

Variables Culturales y Diagnóstico Psiquiátrico Infantil: Un Caso Clínico

Cultural Variables and Child Psychiatric Diagnosis: A Case Report

Raquel Seijas Gómez¹, Guillermo Larráz Geijo²

Recibido: 20/07/12

Aceptado: 18/01/13

Resumen

Objetivos: 1) *Hacer una revisión breve de las variables culturales y religiosas en el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en la infancia, comparando las visiones universalista y relativista de los Trastornos Mentales;* 2) *Describir un caso clínico de Amnesia Disociativa en una paciente de 12 años, realizar un diagnóstico diferencial en función del contexto cultural, explicar su evolución durante el ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve, y proponer un plan de intervención desde un enfoque multiprofesional.*

Método: *Se ha realizado una búsqueda no sistemática en EBSCO-HOST y PSICODOC con los términos “dissociative amnesia”, “TOC, children and religión/TOC, children and culture”, “TOC, children and Islam”, “TOC and Islam”.*

Conclusiones: *La evaluación de la sintomatología obsesivo-compulsiva observada durante el ingreso permite descartar, teniendo en cuenta la tradición cultural islámica, el diagnóstico comórbido de Trastorno Obsesivo Compulsivo. Las tradiciones culturales y religiosas determinan las normas de comportamiento de las sociedades, así como los criterios de lo que es adaptativo o, al contrario, se considera patológico. Es imprescindible formar a los profesionales de salud mental en competencia intercultural.*

Palabras clave: Psiquiatría transcultural. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Amnesia Disociativa. Rituales.

¹Residente de Psicología Clínica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

²Psicólogo Clínico. IBSMIA- Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

Correspondencia: Dra. Raquel Seijas Gómez
Hospital Universitario Son Espases
Carretera de Valdemossa, 79
07010 Palma de Mallorca
Correo electrónico: raquelseijasgomez@yahoo.es

Summary

Aims: The aims of these study are: 1) To do a brief review of the cultural and religious variables in the Obsessive-compulsive disorder (TOC) diagnosis in childhood, comparing universalist and relativistic approaches in Mental Disorders; 2) To describe a clinical case of Dissociative Amnesia in a 12-year-old patient, making a differential diagnosis depending on the contextual factors, and explaining her evolution while the admission in a Brief Hospitalization Unit, and finally to purpose the therapeutic aims from a multiprofessional approach.

Method: A non systematic search has been done in EBSCO-HOST and PSICODOC, using the terms “dissociative amnesia”, “TOC, children and religion/TOC, children and culture”, “TOC, children and Islam”, “TOC and Islam”.

Conclusions: The obsessive compulsive symptomatology evaluated during the admission allows to reject, having into account Islamic cultural rules, a comorbid diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder. Cultural and religious issues establish conduct rules and the criterion of what is or not adaptative. It is essential that professionals in Mental Health were trained in intercultural aptitudes.

Key words: Psychiatry transcultural. Obsessive-compulsive disorder. Dissociative Amnesia. Rituals.

INTRODUCCIÓN

La diversidad cultural es cada vez más frecuente entre la población atendida en Salud Mental. Ante la decisión de categorizar cierta sintomatología como patológica, los profesionales deben tener presentes las variables culturales de los pacientes, que determinarán el criterio de lo que es o no adaptativo en función de las normas sociales de referencia. La última edición del DSM (DSM-IV-TR, y el próximo DSM-V) incorpora dentro de cada trastorno mental las variaciones culturales que puede mostrar la sintomatología (apartado “Síndromes dependientes de la edad, sexo, cultura”), además de un apéndice (Apéndice J), en el que se incluyen una guía para la formulación cultural y un listado de síndromes dependientes de la cultura (American Psychiatric Association, 2002). La competencia cultural en Salud Mental es una medida de calidad de los servicios sanitarios de un país, y potencia la comprensión de las diferencias sociales entre grupos. Aunque las barreras a nivel institucional y estructural han disminuido, es necesaria una mayor formación a nivel clínico. Con el objetivo de proponer unos criterios de evaluación objetiva de la competencia intercultural de las instituciones en Salud Mental, en España se ha creado recientemente un grupo de tra-

bajo dentro de la AEN, para elaborar una guía de valoración de la competencia cultural en este ámbito y destinada a población adulta (Grupo de trabajo de la AEN, 2011).

Desde la creación de los sistemas de clasificación, se han encontrado dos posturas opuestas entre los profesionales de salud mental: por una parte, aquellos que defienden el carácter universal de los diagnósticos; y por otra parte, los que optan por una postura relativista que tenga en cuenta las variaciones culturales. Desde una postura universalista, los criterios diagnósticos, los factores de protección y de riesgo (como el género o la pertenencia a una sociedad occidental), y las tasas de comorbilidad serían comunes a todos los trastornos psiquiátricos. Así, algunos autores encuentran que las tasas de comorbilidad y las de eficacia de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, aplicados a diferentes trastornos mentales, pueden generalizarse a diferentes culturas y países (Rousseau, Measham y Bathiche-Suidan, 2008; Canino y Alegría, 2009).

Frente a esto, los partidarios de un relativismo cultural aplicado al ámbito de la Salud Mental defenderían que la propia cultura determina las variables antes mencionadas, e incluso las tasas de prevalencia podrían llegar a doblarse dependiendo de la población estudiada. Bird (2002) ha

demostrado cómo la prevalencia del TDAH en las diferentes culturas varía (por ejemplo, en la cultura oriental la tasa es la doble de la hallada en población americana), aunque el autor destaca que, haciendo referencia a los tres clusters de síndromes definitorios (hiperactividad, impulsividad e inatención), son universalmente reconocidos y se recogen en todos los estudios, independientemente de la procedencia cultural de las muestras. En otras culturas encontramos síndromes propios, como el llamado “ataque de nervios” (Rousseau, Measham et al., 2008) o estilos de afrontamiento diferentes. Desde un enfoque conciliador entre el universalismo y el relativismo, los criterios diagnósticos tendrían una validez universal para algunos trastornos, mientras que en otros casos habría que plantearse la entidad diagnóstica en función de las variables culturales (Canino y Alegría, 2009).

En este trabajo describimos el caso clínico de una adolescente de 12 años, a la que denominaremos K, que ingresa, en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantil de un hospital de las Islas Baleares, con un episodio de Amnesia Disociativa. La evaluación de la sintomatología obsesivo-compulsiva observada durante el ingreso permite descartar, teniendo en cuenta la tradición cultural islámica, el diagnóstico comórbido de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

VARIABLES CULTURALES Y TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

La prevalencia de los trastornos de ansiedad es diferente entre poblaciones si tenemos en cuenta las variables culturales; por ejemplo, un reciente estudio en población clínica infantil árabe indica que el Trastorno por Estrés Postraumático es el más prevalente en los niños, datos que no se reflejan en la población occidental (Tanios, Abou-Saleh, Karam, Salamoun, Mneimneh, Karam, 2009). Las manifestaciones psicopatológicas son diferentes según la cultura de referencia: la cultura marroquí describe como formas patológicas más comunes la posesión y el hechizo, mucho menos frecuentes en la cultura occidental. Sin embargo, las somatizaciones y los síntomas disociativos, también frecuentes en las muestras marroquíes, son más frecuentes en la cultura occidental. Otro

aspecto que varía entre culturas es el patrón de afrontamiento empleado ante la enfermedad mental, que podría llegar a ser un criterio de psicopatología en otras culturas que no compartan esa forma de tratamiento y la consideren disfuncional. Por ejemplo, en la tradición musulmana, se emplean tanto amuletos como la repetición verbal de frases del Corán (Balbo Ambrosolio y Pis-Diez Pretti, 2007). El repetir, bien de forma implícita o manifiesta, algunas conductas, pensamientos o palabras como forma de protección o reparación del malestar, formaría parte de muchos ritos religiosos y sería similar a la fenomenología definitoria del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC en adelante).

Por tanto, se puede afirmar que hay cierta semejanza entre las conductas de repetición y sobrevaloración del pensamiento mágico, propio de algunas tradiciones religiosas, y el TOC. Algunas de las características de este trastorno están presentes en grupos de diferentes edades, y son comunes tanto a población adulta como a población infantil: las obsesiones y compulsiones en población infantil no se distinguen de las observadas en la población adulta ni a nivel cualitativo ni cuantitativo, exceptuando la sintomatología característica de los cuadros de PANDAS (Weissman, Bland; Canino, Greenwald, Hwu, Lee et al., 1994). Sin embargo, también es frecuente observar en adultos y en niños la existencia conjunta de pensamiento mágico y razonamiento lógico que no llegan a ser indicadores de psicopatología (Evans, Milanak, Medeiros, Ross, 2002).

A pesar de que en la actualidad se reconoce una etiología multifactorial del TOC, existen varios modelos explicativos que conceden mayor relevancia a determinadas variables (Belloch, Sandín, Ramos, 2008). Por una parte, los modelos del aprendizaje resaltan los principios del condicionamiento y la naturaleza aprendida de este trastorno (por ejemplo, el modelo bifactorial de Mowrer o la teoría de la incubación de Eysenck). Otros modelos subrayan el papel del modelado en contexto familiar (como el modelo de Rachman). Finalmente, desde la orientación cognitiva se subrayan el papel de ciertas variables cognitivas (pensamientos, expectativas, evaluaciones...) que la persona pone en marcha ante ciertos estímulos que distorsionan el procesamiento de la información y contribuyen al

mantenimiento del trastorno. De entre los modelos, el de Salkovskis (Salkovskis, 1985, 1989) es uno de los más citados y el que mejor se adapta al caso clínico descrito en este trabajo. Los rasgos de alta responsabilidad y perfeccionismo son factores de riesgo, para el desarrollo de un TOC, en todos los grupos de edad (Bird 2001). Salkovskis defiende que la percepción de responsabilidad o culpa del daño propio o ajeno que anticipan los pacientes les lleva a realizar las compulsiones como forma de reducción del malestar. Yorulmaz, Inozu, y Gültepe (2010) encuentran que las variables de necesidad de certeza y control, y la de fusión pensamiento-acción en población infantil, incrementan también la probabilidad de desarrollar un TOC. Algunos autores han defendido la similitud entre estas variables de pensamiento (necesidad de control, empleo de rituales mentales como forma de reducción del malestar, o rituales de preparación para el rezo) y la sintomatología TOC en tradiciones religiosas diferentes (Yorulmaz, Gençoz, Woody; 2009). Sin embargo, los estudios encuentran prevalencias más elevadas en población musulmana frente a la cristiana (Eapen, Al-Sabosy, Saeed, y Sabri 2004; Mullick y Goodman, 2005; Yorulmaz, Gençoz, Woody; 2009). Aunque los estudios presentan algunos sesgos metodológicos que imposibilitan la generalización de los hallazgos (composición muestral diferente y empleo de pruebas psicométricas con criterios de especificidad y sensibilidad diferentes que reflejan tasas de prevalencia de psicopatología muy variada incluso dentro del mismo territorio), la diversidad de resultados es un ejemplo de la influencia cultural en el criterio y manifestaciones de la psicopatología.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: K. es una paciente de 12 años que acude a Urgencias con episodio de amnesia no congruente con patología orgánica. La madre relata cuadro de bradipsiquia, amnesia anterógrada (incapacidad de aprendizaje de contenidos académicos) y retrógrada (olvido de citas e información o hábitos cotidianos), reducción de horas de sueño (que dedicaba a estudiar), y reducción del apetito. Estas alteraciones ocurrían desde hacía varios días y la paciente no se mostraba preocupada por ellas.

Datos sociodemográficos y antecedentes: K. es natural de España. Sus padres han nacido en Marruecos. Es la mayor de 3 hermanos, de 10 y 5 años, también de nacionalidad española. Vive en un municipio costero a las afueras de la capital. Este curso ha comenzado 1º de E.S.O. en el instituto de su zona, estudios primarios en colegio del mismo municipio. Afirma tener un buen rendimiento académico, y clases de refuerzo en algunas asignaturas (catalán y matemáticas). También se informa de una buena adaptación social y familiar. En la historia evolutiva, se recoge que el desarrollo psicomotor es normal y no hay antecedentes personales ni familiares, médicos y psiquiátricos relevantes.

La primera vez que acude a Urgencias, se le pauta un ansiolítico de acción corta (*Diazepam* de 0.5 mg) para reducir la intensidad de la sintomatología ansiosa que refiere la paciente y la madre. Se realiza TAC craneal que descarta alteraciones estructurales a nivel cerebral, y el análisis de tóxicos en orina permite descartar la etiología de consumo de sustancias. Posteriormente, acude de nuevo a Urgencias, con cierta mejoría en la memoria a largo plazo (en este momento es capaz de recordar el nombre de sus hermanos, y recuerda varios versos del Corán). Persiste en esta segunda visita la indiferencia ante los déficits cognitivos que motivaron la asistencia al hospital, y además K. afirma estar muy preocupada por el futuro y destaca la obligación de tener éxito en los estudios. Ante las dificultades de manejo familiar de la situación del momento y dadas las características del cuadro observado, se decide ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve para valoración de la evolución y confirmación diagnóstica.

Exploración psicopatológica al ingreso: la paciente se encuentra consciente y parcialmente orientada (falla el mes). Colaboradora. Su lenguaje es normal en tono y tasa. Presenta una amnesia lacunar, con ausencia de ansiedad ante dichos déficits. No se observan otras alteraciones cognitivas en la entrevista. Su discurso está centrado en la necesidad de perfeccionismo, y refleja una elevada motivación de logro en el ámbito académico. Además de la ansiedad observada durante la descripción de sus metas académicas, no se objetivan obsesiones o rituales en otros ámbitos. No se observa sintomatología depresiva, y tampoco la refieren los padres de la paciente. No se objetiva clí-

nica psicótica y tampoco ideación autolítica. Presenta un buen apoyo familiar y social. El diagnóstico al momento del ingreso es *Episodio disociativo*.

Evolución durante el ingreso: Durante el ingreso persisten las dificultades en la recuperación de información si no se le proporcionan claves. K. verbaliza su tendencia rumiativa en las entrevistas de seguimiento (por ejemplo dice que recuerda imágenes de un accidente sucedido unos días antes del ingreso, y también palabras o frases de conversaciones). Reconoce ansiedad anticipatoria y miedos varios: miedo a enfermar, miedo a que le ocurra algo a su familia... que no interfieren en su vida diaria. Se describe como dudosa, y muy preocupada por agradar a los demás. Como estrategia de disminución de la ansiedad, dice que recita versos del Corán. Concede mucha importancia a los rituales de limpieza, afirmando dedicarles más tiempo (una mayor frecuencia y duración) que los demás miembros de su familia, también musulmana. En la Unidad de Hospitalización Breve se observa la siguiente sintomatología de carácter obsesivo: una elevada preocupación por la limpieza (reiteradamente pide al personal de la Planta consultar a su madre la frecuencia con la que debe realizar las conductas diarias de lavado), por la comida (composición del menú y si ha comido o no carne) y por las reglas de las actividades programadas. Dice estar muy preocupada por “un problema que puede solucionar ella sola”, sin especificar de qué se trata y calificándolo como la principal preocupación.

La urgencia de comprobación y las conductas de lavado llevan a plantear, en un primer momento, la hipótesis diagnóstica de TOC. Esta hipótesis se descarta posteriormente al no objetivarse dichas compulsiones y tener como marco de referencia las costumbres religiosas de la paciente. Poco después, K. reconoce que el problema que más le preocupa es el poder tener alguna pérdida de orina durante la noche, tal y como le venía ocurriendo desde hace varios años, de forma puntual, y para las que no refería etiología psicológica y tampoco orgánica. Cuando se comenta este aspecto con el personal de la Planta se comprueba que, ya desde el primer momento del ingreso, se había tenido en cuenta este aspecto y se habían tomado las me-

didias correspondientes. La paciente no llegó a tener pérdidas de orina durante los días que permaneció ingresada. El hecho de que la suciedad asociada a las pérdidas de orina disparase en K. un elevado nivel de ansiedad, debe entenderse desde la importancia concedida a los rituales de limpieza previos a la oración que son característicos de la doctrina musulmana.

Las entrevistas con la madre de la paciente aportan más información respecto al estado de K. en los días previos al ingreso: K. había mantenido un elevado nivel de estrés (tiempo reducido de sueño y descanso e incremento de horas dedicadas al estudio), y dificultades de pensamiento y memoria (pérdida de información selectiva). Al cuarto día la menor fue capaz de relatar de forma coherente y detallada el episodio de amnesia que motivó el ingreso; y situó como desencadenante del mismo la elevada ansiedad y esfuerzo intelectual que había realizado los días previos. La intervención iniciada en la Unidad de Hospitalización se orienta hacia el entrenamiento en estrategias de reducción de la ansiedad y que favorezcan la autopercepción de control; y se propone la organización del tiempo dedicado a las demandas escolares para evitar la acumulación de tareas.

Diagnóstico al alta: Amnesia Disociativa (F44.0)

Diagnóstico diferencial: La paciente no cumpliría el criterio temporal de la Enuresis nocturna primaria, dado que los episodios ocurrían de forma muy puntual. De entre todos los trastornos de Ansiedad, es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el Trastorno de Ansiedad Generalizada. La paciente refería ideas intrusivas y necesidad de reaseguración de sus conductas de limpieza corporal y el cumplimiento de las normas de la UHB, además de empleo de repeticiones mentales de versos del Corán al incrementar su nivel de ansiedad. K. también está preocupada por su rendimiento académico y los juicios externos. Se descartó el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada porque: 1) la paciente presentaba ideas referidas a la realización de acciones (obligatoriedad de hacer determinadas conductas o limpieza, frases dichas en conversaciones previas) y empleaba como forma de reducción de estrés la confirmación externa y la repetición mental. Estos dos aspectos son pro-

pios de las ideas obsesivas y las compulsiones propias del TOC, y no tanto de las preocupaciones características del Trastorno de Ansiedad Generalizada; 2) a excepción de la ansiedad generada por la elevada autoexigencia en el ámbito académico (más frecuente en los niños con Trastorno de Ansiedad Generalizada –American Psychiatric Association 2002–), el resto de preocupaciones deben contextualizarse teniendo en cuenta los aspectos culturales y religiosos de la paciente, y, por tanto, no interferirían de forma significativa en su vida y no podrían etiquetarse como un trastorno mental.

Plan de intervención al alta: Al alta de la Unidad de Hospitalización Breve, es derivada a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil para seguimiento por psicología clínica. Los objetivos terapéuticos del tratamiento, de acuerdo a las necesidades detectadas durante el ingreso, son: el entrenamiento en manejo de ansiedad, la planificación del tiempo y la reestructuración cognitiva de aquellas distorsiones relativas a la baja percepción de autoeficacia, la autoatribución de responsabilidad, y elevada dependencia del criterio externo, aspectos observados durante el ingreso. A nivel escolar se decide potenciar la coordinación con el centro escolar y supervisar la eficacia de los cambios introducidos.

DISCUSIÓN

La amnesia retrógrada presentada por la paciente cumpliría los criterios de Amnesia Disociativa, trastorno incluido dentro de la categoría de Trastornos Disociativos en el DSM-IV-TR y en los Trastornos disociativos y de Conversión en la CIE-10. K. presentaba una incapacidad transitoria de recordar aspectos autobiográficos, característica definitoria de este trastorno. Además, estaban preservadas la habilidad de adquirir nuevos aprendizajes, la memoria implícita y el resto de capacidades cognitivas (Brandt y Van Gorp; 2006). Otra característica, y que también presentaba la paciente, es la ausencia de afectación o ‘belle indifférence’. Sin poder llegar a establecer una relación causal, algunos autores han destacado que el elevado nivel de estrés durante períodos de tiempo variables tendría un papel inhibitorio en el circuito ejecutivo frontal y podría producir una inhibición temporal del recuerdo (Kritchevsky,

Zouzouni y Squire; 1997; Kikuchi, Fujii, Abe, Suzuki, Takagi, Mugikura et al; 2009).

Las conductas de lavado y de repetición mental de versos del Corán que refiere en un primer momento, deben encuadrarse dentro del marco cultural y religioso islámico. La información obtenida desde el ámbito escolar y familiar, las observaciones del personal de la UHB y las entrevistas clínicas realizadas con los psicólogos y el psiquiatra, descartan la presencia de psicopatología; e invalidan la hipótesis de TOC planteada en un primer momento. Además, tal y como se ha mencionado antes, estas conductas no interfieren de forma significativa en ningún aspecto cotidiano.

La literatura clínica ha confirmado que un elevado grado de responsabilidad, de perfeccionismo, la necesidad de agradar a los demás y la dependencia externa, son factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología obsesivo-compulsiva. Tanto la paciente como la madre de esta describen un funcionamiento premórbido, en el que están presentes todas estas características, que fueron foco de trabajo ambulatorio.

Este caso clínico ejemplifica la necesidad de tener en cuenta los factores culturales y religiosos a la hora de establecer un diagnóstico psiquiátrico. Se hace imprescindible el contar con múltiples fuentes de información (en población infantil, con la familia y la escuela) que confirmen la repercusión funcional que puedan tener las quejas del paciente; además de información sobre el contexto cultural de procedencia. En los últimos años, el incremento progresivo de la multiculturalidad en la población demandante de Salud Mental en nuestro país, y, específicamente, en las Islas Baleares, hace imprescindible la formación en este ámbito para realizar un diagnóstico psiquiátrico válido, establecer objetivos psicoterapéuticos y pautar ciertos psicofármacos (Martínez Moneo y Martínez Larrea; 2006). Se puede afirmar, por tanto, que la competencia cultural en salud mental es una medida de calidad de los servicios sanitarios de un país, y potencia la comprensión de las diferencias sociales entre grupos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Ed. Texto revisado (DSM-IV-

- TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. **Balbo Ambrosolio E, Pis-Diez Pretti G.:** El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. *Archivos de Psiquiatría* 2007; 70 (3): 173-188.
 3. **Belloch A, Sandín B, Ramos F.:** (2008). *Manual De Psicopatología*. Vol 2. Madrid: McGraw-Hill.
 4. **Bird, H.:** The diagnostic classification, epidemiology, and cross-cultural validity of ADHD. En: Jensen, PS.; Cooper, J., editors. *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science; best practices*. Kingston, NJ: Civic Research Institute; 2002: 12-36.
 5. **Brandt J y Van Gorp WG.:** Functional (Psychogenic) Amnesia. *Seminars in Neurology* 2006; 26 (3): 331-340.
 6. **Canino G y Alegría M.:** Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 49(3): 237–250.
 7. **Eapen V, Al-Sabosy M, Saeed M, Sabri S.:** Child Psychiatric Disorders In A Primary Care Arab Population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*; 2004; 34 (1): 51-60.
 8. **El-Rufaie OE.:** Primary care psychiatry: pertinent Arabian perspectives. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005, 11 (3): 449-458.
 9. **Evans DW, Milanak ME, Medeiros B, Ross JL.:** Magical Beliefs and Rituals in Young Children. *Child Psychiatry and Human Development* 2002; 33(1): 43-58.
 10. **Grupo de trabajo de la AEN.** (2011). Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en Salud Mental. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
 11. **Kihlstrom JF.:** Dissociative Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; (1): 227–53.
 12. **Kikuchi H, Fujii T, Abe N, Suzuki M, Takagi M, Mugikura S et al.:** Memory Repression: Brain Mechanisms underlying Dissociative Amnesia. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2009; 22(3): 602–613.
 13. **Kritchevsky M, Zouzouni J y Squire LR.:** Transient global amnesia and functional retrograde amnesia: contrasting examples of episodic memory loss. *Philosophical Transactions Royal Society London B Biological Sciences*, 1997; 352: 1747-54.
 14. **Martínez Moneo M, Martínez Larrea A.:** Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anuarios del Sistema Sanitario de Navarra* 2006; 29 (1): 63-75.
 15. **Mullick, MS y Goodman R.:** The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology* 2005; 40: 663–671.
 16. **Organización Mundial de la Salud.** (1999). *Clasificación internacional de las enfermedades, Décima Revisión*.
 17. **Reeves J, Reynolds S, Coker S, Wilson C.:** An experimental manipulation of responsibility in children: A test of the inflated responsibility model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2010; 41: 228–233.
 18. **Rousseau C, Measham T y Bathiche-Suidan M.:** (2008). DSM IV, Culture and Child Psychiatry. *Journal of Canadian Academy Children and Adolescence Psychiatry* 2008; 17 (2): 69-75.
 19. **Salkovskis PM.:** Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy* 1985; 16: 233–248.
 20. **Salkovskis PM.:** Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy* 1989; 23: 571–583.
 21. **Tanios CY, Abou-Saleh MT, Karam AN, Salamoun MM, Mneimneh ZN, Karam EG.:** The epidemiology of anxiety disorders in the Arab world: A review. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23: 409–419.
 22. **Van der Hart O, Nijenhuis.:** Generalized dissociative amnesia: episodic, semantic and procedural memories lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 589–600.
 23. **Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al.:** The Cross National Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 53 (3): 5-10.
 24. **Yang JC, Jeong GW, Lee MS, Kang HK, Eun SJ, Kim YK, Lee YH.:** Functional MR Imaging of Psychogenic Amnesia: A Case Report. *Korean Journal of Radiology* 2005; 6: 196-199.
 25. **Yorulmaz O, Gençoz T, Woody S.:** OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23: 401–406.
 26. **Yorulmaz O, Inozu M, Gültepe B.:** The role of magical thinking in Obsessive-Compulsive Disorder symptoms and cognitions in an analogue sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2010; 42 (2): 198–203.