, 183, 185, 560, 565 en el daño cerebral, 436 en el trastorno de ansiedad, 245 papel de la sociedad en la, 551 y fobia social, 249
- Respuesta a la prevención de los rituales compulsivos, 262
- Respuesta condicionada (CR), 67
- Respuesta de afrontamiento y estrés, 166
- Respuesta de escape, 67
- Respuesta de sobresalto, 258
- Respuesta galvánica de la piel (RGP), 153
- Respuesta incondicionada (UCR), 67
- Respuesta orientada de una tarea hacia el estrés, 159
- Resultado terapéutico, 123
- Retraso mental, 14, 133, 516, 531, 532-546, 548
- Retraso, *véase* retraso mental
- RGP, *véase* respuesta galvánica de la piel
- Rigidez en el autismo 517
- RIMA (inhibidores reversibles de la monoamino-oxidasa), 342
- Ritalin, *véase* metilfenidato
- Ritmo circadiano, 201, 202, 343, 345
- Ritmos biológicos, 343
- Rituales, en el autismo, 528 en el trastorno obsesivo compulsivo, 252, 263
- Rituales compulsivos, 252, 255-256, 262
- Rogers, Carl, 75-76, 97
- Rol social, 77-78, 84
- Rorschach, Hermann, 142
- Roseto, Pennsylvania, 207
- Rubéola, 539
- Ruborizarse, 247
- Ruby, Jack, 569
- Rush, Benjamin, 18, 41, 239
- S**
- SAD, *véase* trastorno afectivo estacional
- Sadismo, 300
- Sadismo sexual, 294-295
- Sadomasoquismo, 294
- SAF, *véase* síndrome de alcoholismo fetal
- Salud y el uso de alcohol, 446
- San Agustín, 13
- Schneider, Kurt, 376
- Seguridad e hipocondría, 229
- Selye, Hans, 158
- Sensibilidad al alcohol, 447, 475
- Sensibilización encubierta, 293-294, 296, 297, 451
- Sentimientos, 45
- Sentimientos de culpa en el trastorno por estrés postraumático, 258
- Serotina, 53, 58, 79, 195, 199, 266, 268, 319, 341, 345, 369, 391, 502
- Sesión de refuerzo en la terapia cognitiva-conductual, 353
- Sexualidad, en la infancia, 62 la teoría de Freud, 61
- Shakespeare, William, 12, 15, 40
- SIDA, 185, 273, 276, 431
- Sífilis, 374, 432-433 y retraso mental, 539
- Significado de vida, 185, 204
- Sin hogar y suicidio, 365
- Sinapsis, 52
- Síndrome de alcoholismo fetal (SAF), 446, 539-540, 548
- Síndrome de Briquet, 225-226, 234, *véase también* trastorno somatomorfo
- Síndrome de Down, 390, 517, 525, 533, 536-538, 548, 565
- Síndrome de Korsakoff, 434, 438
- Síndrome de la fatiga crónica, 212-213, 217
- Síndrome de Muchausen, 232, 234
- Síndrome de X frágil, 535, 548
- Síndrome del estrés postraumático, 6
- Síndrome del intestino irritable, 102, 215, 217
- Síntomas de ansiedad, 238
- Síntomas de primer orden, 376, 377
- Síntomas disociativos, 257
- Síntomas físicos de la pérdida, 167
- Síntomas fisiológicos, e hipocondría, 229 y el estrés, 163
- Síntomas negativos, 378-383, 381, 409 de la esquizofrenia, 378, 382
- Síntomas obsesivo-compulsivos, 192
- Síntomas paranoides, 466
- Síntomas positivos, 376, 378-383, 409
- Sirhan, Sirhan, 148
- Sistema de diagnóstico 127
- Sistema endocrino, 55-56, 83, 184
- Sistema inmunológico, 58, 185, 189, 204 desregulación de, 184 en el síndrome de fatiga crónica, 212-213 trastornos de, 184
- Sistema límbico, 54
- Sistema nervioso autónomo, 52, 184, 188, 240-241
- Sistema nervioso central (SNC), 51, 82
- Sistema nervioso periférico (SNP), 51, 52, 83
- Sistema nervioso, 551-55 y los efectos del alcohol 449 y retraso mental, 540
- Sistema somático, 52
- Situaciones estresantes, 162, 179
- Skinner, B.F., 67, 68
- Sócrates, 12
- Solución de problemas sociales en la esquizofrenia, 401
- Somatización, 219 en asiático-americanos, 137
- Sonambulismo, 203, 216
- Spinoza, Baruch, 15, 40
- SSNRI, 346
- SSRI, 342, 342, 370 en depresión infantil, 504
- Sublimación, 64
- Subprueba de retención de dígitos, 397
- Subtipos de la esquizofrenia, 375, 378
- Sueño, 199 el proceso inicial del pensamiento, 62 y el estrés, 165
- Sueño de movimientos oculares rápidos (REM), 199-200, 216, 279, 346
- Sugestión, 17
- Suicidio, 313, 362, 364-368, 371, 374 signos de advertencia de, 368 y el trastorno bipolar, 358, 362 y orientación sexual, 276 y uso de opioides, 462
- Suicidio masivo, 367
- Super yo, 62, 63, 83
- Sustancia nigra, 56
- Sustancias psicoactivas, 59, 441
- Sustancias relacionados con la serotonina, 256
- Swami Rama, 224-225
- T**
- Tager, William, 379
- Talleres de asilo, 545-546
- Tamaño de la muestra, 113
- Tareas de atención dual, 178
- Tareas, 104, 111 en la terapia cognitiva, 73 para problemas sexuales, 283
- Tasa de mortalidad de filipino-americanos, 187
- TAT, *véase* Test de Apercepción Temática
- TC scan, *véase* tomografía computarizada
- TEC, *véase* terapia electroconvulsiva
- Técnica de compresión, 282
- Técnica de pensar en voz alta, 494-495
- Técnicas cognitivas para las víctimas de violación, 166
- Técnicas de auto-ayuda para la fobia social, 249
- Técnicas de imagenología, *véase también* técnicas individuales por nombre en alucinaciones, 380 para la depresión, 343
- Técnicas proyectivas, 148-150, 155
- Temperamento, 81
- Tendencia expresada, 48
- Tendencias histriónicas y trastorno conversivo, 227
- Teoría, en la psicopatología, 45-46 función de, 30-31 importancia de, 29, 42
- Teoría de causación social, 76
- Teoría de escape del suicidio, 365

- Teoría de la mente, 520, 547  
 Teoría de la selección social, 76  
 Teoría de las relaciones objetales, 66, 83  
 Teoría psicoanalítica, 66  
 Teoría socio-cognitiva, 70-71, 83, 85  
 Teorías cognitivas, 46  
 Teorías de los humores, 12  
 Terapeutas, informales, 561  
 y eficacia terapéutica, 265  
 Terapia, eficacia con niños, 510  
 investigación en, 110  
 para fobias específicas, 247  
 para niños y adolescentes, 87-88, 506-510, 512  
 Terapia basada en el rendimiento, 114  
 Terapia centrada en el cliente, 97-98, 109, 122  
 Terapia cognitiva, 73  
 Terapia cognitiva, 73, 264-265, 352  
 elementos de, 99  
 en depresión infantil, 505  
 en el trastorno de la ansiedad, 241  
 para la agorafobia, 251  
 para los problemas del sueño, 202  
 y el trastorno bipolar, 363  
 Terapia cognitiva-conductual de grupo, 108-109, 123  
 Terapia cognitiva-conductual, 74, 103-106, 109, 110, 114, 122, 263, 265, 355, 370  
 para el síndrome del intestino irritable, 215  
 para el trastorno de ansiedad, 269  
 para el trastorno obsesivo-compulsivo, 256  
 para el trastorno por estrés posttraumático, 258  
 para hipocondría, 229  
 para la depresión, 352-354  
 para los problemas sexuales, 281, 283  
 para los trastornos del dolor, 221-222  
 para niños, 502, 502, 512  
 para problemas relacionados con el alcohol, 451  
 para trastornos relacionados con la conducta alimentaria, 192-193, 198  
 Terapia cognitivo-conductual grupal, 195  
 Terapia cognitivo-conductual, 402  
 para niños, 509  
 Terapia combinada, para el trastorno de ansiedad, 267  
 para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, 487-488  
 para la depresión, 349, 355-356, 370, 380  
 para la esquizofrenia, 406, 410  
 para problemas con el alcohol, 454-455  
 para trastorno límite de la personalidad, 317  
 Terapia conductal dialéctica, 318-319  
 Terapia conductual para niños, 509, 512  
 Terapia conductual, 103, 114, 122, 261, 265  
 en el trastorno de la ansiedad, 241  
 en trastornos de la conducta alimentaria, 192  
 para la agorafobia, 251-252  
 para la depresión, 351, 370  
 para la fobia social, 250  
 para las víctimas de violación, 166  
 Terapia de apoyo, 177, 180, 255, 350  
 y la hipocondría, 229  
 Terapia de exposición, 104, 122  
 para el trastorno dismórfico corporal, 231  
 para el trastorno por estrés posttraumático, 258  
 para la conducta de evitación, 265  
 y trastorno de ansiedad, 261-262  
 Terapia de introspectiva, 225  
 Terapia de juego, 87-88, 508-509, 512  
 Terapia de mantenimiento, 345  
 Terapia de medicamentos, 116-117, 124  
 para el trastorno de la ansiedad, 266-267  
 Terapia de pareja, 110, 281  
 Terapia de relación para problemas sexuales, 281  
 Terapia educativa sobre trastornos de la conducta alimentaria, 192-193  
 Terapia electroconvulsiva (TEC), 115, 123, 343, 346-349, 370  
 Terapia existencial, 97, 122  
 Terapia familiar, 109-110, 123, 178, 326, 510, 512  
 en trastornos de la conducta alimentaria, 192, 193  
 Terapia genética, 48-49  
 Terapia Gestalt, 98, 122  
 Terapia grupal, 107-111, 123, 326  
 Terapia humanista, 97, 122  
 Terapia implosiva, 105, 122, 161-262, 268  
 Terapia interpersonal (TIP), 99, 349, 355, 370, 380  
 para la depresión infantil, 505  
 Terapia marital, 110-111, 123  
 Terapia multimodal, 107, 124  
 Terapia psicodinámica grupal, 109  
 Terapia psicodinámica, 96, 110, 114, 122  
 en el trastorno de la ansiedad, 241  
 para la depresión, 349  
 y alcoholismo, 450  
 Terapia psicológica, 117-118  
 integración de, 106-111  
 investigación sobre, 111-114, 123  
 para la depresión, 349-354  
 para problemas sexuales, 281  
 Terapia racional emotiva, 74, 84-85, 98-99, 122  
 Terapia Rogeriana, 177  
 Terapia sexual, 281  
 Terapias biológicas, 115-119  
 de alcoholismo, 449-450  
 para la depresión, 343, 349, 362, 370  
 Terapias combinadas, 117-118  
 Terapias, comparación de, 112-114, 123  
 Terrores nocturnos, 203, 216  
 Test de Apercepción Temática (TAT), 149-150, 155  
 Testimonio de un experto, 570  
 Tetrahydrocannabinol, véase THC  
 THC, 467-468, 476  
 Thompson, Jenny, 230  
 Timidez, 247  
 y fobia social, 250  
 TIP, véase terapia interpersonal  
 Tipo residual del trastorno esquizofrénico, 375, 409  
 Tipton, Billy, 292  
 Tolerancia, 442, 475  
 Tomar en exceso, 458  
 Tomografía computarizada (TC), 47, 57, 417, 418  
 para el alcoholismo, 446  
 para la depresión, 343  
 Tomografía computarizada de emisión de fotones (SPECT), 57  
 para la depresión, 343  
 Tomografía de emisión de positrones (TEP), 47, 57, 388, 392, 417, 418  
 para la depresión, 343  
 Tomografía electroencefalográfica computarizada (TEC), 388  
 Tonto natural, 14, 40  
 Trabajador social psiquiátrico, 27, 41  
 Trance hipnótico, 175  
 Tranquilizantes, 22, 118, 177, 459, 475  
 para el trastorno de la ansiedad, 266  
 Transexualismo, 257, 300  
 Transferencia, 96, 122, 349  
 Transferencia negativa, 96  
 Transferencia positiva, 96  
 Transición al matrimonio, 170  
 Transición de vida, 167-168, 179  
 Transición del desarrollo, 170  
 Trasgresor sexual, 298, 300  
 Trastorno adaptativo, 133, 170-171, 179  
 con estado de ánimo depresivo, 332  
 diagnóstico de, 171  
 y el luto, 167  
 Trastorno afectivo estacional (SAD), 343, 344-345, 370  
 Trastorno amnésico, 132, 413, 438, 433  
 Trastorno antisocial de la personalidad, 305, 317-322, 328  
 Trastorno autista, 515, 516-528, 547  
 Trastorno bipolar, 117, 130, 332, 335, 356-364, 369, 370, 504  
 Trastorno bipolar I, 332, 333, 357-359, 370  
 Trastorno bipolar II, 332, 333, 359-360, 370  
 Trastorno cardiovascular, 204-210, 216-217  
 Trastorno ciclotímico, 332, 333, 361  
 Trastorno de angustia, 117, 239, 241-245, 267-268  
 y el trastorno bipolar, 362  
 y el trastorno de la ansiedad generalizada, 244  
 Trastorno de ansiedad obsesivo-compulsivo, 306  
 Trastorno de Asperger, 515, 516, 529-530, 547-548  
 Trastorno de conversión, 227, 234  
 Trastorno de la ansiedad generalizada, 237, 239, 240-241, 244, 265, 267, 495-496, 498-499, 511  
 Trastorno de la ansiedad por separación, 496-497, 511  
 Trastorno de la aversión sexual, 278  
 Trastorno de la conducta, 490-495, 511  
 y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481, 486  
 Trastorno de la identidad disociada, 174-175, 180  
 Trastorno de la identidad sexual en adultos, 132, 285-289, 300  
 Trastorno de la identidad sexual en niños, 285-286, 300  
 Trastorno de la identidad sexual no transexual, 288, 300  
 Trastorno de la personalidad por evasión, 306, 322-323, 329  
 Trastorno de la preocupación por el cuerpo, 219-235  
 Trastorno de las habilidades motoras, 542-544  
 Trastorno de Rett, 515, 516, 530-531, 548  
 Trastorno de somatización, 225-227, 234  
 Trastorno de Tourette, 505, 512  
 Trastorno del control de impulsos, 132  
 Trastorno del deseo hipoactivo sexual, 278  
 Trastorno del dolor crónico, 220, 234  
 Trastorno del estado de ánimo recidivante con patrón estacional, véase trastorno afectivo estacional  
 Trastorno del Tic, 500, 505, 512  
 Trastorno delirante, 375, 408, 411  
 Trastorno depresivo mayor recidivante, 341, 369  
 Trastorno depresivo mayor, 322, 338, 369  
 Trastorno depresivo, 332, 337-341, 369  
 en la infancia, 511-512  
 Trastorno desintegrativo infantil, 515, 516, 530, 548  
 Trastorno dismórfico corporal, 229-231, 234  
 Trastorno distímico, 332, 333, 337-339, 356, 369, 502  
 y retraso mental, 546  
 Trastorno dominante autosomal, 428  
 Trastorno esquizoafectivo, 407-408, 410  
 Trastorno esquizoide de la personalidad, 306, 328, 383  
 Trastorno esquizotípico de la personalidad, 306, 309-311, 328, 383, 396  
 Trastorno facticio, 132, 219, 231-232, 234

- Trastorno facticio secundario, 232  
 Trastorno histriónico de la personalidad, 226, 306, 311-312, 328  
 Trastorno límite de la personalidad, 306, 312-317, 328  
 y terapia conductual dialéctica, 319  
 Trastorno narcisista de la personalidad, 306, 312, 313, 328  
 Trastorno negativista-desafiante (ODD), 489-490, 511  
 y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481  
 Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), 237, 239, 252-256, 268, 511  
 diagnóstico diferencial de, 256  
 en la infancia, 495-496, 500-502  
 relato en primera persona, 253  
 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 243  
 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 306, 324-326, 328  
 Trastorno orgásmico femenino, 281  
 Trastorno paranoide de la personalidad, 306, 307-308, 328, 383, 396  
 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, 466  
 Trastorno pervasivo del desarrollo, 515-532, 536, 547  
 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el adulto, 488-489  
 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 481-489, 511  
 y el trastorno de la conducta, 493  
 y el trastorno de negativismo desafiante, 493  
 Trastorno por estrés agudo (ASD), 170, 171-172, 179-180, 257  
 Trastorno por estrés posttraumático (PTSD), 239, 256-257, 268, 499, 511  
 en niños, 500  
 terapia cognitiva para, 265  
 y violación, 298  
 Trastorno psicótico compartido, 408-409, 411  
 Trastorno somatomorfo, 132, 219-220, 232, 234  
 Trastornos de exteriorización en la infancia, 481-485, 511  
 Trastornos de internalización en la infancia, 481, 495-505, 511  
 Trastornos de la ansiedad, 132, 237-269, 324  
 en la infancia, 479-502  
 Trastornos de la comunicación, 542-544  
 Trastornos de la conducta alimentaria, 132, 190-198, 216  
 en la infancia, 501, 505  
 Trastornos de la infancia, 479-513  
 Trastornos de la lectura, 542-544  
 Trastornos de la personalidad, 133, 135, 302-328  
 y retraso mental, 546  
 Trastornos de los padres y el desarrollo infantil, 556  
 Trastornos del deterioro cognitivo, 413-439  
 Trastornos del dolor, 220-225, 234  
 Trastornos del espectro esquizofrénico, 383, 396, 407, 409, 410  
 Trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica, 332  
 Trastornos del estado de ánimo, 132, 331-332, 369, 396  
 y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 486  
 y trastorno límite de la personalidad, 315  
 Trastornos del lenguaje, 505  
 Trastornos del sueño, 132, 190, 198-203, 216, *véase también* insomnio  
 Trastornos disociativos, 132, 170, 172-177, 180  
 Trastornos fóbicos, 237, 239, *véase también* fobias  
 Trastornos inducidos por sustancias, 369, 442, 443-444, 475  
 Trastornos por uso de sustancias, 442, 475  
 Trastornos psicofisiológicos, 203-204, 216-217  
 Trastornos psicóticos, 132, 372-441, 490  
 Trastornos psiquiátricos y retraso mental, 546  
 Trastornos relacionados al uso de sustancias, 132  
 Trastornos relacionados con el alcohol, 444-447, 475  
 Trastornos relacionados con el opio, 461-462  
 Trastornos sexuales, 132  
 Trastornos unipolares, 334, 369  
 Tratamiento comunitario, 567-568  
 Tratamiento de salud mental para la infancia, 481  
 Tratamiento grupal para las obsesiones, 265  
 Tratamiento, 27-28, *véase también* terapia para adolescentes, 512  
 aspectos legales de, 578-579  
 comunidad como lugar de, 564-568, 578  
 de cefalea, 215  
 de crisis de pánico, 251  
 de demencia, 421  
 de la dependencia a la cocaína, 464-465  
 de la esquizofrenia, 398-407, 410  
 de los trastornos de la ansiedad, 259-267, 268  
 de problemas relacionados al estrés, 177-178, 180  
 de trastorno de somatización, 226  
 de trastornos de la conducta alimentaria, 192, 198  
 de trastornos de la personalidad, 326, 328  
 de trastornos del dolor, 221  
 del trastorno autista, 516-528  
 del trastorno de la conducta, 494-495  
 del trastorno límite de la personalidad, 316-317  
 del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 487-488  
 eficacia en la disfunción sexual, 284-285  
 especificidad de, 113  
 estado de minoría étnica, 137  
 necesidad de continuidad en, 564, 566-567  
 para el abuso del alcohol, 447-456  
 para el trastorno bipolar, 361-364  
 para la disfunción sexual, 281, 300  
 para la enfermedad de Alzheimer, 427-428  
 por dependencia a opioides, 462  
 razones de búsqueda, 24-26  
 tipos de instalaciones, 26  
 tipos de, 27-28  
 trastornos de la ansiedad en la infancia, 502, 511  
 última restricción, 575  
 y dismorfia corporal, 231  
 Trauma de parto y retraso mental, 540  
 Trauma infantil y trastorno límite de la personalidad, 316  
 y la depresión, 349  
 Traumatismo cerebral, 430-431, 438  
 Travestismo, 287  
 Trepanación, 11-12, 40  
 Tríada cognitiva, 352, 370  
 Trisomía 21, 536, 548  
 Tumescencia nocturna del pene (TNP), 279  
 Tumor cerebral 430-431, 438
- U**  
 Ultrasonido, 391  
 Unión selectiva, 410  
 en la esquizofrenia, 392  
 Uso compulsivo de sustancias, 442-443, 475  
 Uso del alcohol, 493  
 y el trastorno de la conducta, 493  
 y retraso mental, 539-540  
 Uso del tabaco, 469, 476
- V**  
 Vaginismo, 281, 285  
 Validez, 135, 145, 154  
 Validez externa, 37  
 Validez interna, 37  
 Valium, 266, 459  
 Van Tighem, Patricia  
 Vanlafixina, 346  
 Variables confusas, 38  
 Variables dependientes, 31, 33, 42, 101  
 Variables independientes, 31, 33, 42, 101, 112
- Variaciones culturales en la conducta desadaptada, 327  
 Ventrículo cerebral, 390, 410  
 Viagra, 284  
 Victimización sexual, 271, 298, 300  
 Vigilancia en el trastorno de la ansiedad, 239  
 Violación en una cita, *véase* violación  
 Violación, 298, *véase también* victimización sexual y el estrés, 166  
 Violencia, 3  
 Virus de inmunodeficiencia humana, *véase* HIV  
 Voyeurismo, 295  
 Vulnerabilidad, 20-22, 41, 46, 76, 78, 79, 129-130, 154, 159, 179, 185, 444, 561-562, 565  
 en cefalea, 213  
 en el daño cerebral, 436  
 en el papel de la sociedad, 551  
 en el trastorno bipolar, 361  
 en el trastorno de la ansiedad, 245  
 en el trastorno por estrés posttraumático, 256, 257-258  
 en esquizofrenia, 383-398, 407, 410  
 en los trastornos cerebrales, 414-416, 437  
 en los trastornos de disociación, 176  
 en PTSD, 268  
 para la depresión, 4, 334-336, 369  
 para los medicamentos, 461-462  
 y el estrés, 158, 183  
 y las características de la familia adoptiva, 394-395, 410  
 Vulnerabilidad genética, 48
- W**  
 Warren County High School, 228  
 Watson, John B., 66-67  
 Weinstein, Harvey, 160  
 Wells, H.G., 162  
 Wexler, Nancy, 429, 430  
 Weyer, Johann, 15, 40  
 Whitman, Charles, 432  
 Wing, Lorna, 531  
 Woolf, Virginia, 358  
 Wölfl, Adolf, 10  
 Woodworth, Robert S., 142  
 Wyatt contra Stickney, 575
- X**  
 Xenofobia, 246
- Y**  
 Yates, Andrea, 572-573  
 y dismorfia muscular, 231  
 Yo, 62, 63, 83, 117  
 punto de vista de Erikson del, 65-66  
 Yo ideal, 350  
 Young, Lin, 164



## EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS Y OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

### TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA

**Trastornos del aprendizaje** Trastorno de la lectura; trastorno del cálculo; trastorno de la expresión escrita

**Trastorno de las habilidades motoras** Trastorno del desarrollo de la coordinación

**Trastornos de la comunicación** Trastorno del lenguaje expresivo; trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo; trastorno fonológico; tartamudeo

**Trastornos generalizados del desarrollo** Trastorno autista; trastorno de Rett; trastorno desintegrativo infantil; trastorno de Asperger

**Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; trastorno disocial; trastorno negativista desafiante

**Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia** Pica; trastorno de rumiación; trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia

**Trastornos de tics** Trastorno de la Tourette; trastorno de tics motores o verbales crónicos; trastorno de tics transitorios

**Trastornos de la eliminación** Encopresis; enuresis

**Otros trastornos en la infancia o la adolescencia** Trastorno de ansiedad por separación; mutismo selectivo; trastorno reactivo de la vinculación en la infancia; trastorno de movimientos estereotipados

### DELIRIO, DEMENCIA Y TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

**Delirio** Delirio debido a enfermedad médica; delirio inducido por sustancias; delirio por abstinencia de sustancias; delirio debido a múltiples etiologías

**Demencia** Demencia tipo Alzheimer, (inicio temprano o tardío especificado); demencia vascular; demencia debida a enfermedad por VIH; Demencia debida a traumatismo craneal; Demencia debida a enfermedad de Parkinson; Demencia debida a enfermedad de Huntington; Demencia debida a enfermedad de Pick; Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; demencia debida a otras enfermedades médicas; demencia persistente inducida por sustancias; demencia debida a múltiples etiologías

**Trastornos amnésicos** Trastorno amnésico debido a enfermedad médica; trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

**Otros trastornos cognitivos**

### TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

**Trastornos relacionados con el alcohol** Trastornos por consumo del alcohol; trastornos inducidos por alcohol

**Trastornos relacionados con las anfetaminas o sustancias de acción similar** Trastornos por consumo de anfetamina; trastornos inducidos por anfetamina

**Trastornos relacionados con la cafeína** Trastornos inducidos por cafeína

**Trastornos relacionados con el cannabis** Trastornos por consumo de cannabis; trastornos inducidos por cannabis

**Trastornos relacionados con cocaína** Trastornos por el consumo de cocaína; trastornos inducidos por cocaína

**Trastornos relacionados con alucinógenos** Trastornos por consumo de alucinógenos; trastornos inducidos por alucinógenos

**Trastornos relacionados con inhalantes** Trastornos por consumo de inhalantes; trastornos inducidos por inhalantes

**Trastornos relacionados con la nicotina** Trastornos por consumo de nicotina; trastornos inducidos por nicotina

**Trastornos relacionados con opiáceos** Trastornos por consumo de opiáceos; trastornos inducidos por opiáceos

**Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)** Trastornos por consumo de fenciclidina; trastornos inducidos por fenciclidina

**Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

**Trastorno relacionados con varias sustancias**

### ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

**Esquizofrenia** Tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado o tipo residual

**Trastorno esquizofreniforme**

**Trastorno esquizoafectivo**

**Trastorno delirante**

**Trastorno psicótico breve**

**Trastorno psicótico compartido**

**Trastorno psicótico debido a enfermedad médica**

**Trastorno psicótico inducido por sustancias**

### TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

**Trastornos depresivos** Trastorno depresivo mayor; trastorno distímico

**Trastornos bipolares** Trastorno bipolar I; trastorno bipolar II; trastorno ciclotímico

**Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**

**Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

**Trastorno de angustia sin agorafobia**

**Trastorno de angustia con agorafobia**

**Agorafobia sin historia de trastorno de angustia**  
**Fobia específica**





## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV-TR

El diagnóstico implica determinar si un problema clínico cumple con los criterios de un trastorno en particular. Cuando diagnostica, el clínico compara la información disponible sobre un caso con los criterios del DSM-IV-TR. La presencia de síntomas, problemas y características de la vida de una persona especificados en los criterios se utilizan para el diagnóstico.

Sin embargo, el diagnóstico con base en el DSM-IV-TR, que puede ser un proceso complejo debido a su cobertura (el número y tipos de conductas perturbadas que incluye) ha aumentado bastante en comparación con los primeros sistemas diagnósticos. Muchos sistemas son apropiados para varios tipos de trastornos, y los clínicos necesitan tener en mente los tipos de información pertinentes de los diversos tipos de trastornos. En un caso en particular, la presencia de una inconsistencia significativa con los criterios para un diagnóstico puede impedir su uso.

### CUATRO EJEMPLOS DE INFORMACIÓN NECESARIA PARA TOMAR DECISIONES DIAGNÓSTICAS

#### Trastornos de ansiedad

Los individuos que sufren de trastornos de ansiedad experimentan una intensa ansiedad, preocupación y aprensión, y con frecuencia desarrollan una conducta evitativa, actos rituales y pensamientos repetitivos.

Los clínicos deben determinar:

- El historial pasado y actual de ansiedad, preocupación y aprensión
- Estrés actual y eventos traumáticos anteriores
- Los desarrollos frecuentes de conducta evitativa, actos rituales o pensamientos repetitivos
- Trastornos del sueño y pesadillas
- Quejas sobre malestares físicos
- Trastornos mentales y emocionales pasados y presentes
- Conductas compulsivas o rituales

#### Trastornos relacionados con sustancias

Los individuos con trastornos relacionados con sustancias experimentan efectos conductuales, sociales, psicológicos y fisiológicos adversos causados por la búsqueda o uso de una o más sustancias como el alcohol o la cocaína.

Los clínicos deben determinar:

- Identidad de la(s) sustancia(s) consumida(s)
- Historial del consumo de sustancia(s)
- Historial de emergencias y tratamientos por consumo de sustancias
- Deterioro cognitivo (por ejemplo, confusión, desorientación)
- Signos fisiológicos (por ejemplo, ritmo cardíaco rápido, dilatación de las pupilas)
- Agitación o lentitud psicomotoras
- Cambios de estado de ánimo, percepción y pensamiento
- Cambios en la personalidad, estados de ánimo, ansiedad
- Resultados de los exámenes para detectar drogas en la orina, nivel de alcohol en la sangre
- Cambios en la vida social o familiar
- Problemas legales pasados y presentes

Un empleado de oficina, de 30 años, se queja de mareos, manos sudorosas y palpitaciones. Constantemente dice que se siente tenso y preocupado y con frecuencia tiene dificultad para concentrarse. Aunque su esposa lo ve como una persona nerviosa, él trata de esconder sus síntomas ante ella.

Una asistente dental, de 27 años, dice que bebe demasiado para poder dormir en las noches. Con frecuencia se siente sola y está tensa cuando no bebe. Un amigo la describe como “inestable”. Su madre tenía un grave problema alcohólico.

Una mujer de 47 años está sentada con las manos asidas fuertemente y evita el contacto visual con otras personas. Se reporta que vaga con frecuencia en las calles sin rumbo fijo. El psicólogo clínico que la entrevistó tiene problemas para entender lo que dice pues con frecuencia parece idiosincrásico e irrelevante.

Un jefe de oficina de 42 años duerme de 11 a 12 horas durante la noche, pero se siente cansado durante el día. Recientemente se quedó dormido al volante. En los fines de semana con frecuencia se queda en cama todo el día. Ha tenido periodos recidivantes graves de depresión por muchos años y con frecuencia tiene dificultad para concentrarse. Hace dos años respondió de manera positiva a los medicamentos antidepresivos que más adelante dejó

## **Esquizofrenia**

Los individuos con esquizofrenia muestran distorsiones significativas en la percepción de la realidad; deterioro en la capacidad para razonar, hablar y comportarse en forma racional o espontánea; y en la capacidad para responder espontáneamente con sentimientos y emociones apropiados.

Los clínicos deben determinar:

- Historial de trastornos mentales diagnosticados
- Historial de aislamiento social y conducta inusual y extraña
- Experiencia actual de alucinaciones o de percepción extraña
- Pensamiento o lenguaje desorganizados
- Delirio
- Ausencia de sentimientos y emociones apropiados
- Depresión o manía
- Duración de los síntomas

## **Trastornos del estado de ánimo**

Los individuos con trastornos del estado de ánimo experimentan estados de ánimo anormales caracterizados por depresión, manía (expansividad e hiperactividad), o ambos síntomas de manera alternativa.

Los clínicos deben determinar:

- Historial de depresión o manía previas
- Estado de ánimo actual
- Sentimientos de culpa, autoestima del paciente y su sensación de valía personal
- Historial de dificultades económicas o en el trabajo
- Historial de aumento en la actividad sexual y conducta sexual indiscreta
- Historial de cambios rápidos en el estado de ánimo
- Alucinaciones y delirios actuales
- Pensamientos o intentos de suicidio presentes y pasados
- Cambio en el patrón del sueño del paciente
- Pérdida de peso significativa (no a causa de dieta) o aumento de peso



## EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS Y OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

### TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA

**Trastornos del aprendizaje** Trastorno de la lectura; trastorno del cálculo; trastorno de la expresión escrita

**Trastorno de las habilidades motoras** Trastorno del desarrollo de la coordinación

**Trastornos de la comunicación** Trastorno del lenguaje expresivo; trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo; trastorno fonológico; tartamudeo

**Trastornos generalizados del desarrollo** Trastorno autista; trastorno de Rett; trastorno desintegrativo infantil; trastorno de Asperger

**Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; trastorno disocial; trastorno negativista desafiante

**Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia** Pica; trastorno de rumiación; trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia

**Trastornos de tics** Trastorno de la Tourette; trastorno de tics motores o verbales crónicos; trastorno de tics transitorios

**Trastornos de la eliminación** Encopresis; enuresis

**Otros trastornos en la infancia o la adolescencia** Trastorno de ansiedad por separación; mutismo selectivo; trastorno reactivo de la vinculación en la infancia; trastorno de movimientos estereotipados

### DELIRIO, DEMENCIA Y TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS

**Delirio** Delirio debido a enfermedad médica; delirio inducido por sustancias; delirio por abstinencia de sustancias; delirio debido a múltiples etiologías

**Demencia** Demencia tipo Alzheimer, (inicio temprano o tardío especificado); demencia vascular; demencia debida a enfermedad por VIH; Demencia debida a traumatismo craneal; Demencia debida a enfermedad de Parkinson; Demencia debida a enfermedad de Huntington; Demencia debida a enfermedad de Pick; Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; demencia debida a otras enfermedades médicas; demencia persistente inducida por sustancias; demencia debida a múltiples etiologías

**Trastornos amnésicos** Trastorno amnésico debido a enfermedad médica; trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

**Otros trastornos cognitivos**

### TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

**Trastornos relacionados con el alcohol** Trastornos por consumo del alcohol; trastornos inducidos por alcohol

**Trastornos relacionados con las anfetaminas o sustancias de acción similar** Trastornos por consumo de anfetamina; trastornos inducidos por anfetamina

**Trastornos relacionados con la cafeína** Trastornos inducidos por cafeína

**Trastornos relacionados con el cannabis** Trastornos por consumo de cannabis; trastornos inducidos por cannabis

**Trastornos relacionados con cocaína** Trastornos por el consumo de cocaína; trastornos inducidos por cocaína

**Trastornos relacionados con alucinógenos** Trastornos por consumo de alucinógenos; trastornos inducidos por alucinógenos

**Trastornos relacionados con inhalantes** Trastornos por consumo de inhalantes; trastornos inducidos por inhalantes

**Trastornos relacionados con la nicotina** Trastornos por consumo de nicotina; trastornos inducidos por nicotina

**Trastornos relacionados con opiáceos** Trastornos por consumo de opiáceos; trastornos inducidos por opiáceos

**Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)** Trastornos por consumo de fenciclidina; trastornos inducidos por fenciclidina

**Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

**Trastorno relacionados con varias sustancias**

### ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

**Esquizofrenia** Tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado o tipo residual

**Trastorno esquizofreniforme**

**Trastorno esquizoafectivo**

**Trastorno delirante**

**Trastorno psicótico breve**

**Trastorno psicótico compartido**

**Trastorno psicótico debido a enfermedad médica**

**Trastorno psicótico inducido por sustancias**

### TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

**Trastornos depresivos** Trastorno depresivo mayor; trastorno distímico

**Trastornos bipolares** Trastorno bipolar I; trastorno bipolar II; trastorno ciclotímico

**Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**

**Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

**Trastorno de angustia sin agorafobia**

**Trastorno de angustia con agorafobia**

**Agorafobia sin historia de trastorno de angustia**  
**Fobia específica**

Una mujer de 47 años está sentada con las manos asidas fuertemente y evita el contacto visual con otras personas. Se reporta que vaga con frecuencia en las calles sin rumbo fijo. El psicólogo clínico que la entrevistó tiene problemas para entender lo que dice pues con frecuencia parece idiosincrásico e irrelevante.

Un jefe de oficina de 42 años duerme de 11 a 12 horas durante la noche, pero se siente cansado durante el día. Recientemente se quedó dormido al volante. En los fines de semana con frecuencia se queda en cama todo el día. Ha tenido periodos recidivantes graves de depresión por muchos años y con frecuencia tiene dificultad para concentrarse. Hace dos años respondió de manera positiva a los medicamentos antidepresivos que más adelante dejó

### Esquizofrenia

Los individuos con esquizofrenia muestran distorsiones significativas en la percepción de la realidad; deterioro en la capacidad para razonar, hablar y comportarse en forma racional o espontánea; y en la capacidad para responder espontáneamente con sentimientos y emociones apropiados. Los clínicos deben determinar:

- Historial de trastornos mentales diagnosticados
- Historial de aislamiento social y conducta inusual y extraña
- Experiencia actual de alucinaciones o de percepción extraña
- Pensamiento o lenguaje desorganizados
- Delirio
- Ausencia de sentimientos y emociones apropiados
- Depresión o manía
- Duración de los síntomas

### Trastornos del estado de ánimo

Los individuos con trastornos del estado de ánimo experimentan estados de ánimo anormales caracterizados por depresión, manía (expansividad e hiperactividad), o ambos síntomas de manera alternativa. Los clínicos deben determinar:

- Historial de depresión o manía previas
- Estado de ánimo actual
- Sentimientos de culpa, autoestima del paciente y su sensación de valía personal
- Historial de dificultades económicas o en el trabajo
- Historial de aumento en la actividad sexual y conducta sexual indiscreta
- Historial de cambios rápidos en el estado de ánimo
- Alucinaciones y delirios actuales
- Pensamientos o intentos de suicidio presentes y pasados
- Cambio en el patrón del sueño del paciente
- Pérdida de peso significativa (no a causa de dieta) o aumento de peso