

Distinción entre lo normal y lo anormal

En relación con cualquier asunto visto como más provechoso por mortales dotados de sabiduría para el estudio se tiene universalmente por muy poco perceptiva la perspicacia de la persona que ignora lo que los más eruditos en doctrina y desde luego por esta misma razón en el ornato de su venerable y alto intelecto sostienen constantemente cuando por consenso general aseveran que en igualdad de circunstancias no está en el esplendor externo la prosperidad de una nación...

Sería fácil concluir que estas palabras son las cavilaciones de un demente. Para la mayoría de la gente, el pasaje parece no tener ningún sentido. Pero con esto no estarían de acuerdo los eruditos de la literatura. En realidad, este pasaje proviene del clásico *Ulises* de James Joyce, aclamado como una de las principales obras de la literatura del siglo xx (Joyce, 1934, p. 377).

Como ilustra este ejemplo, examinar de modo informal la escritura de una persona no basta para determinar su grado de "normalidad". Pero incluso cuando consideramos ejemplos más amplios del comportamiento de la persona, descubrimos una fina línea entre el comportamiento que se considera normal y el que se considera anormal.

Conceptos clave

¿Cómo distinguir entre comportamiento normal y anormal?

¿Cuáles son las principales perspectivas sobre los trastornos psicológicos que emplean los profesionales de la salud mental?

¿Cuáles son las principales clasificaciones de los trastornos psicológicos?

Definición de la anormalidad

Debido a la dificultad para distinguir entre comportamiento normal y anormal, los psicólogos se han esforzado por idear una definición científica precisa del "comportamiento anormal". Por ejemplo, considere las definiciones siguientes, cada una de las cuales presenta ventajas y desventajas:

- *La anormalidad como desviación del promedio.* Para emplear este método basado en la estadística, simplemente observamos los comportamientos extraños o poco frecuentes en una determinada sociedad o cultura, y clasificamos esas desviaciones de la norma como "anormales".

La dificultad con esta definición es que algunos comportamientos estadísticamente extraños sin duda no se prestan a la clasificación de anormal. Si la mayoría de las personas prefiere hojuelas de maíz en el desayuno, pero usted prefiere el salvado con pasas, esta desviación difícilmente hace que el comportamiento de usted sea anormal. De igual modo, este concepto de anormalidad clasificaría sin razón a una persona con un CI inusualmente elevado como anormal, sólo porque un CI elevado es estadísticamente extraño. En resumen, no basta una definición de anormalidad que descansa en la desviación del promedio.

- *La anormalidad como desviación del ideal.* Un método alternativo considera la anormalidad en relación con el estándar que la mayoría se esfuerza por alcanzar: el ideal. Este tipo de definición ve un comportamiento anormal cuando se desvía mucho de un tipo de ideal o norma cultural. Sin embargo, la sociedad tiene muy pocos estándares en los que coincidan todas las personas. (Por ejemplo, estaríamos en apuros para hallar un consenso sobre si el Nuevo Testamento, el Corán, el Talmud o el Libro de los Mormones ofrece los estándares más razonables.)

Además, los estándares que surgen suelen cambiar con el tiempo y de una cultura a otra. Por tanto, el método de la desviación del ideal también es inadecuado.



Andrea Yates estaba cuerda cuando ahogó a sus cinco hijos en una bañera, según el primer jurado que escuchó su caso. Sin embargo, en un juicio posterior, se le declaró inocente por razones de demencia.

- *La anormalidad como sensación de incomodidad personal.* Una definición más útil se concentra en las consecuencias psicológicas del comportamiento para el individuo. En este método, el comportamiento se considera anormal cuando produce una sensación de angustia personal, ansiedad o culpa en un individuo, o si perjudica de algún modo a los demás.

Sin embargo, incluso una definición basada en la incomodidad personal tiene inconvenientes, pues en algunas formas particularmente graves de perturbación mental, las personas manifiestan sentirse maravillosamente bien, aunque su conducta parezca extraña a los demás. En tales casos existe un estado personal de bienestar, pero la mayoría consideraría que el comportamiento es anormal. Por ejemplo, casi todos nosotros consideraríamos que una mujer que dice oír mensajes alentadores de marcianos manifiesta un comportamiento anormal, aunque ella podría decir que los mensajes la hacen sentirse feliz.

- *La anormalidad como incapacidad para funcionar en forma eficaz.* La mayoría de los individuos son capaces de alimentarse, trabajar, llevarse bien con los demás y, en general, vivir como miembros productivos de la sociedad. Sin embargo, hay quienes son incapaces de adaptarse a las exigencias de la sociedad o funcionar bien.


Según este planteamiento se les considera anormales a los individuos que no pueden funcionar ni adaptarse con eficacia a las exigencias de la sociedad. Por ejemplo, a una mujer sin empleo ni hogar que vive en las calles se le consideraría incapaz de funcionar en forma eficaz. En consecuencia, su conducta se percibe como anormal, aunque ella haya elegido vivir así. Su incapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad es lo que la hace "anormal", según este modelo.

- *La anormalidad como concepto legal.* Según el jurado que escuchó inicialmente el caso, Andrea Yates, una mujer que ahogó a sus cinco hijos en una bañera, estaba cuerda. Fue sentenciada a vivir en prisión por el acto que cometió.

Aunque sería cuestionable este punto de vista (y el jurado en posteriores apelaciones anuló la condena), el veredicto inicial reflejó la forma en que la ley define el comportamiento anormal. Para el sistema judicial, la distinción entre comportamiento normal y anormal descansa en la definición de demencia, término jurídico, no psicológico. La definición de demencia varía de una jurisdicción a otra. En algunos estados, la demencia significa simplemente que los acusados no entienden la diferencia entre lo correcto y lo incorrecto en el momento en que cometen un acto criminal. En otras entidades se considera si los acusados son sustancialmente incapaces de entender la criminalidad de su conducta o no pueden controlarse. Y en algunas jurisdicciones no se permiten los alegatos de demencia (Weiner y Wettstein, 1993; Frost y Bonnie, 2001; Sokolove, 2003).

Sin duda, ninguna de las definiciones anteriores es lo bastante amplia como para cubrir todos los casos de comportamiento anormal. En consecuencia, la distinción entre conducta normal y anormal aún es ambigua a menudo incluso para los profesionales en la materia. Además, las expectativas culturales respecto del comportamiento "normal" de una determinada sociedad influyen, en gran medida, en la comprensión del "comportamiento anormal" (Scheff, 1999; Sanderson, 2007; véase también el recuadro: *Aplicación de la psicología en el siglo XXI*).

En razón de las dificultades para definir con precisión el constructo, los psicólogos definen comúnmente el **comportamiento anormal** en términos amplios, considerándolo como una conducta que provoca angustia e impide funcionar en la vida cotidiana (Nolen-Hoeksema, 2007). Por la imprecisión de esta definición, es mejor considerar el comportamiento anormal y normal como dos extremos de un continuo y no como estados absolutos. El comportamiento debe evaluarse en términos de grado, desde el funcionamiento completamente normal hasta el comportamiento sumamente anormal. La conducta por lo común se ubica en algún punto entre esos extremos.



ALERTA DE estudio

Recuerde las diferentes definiciones de anormalidad (desviación del promedio, desviación del ideal, sensación de incomodidad personal, incapacidad para funcionar en forma eficaz y anormalidad como concepto jurídico).

Comportamiento anormal: conducta que provoca angustia e impide funcionar debidamente en la vida cotidiana.

Terroristas suicidas: ¿normal o anormal?

¿Qué clase de personas están dispuestas a amarrarse explosivos al cuerpo y volarse —junto a la mayor cantidad de personas posibles— en mil pedazos? Suena demencial... pero, ¿su comportamiento es normal?

Según la mayoría de los psicólogos que estudian este tema, las respuestas a estas preguntas son claras: los terroristas suicidas *no* padecen perturbaciones psicológicas. Casi ningún camicace en realidad es el solitario maniaco desquiciado que se representa en el cine y la televisión, tampoco es un suicida en el sentido tradicional con que se emplea el término (Townsend, 2007).

Por ejemplo, los estudios de terroristas suicidas palestinos y libaneses demuestran que suelen ser hombres de veintitantos años, provenientes de diferentes clases sociales. Algunos son ricos y otros son pobres, algunos tienen una instrucción elevada y otros no tienen ninguna. Aunque por lo común los terroristas suicidas no están casados, son por lo demás similares a los miembros promedio de sus sociedades (Gathérias, 2006; Merari, 2007; Townsend, 2007).

Lejos de ser solitarios, la mayoría de los terroristas suicidas son sociables. Tienen amigos cercanos y familiares, y la gente que los conoce suele decir que son extravertidos. Además, su funcionamiento psicológico parece en general normal: antes de sus ataques, no manifiestan síntomas suicidas ni expresan sentimientos de desesperanza o de no tener nada que perder. En resumen, los estudios psicológicos sobre los terroristas suicidas proporcionan pocas evidencias de que esos individuos sufran algún tipo de trastorno psicológico suscep-



¿Los terroristas suicidas padecen perturbaciones psicológicas? La mayor parte de las investigaciones señala que no.

tible de diagnosticarse (Atran, 2003; Berko y Yuval, 2007).

Además, el compromiso con un grupo o una causa en particular es lo que motiva a los terroristas. Los lazos religiosos son particularmente importantes. Los camicares suelen pertenecer a grupos religiosos, cuyos líderes buscan incansablemente inspirar la lealtad de los posibles terroristas hacia su religión. Sienten que su meta es moral y justa, y a sus ojos el objetivo de alcanzar una sociedad equitativa justifica cualquier acto (Palermo, 2006; Moghaddam, 2007; Rogers *et al.*, 2007).

En última instancia, es posible que sean las presiones situacionales y no factores relacionados con la personalidad los que motiven a los terroristas suicidas. Los terroristas suelen formar parte de una pequeña célula, de cuatro o cinco personas, que se

convierte en el centro de su vida y, en algunos sentidos, funge como familia sustituta. La presión de grupo que se genera en tales células puede ejercer una influencia enorme, lo suficientemente fuerte como para conducir al acto máximo de inmolarse por el bien del grupo (Plous y Zimbardo, 2004; McCauley, 2007; Palmer, 2007).

Para los encargados de detener los ataques terroristas suicidas y otras formas de terrorismo es problemático que los atacantes no estén motivados sólo por un trastorno psicológico, sino por una compleja red de emociones, lealtades y política. Los ataques terroristas motivados por una enfermedad mental probablemente serían un problema mucho más sencillo de resolver que los ataques terroristas exacerbados por un conflicto de grupo emocional, político y religioso.

RECONSIDERACIÓN


- Si su labor consistiera en combatir el terrorismo suicida, ¿qué haría?
- ¿Qué tipo de intervenciones psicológicas, políticas o sociales desalentarían a los posibles terroristas suicidas de ofrecerse como voluntarios?

Perspectivas sobre la anormalidad: de la superstición a la ciencia

Durante buena parte de la historia humana, las personas relacionaban el comportamiento anormal con la superstición y la hechicería. A los individuos que manifestaban una conducta anormal se les acusaba de estar poseídos por el demonio o algún tipo de divinidad demoníaca. Las autoridades justificaban el “tratamiento” del comportamiento anormal con la expulsión de la fuente del problema. Esto por lo común suponía azotes, inmersiones en agua caliente, privación de alimento u otras formas de tortura en las que la cura a menudo resultaba peor que la aflicción (Howells y Osborn, 1984; Berrios, 1996).

Perspectivas sobre los trastornos psicológicos		
Perspectiva	Descripción	Posible aplicación de la perspectiva al caso de Chris Coles
Perspectiva médica	Supone que el origen de los trastornos psicológicos son causas fisiológicas	Examina a Coles en busca de problemas médicos, como un tumor cerebral, un desequilibrio químico en el cerebro o una enfermedad
Perspectiva psicoanalítica	Sostiene que los trastornos psicológicos se derivan de conflictos de la niñez	Busca información sobre el pasado de Coles, considerando los posibles conflictos de la niñez
Perspectiva conductual	Supone que los comportamientos anormales son respuestas aprendidas	Se concentra en recompensas y castigos al comportamiento de Coles, e identifica los estímulos ambientales que refuerzan su comportamiento
Perspectiva cognitiva	Supone que las cogniciones (pensamientos y creencias de las personas) son medulares en los trastornos psicológicos	Se concentra en las percepciones que Coles tiene de sí misma y de su entorno
Perspectiva humanista	Destaca la responsabilidad de las personas sobre su propio comportamiento y la necesidad de autorrealizarse	Considera el comportamiento de Coles en términos de sus elecciones y esfuerzos por alcanzar su potencial
Perspectiva sociocultural	Supone que la familia, la sociedad y la cultura moldean el comportamiento	Se enfoca en la contribución que tuvieron las exigencias de la sociedad en el trastorno de Coles

FIGURA 1 Al analizar el caso de Chris Coles, expuesto en el prólogo, podemos emplear cada una de las diferentes perspectivas sobre el comportamiento anormal. Sin embargo, observe que debido a la naturaleza de su trastorno psicológico, algunas de las perspectivas son más aplicables que otras.



ALERTA DE estudio

Utilice la figura 1 para repasar las seis principales perspectivas sobre la anomalía y considere cómo se relacionan con las principales perspectivas en el campo de la psicología que analizamos en el capítulo 1.

Los modelos contemporáneos adoptan un planteamiento más progresista; en la actualidad los trastornos psicológicos se abordan desde seis principales perspectivas. Éstas proponen no sólo causas diferentes del comportamiento anormal, sino también diferentes métodos de tratamiento. Además, algunas perspectivas se aplican más a determinados trastornos que otras. En la figura 1 se resumen las perspectivas y la forma en que se aplican al caso de Chris Coles, que describimos en el prólogo.

PERSPECTIVA MÉDICA

Cuando alguien manifiesta síntomas de tuberculosis, los médicos por lo general hallan el bacilo en el tejido corporal. Del mismo modo, la **perspectiva médica** propone que cuando un individuo manifiesta síntomas de comportamiento anormal, la causa fundamental se hallará con un examen físico del individuo, el cual puede revelar un desequilibrio hormonal, una deficiencia química o una lesión cerebral. En efecto, cuando hablamos de “enfermedades” mentales, “síntomas” de comportamiento anormal y “hospitales” para enfermos mentales empleamos una terminología que se asocia con la perspectiva médica.

Debido a que muchos comportamientos anormales se relacionan con causas biológicas, la perspectiva médica es un modelo razonable; sin embargo, se le han hecho serias críticas. Por un lado, no se ha identificado la causa biológica de muchas formas de comportamiento anormal. Además, algunos críticos sostienen que el uso del término *enfermedad* supone que los individuos que manifiestan una conducta anormal no son responsables de sus actos (Szasz, 1994, 2004, 2006).

Sin embargo, los avances recientes en la comprensión de los fundamentos biológicos del comportamiento subrayan la importancia de considerar los factores fisiológicos en el comportamiento anormal. Por ejemplo, algunas de las formas más graves de perturbación psicológica, como la depresión mayor y la esquizofrenia, se ven influidas por factores genéticos y disfunciones en las señales de los neurotransmisores (Pennington, 2002, 2003; Plomin y McGuffin, 2003).

PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Si bien la perspectiva médica indica que las causas biológicas son el origen del comportamiento anormal, la **perspectiva psicoanalítica** sostiene que el comportamiento anormal se

Perspectiva médica: según esta perspectiva, cuando un individuo manifiesta síntomas de comportamiento anormal, la causa fundamental se hallará practicándole un examen físico, que puede revelar un desequilibrio hormonal, una deficiencia química o una lesión cerebral.

Perspectiva psicoanalítica: según este enfoque, el comportamiento anormal se deriva de conflictos ocurridos en la niñez por deseos contradictorios relacionados con la sexualidad y la agresividad.

deriva de conflictos ocurridos en la niñez por deseos contradictorios relacionados con la sexualidad y la agresividad. Freud consideraba que los niños atraviesan por una serie de etapas en las que los impulsos sexuales y agresivos adquieren formas diferentes y producen conflictos que exigen una resolución. Si estos conflictos de la niñez no se tratan debidamente, quedan sin resolverse en el inconsciente y a la larga generan un comportamiento anormal, durante la edad adulta.

Para descubrir las raíces del comportamiento anormal, la perspectiva psicoanalítica examina la historia de vida temprana de los individuos. Sin embargo, debido a que no hay una forma definitiva de relacionar las experiencias infantiles de las personas con los comportamientos anormales que manifiestan en la edad adulta, no podemos estar seguros de que las causas que propone la teoría psicoanalítica sean precisas. Además, dicha teoría supone que las personas tienen relativamente poco control sobre su comportamiento, pues buena parte de éste se rige por impulsos inconscientes. A los ojos de algunos críticos, esta perspectiva señala que las personas tienen poca responsabilidad sobre su propia conducta.

Por otra parte, las aportaciones de la teoría psicoanalítica han sido significativas. Más que cualquier otro enfoque del comportamiento anormal, esta perspectiva destaca el hecho de que las personas pueden tener una vida interna rica y comprometida, y que las experiencias anteriores pueden ejercer un efecto profundo en el funcionamiento psicológico actual (Bornstein, 2003; Elliott, 2002; Rangell, 2007).

PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Tanto la perspectiva médica como la psicoanalítica consideran los comportamientos anormales como *síntomas* de un problema subyacente. En comparación, la **perspectiva conductual** considera el comportamiento mismo como el problema. Con base en los principios fundamentales del aprendizaje, los teóricos conductuales conciben los comportamientos normales y anormales como respuestas a diversos estímulos aprendidas por experiencias pasadas y que se orientan en el presente por los estímulos que hay en el entorno del individuo. Para explicar por qué ocurre el comportamiento anormal, debemos analizar la forma en que el individuo aprendió el comportamiento anormal y observar las circunstancias en que se manifiesta.

El hincapié en el comportamiento observable representa la mayor fortaleza y la mayor debilidad del enfoque conductual del comportamiento anormal. Esta perspectiva ofrece el modelo más preciso y objetivo para examinar los síntomas conductuales de determinados trastornos, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que abordaremos en el siguiente módulo. Sin embargo, al mismo tiempo, los críticos argumentan que la perspectiva ignora el rico mundo interno formado por pensamientos, actitudes y emociones que pueden contribuir al comportamiento anormal.

PERSPECTIVA COGNITIVA

En las perspectivas médica, psicoanalítica y conductual se considera que el comportamiento de las personas se debe a factores que están en buena medida más allá de su control. No obstante, para muchos críticos de estos planteamientos, no es posible ignorar los pensamientos de las personas.

En respuesta a tales preocupaciones, algunos psicólogos recurren a la **perspectiva cognitiva**. En lugar de considerar sólo el comportamiento externo, como en los modelos conductuales tradicionales, el modelo cognitivo supone que las *cogniciones* (pensamientos y creencias de las personas) son medulares para el comportamiento anormal de un individuo. Una de las principales metas de tratamiento en la perspectiva cognitiva es enseñar explícitamente formas de pensar nuevas y más adaptativas.

Por ejemplo, suponga que usted desarrolla una idea errónea como “desempeñarme bien en este examen es crucial para todo mi futuro” siempre que hace un examen. Por medio de la terapia, usted podría aprender a albergar ideas más realistas y que le produzcan menos ansiedad como “no todo mi futuro depende de este examen”. Al modificar así las cogniciones, los psicólogos que trabajan dentro del marco cognitivo ayudan a las personas a liberarse de pensamientos y comportamientos potencialmente desadaptados (Clark, 2004; Everly y Lating, 2007).

Perspectiva conductual: perspectiva que considera el comportamiento mismo como el problema.

Perspectiva cognitiva: perspectiva según la cual los pensamientos y creencias de las personas son un componente central del comportamiento anormal.

La perspectiva cognitiva no está exenta de críticos. Por ejemplo, es posible que las cogniciones desadaptadas sean los síntomas o las consecuencias de los trastornos y no su causa. Además, hay circunstancias en las que las creencias negativas quizá no sean en absoluto irracionales, sino que sólo reflejen el entorno desagradable en que viven las personas; después de todo, hay veces en que un examen puede resultar sumamente importante. Sin embargo, los teóricos cognitivos afirmarían que es posible hallar una forma más adaptativa de enmarcar las creencias, incluso en las circunstancias más negativas.

PERSPECTIVA HUMANISTA

Perspectiva humanista: perspectiva que destaca la responsabilidad de las personas sobre su propio comportamiento, aunque sea anormal.

Los psicólogos que trabajan desde una **perspectiva humanista** destacan la responsabilidad de las personas sobre su propio comportamiento, aunque éste se considere anormal. La perspectiva humanista —que surge de la obra de Carl Rogers y Abraham Maslow— se concentra en lo exclusivamente humano y considera que las personas son básicamente racionales, que se orientan hacia el mundo social y están motivadas a buscar la autorrealización (Rogers, 1995).

Los modelos humanistas se concentran en la relación del individuo con la sociedad y consideran la percepción que tienen las personas de sí mismas en relación con los demás y del lugar que ocupan en el mundo. Según esta perspectiva, las personas tienen una conciencia de la vida y de sí mismas que los hace buscar significado y valor personal. En lugar de suponer que los individuos necesitan una “cura”, la perspectiva humanista propone que pueden establecer, en general, sus propios límites respecto de lo que es un comportamiento aceptable. Mientras no lastimen a nadie y no sientan una angustia personal, deben estar en libertad de elegir sus propios comportamientos.

Aunque se critica que la perspectiva humanista se basa en información poco científica y no verificable, y que sus formulaciones son vagas y casi filosóficas, constituye una visión singular del comportamiento anormal. Subraya los aspectos únicos de ser humano y ofrece diversas sugerencias importantes para ayudar a las personas con problemas psicológicos.

Perspectiva sociocultural: perspectiva según la cual el comportamiento —tanto normal como anormal— está moldeado por el grupo familiar, la sociedad y la cultura.

PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

La **perspectiva sociocultural** supone que el grupo familiar, la sociedad y la cultura moldean al comportamiento, tanto normal como anormal. Según este planteamiento, la naturaleza de las propias relaciones con los demás puede ser la base de los comportamientos anormales e incluso generarlos. En consecuencia, las tensiones y los conflictos que experimentan los individuos como parte de sus interacciones cotidianas con los demás promueven y mantienen el comportamiento anormal.

Esta perspectiva sustenta estadísticamente la postura de que los factores socioculturales moldean el comportamiento anormal por el hecho de que algunos tipos de conductas anormales son mucho más frecuentes en ciertas clases sociales que en otras.

Por ejemplo, los diagnósticos de esquizofrenia suelen ser más numerosos entre los miembros de los grupos socioeconómicos bajos que entre los miembros de los grupos acomodados. En proporción, se hospitaliza por trastornos psicológicos en contra de su voluntad a más afroamericanos que a blancos. Además, los periodos de pobreza al parecer se relacionan con disminuciones generales del funcionamiento psicológico, y los problemas sociales, como la falta de vivienda, se asocian con trastornos psicológicos (López y Guarnaccia, 2005; Conger *et al.*, 2002; Nasir y Hand, 2006).

Por otra parte, abundan las explicaciones alternativas sobre la asociación entre comportamiento anormal y factores sociales. Por ejemplo, las personas de niveles socioeconómicos bajos tal vez tengan menos probabilidades de buscar ayuda que las de niveles superiores, por lo que poco a poco llegan a un punto en el que sus síntomas se vuelven graves y reciben un diagnóstico más serio. Además, las explicaciones socioculturales ofrecen relativamente poca orientación específica sobre el tratamiento de los individuos



“Antes que nada, usted no es un cacahuete, es una legumbre.”

que manifiestan una perturbación mental, pues el enfoque se dirige a factores sociales más generales (Paniagua, 2000).

Clasificación del comportamiento anormal: generalidades del *DSM*

Loco, chalado, psiquiátrico, chiflado, demente, neurótico, psicótico, raro, desquiciado, extraño, poseído.

Desde siempre la sociedad ha clasificado a las personas que manifiestan comportamientos anormales. Por desgracia, la mayor parte del tiempo estas categorías han reflejado intolerancia y se han empleado sin pensar mucho en lo que significan.

Asignar nombres y clasificaciones apropiados y específicos al comportamiento anormal representa todo un desafío para los psicólogos. No es difícil entender por qué, en virtud de las dificultades que ya analizamos tan sólo para distinguir entre el comportamiento normal y el anormal. Sin embargo, los psicólogos y otros prestadores de servicios de salud necesitan sistemas para clasificar el comportamiento anormal, diagnosticarlo y, en última instancia, tratarlo.

DSM-IV-TR: CÓMO DETERMINAR LAS DIFERENCIAS DE DIAGNÓSTICO

Al paso de los años, los profesionales de la salud mental han desarrollado diferentes sistemas de clasificación que varían en términos de su utilidad y de su grado de aceptación. Sin embargo, ha surgido en Estados Unidos un sistema estándar, ideado por la American Psychiatric Association. La mayoría de los profesionales utiliza este sistema de clasificación, conocido como **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR)** para diagnosticar y clasificar el comportamiento anormal.

El *DSM-IV-TR* presenta definiciones completas y relativamente precisas de más de 200 trastornos, divididas en 17 principales categorías. También incluye cinco tipos de información, conocidos como ejes, que deben considerarse al evaluar a un paciente.

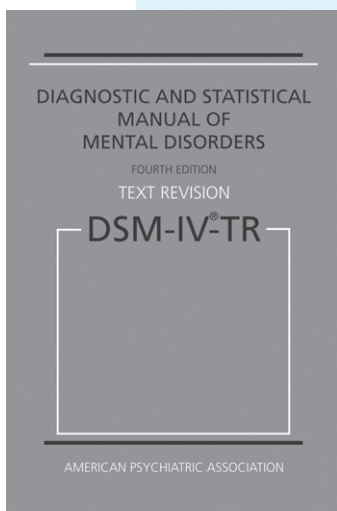
- **Eje I: trastornos clínicos.** Trastornos que producen angustia y que afectan el funcionamiento.
- **Eje II: trastornos de personalidad y retraso mental.** Patrones de conducta rígidos y duraderos.
- **Eje III: afecciones médicas generales.** Trastornos físicos que pueden relacionarse con trastornos psicológicos.
- **Eje IV: problemas psicosociales y ambientales.** Problemas en la vida de la persona como factores de estrés o sucesos de la vida que pueden influir en el diagnóstico, tratamiento y resultado de los trastornos psicológicos.
- **Eje V: evaluación general del funcionamiento.** Nivel general de funcionamiento mental, social, ocupacional y de esparcimiento.

Al seguir los criterios del sistema de clasificación *DSM-IV-TR*, los especialistas pueden identificar el problema específico que experimenta un individuo. (La figura 2 ofrece un breve resumen de las principales categorías de diagnóstico.)

El diseño del *DSM-IV-TR* es más que nada descriptivo, y evita señalar las causas subyacentes del comportamiento y los problemas del individuo. Por ejemplo, el término *neurótico* —calificativo común con el que se describe de manera cotidiana el comportamiento anormal— no figura como categoría en la lista del *DSM-IV-TR*. Debido a que el término alude a problemas asociados con una causa específica basada en la teoría de Freud sobre la personalidad, la *neurosis* no se incluye en el *DSM-IV-TR*.

Así, el *DSM-IV-TR* tiene la ventaja de ofrecer un sistema descriptivo que no especifica la causa o razón de un problema, sino que retrata el comportamiento manifestado. ¿Por qué es importante este método? Por un lado, permite la comunicación entre profesionales

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR): sistema ideado por la American Psychiatric Association y utilizado por la mayoría de los profesionales para diagnosticar y clasificar el comportamiento anormal.



Categorías de los trastornos	Ejemplos
De ansiedad (problemas en los cuales la ansiedad impide el funcionamiento cotidiano)	Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno fóbico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático
Somatomorfo (dificultades psicológicas que se manifiestan mediante problemas físicos)	Hipocondría, trastorno de conversión
Disociativo (separación de partes cruciales de la personalidad que suelen estar integradas)	Trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple), amnesia disociativa, fuga disociativa
De estado de ánimo (emociones de depresión o euforia tan fuertes que perturban la vida cotidiana)	Depresión mayor; trastorno bipolar
Esquizofrenia y trastornos psicóticos (disminuciones en el funcionamiento, perturbaciones de pensamiento y lenguaje, trastornos de percepción, perturbaciones emocionales y retraimiento de los demás)	Desorganizada, paranoide, catatónica, indiferenciada, residual
De personalidad (problemas que producen poca angustia emocional, pero que generan una incapacidad para funcionar como miembro normal de la sociedad)	Trastorno antisocial de la personalidad (sociopática), trastorno narcisista de la personalidad
Sexual (problemas relacionados con la excitación sexual a partir de objetos inusuales, o problemas relacionados con el funcionamiento)	Parafilia, disfunción sexual
Relacionado con sustancias (problemas relacionados con la dependencia y el abuso de drogas)	Alcohol, cocaína, alucinógenos, marihuana
Demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos	

FIGURA 2 Esta lista de trastornos representa las principales categorías del *DSM-IV-TR*. Se trata sólo de una lista parcial de los más de 200 trastornos que abarca.

de la salud mental que tienen antecedentes diversos y se basan en enfoques teóricos distintos. Además, la clasificación precisa permite que los investigadores exploren las causas de un problema. Sin descripciones confiables del comportamiento anormal los investigadores se verían en apuros para hallar formas de investigar el trastorno. Por último, el *DSM-IV-TR* ofrece una especie de atajo conceptual por medio del cual los profesionales pueden describir los comportamientos que suelen presentarse juntos en un individuo (Widiger y Clark, 2000; Frances, First y Pincus, 2002).

ESTUDIO DE LOS CLASIFICADORES: LOS INCONVENIENTES DEL *DSM-IV-TR*

Cuando el psicólogo clínico David Rosenhan y ocho colegas solicitaron su admisión en diferentes hospitales mentales de Estados Unidos en la década de 1970, cada uno afirmó oír voces —“voces no muy claras” que decían “vacío”, “hueco” y “ruidos sordos”— y a todos los admitieron de inmediato en los diferentes hospitales. Sin embargo, la verdad era que realizaban un estudio y ninguno de ellos oía voces. Fuera de estas distorsiones, *todo* lo demás que hicieron y dijeron representaba su verdadero comportamiento, incluso sus respuestas durante las exhaustivas entrevistas de admisión y las correspondientes a la batería de pruebas a que se les sometió. De hecho, tan pronto como los admitieron, dijeron que ya no oían voces. En resumen, cada uno de los seudopacientes actuaba en forma “normal” (Rosenhan, 1973).

Cabría suponer que a Rosenhan y sus colegas debieron haberlos descubierto pronto como los impostores que eran, pero no fue así. En cambio, a cada uno de ellos se le diagnosticó como gravemente anormal con base en la observación de su comportamiento. Los pro-

fesionales de la salud mental diagnosticaron que en su mayoría sufrían esquizofrenia y los mantuvieron en el hospital entre tres y 52 días, con una permanencia promedio de 19 días. Aunque al final se les dio de alta, a la mayoría de los “pacientes” se les asignó la categoría de *esquizofrenia: en remisión*, lo que significa que la disminución del comportamiento anormal era sólo temporal y podía reaparecer en cualquier momento. Lo más perturbador de todo esto es que los miembros del personal de los hospitales no identificaron a ninguno de los seudopacientes como impostores, si bien algunos pacientes reales sí lo sospechaban.

Los resultados de este clásico estudio de Rosenhan ilustran que la asignación de categorías a los individuos influye poderosamente en la forma en que los profesionales de la salud mental perciben e interpretan las acciones de los individuos. También indica que determinar quién padece un trastorno psicológico no siempre es un proceso claro o preciso.

Aunque el *DSM-IV-TR* se diseñó para elaborar diagnósticos más precisos y congruentes de los trastornos psicológicos, no ha sido del todo exitoso. Por ejemplo, los críticos alegan que depende demasiado de la perspectiva médica. En virtud de que lo prepararon psiquiatras, que son médicos, algunos lo condenan por considerar los trastornos psicológicos sobre todo en términos de síntomas de un trastorno fisiológico subyacente. Tampoco toma en cuenta completamente los progresos en la neurociencia conductual que ha identificado las bases genéticas de algunos trastornos psicológicos. Además, los críticos señalan que el *DSM-IV-TR* fragmenta a las personas en categorías inflexibles y dicotómicas, en lugar de considerar el grado en que ésta manifiesta un trastorno conductual (Schmidt, Kotov y Joiner, 2004; Samuel y Widiger, 2006).

Hay otras preocupaciones más sutiles respecto del *DSM-IV-TR*, pero igualmente importantes. Por ejemplo, algunos críticos sostienen que categorizar a un individuo como anormal confiere un estigma deshumanizante y permanente. (Piense, por ejemplo, en los contendientes políticos cuyas candidaturas terminaron al revelarse que recibieron tratamiento por trastornos psicológicos graves.) Además, después de que la persona recibe un primer diagnóstico, los profesionales de la salud mental, que quizá se concentren en la categoría de diagnóstico inicial, podrían pasar por alto otras posibilidades de diagnóstico (Szasz, 1994; Duffy *et al.*, 2002; Quinn, Kahng y Crocker, 2004).

Sin embargo, pese a los inconvenientes inherentes a cualquier sistema de clasificación, el *DSM-IV-TR* ha ejercido una influencia importante en la forma en que los profesionales de la salud mental conciben los trastornos psicológicos. Aumentó la confiabilidad y validez de la categorización del diagnóstico. Además, ofrece una forma lógica de organizar nuestro examen de los principales tipos de perturbaciones mentales.



ALERTA DE estudio

Es importante entender las ventajas y debilidades del sistema de clasificación del *DSM*.

RECAPITULACIÓN/EVALUACIÓN/RECONSIDERACIÓN

RECAPITULACIÓN

¿Cómo distinguimos entre el comportamiento normal y anormal?

- Entre las definiciones de anormalidad están la desviación del promedio, la desviación del ideal, una sensación de incomodidad personal, la incapacidad para funcionar con eficiencia y las concepciones legales. (p. 448)
- Aunque no hay una sola definición completamente adecuada, puede considerarse que el comportamiento anormal es un comportamiento que hace que las personas experimenten angustia y les impida funcionar bien en su vida cotidiana. La mayoría de los psicólogos consideran que el comportamiento anormal y normal deben considerarse en términos de un continuo. (p. 449)

¿Cuáles son las principales perspectivas sobre los trastornos psicológicos que emplean los profesionales de la salud mental?

- La perspectiva médica considera la anormalidad como un síntoma de una enfermedad subyacente. (p. 450)
- Las perspectivas psicoanalíticas señalan que el comportamiento anormal se deriva de conflictos infantiles en el inconsciente. (p. 450)
- Los modelos conductuales no consideran el comportamiento anormal como síntoma de un problema subyacente, sino como el problema mismo. (p. 451)
- El modelo cognitivo señala que el comportamiento anormal es resultado de cogniciones incorrectas (pensamientos y creencias). Según este planteamiento, el comportamiento anormal se remedia modificando los pensamientos y creencias erróneos. (p. 451)

- Los modelos humanistas destacan la responsabilidad de las personas sobre su propio comportamiento, aun cuando este comportamiento se considere anormal. (p. 452)
- Los modelos socioculturales perciben el comportamiento anormal en términos de dificultades que surgen de la familia y otras relaciones sociales. (p. 452)

¿Con qué sistema de clasificación se categorizan los trastornos psicológicos?

- El sistema de uso más generalizado para clasificar los trastornos psicológicos es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision). (p. 453)

EVALUACIÓN

1. Un problema para identificar el comportamiento anormal es que
 - a) El comportamiento estadísticamente extraño puede no ser anormal.
 - b) No todas las anomalías se acompañan de sentimientos de incomodidad.
 - c) Los estándares culturales son demasiado generales para utilizarlos como instrumentos de medición.
 - d) Todos los anteriores.
2. Si la anomalía se define como un comportamiento que causa una incomodidad personal o daño a los demás, ¿cuál de las siguientes personas tiene más probabilidades de necesitar tratamiento?
 - a) Un ejecutivo teme aceptar un ascenso porque tendría que mudarse de su oficina en la planta baja al último piso de un edificio alto.
 - b) Una mujer decide abandonar su empleo y elige vivir en la calle para disfrutar de una “vida más sencilla”.
 - c) Un hombre cree que cada jueves unos astronautas amigables visitan su casa.
 - d) Un fotógrafo vive con 19 gatos en un pequeño apartamento y los cuida con mucho cariño.
3. La madre de Virginia cree que el comportamiento de su hija es sin duda anormal porque, pese a que la

aceptaron en la facultad de medicina, Virginia decide convertirse en mesera. ¿Qué enfoque sigue la madre de Virginia para definir el comportamiento anormal?

4. ¿Cuál de los siguientes es un argumento sólido contra la perspectiva médica sobre la anomalía?
 - a) Casi siempre es imposible identificar las anomalías fisiológicas.
 - b) No hay una forma definitiva de relacionar la experiencia pasada con el comportamiento.
 - c) La perspectiva médica se basa demasiado en los efectos de la nutrición.
 - d) Asignar un comportamiento a un problema físico elimina la responsabilidad del individuo de cambiar su comportamiento.
5. Cheryl es tan tímida que da pena. Según la perspectiva conductual, la mejor manera de enfrentar su “comportamiento anormal” es
 - a) Tratar el problema físico subyacente.
 - b) Mediante los principios de la teoría del aprendizaje, modificar su timidez.
 - c) Expresarle mucho cariño.
 - d) Descubrir sus experiencias negativas pasadas por medio de la hipnosis.

RECONSIDERACIÓN

1. ¿Coincide usted o no con que el *DSM* debe actualizarse cada determinado tiempo? ¿Qué es lo que hace que el comportamiento anormal sea tan variable? ¿Por qué puede haber una definición de comportamiento anormal que no cambie?
2. Desde la óptica de un empleador: imagine que a un empleado bien remunerado lo arrestaron por robar en una tienda un suéter de 200 pesos. ¿Qué tipo de explicación de este comportamiento darían los partidarios de cada perspectiva sobre la anomalía: la perspectiva médica, la perspectiva psicoanalítica, la perspectiva conductual, la perspectiva cognitiva, la perspectiva humanista y la perspectiva sociocultural? Con base en las posibles causas del hurto, ¿despediría usted al empleado? ¿Por qué sí o por qué no?

Respuestas a las preguntas de evaluación

1. d); 2. a); 3. desviación del ideal; 4. d); 5. b)

TÉRMINOS BÁSICOS

comportamiento anormal,
p. 448

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR), p. 453

perspectiva cognitiva,
p. 451

perspectiva conductual,
p. 451

perspectiva humanista,
p. 452

perspectiva médica, p. 450

perspectiva psicoanalítica,
p. 450

perspectiva sociocultural,
p. 452

Principales trastornos psicológicos

Sally experimentó su primer ataque de pánico cuando menos se lo esperaba, tres semanas después de terminar su último año en la universidad. Acababa de finalizar una entrevista laboral y se había reunido con algunos amigos para cenar. En el restaurante, empezó a sentir mareos. Al cabo de unos segundos, su corazón le latía con fuerza y sentía que le faltaba el aliento, como si fuera a perder el conocimiento. Sus amigos advirtieron que no se veía nada bien y se ofrecieron a llevarla a casa. Sally sugirió que mejor se detuvieran en la sala de urgencias del hospital. Aunque se sentía mejor cuando llegaron al hospital y los exámenes no indicaron nada malo, Sally experimentó un episodio similar una semana después mientras estaba viendo una película...

Sus ataques se presentaban cada vez con mayor frecuencia. Al poco tiempo, sufría varios ataques a la semana y esto le preocupaba constantemente. Empezó a dejar de hacer ejercicio y otras actividades que producían sensaciones físicas. También observó que los ataques eran peores cuando estaba sola. Evitaba manejar, ir de compras a tiendas grandes y comer en todos los restaurantes. Durante algunas semanas no salió de su casa en absoluto (Antony, Brown y Barlow, 1992, p. 79).

Sally sufría el trastorno de pánico, uno de los trastornos psicológicos que revisaremos en este módulo. Tenga presente que, si bien analizaremos estos trastornos en forma objetiva, cada uno representa un conjunto de dificultades muy humanas que influyen en la vida de las personas, y en ocasiones la perturban de manera considerable.

Trastornos de ansiedad

Todos, en un momento u otro, experimentamos *ansiedad*, una sensación de aprehensión o tensión, en reacción a situaciones estresantes. No hay nada “malo” en este tipo de ansiedad. Se trata de una reacción normal al estrés que suele ayudar, en lugar de perjudicar, a nuestro funcionamiento cotidiano. De no experimentar cierto grado de ansiedad, por ejemplo, la mayoría de nosotros quizá no nos sentiríamos muy motivados a estudiar con ahínco, someterse a exámenes físicos o pasar largas horas en el trabajo.

Sin embargo, algunas personas experimentan la ansiedad en situaciones en las que no hay una razón o causa externa para sentir este tipo de angustia. Cuando la ansiedad se da sin una justificación externa y afecta el funcionamiento cotidiano de las personas, los profesionales de la salud mental la consideran un problema psicológico conocido como **trastorno de ansiedad**. Analizaremos los cuatro tipos de trastornos de ansiedad: el trastorno fóbico, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo.

TRASTORNO FÓBICO

No es fácil andar por el mundo cuando se siente terror a la electricidad. “Donna”, escritora de 45 años de edad, lo sabe mejor que la mayoría. Cuando está cerca de un aparato electrodoméstico o un interruptor de luz o —lo que es casi inconcebible— una tormenta eléctrica, la invade el terror y, cegada, no piensa más que en huir. Esto, por supuesto, no siempre es posible, así que, con el tiempo, a Donna se le ocurrieron otras respuestas. Al abrir la puerta del refrigerador, lo mejor es llevar puestos unos zapatos con suela de plástico. Si se funde un foco, tolera la oscuridad hasta que alguien lo cambia. Sale a comprar ropa sólo cuando es necesario, y prefiere

Conceptos clave

¿Cuáles son los principales trastornos psicológicos?

Trastorno de ansiedad: incidencia de la ansiedad sin una causa externa obvia y que afecta el funcionamiento cotidiano.

Trastorno fóbico	Descripción	Ejemplo
Agorafobia	Temor a los lugares en los que no se dispondría de ayuda en caso de emergencia	La persona deja de salir de casa porque cualquier otro lugar fuera de la casa de la persona genera síntomas de ansiedad extrema.
Fobias específicas	Temor a objetos, lugares o situaciones específicos	
Fobia animal	Animales o insectos específicos	La persona tiene un temor extremo a los perros o las arañas.
Fobia ambiental	Hechos o situaciones en el ambiente natural	La persona tiene un temor extremo a las tormentas, las alturas o el agua.
Fobia situacional	Transporte público, túneles, puentes, ascensores, volar, manejar	La persona siente una claustrofobia extrema en los ascensores.
Fobia a inyecciones, sangre y lesiones	Sangre, lesiones, inyecciones	La persona entra en pánico al ver la rodilla raspada de un niño.
Fobia social	Temor a ser juzgado o avergonzado por los demás	La persona evita toda situación social por temor a que lo juzguen los demás.

FIGURA 1 Los trastornos fóbicos difieren de los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico debido a que puede identificarse un determinado estímulo. Aquí se presenta una lista de diversas fobias y sus estímulos. (Fuente: Adaptada de Nolen-Hoeksema, 2007.)

que de la tienda le envíen las prendas con menos estática. Y ni pensar en nadar de noche, pues las luces bajo el agua la electrocutarían (Kluger, 2001, p. 51).

Fobias: temores intensos e irracionales a objetos o situaciones específicos.

Donna sufre una **fobia**, temor intenso e irracional a objetos o situaciones específicos. Por ejemplo, la claustrofobia es el temor a los lugares cerrados; la acrofobia, a las alturas; la xenofobia, a los extraños; la fobia social, a ser juzgado o avergonzado por los demás, y —como en el caso de Donna— la electrofobia, a la electricidad.

El peligro objetivo que plantea un estímulo que produce ansiedad (el cual puede ser casi por cualquier cosa, como se aprecia en la figura 1) suele ser pequeño o inexistente. Sin embargo, para el individuo que padece la fobia, el peligro es grande, y a la exposición a este estímulo puede seguir un verdadero ataque de pánico. Los trastornos fóbicos difieren de los trastornos de ansiedad generalizada y los trastornos de pánico en cuanto a que hay un estímulo específico identificable que desencadena la reacción de ansiedad.

Las fobias ejercen sólo una influencia menor en la vida si los fóbicos evitan los estímulos que desencadenan el temor. A menos que se trate de un bombero o de alguien que lava ventanas, por ejemplo, el temor a las alturas poco afectará la vida diaria de la persona (aunque puede impedir que viva en un apartamento ubicado en un piso elevado). Por otra parte, la *fobia social*, o el temor a los extraños, plantea un problema más grave. En un caso extremo, una mujer de Washington salió de su casa sólo tres veces en 30 años: una para visitar a su familia, otra para una operación médica y la última para comprarle helado a un compañero moribundo (Adler, 1984; Kimbrel, 2007).

Trastorno de pánico: ansiedad que se revela en forma de ataques de pánico que duran desde unos cuantos segundos hasta varias horas.

TRASTORNO DE PÁNICO

En otro tipo de trastorno de ansiedad, el **trastorno de pánico**, ocurren *ataques de pánico* que duran desde unos cuantos segundos hasta varias horas. A diferencia de las fobias, a las

que las estimulan objetos o situaciones específicos, los trastornos de pánico no tienen ningún estímulo identificable. Más bien, durante un ataque, como el que experimentó Sally en el caso ya descrito, la ansiedad aumenta de pronto —y a menudo sin advertencia— hasta alcanzar un punto máximo, y el individuo experimenta una sensación de fatalidad inminente e inevitable. Aunque los síntomas físicos difieren de una persona a otra, son comunes las palpitaciones cardíacas, la falta de aliento, la sudoración inusual, el desfallecimiento y el mareo, las sensaciones gástricas y a veces una sensación de muerte inminente. Después de un ataque de esta índole, no sorprende que la persona se sienta agotada (Rachman y deSilva, 2004; Laederach-Hofmann y Messerli-Buegry, 2007).

Los ataques de pánico aparentemente no salen de ninguna parte ni se relacionan con ningún estímulo específico. Debido a que los fóbicos desconocen lo que desencadena sus sensaciones de pánico, temen ir a ciertos lugares. De hecho, algunas personas que sufren el trastorno de pánico desarrollan una complicación llamada *agorafobia*, un temor a estar en una situación que dificulte un escape y en la cual no se disponga de ayuda ante un posible ataque de pánico. En casos extremos, los agorafóbicos no salen nunca de su hogar (Marcaurelle, Belanger y Marchand, 2003, 2005; Herrán *et al.*, 2006).

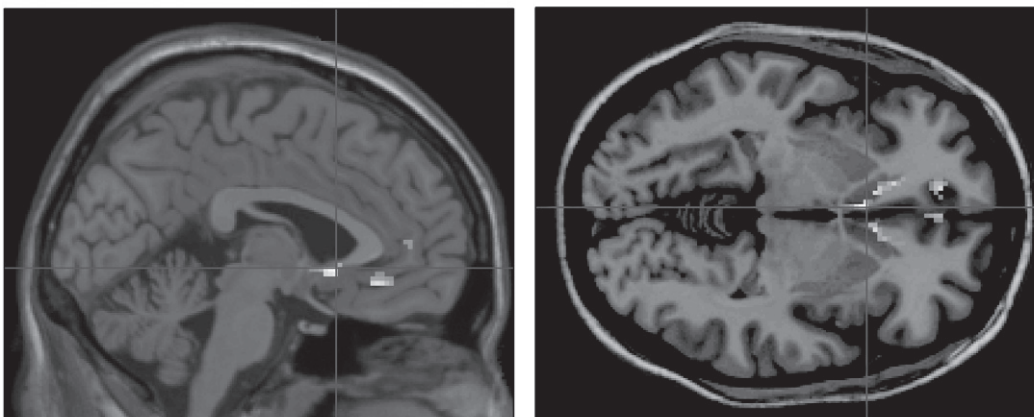
Además de los síntomas físicos, el trastorno de pánico influye en la forma de procesamiento de la información en el cerebro. Por ejemplo, los individuos con trastorno de pánico tienen menores reacciones a los estímulos (como ver un rostro atemorizado) en la corteza cingulada anterior, lo que normalmente produciría una fuerte reacción en quienes no padecen el trastorno (véase figura 2). Puede ser que los recurrentes niveles de excitación emocional que experimentan los pacientes con trastorno de pánico los desensibilice ante los estímulos emocionales (Pillay *et al.*, 2006; Pillay *et al.*, 2007).



La acrofobia, temor a las alturas, no es una fobia fuera de lo común. ¿Qué tipo de métodos de modificación conductual servirían para enfrentar la acrofobia?

Neurociencia en la vida

FIGURA 2 En este estudio, los participantes saludables y los que padecían el trastorno de pánico vieron rostros atemorizados. La figura muestra las regiones del cerebro en las que hay una menor activación (por ejemplo, la corteza cingulada anterior) de los pacientes con trastorno de pánico en comparación con las personas que no sufren el trastorno al ver rostros atemorizados. Los investigadores especulan que los recurrentes niveles de excitación emocional que experimentan los pacientes con trastorno de pánico los desensibiliza ante los estímulos emocionales. (Fuente: Pillay *et al.*, 2006, figura 1.)



Trastorno de ansiedad generalizada: experiencia de ansiedad y preocupación persistentes y de largo plazo.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Los individuos con **trastorno de ansiedad generalizada** experimentan una ansiedad y una preocupación persistentes e incontrolables y de largo plazo. En ocasiones, sus preocupaciones tienen que ver con aspectos identificables relacionados con la familia, el dinero, el trabajo o la salud. En otros casos, sin embargo, estos pacientes sienten que algo espantoso está a punto de suceder, pero no logran identificar la razón y experimentan una ansiedad “flotante”.

Debido a su persistente ansiedad, no se concentran, no logran alejar su preocupación y temores; su vida gira en torno a su preocupación. Además, a su ansiedad suelen acompañarla síntomas fisiológicos como tensión muscular, dolores de cabeza, mareos, palpitaciones cardíacas o insomnio (Starcevic *et al.*, 2007). En la figura 3 se aprecian los síntomas más comunes del trastorno de ansiedad generalizada.

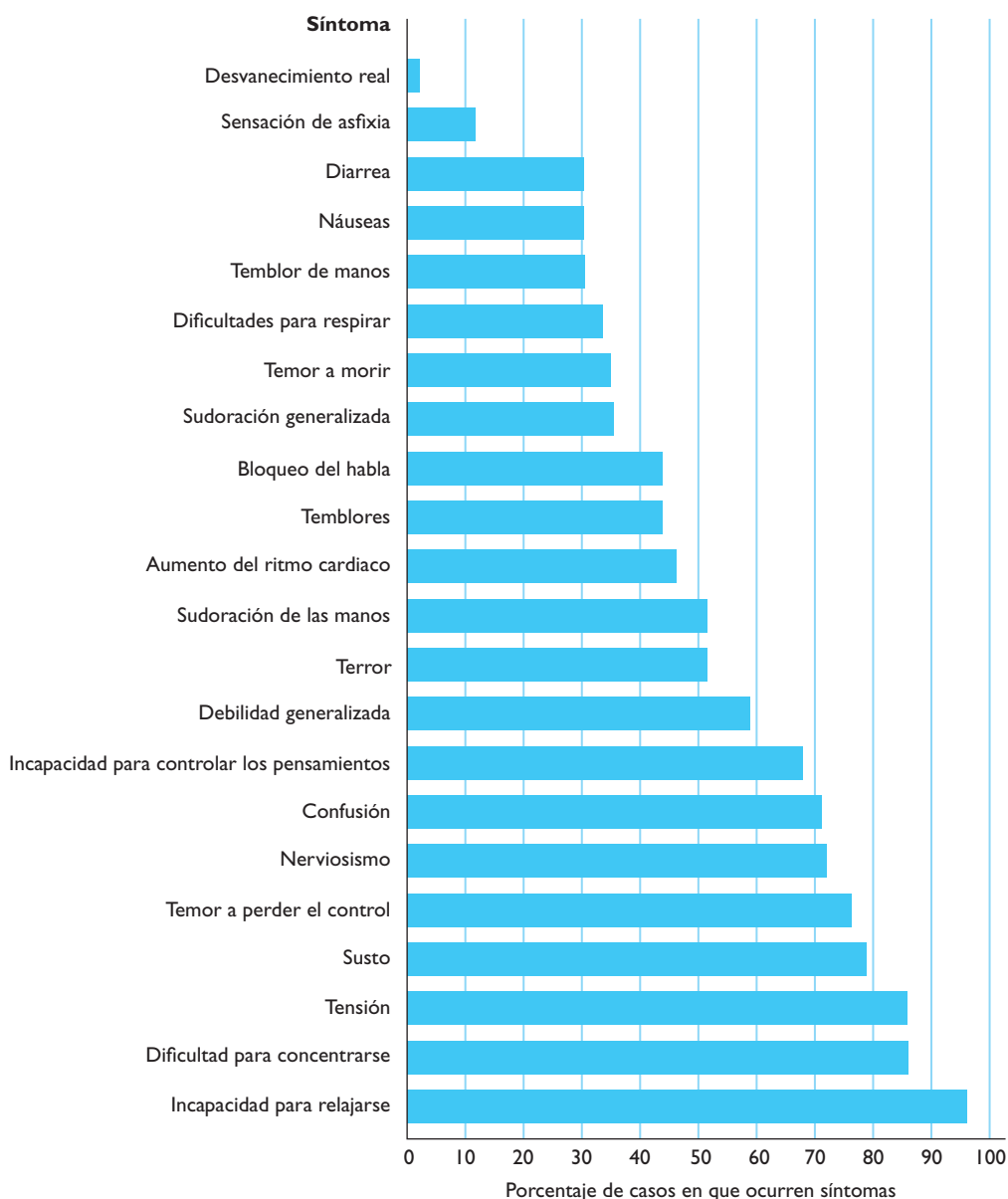


FIGURA 3 Frecuencia de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. (Fuente: Adaptada de Beck y Emery, 1985, pp. 87-88.)

Trastorno obsesivo-compulsivo. El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por la presencia de pensamientos indeseables, llamados obsesiones, y el impulso a realizar acciones, denominadas compulsiones, en contra de la voluntad.

Una **obsesión** es un pensamiento o idea persistente e indeseable que es recurrente. Por ejemplo, es posible que una estudiante no deje de pensar que olvidó poner su nombre en un examen, y tal vez piense en ello constantemente durante las dos semanas que tardarán en devolverle el trabajo; o alguien que sale de vacaciones y se pregunta todo el tiempo si cerró con llave su casa; o una mujer que oye el mismo sonido en su mente una y otra vez. En cada caso, el pensamiento o idea es indeseable y resulta difícil sacarlo de la mente. Por supuesto, muchas personas sufren obsesiones leves de vez en cuando, pero por lo general tales pensamientos persisten sólo durante un periodo breve. Sin embargo, para quienes padecen obsesiones graves, los pensamientos persisten durante días o meses, y pueden consistir en imágenes extrañas y perturbadoras (Lee y Kwon, 2003, 2005; Rassin y Muris, 2007).

Como parte del trastorno obsesivo-compulsivo, también es posible experimentar **compulsiones**, impulsos irresistibles por realizar una y otra vez algún acto que parece extraño e irrazonable, incluso para quien las padece. Cualquiera que sea la conducta compulsiva, el individuo experimenta una ansiedad extrema si no puede realizarla, aunque sea algo que quieren dejar de hacer. Estos actos tal vez sean más o menos triviales, como revisar repetidamente el horno para asegurarse de que todas las hornillas están apagadas, o, más inusual, como bañarse continuamente (Carter, Pauls y Leckman, 2000; Frost y Steketee, 2002, Clark, 2007).

Por ejemplo, considere el siguiente informe de caso de una mujer de 27 años de edad que realiza un ritual de limpieza:

Bess se quitaba primero toda la ropa en una secuencia preestablecida. Disponía cada prenda en determinados espacios de su cama y examinaba cada una en busca de cualquier indicio de “contaminación”. Luego, minuciosamente se restregaba el cuerpo, comenzando por los pies, e iba ascendiendo de manera meticulosa hasta la cabeza, utilizando unas toallitas para ciertas zonas de su cuerpo. Cualquier prenda que pareciera “contaminada” la metía a la lavadora. La ropa limpia la ponía en los lugares disponibles, y después se vestía en el orden inverso del que usó para quitarse la ropa (Meyer y Osborne, 1987, p. 156).

Aunque este tipo de rituales compulsivos generan cierta reducción inmediata de la ansiedad, a la larga la ansiedad regresa. De hecho, los casos más graves llevan una vida extremadamente tensa (Goodman, Rudorfer y Maser, 2000; Penzel, 2000).

CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Hemos considerado los cuatro principales tipos de trastornos de ansiedad, pero también hay otros. Por ejemplo, el *trastorno por estrés postraumático* (con el que se reexperimenta un suceso estresante a través de recuerdos súbitos o sueños vívidos, y que analizaremos considerando el estrés) se clasifica como trastorno de ansiedad.

La variedad de trastornos de ansiedad significa que no hay una sola causa que explique por completo todos los casos. Es claro que los factores genéticos forman parte de este cuadro. Por ejemplo, si un miembro de un par de gemelos idénticos padece el trastorno de pánico, hay 30% de probabilidades de que el otro gemelo también lo sufra. Además, el nivel característico de ansiedad de una persona guarda relación con un gen específico que actúa en la producción del neurotransmisor serotonina. Esto es congruente con hallazgos que indican que ciertas deficiencias químicas en el cerebro al parecer producen ciertos tipos de trastorno de ansiedad (Rieder, Kaufmann y Knowles, 1996; Holmes, Yang, Lesch, Crawley y Murphy, 2003; Beidel y Turner, 2007).

Algunos investigadores consideran que la causa de los ataques de pánico se debe a una sobreactivación del sistema nervioso autónomo. En concreto, señalan que la mala regulación en el cerebro del locus ceruleus puede generar ataques de pánico, lo que sobreestimula el sistema límbico. A su vez, la sobreestimulación del sistema límbico produce ansiedad crónica, la cual, a la larga, hace que el locus ceruleus genere aún más ataques de pánico (Gorman, Papp y Coplan, 2000; Balaban, 2002).

Trastorno obsesivo-compulsivo: trastorno que se caracteriza por obsesiones o compulsiones.

Obsesión: pensamiento o idea persistente e indeseable que es recurrente.

Compulsión: impulso irresistible por realizar una y otra vez algún acto que parece extraño e irrazonable.

Los psicólogos que emplean la perspectiva conductual adoptan un enfoque diferente que destaca los factores ambientales. Consideran que la ansiedad es una respuesta al estrés que se aprende. Por ejemplo, suponga que un perro muerde a una chica. Cuando ella después ve a un perro, se aterra y huye, lo que alivia su ansiedad y, por tanto, refuerza su comportamiento de evitación. Después de encontrarse repetidamente con perros y reforzar constantemente su comportamiento de evitación, la chica puede manifestar una fobia bien constituida hacia los perros.

Por último, la perspectiva cognitiva señala que los trastornos de ansiedad surgen de pensamientos y creencias inapropiados e imprecisos sobre las circunstancias en el entorno de una persona. Por ejemplo, es posible que alguien con un trastorno de ansiedad perciba a una mascota amigable como un toro feroz y salvaje, o que imagine que se avecina un desastre aéreo cada vez que está cerca de un avión. Según la perspectiva cognitiva, los pensamientos desadaptados sobre el mundo son la causa de los trastornos de ansiedad (Frost y Steketee, 2002; Wang y Clark, 2002).

Trastornos somatomorfos

Trastornos somatomorfos: dificultades psicológicas que adquieren una forma física (somática), para las cuales no hay una causa médica.

Hipocondría: trastorno en el que la persona manifiesta un temor constante a las enfermedades y preocupación por su salud.

Trastorno de conversión: trastorno somatomorfo mayor que supone una perturbación física real, como la incapacidad para utilizar un órgano sensorial o la incapacidad completa o parcial de mover un brazo o una pierna.

Los **trastornos somatomorfos** son dificultades psicológicas que adquieren una forma física (somática), pero para la cual no hay una causa médica. Aunque un individuo con un trastorno somatomorfo manifiesta síntomas físicos, no existe una causa biológica, o, si hay un problema médico, la reacción de la persona es muy exagerada.

La **hipocondría** es un tipo de trastorno somatomorfo caracterizado por un temor constante a las enfermedades y una preocupación por la propia salud. Estos individuos consideran que los achaques y dolores cotidianos son síntomas de una enfermedad pavorosa. No es que los “síntomas” sean falsos, más bien es la interpretación errónea de esas sensaciones, como evidencia de una enfermedad grave —a menudo ante evidencias médicas indiscutibles que manifiestan lo contrario— lo que caracteriza la hipocondría (Noyes *et al.*, 2003; Fallon y Feinstein, 2001; Abramowitz, Olatunji y Deacon, 2007).

Otro trastorno somatomorfo es el trastorno de conversión. A diferencia de la hipocondría, en la que no hay un problema físico, los **trastornos de conversión** suponen una perturbación física real, como la incapacidad de ver u oír, o de mover un brazo o una pierna. La *causa* de esa perturbación física es puramente psicológica; no hay razón biológica que genere el problema. Algunos famosos casos de Freud consistían en trastornos de conversión. Por ejemplo, una de sus pacientes de pronto perdió la capacidad de mover un brazo, sin una causa fisiológica aparente. Luego, en forma igualmente abrupta, desapareció el problema.

Los trastornos de conversión suelen iniciarse de repente; un día, las personas se levantan ciegas o sordas, o experimentan un entumecimiento restringido a cierta parte del cuerpo. Por ejemplo, la mano puede paralizarse por completo, mientras que la zona que se ubica por encima de la muñeca, controlada por los mismos nervios, aún es sensible al tacto: algo fisiológicamente imposible. Los profesionales de la salud mental se refieren a esta condición como “anestesia de guante”, pues la zona entumecida es la parte de la mano que por lo común cubre un guante y no la región relacionada con las rutas del sistema nervioso (véase figura 4).

Sorprendentemente, los individuos con trastornos de conversión con frecuencia permanecen indiferentes ante los síntomas que la mayoría de nosotros esperaríamos produjeran mucha ansiedad. Por ejemplo, una persona que goza de buena salud y se levanta ciega tal vez reaccione en forma de verdad anodina. Si consideramos cómo nos sentiríamos la mayoría de nosotros si nos levantáramos incapaces de ver, esta actitud carente de emociones (llamada la *belle indifférence*, frase en francés que significa “la bella indiferencia”) parece poco apropiada (Brasic, 2002).

Trastornos disociativos

La clásica película *Los tres rostros de Eva* y el libro titulado *Sybil* (sobre una chica que supuestamente tenía 16 personalidades) representan una clase de trastornos muy dramá-

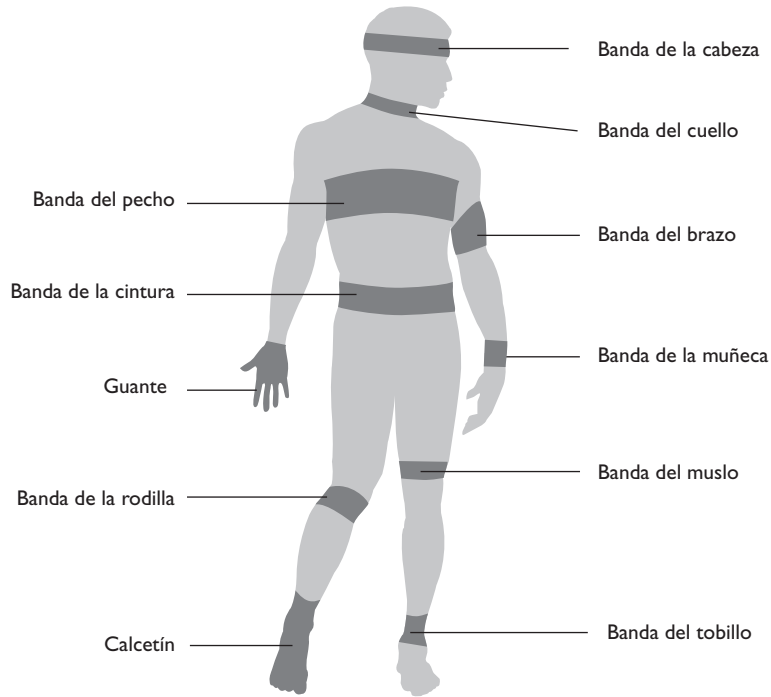


FIGURA 4 Los trastornos de conversión producen a veces entumecimiento en zonas aisladas y específicas del cuerpo (las zonas sombreadas en la figura). Por ejemplo, con la anestesia de guante, se siente entumecida la zona que por lo general cubre un guante. Sin embargo, la condición es biológicamente imposible en razón de la extensión de los nervios, lo que señala que el problema se deriva de un trastorno psicológico y no de una lesión nerviosa real.

tica, rara y controvertida: los trastornos disociativos. Los **trastornos disociativos** se caracterizan por la separación (o disociación) de diferentes facetas de la personalidad que normalmente están integradas y trabajan en conjunto. Al disociar partes clave de quienes son, los individuos impiden que lleguen a la conciencia algunos recuerdos o percepciones perturbadores, lo que reduce su ansiedad (Maldonado y Spiegel, 2003; Houghtalen y Talbot, 2007).

Existen varios trastornos disociativos, aunque todos ellos son muy infrecuentes. Una persona que sufre el **trastorno de identidad disociativo** (antes llamado *trastorno de personalidad múltiple*) manifiesta características de dos o más personalidades, identidades o fragmentos de personalidad distintos. Las personalidades en lo individual suelen tener un conjunto de cosas que les gustan y les disgustan, así como sus propias reacciones ante las situaciones. Algunas personas con personalidades múltiples usan incluso varios pares de anteojos pues su vista cambia con cada personalidad. Además, cada personalidad en lo individual está debidamente adaptada cuando se le considera por separado (Ellason y Ross, 2004; Stickely y Nickeas, 2006).

El diagnóstico del trastorno de identidad disociativo (TID) es controvertido. Pocas veces se diagnosticaba antes de 1980, cuando se agregó por primera vez como categoría en la tercera edición del *DSM*. En ese momento, la cantidad de casos aumentó en forma significativa. Algunos clínicos señalan que el incremento se debió a una identificación más precisa del trastorno, mientras que otros señalan que el aumento se debió a la excesiva predisposición para utilizar la clasificación. Además, la publicidad generalizada sobre casos de TID posiblemente haya influido en que los pacientes manifestaran síntomas de trastornos de personalidad más comunes, de forma que fuera más probable recibir un diagnóstico de TID. También hay diferencias interculturales en la incidencia del TID (Kihlstrom, 2005; Xiao *et al.*, 2006).

La **amnesia disociativa** es otro trastorno disociativo caracterizado por una pérdida selectiva y significativa de la memoria. La amnesia disociativa es diferente de la amnesia simple,

Trastornos disociativos: disfunciones psicológicas caracterizadas por la separación de diferentes facetas de la personalidad que normalmente están integradas.

Trastorno de identidad disociativo (TID): trastorno con el que la persona manifiesta características de dos o más personalidades distintas.

Amnesia disociativa: trastorno que se caracteriza por una pérdida selectiva y significativa de la memoria.

que supone una pérdida real de información de la memoria, que por lo común tiene una causa fisiológica. En contraste, en los casos de amnesia disociativa, el material “olvidado” aún está presente en la memoria, sólo que no puede recordarse. En ocasiones, los recuerdos olvidados durante la amnesia disociativa se describen como *recuerdos reprimidos*.

Con la forma más grave de amnesia disociativa, los individuos no recuerdan su nombre, no reconocen a sus padres u otros parientes, y desconocen su domicilio. Sin embargo, en otros aspectos parecen muy normales. Fuera de la incapacidad para recordar ciertas facetas de su persona, recuerdan habilidades y capacidades cultivadas con anterioridad. Por ejemplo, aunque un chef no recuerde dónde creció y se formó, aún es capaz de preparar platillos de alta cocina.

En algunos casos de amnesia disociativa, la pérdida de memoria es profunda. Por ejemplo, un trágico caso, el abogado Raymond Power, esposo y padre de dos hijos, y líder de los Boy Scout, salió de casa para ir al trabajo una mañana. Dos días después, era una persona sin hogar que vivía una nueva vida a miles de kilómetros de distancia, sin recordar quién era o cómo había llegado ahí. Seis meses después, cuando lo encontraron, no recordaba aún su vida anterior ni a su esposa de 30 años ni a sus hijos (Foderaro, 2006).

Una forma más inusual de amnesia es una afección conocida como **fuga disociativa**. En este estado, las personas hacen viajes súbitos e impulsivos y a veces asumen una nueva identidad. Luego de cierto periodo —días, meses o en ocasiones hasta años— se dan cuenta de pronto que están en un lugar extraño y olvidan por completo el tiempo que pasaron vagando. Sus últimos recuerdos son los del periodo inmediatamente anterior al estado de fuga.

El común denominador entre los trastornos disociativos es que permiten escapar de una situación que genera ansiedad. El individuo desarrolla una nueva personalidad para enfrentar el estrés, u olvida o deja atrás la situación que lo ocasionó, para ir a un ambiente nuevo, que acaso le genera menos ansiedad (Putnam, 2000; Brown, 2006).

Fuga disociativa: forma de amnesia en la que el individuo abandona su hogar y asume en ocasiones una nueva identidad.

Trastornos del estado de ánimo

Desde que me desperté por la mañana hasta que me fui a la cama por la noche me sentí insoportablemente miserable y aparentemente incapaz de cualquier tipo de gozo o entusiasmo. Todo —cualquier pensamiento, palabra, movimiento— representaba un gran esfuerzo; lo que antes me parecía vital, después me resultaba monótono. Me sentía tonto, aburrido, incompetente, torpe, apagado, indiferente, frío, inerte y soso. Dudaba completamente de mi capacidad para hacer cualquier cosa bien. Parecía como si mi mente se hubiera aletargado y se agotara al grado de quedar prácticamente inútil (Jamison, 1995a, p. 110).

Todos experimentamos altibajos anímicos. Unas veces nos sentimos felices, tal vez hasta eufóricos; otras, nos sentimos molestos, tristes o deprimidos. Tales cambios del estado de ánimo forman una parte normal de la vida cotidiana. Sin embargo, en algunas personas, los estados de ánimo son tan pronunciados y persistentes —como los sentimientos descritos por el escritor y psiquiatra Kay Jamison— que interfieren en la capacidad para funcionar con eficacia. En casos extremos, un estado anímico puede constituir una amenaza contra la vida, y en otros, hacer que se pierda contacto con la realidad. Estas situaciones representan **trastornos del estado de ánimo**, perturbaciones en la experiencia emocional tan intensas que afectan la vida cotidiana.

Trastorno del estado de ánimo: perturbación en la experiencia emocional tan intensa que afecta la vida cotidiana.

DEPRESIÓN MAYOR

El presidente Abraham Lincoln. La reina Victoria. El presentador Mike Wallace.

¿Cuál es el vínculo común entre estas personas? Todas sufrían ataques periódicos de **depresión mayor**, una forma grave de depresión que interfiere en la concentración, la toma de decisiones y la sociabilidad. La depresión mayor es una de las formas más comunes de trastornos anímicos; unos 15 millones de personas en Estados Unidos la padece y, por periodos, entre 6 y 10% de la población estadounidense sufre alguna forma de depresión clínica. Casi uno de cada cinco estadounidenses experimenta depresión mayor en algún

Depresión mayor: forma grave de depresión que interfiere en la concentración, la toma de decisiones y la sociabilidad.

momento de su vida y 15% de los estudiantes universitarios han recibido un diagnóstico de depresión. El costo de la depresión es superior a los 80 mil millones de dólares al año en términos de pérdida de productividad (Winik, 2006; Scelfo, 2007).

Las mujeres tienen el doble de probabilidades de experimentar depresión mayor que los hombres, y una cuarta parte de ellas es propensa a padecerla en algún momento de su vida. Además, aunque nadie sabe con certeza por qué, el índice de depresión asciende en todo el mundo. Los resultados de entrevistas exhaustivas en Estados Unidos, Puerto Rico, Taiwán, Líbano, Canadá, Italia, Alemania y Francia indican que la incidencia de la depresión ha aumentado en forma significativa en relación con los índices anteriores en cada zona. De hecho, en algunos países, la probabilidad de que los individuos padezcan depresión mayor en algún momento de su vida es tres veces superior respecto de generaciones anteriores. Además, la depresión mayor se manifiesta a edades cada vez más tempranas (Miller, 2003; Staley *et al.*, 2006; Kendler *et al.*, 2006).

Cuando los psicólogos hablan de depresión mayor no se refieren a la tristeza de experimentar las desilusiones normales de la vida, algo que casi todos hemos experimentado. Cierta forma de depresión es normal después del rompimiento de una relación duradera, de la muerte de un ser querido o de la pérdida de un empleo; incluso después de tener problemas menos graves como desempeñarse en forma deficiente en un examen o que nuestra pareja olvide nuestro cumpleaños.

Quienes sufren depresión mayor experimentan sentimientos similares, pero la gravedad suele ser mucho peor. Llegan a sentirse inútiles, despreciables y solos, y es posible que no vean con esperanza el futuro y consideren que nadie puede ayudarles. Llegan a perder el apetito y la energía. Además, tales sentimientos pueden durar meses o incluso años: lloran sin control, sufren perturbaciones de sueño y llegan a correr el riesgo de suicidarse. La profundidad y duración de este comportamiento son las características distintivas de la depresión mayor. (En la figura 5 se presenta una autoevaluación de depresión.)

MANÍA Y TRASTORNOS BIPOLARES

Si bien la depresión lleva a las profundidades de la desesperanza, la manía conduce a las cimas emocionales. La **manía** es un estado prolongado de euforia intensa y desenfadada.

ALERTA DE estudio

La depresión mayor difiere de la depresión normal que le ocurre ocasionalmente a la mayoría de las personas durante su vida; la depresión mayor es más intensa, dura más tiempo y es posible que no tenga un factor claro.

Manía: estado prolongado de euforia intensa y desenfadada.



Prueba de depresión

Para llenar el cuestionario, cuente la cantidad de enunciados con los que está de acuerdo:

1. Me siento desmoralizado, triste y deprimido.
2. No disfruto las cosas que me gustaban.
3. Siento que los demás estarían mejor si yo me muriera.
4. Siento que no soy útil o necesario.
5. Observo que estoy perdiendo peso.
6. Se me dificulta dormir por la noche.
7. Me siento inquieto y no puedo mantenerme tranquilo.
8. No tengo la claridad mental que solía tener.
9. Me canso sin razón.
10. Veo el futuro sin esperanzas.

Puntuación: si está de acuerdo al menos con cinco de los enunciados, incluso los incisos 1 o 2, y si ha tenido estos síntomas durante dos semanas por lo menos, conviene que busque ayuda profesional. Si respondió afirmativamente al inciso 3, debe buscar ayuda de inmediato.

FIGURA 5 Ésta es una versión de una prueba que distribuyen cada año las organizaciones de salud mental durante la Jornada Nacional de Evaluación de la Depresión, un encuentro nacional con el cual se busca identificar a quienes sufren una depresión lo bastante grave que amerite intervención psicológica. (Fuente: National Depression Screening Day, 2003.)

Los maniacos sienten una sensación intensa de felicidad, poder, invulnerabilidad y energía. Desarrollan esquemas salvajes, con la creencia de que tendrán éxito en todo lo que emprendan. Considere, por ejemplo, la siguiente descripción de un individuo que experimentó un episodio maniaco:

El señor O'Reilly pidió un permiso para ausentarse de su trabajo en el servicio civil. Compró una gran cantidad de relojes cucú y luego un auto costoso, que planeaba utilizar como salón de exposición móvil de sus mercancías, anticipando que ganaría mucho dinero. Procedió a "recorrer la ciudad" comprando y vendiendo relojes y otras mercancías, y cuando no salía, se la pasaba en el teléfono estableciendo "acuerdos" [...] Debía 3 000 dólares y había agotado a su familia con su actividad y locuacidad excesivas. Sin embargo, manifestaba que se sentía "en la cima del mundo" (Spitzer *et al.*, 1983, p. 115).

Trastorno bipolar: trastorno caracterizado por la alternancia entre periodos de sentimientos eufóricos de manía y periodos de depresión.

Por lo común, hay personas que experimentan secuencialmente periodos de manía y depresión. Esta alternancia entre ambos estados anímicos se denomina **trastorno bipolar** (afección que antes se conocía como trastorno maniaco-depresivo). Los altibajos pueden darse con una separación de unos cuantos días o bien alternarse durante un periodo de varios años. Además, en el trastorno bipolar, los lapsos de depresión suelen ser más prolongados que los de manía.

Irónicamente, es posible que algunos de los individuos más creativos de la sociedad hayan sufrido el trastorno bipolar. La imaginación, dinamismo, excitación y energía que manifiestan durante las etapas maníacas les permiten hacer aportaciones inusualmente creativas. Por ejemplo, los análisis históricos de las obras musicales del compositor Robert Schumann demuestran que fue más prolífico durante sus periodos de manía. En comparación, su producción disminuía de forma drástica durante los periodos de depresión (véase figura 6). Por otra parte, la elevada producción asociada con la manía no por fuerza era de mayor calidad: algunas de las obras más grandiosas, Schumann las creó en otros periodos que el de manía (Ludwig, 1996; Szegedy-Maszak, 2003).

Pese al fuego creativo que enciende la manía, los pacientes con este trastorno suelen manifestar una imprudencia que les genera perjuicios personales, emocionales y a veces físicos. Pueden llegar a alienar a los demás con su locuacidad, autoestima desbordada e indiferencia hacia las necesidades de otros.

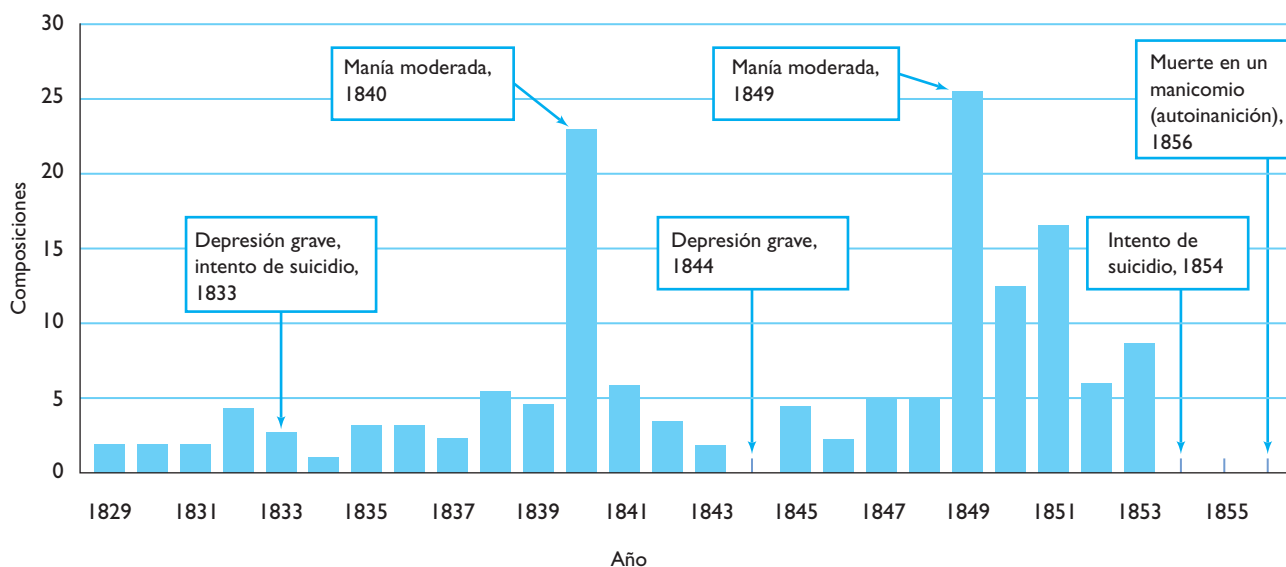


FIGURA 6 La cantidad de obras escritas por el compositor Robert Schumann en determinados años se relacionan con sus periodos de depresión y manía (Slater y Meyer, 1959, reproducida en Jamison, 1993). ¿Por qué considera usted que la manía podría asociarse con la productividad creativa en algunas personas?

TRASTORNOS ANÍMICOS

En virtud de que representan un problema de salud mental mayor, se han estudiado en forma muy abundante los trastornos anímicos y, en particular, la depresión. Para explicar los trastornos se han empleado varios modelos.

Algunos trastornos anímicos tienen raíces claramente genéticas y bioquímicas. De hecho, la mayor parte de las evidencias señalan que los trastornos bipolares se deben principalmente a factores biológicos. Por ejemplo, el trastorno bipolar (y algunos tipos de depresión mayor) es a todas luces hereditario. Además, los investigadores han descubierto que varios neurotransmisores desempeñan una función importante en la depresión. Por ejemplo, las alteraciones en el funcionamiento de la serotonina y la norepinefrina en el cerebro se relacionan con el trastorno (Plomin y McGuffin, 2003; Kato, 2007).

Otras explicaciones de la depresión también han incluido un enfoque de las causas psicológicas. Por ejemplo, los partidarios de los modelos psicoanalíticos perciben la depresión como resultado de sentimientos de pérdida (real o potencial) o de una ira dirigida hacia uno mismo. Uno de estos enfoques psicoanalíticos, por ejemplo, señala que la depresión se produce desde edad temprana en la vida por la pérdida, o amenaza de pérdida, de alguno de los padres (Vanheule *et al.*, 2006).

Las teorías conductistas de la depresión sostienen que las tensiones de la vida generan una reducción en los reforzadores positivos. En consecuencia, las personas empiezan a retraerse, lo cual sólo hace que se reduzcan aún más los reforzadores positivos. Además, las personas reciben atención por su comportamiento depresivo, lo que genera un reforzamiento mayor de la depresión (Lewinsohn y Essau, 2002; Lewinsohn *et al.*, 2003).

Algunas explicaciones de los trastornos anímicos los atribuyen a factores cognitivos. Por ejemplo, el psicólogo Martin Seligman señala que la depresión es en buena medida una respuesta a la desesperanza aprendida. La *desesperanza aprendida* es la expectativa aprendida de que los sucesos en la propia vida son incontrolables y que la situación no tiene salida. En consecuencia, las personas simplemente renuncian a luchar contra los sucesos aversivos y se rinden ante ellos, lo que en consecuencia les produce depresión. Otros teóricos van más allá y señalan que la depresión se deriva de la impotencia, una combinación de desesperanza aprendida y de la expectativa de que los resultados negativos en la propia vida son inevitables (Kwon y Laurenceau, 2002; Maier y Watkins, 2000; Bjornstad, 2006).

El psicólogo clínico Aaron Beck propuso que las cogniciones deficientes subyacen a los sentimientos de depresión. En concreto, en su teoría cognitiva sobre la depresión señala que los individuos deprimidos por lo general se perciben como perdedores, y siempre se culpan de que todo les sale mal. Al enfocarse en el lado negativo de las situaciones, se sienten inep-tos e incapaces de actuar en forma constructiva para modificar su entorno. En suma, sus cogniciones negativas les generan sentimientos de depresión (Newman *et al.*, 2002).

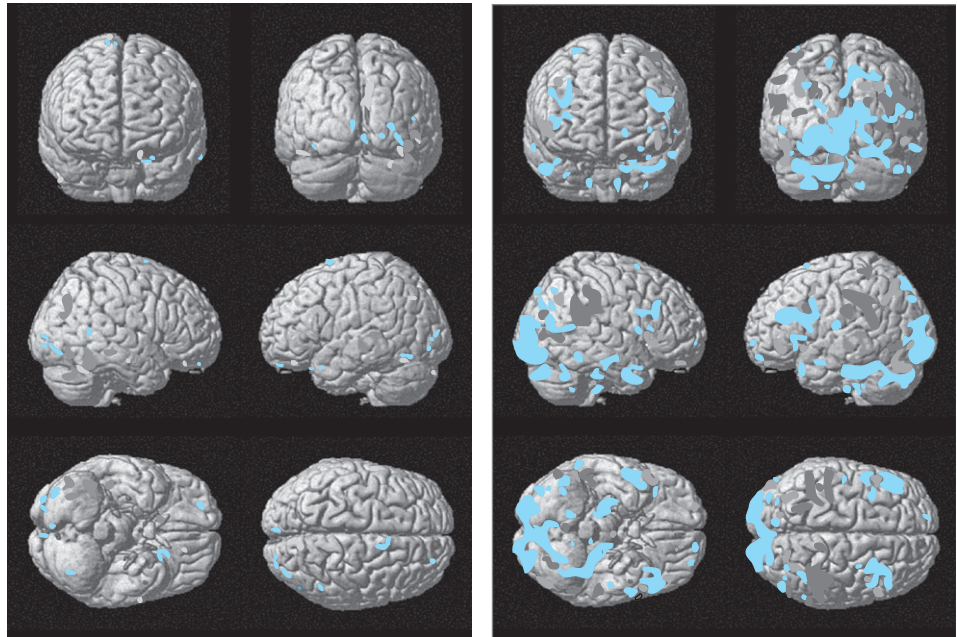
Los estudios de imagenología cerebral señalan que las personas que sufren depresión experimentan un embotamiento general de las reacciones emocionales. Por ejemplo, en un estudio se descubrió que los cerebros de personas que padecían depresión mostraban una activación significativamente menor al ver fotografías de rostros humanos manifestando emociones fuertes que los que no sufrían el trastorno (véase figura 7; Gotlib *et al.*, 2004).

Otras explicaciones de la depresión se derivan de la psicología evolutiva, la cual considera la influencia que la herencia genética de nuestros ancestros ejerce sobre el comportamiento. Según el planteamiento evolutivo, la depresión es una respuesta adaptativa a metas inalcanzables. La depresión se inicia cuando las personas persiguen en vano una meta difícil de alcanzar, lo cual hace que termine la búsqueda de dicha meta. Al final, cuando disminuye la depresión, la persona puede concentrarse en otras metas más razonables. Según este punto de vista, la depresión cumple una función positiva, pues aumenta a la larga las posibilidades de supervivencia de determinados individuos, quienes entonces transmiten su comportamiento a sus descendientes. Tal razonamiento, por supuesto, es muy especulativo (Nesse, 2000; Siegert y Ward, 2002; Pfeffer, 2006).

Ninguna de las diversas teorías sobre la depresión ha ofrecido una respuesta cabal a una interrogante compleja que ha preocupado a los investigadores: ¿por qué se deprimen aproximadamente el doble de mujeres que de hombres, patrón similar en diversas culturas?

Neurociencia en la vida

FIGURA 7 Los cerebros de individuos con depresión (izquierda) muestran una activación significativamente menor en respuesta a fotografías de rostros tristes, molestos y atemorizados que los que no padecen el trastorno (derecha). (Fuente: Ian Gotlib, Stanford Mood and Anxiety Disorders Laboratory, 2005.)



Una explicación propone que el estrés que experimentan las mujeres puede ser mayor que el que sufren los varones en ciertos momentos de la vida, como cuando una mujer tiene que ganarse el sustento y, al mismo tiempo, cuidar de los hijos. Además, las mujeres están en mayor riesgo de sufrir abuso físico y sexual, por lo general ganan salarios más bajos que los hombres, manifiestan una mayor infelicidad con su matrimonio y en general experimentan circunstancias crónicas negativas. Por otra parte, es posible que mujeres y hombres respondan al estrés con diferentes mecanismos de afrontamiento; por ejemplo, tal vez los hombres abusen de las drogas, mientras que las mujeres quizá respondan con depresión (Antonucci *et al.*, 2002; Holden, 2005; Nolen-Hoeksema, 2007).

Los factores biológicos posiblemente también expliquen la depresión de algunas mujeres. Por ejemplo, dado que el índice de depresión entre las mujeres comienza a aumentar durante la pubertad, algunos psicólogos consideran que las hormonas hacen que las mujeres sean más vulnerables al trastorno. Además, entre 25 y 50% de las que toman anticonceptivos orales manifiesta síntomas de depresión, y la depresión posparto se relaciona con cambios hormonales. Por último, las diferencias estructurales en los cerebros de hombres y mujeres, que analizamos en los módulos sobre neurociencia y conducta, posiblemente se relacionen con las diferencias de género en la depresión (Holden, 2005; Graham *et al.*, 2007).

En última instancia, queda claro que los investigadores no han descubierto soluciones definitivas al misterio de la depresión y que hay muchas explicaciones alternativas. Lo más probable es que las causas de los trastornos anímicos sean una interacción compleja de varios factores.

Esquizofrenia

Soy doctora, sabe [...] No tengo diploma, pero soy doctora. Me alegra ser una paciente con trastorno mental, pues eso me enseña a ser humilde. Utilizo el maquillaje cremoso natural Cover Girl. Oral Roberts ha estado aquí para visitarme [...] En este lugar es donde se publica la revista *Mad*; los Nixon fabrican el limpiametales Noxon. Cuando era niña, solía sentarme y con-

tarme historias. Ya mayor, le bajaba todo el volumen al televisor y hacía los diálogos de los programas que veía [...] Soy una mujer embarazada débil; tengo esquizofrenia, cáncer de los nervios; mi cuerpo está lleno de nervios. Esto me hará ganar el premio Nobel de medicina. Ya no me considero esquizofrénica. No existe eso que llaman esquizofrenia, sólo existe la telepatía mental. Una vez tuve una amiga llamada Camilla Costello (Sheehan, 1982, pp. 72-73).

Este extracto ilustra los esfuerzos de una mujer con esquizofrenia —una de las formas más graves de perturbación mental— por sostener una conversación con un psicólogo clínico. Los esquizofrénicos representan el mayor porcentaje de las personas hospitalizadas por trastornos mentales. También son en muchos aspectos los que tienen menos probabilidades de recuperarse de sus dificultades psicológicas.

La **esquizofrenia** es un trastorno con el que se produce una distorsión grave de la realidad. El pensamiento, la percepción y las emociones pueden deteriorarse; el individuo puede retraerse de la interacción social y es posible que manifieste un comportamiento extraño. Aunque hay varios tipos de esquizofrenia (véase figura 8), las distinciones entre éstos no siempre son claras. Además, los síntomas que manifiestan los esquizofrénicos pueden variar en forma considerable en el tiempo, y los pacientes muestran diferencias significativas en el patrón de sus síntomas aunque se les haya clasificado en la misma categoría diagnóstica. No obstante, hay muchas características que distinguen en forma confiable la esquizofrenia de otros trastornos, como las siguientes:

- *Disminución del funcionamiento en relación con niveles anteriores.* El individuo ya no puede realizar actividades que antes sí podía.
- *Perturbaciones de pensamiento y lenguaje.* Los esquizofrénicos utilizan la lógica y el lenguaje en forma peculiar. Su pensamiento a menudo carece de sentido y su procesamiento de la información es con frecuencia deficiente. Tampoco siguen reglas lingüísticas convencionales (Penn *et al.*, 1997). Considere, por ejemplo, la siguiente respuesta a la pregunta: “¿por qué crees que la gente cree en Dios?”

Uf, a ver, no sé por qué, veamos, un viaje en globo. Él lo sostiene por ti, el globo. No permite que te caigas, con las piernitas pegadas a las nubes. Está abajo de la chimenea, mirando a través del humo, tratando de hacer que el globo se llene de gas. Así es como vuelan allá arriba, de ese modo, con las piernas sobresaliendo. No sé, viendo hacia el suelo, eso hace que no te marees tanto, sólo te quedas allá y te duermes, te sujetas y te duermes allá. Yo solía dormir afuera, en lugar de irme a casa (Chapman y Chapman, 1973, p. 3).

Esquizofrenia: trastorno que produce una distorsión grave de la realidad.

Tipos de esquizofrenia	
Tipo	Síntomas
Esquizofrenia desorganizada (hebefrenia)	Carcajadas y risas inapropiadas, habla incoherente, ideas disparatadas, comportamiento infantil, extraño y en ocasiones obscuro
Esquizofrenia paranoide	Delirios y alucinaciones de persecución o de grandeza, pérdida de juicio, comportamiento errático e impredecible
Esquizofrenia catatónica	Perturbaciones mayores en el movimiento; en algunas fases, pérdida de movilidad en la que el paciente se queda en una sola posición durante horas y a veces hasta días; en otras fases, hiperactividad y movimiento salvaje, a veces violento
Esquizofrenia indiferenciada	Mezcla variable de los principales síntomas de la esquizofrenia; clasificación para pacientes a quienes no puede tipificarse en ninguna de las categorías más específicas
Esquizofrenia residual	Indicios menores de esquizofrenia después de un episodio más serio

FIGURA 8 Las distinciones entre los diferentes tipos de esquizofrenia no siempre son claras, y los síntomas pueden variar considerablemente con el tiempo.

Como ilustra este pasaje, aunque la estructura gramatical básica esté intacta, la sustancia del pensamiento característico de la esquizofrenia suele ser ilógica, confusa y carente de contenido significativo (Holden, 2003; Heinrichs, 2005; véase figura 9).

- *Delirios*. Los esquizofrénicos suelen sufrir delirios, ideas inquebrantables y firmemente arraigadas que carecen de fundamentos reales. Entre los delirios comunes que experimentan los esquizofrénicos se halla la creencia de que otra persona los controla, que los persiguen y que sus pensamientos se transmiten de modo que los demás saben lo que ellos están pensando (Stompe *et al.*, 2003; Coltheart, Langdon y McKay, 2007).
- *Alucinaciones y trastornos perceptuales*. Los esquizofrénicos no perciben el mundo como la mayoría. También padecen *alucinaciones*, experiencia que consiste en percibir cosas que no existen. Además, llegan a ver, oír u oler las cosas en forma diferente (véase figura 9) y ni siquiera sienten su organismo como los demás, pues se les dificulta determinar dónde termina su cuerpo y empieza el resto del mundo (Copolov *et al.*, 2003; Botvinick, 2004; Thomas *et al.*, 2007).
- *Perturbaciones emocionales*. Los esquizofrénicos manifiestan en ocasiones una falta de emociones en la cual hasta los sucesos más dramáticos les producen poca o nula emoción. Por el contrario, llegan a manifestar una emoción inapropiada para la situación. Por ejemplo, un esquizofrénico puede reírse a carcajadas en un funeral o reaccionar con ira cuando alguien lo ayuda.
- *Retraimiento*. Los esquizofrénicos suelen interesarse poco por los demás. Tienden a no socializar ni sostener conversaciones reales, aunque le hablen a otra persona. En los casos más extremos ni siquiera reconocen la presencia de los demás, como si estuvieran aislados en su propio mundo.

Por lo general, la aparición de la esquizofrenia ocurre en la edad adulta temprana y los síntomas siguen uno de dos cursos principales. En la *esquizofrenia de proceso*, los síntomas se desarrollan de manera lenta y sutil. Puede darse un retraimiento gradual del mundo, un exceso de ensoñaciones y un embotamiento de las emociones, hasta que al final el trastorno alcanza el punto en que es evidente para los demás. En otros casos, conocidos como *esquizofrenia reactiva*, la aparición de los síntomas es súbita y manifiesta. La perspectiva de tratamiento de la esquizofrenia reactiva es relativamente favorable; pero la esquizofrenia de proceso resulta mucho más difícil de tratar.

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en dos tipos en el *DSM-IV-TR*. La esquizofrenia de síntomas positivos se manifiesta con la presencia de un comportamiento trastornado, como alucinaciones, delirios y extremos emocionales. En comparación, la esquizofrenia de síntomas negativos muestra una ausencia o pérdida del funcionamiento

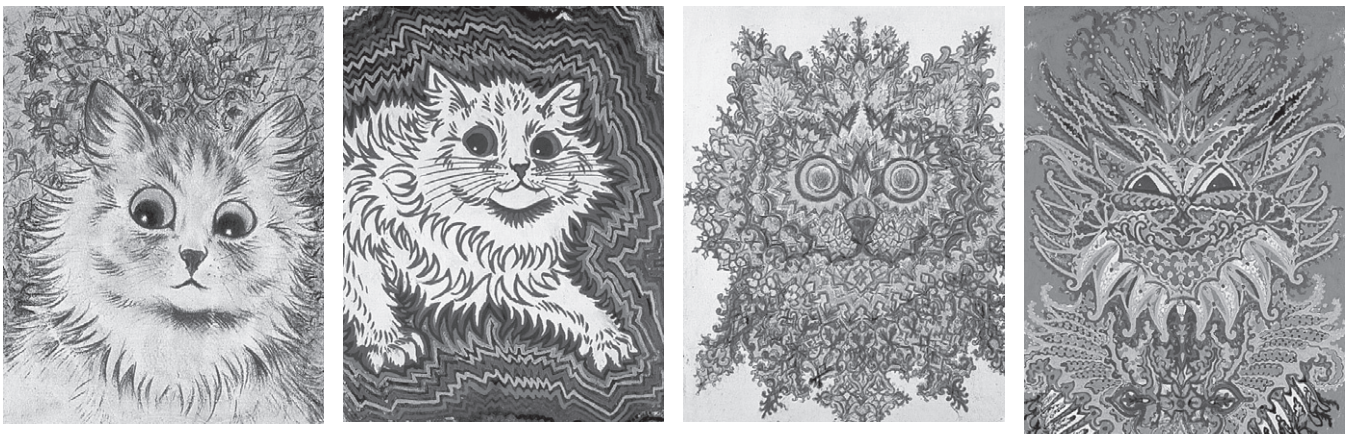


FIGURA 9 Un individuo que sufría una perturbación mental grave creó estos inusuales diseños.

normal, como retraimiento social o embotamiento de las emociones. Los investigadores de la esquizofrenia suelen hablar de la *esquizofrenia tipo I*, en la cual los síntomas positivos son predominantes, y *esquizofrenia tipo II*, en la cual los síntomas negativos son los predominantes (Buchanan *et al.*, 2007; Levine y Rabinowitz, 2007).

La distinción entre esquizofrenia tipo I y tipo II es importante porque señala que dos procesos diferentes pueden desencadenar la esquizofrenia, cuya causa sigue siendo uno de los mayores misterios que enfrentan los psicólogos que tratan este comportamiento perturbado.

CÓMO RESOLVER EL MISTERIO DE LA ESQUIZOFRENIA: CAUSAS BIOLÓGICAS

Aunque el comportamiento esquizofrénico se aparta radicalmente del comportamiento normal, sus causas son menos evidentes. Sin embargo, la esquizofrenia al parecer tiene orígenes biológicos y ambientales (Sawa y Snyder, 2002).

Consideremos primero las evidencias que apuntan a una causa biológica. Debido a que la esquizofrenia es más común en unas familias que en otras, parece que hay factores genéticos relacionados que producen al menos una susceptibilidad o predisposición a desarrollarla. Por ejemplo, cuanto más estrecho es el vínculo genético entre una persona esquizofrénica y otro individuo, mayor es la probabilidad de que el otro individuo experimente el trastorno (véase figura 10; Brzustowicz *et al.*, 2000; Plomin y McGuffin, 2003; Gottesman y Hanson, 2005).

Sin embargo, si solamente la genética fuera la responsable de la esquizofrenia, las probabilidades de que dos gemelos idénticos sufrieran esquizofrenia serían de 100% y no sólo de menos de 50, porque los gemelos idénticos poseen la misma composición genética. Además, los esfuerzos por vincular la esquizofrenia con algún gen en particular sólo han sido parcialmente exitosos. En apariencia, los simples factores genéticos no producen la esquizofrenia (Franzek y Beckmann, 1996; Lenzenweger y Dworkin, 1998).

Una interesante hipótesis biológica para explicar la esquizofrenia consiste en que el cerebro puede albergar un desequilibrio químico o una anomalía estructural. Por ejemplo, la *hipótesis de la dopamina* propone que la esquizofrenia tiene lugar cuando hay un exceso de actividad en las áreas del cerebro que utilizan el neurotransmisor dopamina. Esta hipótesis surgió después de descubrir que las drogas que bloquean la acción de la dopamina en la trayectoria del cerebro puede ser muy eficaz en la reducción de los síntomas de la esquizofrenia. Otra investigación apuntó que el glutamato, otro neurotransmisor, podría ser un importante contribuidor para el trastorno (Remington, 2003; Baumeister y Francis, 2002; Javitt y Coyle, 2004; Ohara, 2007).



ALERTA DE estudio

En la esquizofrenia tipo I predominan los síntomas positivos (alucinaciones, delirios y extremos emocionales); en la esquizofrenia tipo II predominan los síntomas negativos (se caracteriza por la ausencia o pérdida del funcionamiento normal).

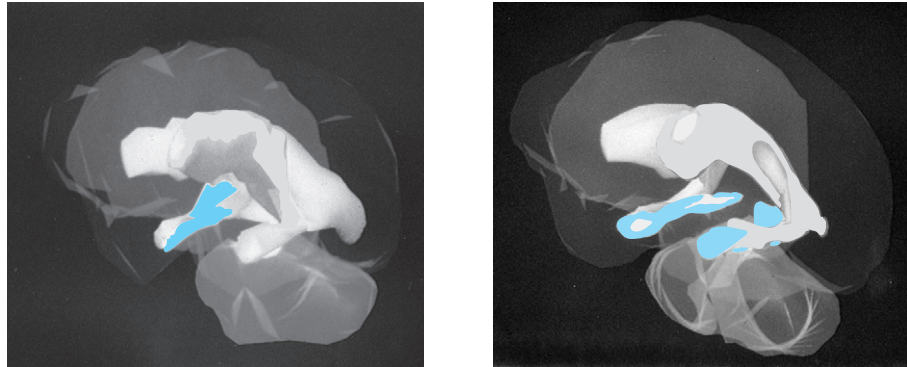
Riesgo de desarrollar esquizofrenia, con base en la cercanía genética con alguien que la padece

Relación	Cercanía genética, %	Riesgo de desarrollar esquizofrenia, %
Gemelo idéntico	100	48
Hijo de dos padres esquizofrénicos	100	46
Gemelo fraterno	50	17
Descendiente de un padre esquizofrénico	50	17
Hermano	50	9
Sobrino o sobrina	25	4
Esposo(a)	0	2
Persona sin parentesco	0	1

FIGURA 10 Cuanto más estrechos son los vínculos genéticos entre dos personas, mayor es la probabilidad de que ambos experimenten esquizofrenia en algún momento de sus vidas. Sin embargo, la genética no explica todo el desarrollo del trastorno; de lo contrario, el riesgo de que los gemelos idénticos tuvieran esquizofrenia sería de 100% y no del 48%, como se aprecia en esta figura. (Fuente: Gottesman, 1991.)

Neurociencia en la vida

FIGURA 11 Se han descubierto cambios en el cerebro de los esquizofrénicos. En la primera reconstrucción por IRM del cerebro de un paciente esquizofrénico (izquierda), el hipocampo (en azul) se contrajo y los ventrículos (en gris) se alargaron y llenaron de líquido. Por el contrario, es distinta la estructura del cerebro de alguien que no padece el trastorno (derecha). (Fuente: N. C. Andreasen, University of Iowa.)



Algunas explicaciones biológicas proponen que existen anomalías estructurales en el cerebro de los esquizofrénicos, acaso como resultado de la exposición a algún virus durante el desarrollo prenatal. Por ejemplo, algunas investigaciones muestran anomalías en los circuitos nerviosos de la corteza y el sistema límbico de los individuos con esquizofrenia. En congruencia con tales investigaciones, los esquizofrénicos y quienes no sufren el trastorno manifiestan un funcionamiento cerebral diferente (véase figura 11; Lenzenweger y Dworkin, 1998; Bartzokis *et al.*, 2003; Reichenberg y Harvey, 2007).

Algunas evidencias adicionales sobre la importancia de los factores biológicos demuestran que cuando los esquizofrénicos oyen voces durante sus alucinaciones se activan las partes del cerebro responsables del procesamiento auditivo y del lenguaje. Cuando tienen alucinaciones visuales, están activas las partes del cerebro relacionadas con el movimiento y el color. Al mismo tiempo, los esquizofrénicos suelen tener una actividad inusualmente baja en los lóbulos frontales del cerebro y las partes de éste relacionadas con la regulación emocional, la dilucidación y la evaluación de los estímulos sensoriales (Stern y Silbersweig, 2001).

PERSPECTIVAS AMBIENTALES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Aunque los factores biológicos proporcionan piezas del rompecabezas de la esquizofrenia, aún necesitamos considerar las experiencias pasadas y presentes en los entornos de quienes desarrollan la perturbación. Por ejemplo, los enfoques psicoanalíticos señalan que la esquizofrenia es una forma de regresión a experiencias y etapas anteriores de la vida. Freud consideraba que los esquizofrénicos carecían de un yo lo bastante sólido que les permitiera afrontar sus impulsos inaceptables, y que sufren una regresión a la etapa oral, periodo en el que aún no se separan el ello y el yo. Por tanto, los esquizofrénicos carecen esencialmente de un yo y actúan por impulso sin preocuparse por la realidad.

Si bien este razonamiento es factible en teoría, hay pocas evidencias de las explicaciones psicoanalíticas. En otras teorías, un poco más convincentes, se consideran los patrones emocionales y de comunicación de las familias de los esquizofrénicos. Por ejemplo, algunos investigadores señalan que la esquizofrenia se deriva de niveles elevados de emoción expresa. La *emoción expresa* es un estilo de interacción que se caracteriza por críticas, hostilidad e indiscreción emocional por parte de los miembros de la familia. Otros investigadores indican que en el núcleo de la esquizofrenia se hallan patrones de comunicación deficientes (Miklowitz y Tompson, 2003; Lobban, Barrowclough y Jones, 2006).

Los psicólogos que adoptan una perspectiva cognitiva sobre la esquizofrenia señalan que los problemas de razonamiento que experimentan los pacientes con este trastorno apuntan a una causa cognitiva; algunos señalan que la esquizofrenia se deriva de una *atención excesiva* a los estímulos del entorno. En lugar de estar en posibilidades de eliminar los estímulos sin importancia o intrascendentes y enfocarse en las cosas más importantes del entorno, los esquizofrénicos son en exceso receptivos a prácticamente todo en su

ambiente. En consecuencia, sus capacidades de procesamiento de información se sobrecargan y al final colapsan. Otros expertos en la cognición sostienen que la esquizofrenia resulta de la *atención deficiente* a ciertos estímulos. Según esta explicación, los esquizofrénicos no se concentran lo suficiente en los estímulos importantes y prestan atención a otro tipo de información menos significativa en su entorno (Braff, 1995).

Aunque es factible que el exceso y la falta de atención se relacionen con diferentes formas de esquizofrenia, estos fenómenos no explican los orígenes de tales trastornos en el procesamiento de la información. En consecuencia, los modelos cognitivos —como sucede con otras explicaciones ambientalistas— no ofrecen una explicación completa del trastorno.

CAUSAS MÚLTIPLES DE LA ESQUIZOFRENIA

En el paradigma predominante que se utiliza para explicar la aparición de la esquizofrenia en la actualidad, el *modelo de la predisposición de la esquizofrenia*, se incorporan muchos factores biológicos y ambientales. Este modelo señala que los individuos pueden heredar una predisposición o sensibilidad innata a la esquizofrenia que los hace en particular vulnerables a los factores estresantes del ambiente, como el rechazo social o los patrones de comunicación familiares disfuncionales. Los factores de estrés pueden variar, pero si son lo bastante fuertes y se presentan junto con una predisposición genética, el resultado será la aparición de la esquizofrenia aunque los factores ambientales estresantes sean relativamente débiles.

En resumen, los modelos que se utilizan en la actualidad asocian la esquizofrenia con varias clases de factores biológicos y ambientales. Por tanto, cada vez es más claro que lo que produce la esquizofrenia no es un factor aislado, sino una combinación de variables interrelacionadas (Meltzer, 2000; McDonald y Murray, 2004).



ALERTA DE estudio

Recuerde que las diversas causas de la esquizofrenia comprenden factores biológicos y ambientales.

Trastornos de la personalidad

Siempre he querido muchas cosas; recuerdo que cuando era niño quería la bala que un amigo mío llevó para mostrarla a la clase. La tomé y la puse en mi mochila, y, cuando mi amigo advirtió que ya no estaba, me quedé después de clases con él para buscarla en el salón y después me senté con él para hablar pestes de los demás niños e inventar que uno de ellos se la había robado. Incluso lo acompañé a su casa para ayudarlo a informarle de la noticia a su tío, quien había traído la bala de la guerra para su sobrino.

Pero eso no es nada en comparación con lo que hice después. Quería obtener un doctorado, pero no deseaba trabajar mucho, sólo lo suficiente para arreglármelas. Nunca hice los experimentos que informé; ¡diablos!, era tan listo que inventaba los resultados. Sabía lo suficiente de estadística para hacer que cualquier cosa pareciera factible. Obtuve mi maestría sin pasar siquiera una hora en el laboratorio. Quiero decir que los profesores creían cualquier cosa. Me la pasaba fuera toda la noche bebiendo con mis amigos, y al día siguiente entraba antes que ellos y les decía que me la había pasado en el laboratorio el resto de la noche. A ellos en realidad les daba mucha pena por mí (Duke y Nowicki, 1979, pp. 309-310).

Este extracto constituye un gráfico recuento en primera persona de un individuo que padece un trastorno de la personalidad. Un **trastorno de la personalidad** se caracteriza por un conjunto de patrones conductuales inflexibles y desadaptados que le impiden a la persona funcionar apropiadamente en la sociedad. Los trastornos de personalidad difieren de los otros problemas que hemos analizado debido a que quienes los padecen con frecuencia experimentan poca angustia personal en relación con su inadaptación psicológica. De hecho, los individuos con trastornos de personalidad a menudo llevan una vida aparentemente normal. Sin embargo, justo por debajo de la superficie se halla un conjunto de rasgos de personalidad inflexibles y desadaptados que no permiten que estos individuos funcionen como miembros de la sociedad (Millon y Davis, 1996, 1999; Clarkin y Lenzenweger, 2004; Friedman, Oltmanns y Turkheimer, 2007).

Trastorno de la personalidad: trastorno que se caracteriza por un conjunto de patrones conductuales inflexibles y desadaptados que le impiden a la persona funcionar apropiadamente en la sociedad.



ALERTA DE estudio

A diferencia de la mayor parte de los trastornos psicológicos, los trastornos de personalidad producen poca o nula angustia personal.

Trastorno antisocial de la personalidad: trastorno con el cual los individuos no muestran consideración por las reglas morales y éticas de la sociedad, o por los derechos de los demás.

Trastorno limítrofe de la personalidad: trastorno caracterizado por la dificultad para desarrollar una identidad sólida.

Trastorno narcisista de la personalidad: perturbación de la personalidad caracterizada por una sensación de importancia personal exagerada.

El tipo de trastorno de personalidad más conocido, ilustrado en el caso anterior, es el **trastorno antisocial de personalidad** (también conocido como personalidad sociopática). Los individuos que sufren esta perturbación no muestran consideración por las reglas morales y éticas de la sociedad, o por los derechos de los demás. Aunque pueden parecer muy inteligentes y simpáticos (al menos al principio), tras un examen más minucioso resultan manipuladores y mentirosos. Además, no sienten ningún tipo de culpa o ansiedad por sus actos indebidos. Cuando se comportan de tal manera que lastiman a alguien, entienden intelectualmente que ocasionaron un perjuicio, pero no sienten remordimientos (Lykken, 1995; Goodwin y Hamilton, 2003; Hilariski, 2007).

Los individuos con trastorno antisocial de la personalidad suelen ser impulsivos e incapaces de soportar la frustración. Llegan a ser muy manipuladores. También pueden tener habilidades sociales excelentes; suelen ser encantadores, interesantes y muy persuasivos. Algunos de los más grandes estafadores poseen una personalidad antisocial.

¿Qué genera esta constelación tan rara de conductas problemáticas? Se han propuesto varios factores, desde la incapacidad de experimentar emociones apropiadamente hasta problemas en las relaciones familiares. Por ejemplo, en muchos casos de conducta antisocial, el individuo proviene de un hogar en el que uno de los padres falleció o se marchó, o en el cual hay una falta de afecto, una ausencia de consistencia en la disciplina o un rechazo categórico. Hay otras explicaciones que se concentran en los factores socioculturales, pues una cantidad inusualmente elevada de personas con personalidad antisocial proviene de los grupos socioeconómicos más bajos. Sin embargo, ninguna ha logrado determinar las causas específicas de la personalidad antisocial y es probable que sean una combinación de diversos factores (Nigg y Goldsmith, 1994; Rosenstein y Horowitz, 1996; Costa y Widiger, 2002).

Los individuos con **trastorno limítrofe de la personalidad** tienen dificultades para desarrollar una identidad sólida. En consecuencia, suelen definir su identidad con base en sus relaciones con los demás. El problema con esta estrategia es que los rechazos son devastadores. Además, quienes sufren este trastorno desconfían de los demás y se les dificulta controlar su ira. Su volatilidad emocional genera un comportamiento impulsivo y autodestructivo. Los individuos que padecen el trastorno de personalidad limítrofe suelen sentirse vacíos y solos; pueden entablar relaciones intensas, súbitas y unilaterales, en las que exigen la atención de otra persona y luego molestarse al no recibirla. Una razón de esta conducta es que tal vez tengan antecedentes en los cuales los demás pasaron por alto o criticaron sus reacciones emocionales, y quizá no aprendieron a regular sus emociones en forma eficaz (Linehan, Cochran y Kehrer, 2001; Trull, Stepp y Durrett, 2003; Links *et al.*, 2007).

Otro ejemplo de perturbación de la personalidad es el **trastorno narcisista de la personalidad**, el cual se caracteriza por una sensación de importancia personal exagerada. Los individuos con este trastorno esperan un tratamiento especial de los demás, pero al mismo tiempo hacen caso omiso de los sentimientos ajenos. De hecho, en ciertos sentidos, el principal atributo de la personalidad narcisista es la incapacidad de experimentar empatía por otras personas.

Hay varias otras categorías de trastornos de la personalidad, las cuales oscilan en términos de gravedad desde los individuos a quienes los demás perciben como egocéntricos, detestables o difíciles hasta quienes actúan en forma criminal y peligrosa. Aunque no pierden contacto con la realidad, como los esquizofrénicos, quienes sufren trastornos de personalidad llevan una vida que los pone al margen de la sociedad (Millon *et al.*, 2000; Trull y Widiger, 2003).

Trastornos infantiles

Por lo general consideramos que la niñez es un periodo de inocencia y libertad relativa respecto del estrés. Sin embargo, en realidad casi 20% de los niños y 40% de los adolescentes experimentan trastornos emocionales o conductuales significativos (Romano *et al.*, 2003; Broidy *et al.*, 2003; Nolen-Hoeksema, 2007).

Por ejemplo, aunque la depresión mayor es más frecuente en los adultos, alrededor de 2.5% de los niños y más de 8% de los adolescentes sufren el trastorno. De hecho, para cuando llegan a los 20 años de edad, entre 15 y 20% de los niños y los adolescentes experimentarán un episodio de depresión mayor (Garber y Horowitz, 2002).

Los niños no siempre manifiestan la depresión del mismo modo que los adultos. En lugar de mostrar una profunda tristeza o desesperanza, la depresión infantil puede traducirse en temores exagerados, dependencia o evitación de actividades cotidianas. En los niños mayores, los síntomas pueden ser enfurruñamiento, problemas en la escuela e incluso actos delictivos (Wenar, 1994; Seroczynski, Jacquez y Cole, 2003; Koplewicz, 2002).

Un trastorno infantil mucho más común es el **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**, o TDAH, caracterizado por falta de atención, impulsividad, intolerancia a la frustración y una gran cantidad de actividad inapropiada. Aunque todos los niños manifiestan este comportamiento parte del tiempo, es tan común en los niños a los que se les diagnostica TDAH que interfiere en su funcionamiento cotidiano (Barkley, 2005; Swanson, Harris y Graham, 2003; Smith, Barkley y Shapiro, 2006).

El TDAH está generalizado en forma sorprendente, pues las estimaciones van de entre 3 y 5% de la población en edad escolar, o unos 3.5 millones de jóvenes menores de 18 años de edad en Estados Unidos. Los niños a quienes se les diagnostica el trastorno suelen ser agotadores para padres y maestros, y a los compañeros también les resulta difícil tratarlos.

Se desconoce la causa del TDAH, aunque la mayoría de los expertos considera que se debe a disfunciones del sistema nervioso. Por ejemplo, una teoría propone que el TDAH se debe a niveles inusualmente bajos de excitación en el sistema nervioso central. Para compensar esto, los niños con TDAH buscan la estimulación para aumentar la excitación. Sin embargo, estas teorías son especulativas. Además, debido a que muchos niños manifiestan en ocasiones comportamientos característicos del TDAH, con frecuencia se elaboran diagnósticos equivocados o, en algunos casos, se les diagnostica con exageración. Sólo la frecuencia y persistencia de los síntomas del TDAH permiten un diagnóstico correcto, el cual sólo pueden llevarlo a cabo profesionales preparados para ello (Hinshaw *et al.*, 1997; Barkley, 2000).

El **autismo**, discapacidad del desarrollo grave que afecta la capacidad de los niños para comunicarse y relacionarse con los demás, es otro trastorno infantil que por lo general aparece en los primeros tres años y que continúa durante toda la vida. Los niños autistas tienen dificultades para comunicarse en forma verbal y no verbal, y es posible que eviten el contacto social. Actualmente se considera que aproximadamente uno de cada 150 niños padece el trastorno (Centers for Disease Control Prevention, 2007).

Otros trastornos

Es importante no olvidar que las diversas formas de comportamiento anormal que se describen en el *DSM-IV-TR* cubren mucho más terreno del que analizamos en este módulo. Algunas se relacionan con temas que consideramos ya en otros capítulos. Por ejemplo, el *trastorno por consumo de sustancias psicoactivas* se relaciona con problemas que surgen por el consumo y abuso de las drogas. Además, los *trastornos por consumo de alcohol* se hallan entre los problemas más graves y generalizados. Tanto el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas como el trastorno por consumo de alcohol ocurren junto con otros trastornos psicológicos como los trastornos anímicos, el trastorno por estrés postraumático y la esquizofrenia, lo que complica considerablemente el tratamiento (Salgado, Quinlan y Zlotnick, 2007).

Otro problema muy generalizado lo constituyen los *trastornos alimentarios*. Éstos comprenden trastornos como la *anorexia nerviosa* y la *bulimia*, que consideramos en el capítulo sobre motivación y emoción, lo mismo que la *hiperfagia*, la cual se caracteriza por excesos en la alimentación sin que haya comportamientos que impidan el aumento de peso. Por último, los *trastornos sexuales*, en los que la propia actividad sexual es insatisfactoria, son otra clase importante de problemas. Comprenden los trastornos de deseo sexual, los *trastornos de excitación sexual* y las *parafilias*, actividades sexuales atípicas que pueden comprender objetos o a parejas que no están en posibilidades de dar su consentimiento.

Otra clase importante de trastornos son los *trastornos mentales orgánicos*, algunos de los cuales abordamos previamente. Se trata de problemas que tienen un fundamento puramente biológico, como la enfermedad de Alzheimer y algunos tipos de retraso mental. Recuerde que hay otros trastornos que no mencionamos y que cada una de las clases que analizamos se divide en varias subcategorías (Kopelman y Fleminger, 2002; Pratt *et al.*, 2003; Reijonen *et al.*, 2003).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): trastorno caracterizado por falta de atención, impulsividad, intolerancia a la frustración y una gran cantidad de actividad inapropiada.

Autismo: discapacidad del desarrollo grave que afecta la capacidad de los niños para comunicarse y relacionarse con los demás.



En los casos más graves de autismo, los niños manifiestan un comportamiento perjudicial para su persona y deben llevar puestos cascos protectores.

RECAPITULACIÓN/EVALUACIÓN/RECONSIDERACIÓN**RECAPITULACIÓN**

¿Cuáles son los principales trastornos psicológicos?

- Los trastornos de ansiedad se presentan cuando la persona experimenta tanta ansiedad que afecta su funcionamiento cotidiano. Entre estos trastornos se hallan el fóbico, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo. (p. 457)
- Los trastornos somatomorfos son dificultades psicológicas que adoptan una forma física (somática), pero que no tienen una causa médica. Ejemplos de estos trastornos son la hipocondría y los trastornos de conversión. (p. 462)
- Los trastornos disociativos se caracterizan por la separación, o disociación, de diferentes facetas de la personalidad que por lo general están integradas. Los principales tipos son el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa y la fuga disociativa. (p. 462)
- Los trastornos anímicos se caracterizan por estados emocionales de depresión o euforia tan fuertes que perturbaban la vida cotidiana. Entre ellos se halla la depresión mayor y el trastorno bipolar. (p. 464)
- La esquizofrenia es una de las formas de enfermedad mental más grave. Entre sus síntomas se hallan las disminuciones del funcionamiento, perturbaciones del pensamiento y el lenguaje, trastornos perceptuales, perturbación emocional y retraimiento social. (p. 469)
- Hay evidencias sólidas que relacionan la esquizofrenia con factores genéticos, bioquímicos y ambientales. Según el modelo de la predisposición, el trastorno lo produce una interacción entre diversos factores. (p. 471)
- Los individuos con trastornos de la personalidad experimentan poca o nula angustia personal, pero son incapaces de funcionar como miembros normales de la sociedad. Entre estos trastornos se hallan el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno de personalidad limítrofe y el trastorno de personalidad narcisista. (p. 473)
- Entre los trastornos infantiles se encuentran la depresión mayor, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el autismo. (p. 474)

EVALUACIÓN

1. A Kathy le aterran los ascensores. Es probable que sufra de un:
 - a) Trastorno obsesivo-compulsivo
 - b) Trastorno fóbico

TÉRMINOS BÁSICOS

amnesia disociativa, p. 463
 autismo, p. 475
 compulsión, p. 461
 depresión mayor, p. 464
 esquizofrenia, p. 469
 fobias, p. 458
 fuga disociativa, p. 464
 hipocondría, p. 462
 manía, p. 465

obsesión, p. 461
 trastorno antisocial de la personalidad, p. 474
 trastorno bipolar, p. 466
 trastorno de ansiedad, p. 457
 trastorno de ansiedad generalizada, p. 460
 trastorno de conversión, p. 462

trastorno de identidad disociativo (TID), p. 463
 trastorno de la personalidad, p. 473
 trastorno de pánico, p. 458
 trastorno del estado de ánimo, p. 464
 trastorno limítrofe de la personalidad, p. 474

trastorno narcisista de la personalidad, p. 474
 trastorno obsesivo-compulsivo, p. 461
 trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), p. 475
 trastornos disociativos, p. 463
 trastornos somatomorfos, p. 462

- c) Trastorno de pánico
- d) Trastorno de ansiedad generalizada
2. Carmen describió un incidente en el que su ansiedad aumentó de repente hasta un punto máximo y experimentó una sensación de fracaso inminente. Ella experimentó un _____.
3. Los pensamientos perturbadores que persisten durante días o meses se conocen como:
 - a) Obsesiones
 - b) Compulsiones
 - c) Rituales
 - d) Ataques de pánico
4. El impulso irresistible por llevar a cabo un ritual extraño se llama _____.
5. La separación de la personalidad, que proporciona una forma de escape en situaciones estresantes, es el factor clave de los trastornos _____.
6. Los estados de euforia extrema y energía que se acompañan de una depresión grave caracterizan al trastorno _____.
7. La esquizofrenia _____ se caracteriza por síntomas que son súbitos y cuya aparición es fácilmente identificable; la esquizofrenia _____ se desarrolla poco a poco durante el ciclo vital de la persona.
8. La _____ plantea que la esquizofrenia puede deberse a un exceso de ciertos neurotransmisores en el cerebro.

RECONSIDERACIÓN

1. ¿Qué factores culturales podrían contribuir al índice de trastornos de ansiedad que se hallan en una cultura? ¿En qué difiere la experiencia de la ansiedad entre los individuos de diferentes culturas?
2. Desde la óptica de un trabajador social: los trastornos de personalidad a menudo no son evidentes para los demás, y muchas personas con estos problemas llevan al parecer una vida básicamente normal y no constituyen una amenaza para los demás. Como estas personas, vistas desde afuera, parecen funcionar bien en la sociedad, ¿por qué debería considerárseles psicológicamente trastornadas?

Respuestas a las preguntas de evaluación

1. (b); 2. ataque de pánico; 3. (a); 4. compulsión; 5. disociativos; 6. bipolar; 7. reactiva; 8. hipótesis de la dopamina