

01

PSICOPATOLOGÍA

José Luis Santos Ruiz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

Laura Hernangómez Criado

Doctora en Psicología.
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Psicoterapeuta acreditada por ASEPCO.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

Belinda Taravillo Folgueras

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Especialista en clínica y psicoterapia psicoanalítica.*

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN obra completa: 978-84-92856-67-1

ISBN: 978-84-16751-85-3

Depósito Legal: M-40180-2019

EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

6ª EDICIÓN: enero 2020

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© **RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS**

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.



PRESENTACIÓN

Peso del área en el examen

El área de Psicopatología es una de las constantes en el examen PIR desde su primera convocatoria en el año 1993 hasta la actualidad. Si analizáramos el número de preguntas por convocatoria nos encontramos una tendencia estable hacia las **20 preguntas por convocatoria** (habiendo llegado a las 40 en alguna ocasión).

Tipo de preguntas

¿Qué tipo de preguntas se han realizado sobre este área? Las preguntas del área de Psicopatología las podemos agrupar en dos grandes tipos:

- a) **Preguntas de definición de conceptos** (por ejemplo, ¿Qué es la morfólisis?).
- b) **Preguntas de clasificación** (por ejemplo, ¿Qué tipo de alteración sensoperceptiva es la morfólisis?).

Desarrollo de los temas

En este sentido, intentaremos realizar un esquema global de los conceptos de cada tema (para facilitar la comprensión y posterior recuerdo, así como el contestar las preguntas PIR llamadas “de clasificación”), y posteriormente su desarrollo teórico.

De los temas de éste área destacan dos por encima de todos: psicopatología de la sensopercepción, y psicopatología del pensamiento, que son los que más preguntas han generado.

Un aspecto a señalar es la actualización con recientes desarrollos en psicopatología (enfoques transdiagnósticos, por ejemplo) y el análisis exhaustivo del DSM-5 (2013) y CIE-11 (2019).

Observaciones

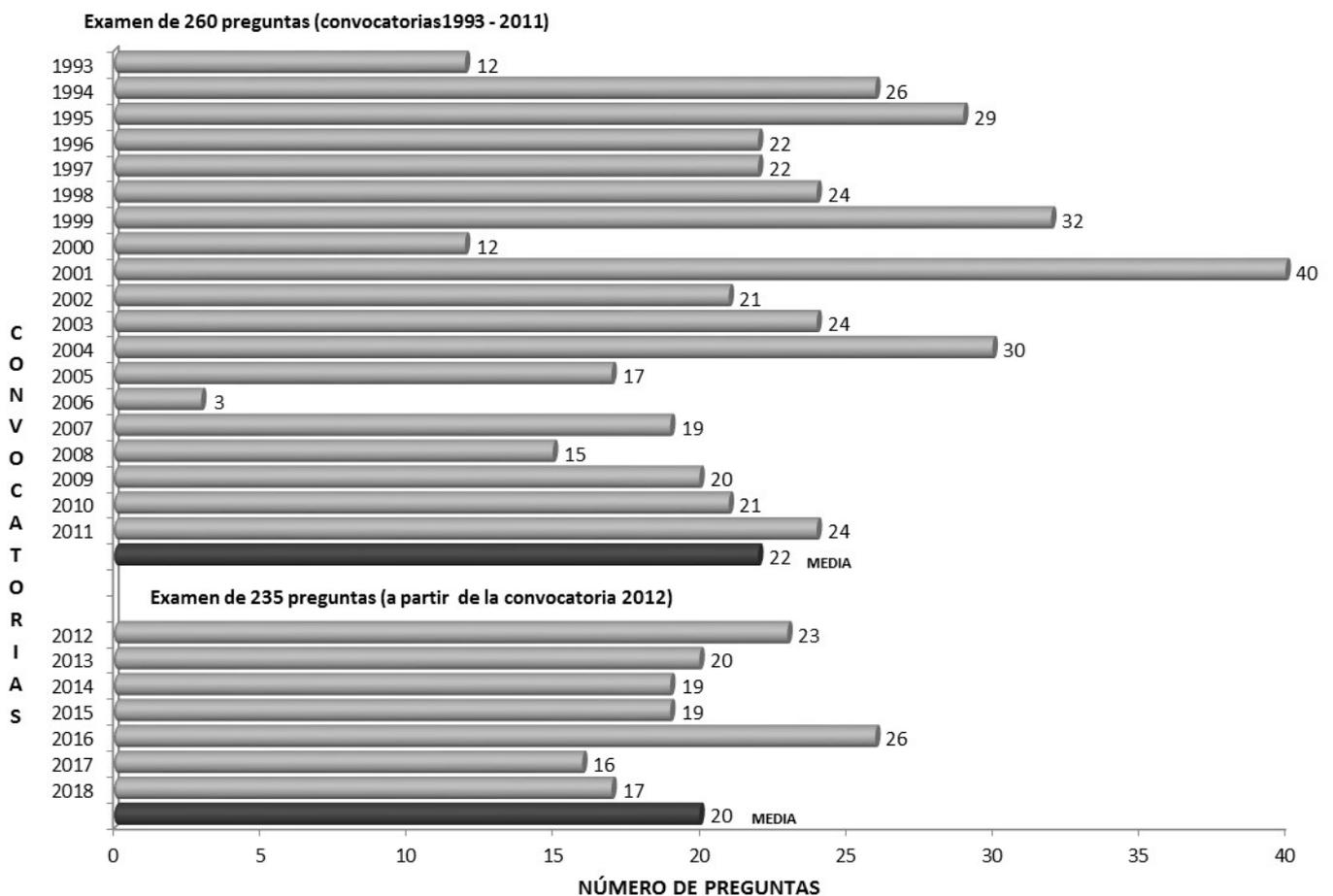
Para la elaboración de estos temas se ha empleado la Bibliografía comentada al final de la obra, la primera edición de las Carpetas PIR, así como las observaciones, sugerencias y a veces aclaraciones de los alumnos que han asistido a las Clases de Preparación al PIR en estos últimos 20 años. Sin su aportación esta obra no hubiese sido la misma, y tampoco tendría sentido.

El Manual que tienes en tus manos está enfocado básicamente a la Preparación del Examen PIR, no es un Manual de Psicopatología. Para consultar algún Manual y profundizar en los temas te remito a la bibliografía comentada al final.

*“Que yo sepa, no se ha encontrado una comprensión clara y completa de la naturaleza de la locura, una concepción correcta y distinta de lo que constituye la diferencia entre lo sano y lo insano”
(Schopenhauer, El mundo como voluntad y representación)*

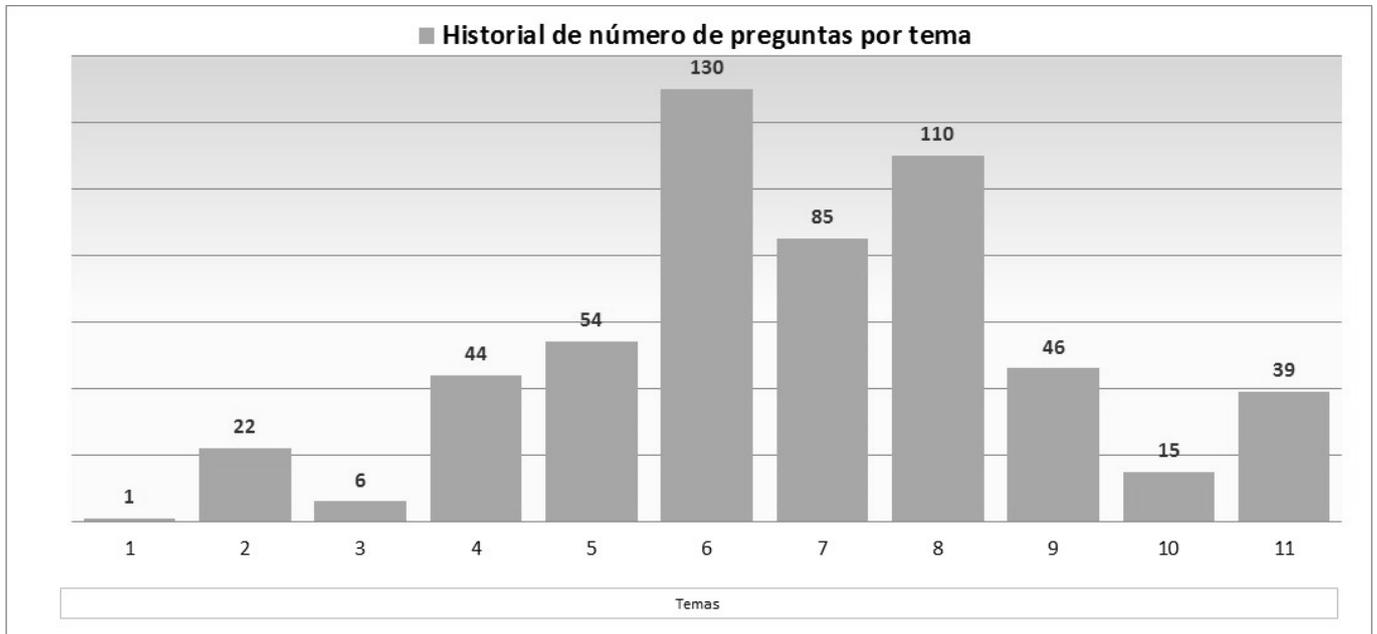


EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA





HISTORIAL DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR TEMA



Índice general de temas

Página 10

01 01**HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA**

1. Introducción
2. Antecedentes: Grecia y Roma
3. La Edad Media: el mundo árabe y la cristianidad
4. El Renacimiento (siglo XVI)
5. La Ilustración (siglos XVII y XVIII)
6. El siglo XX

Página 21

01 02**SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA**

1. Introducción
2. Tipos de clasificación
3. Modelos de clasificación en psicopatología
 - 3.1. Criterios de anormalidad en psicopatología
 - 3.2. Principales modelos en psicopatología
4. Clasificaciones psicopatológicas modernas. Evolución
 - 4.1. CIE-10 vs DSM-IV-TR
 - 4.2. Evaluación multiaxial
 - 4.3. DSM-5
5. Críticas a las clasificaciones psiquiátricas
6. Garantías psicométricas de las clasificaciones

Página 48

01 03**EPIDEMIOLOGÍA**

1. Introducción
2. Niveles de análisis epidemiológico
 - 2.1. Epidemiología descriptiva
 - 2.2. Epidemiología analítica
 - 2.3. Epidemiología experimental
3. Métodos de investigación en psicopatología
 - 3.1. Métodos básicos de investigación epidemiológica
4. Epidemiología de los trastornos mentales

Página 57

01 04**PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA**

1. Introducción
2. Aspectos históricos
3. Trastornos deficitarios de la conciencia
4. Trastornos productivos de la conciencia
5. Trastornos del estrechamiento del campo de conciencia
6. Alteraciones positivas de la conciencia
7. Las agnosias

Página 67

01 05**PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN**

1. Introducción
2. Psicopatología de la atención
 - 2.1. Aproxias
 - 2.2. Hipoprosexias
 - 2.3. Pseudoaproxias, paraprosexias e hiperproxias
 - 2.4. Psicopatología cognitiva de la atención
3. Psicopatología de la orientación
 - 3.1. Desorientación
4. Alteraciones atencionales en trastornos mentales

Página 79

01 06**PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN**

1. Introducción
2. Distorsiones perceptivas o sensoriales
3. Engaños perceptivos
4. Tratamiento psicológico de alucinaciones y delirios

Página 103

01 07**PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA**

1. Introducción
2. Amnesia retrógrada
3. El síndrome amnésico
4. Amnesia y demencias
5. Memoria y emoción
6. Paramnesias y parapraxias
7. Hipermnesia
8. Déficit de memoria en otros cuadros clínicos
9. Anexo: Memoria de testigos

Página 126

01 08**PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO**

1. Introducción
2. Trastornos formales del pensamiento
3. Trastornos del contenido del pensamiento

Página 143

01 09**PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE**

1. Introducción
2. Las afasias en adultos
 - a) Evaluación
 - b) Clasificaciones
3. Disfasias infantiles
4. Dislalias infantiles y retraso simple del habla
5. Tartamudez
6. Especialización hemisférica para el lenguaje
7. Psicopatología del lenguaje en cuadros clínicos

Página 164

01 10

PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

1. Introducción
2. Definición
3. Exploración de la afectividad
4. Síntomas afectivos

Página 174

01 11

TRASTORNOS PSICOMOTORES

1. Introducción
2. Trastornos psicomotores
3. Trastornos de la mímica

APÉNDICE SEMIOLOGÍA

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

PREGUNTAS PIR DE CONVOCATORIAS ANTERIORES



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Texto revisado. DSM-IV-TR. Masson. Barcelona.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** (5 ed.). Washington, DC: APA.
- BARLOW & DURAN (2001). **Psicopatología** (3 ed). Thomson. Madrid.
- BELLOCH, A. (2012). **Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones**. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 17, N.º 3, pp. 295-311.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2008). **Manual de psicopatología**. Madrid. McGraw-Hill (vol. 1). Edición revisada.
- BELLOCH, SANDÍN y RAMOS (2008). **Manual de psicopatología**. Madrid. McGraw-Hill (vol. 2). Edición revisada.
- BERRIOS y HODGES. **Trastornos de la Memoria en la Práctica Psiquiátrica**.
- CARPETAS PIR CEDE (2005). **Psicopatología**. Varios autores.
- CASPI, A. y MOFFITT, T.E. (2018). **All for one and one for all: mental disorders in one dimension**. Am J Psychiatry 175: 9, 831-843.
- CASTRO CAMACHO, L. (2011). **Modelos integradores en Psicopatología: el enfoque transdiagnóstico**. En Caballo, V.; Salazar, I. y Carrobbles, J. (2014): **Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos**. Ed. Pirámide.
- EGUÍLUZ URUCHURTU, J.L. (2001). **Introducción a la psicopatología**. IM&C. Madrid.
- ENOCH, D. y BALL, A. (2007). **Síndromes raros en psicopatología**. Tricastela. Madrid.
- FERNÁNDEZ PORTUGAL, R. (2008). **Diccionario para la corrección terminológica en Psicopatología, Psiquiatría y Psicología Clínica**. Editorial Élice. Madrid.
- FIRST, M.B.; FRANCES, B. & PINCUS, H.A. (2005). **DSM-IV-TR. Guía de Uso**. Masson. Barcelona.
- FIRST, M.B.; FRANCES, B. & PINCUS, H.A. (2005). **DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico diferencial**. Masson. Barcelona.
- FIRST, M.B.; PINCUS, H.A. **El DSM-IV Texto Revisado: impacto potencial en la práctica**. Psychiatric Services (Ed. Española). Vol. 1, nº 2, 102-106, 2002.

- FUENTENEbro, F. y VÁZQUEZ, C. (1990). **Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (Vols. 1 y 2)**. McGraw-Hill. Madrid.
- GOODGLASS, H.; KAPLAN, E. **La evaluación de la afasia y de trastornos relacionados**. Ed. Médica Panamericana, 1986. Madrid.
- HALES, R.E. & YUDOFsky, S.C. (2000). **Sinopsis de Psiquiatría Clínica**. Masson. Barcelona.
- HEILMAN, K.M.; VALENSTEIN, E. **Clinical Neuropsychology**. Oxford University Press, 1993. New York.
- HIGUERAS, A.; JIMÉNEZ, R.; LÓPEZ, J.M. **Compendio de Psicopatología**, 3ª edic. Círculo de Estudios Psicológicos, 1986. Granada.
- IONESCU, S. (1994). **Catorce enfoques de la psicopatología**. Ed. Fondo de cultura económica. México DF.
- JUNQUÉ, C.; BARROSO, J. **Neuropsicología**. Síntesis Psicología, 1997. Madrid.
- LÓPEZ GALÁN, S. (2008). **Diccionario de Psicología y Psiquiatría. Español-Inglés, Inglés-Español**. Editorial Rey Ali. Jaén.
- LUQUE, R. y VILLAGRÁN, J.M. (2000). **Psicopatología Descriptiva: nuevas tendencias**. Ed. Trotta. Madrid.
- MESA CID, P.J. y RODRÍGUEZ TESTAL, J.F. (2007). **Manual de Psicopatología General**. Pirámide. Madrid.
- OBIOLS, J.E. (Ed.). (2008). **Manual de Psicopatología General**. Madrid. Biblioteca Nueva.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992). **Clasificación internacional de las enfermedades-Décima revisión (CIE-10)**. Madrid: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001). **Clasificación internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIFDM-2)**. Madrid: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2019). **Clasificación internacional de Enfermedades**. 11ª revisión. <http://icd.who.int/es>.
- PARKIN, A.J. **Exploraciones en neuropsicología cognitiva**. Ed. Médica Panamericana, 1999. Madrid.
- PÉREZ, M. (2017). **El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría**. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol. 14, N.º 1, pp. 35-52.
- PÉREZ FERNÁNDEZ, M. (2005). **Glosario Básico de Psicopatología**. Ediciones Amarú. Salamanca.
- RUIZ-VARGAS, J.M. (2010). **Manual de psicología de la memoria**. Madrid: Síntesis.
- RUIZ-VARGAS, J.M. (Dir.) (1991). **Psicología de la memoria**. Madrid: Alianza.
- SACKS, O. **El hombre que confundió a su mujer con un sombrero**. Muchnik editores, S.A., 1987. Barcelona.
- SACKS, O. **Un antropólogo en Marte**. Anagrama, Colección Argumentos, 1995. Barcelona.
- SANDÍN, B. (2012). **DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?** Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2013, Vol. 18 (3), 255-286.
- SANDÍN, B.; CHOROT, P. y VALIENTE, R. (2012). **Transdiagnóstico: nueva frontera en Psicología Clínica**. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 17, N.º 3, pp. 185-203.
- SELZAM y cols (2018). **A polygenic p factor for major psychiatric disorders**. Translational Psychiatry 8: 205.
- SIMS, A. (2008). **Síntomas Mentales**. Tricastela. Madrid.
- VALIENTE OTS, C. (2005). **Alucinaciones y delirios**. Síntesis. Madrid.
- VALLEJO, J. y SÁNCHEZ PLAÑEL (2001). **Actualización en delirios**. Aula Médica. Madrid.
- VALLEJO RUILOBA, J. **Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**, 3ª edic. Masson-Salvat, 1994. Barcelona.
- VÁZQUEZ, C.; MUÑOZ, M. (2002). **Entrevista diagnóstica en Salud Mental**. Ed Síntesis. Madrid.
- WORCHEL, S. y SHEBUKSKE, W. (2001). **Psicología: fundamentos y aplicaciones**. Prentice Hall. Madrid.

01.01	HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA
-------	--------------------------------------

**ORIENTACIONES**

En este tema hacemos un breve recorrido por los períodos y autores clave en la historia de la psicopatología.

**ASPECTOS ESENCIALES**

El estudio de la conducta anormal ha sido una constante histórica en todas las civilizaciones, aunque no es hasta finales del siglo XIX cuando surge en el marco general de las ciencias una disciplina formal dedicada al estudio científico de tales comportamientos (Vázquez, 1990).

En Grecia, bajo la figura de Hipócrates surgen los pilares de la medicina occidental como una rama de la ciencia como conocimiento inductivo que entiende la enfermedad mental de forma análoga a la física. Este proceder axiomático está vigente hasta los siglos XVII y XVIII con el inicio de la medicina moderna. Surge en este período la concepción demonológica de la locura.

Son muchos los autores relevantes en la historia de la psicopatología. Mencionamos algunos de los más relevantes y su aportación teórica más significativa:

- **Grecia**, Hipócrates, medicina axiomática, concepción demonológica.
- **Roma**, Galeno, teoría de los temperamentos y personalidad.
- **Edad Media**:
 - **Mundo árabe**: Avicena: trato humanitario.

- *Mundo occidental: concepción demonológica: persecución ultranza brujería.*
- **Renacimiento**: transición, Padre Jofré (Casa de Orates).
- **Ilustración**, Pinel: tratamiento moral.
- **Siglo XIX**: Kraepelin y Bleuler: surgimiento de la psicopatología y la psicología:
 - Wundt.
 - William James (Principios de Psicología).
 - Reflexología.
 - Würzburgo.
- **Siglo XX**: “explosión de escuelas”:
 - Freud, psicoanálisis.
 - Jaspers y la fenomenología.
 - Terapia de conducta.
 - Modelo cognitivo.
 - Neurociencias.
 - Modelo BIOPSIOSOCIAL.
- **Siglo XXI**:
 - Modelo BIOPsicosocial.
 - Integración y Transdiagnóstico.

**PREGUNTAS REPRESENTATIVAS**

187. “El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico realmente consciente”. Esta afirmación se corresponde con los planteamientos de:

- 1) Freud.
- 2) Jaspers.
- 3) Kraepelin.
- 4) Morel.
- 5) Briquet.

PIR 04, RC 2.

01.01	HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA
-------	--------------------------------------

1. Introducción
2. Antecedentes: Grecia y Roma
3. La Edad Media: el mundo árabe y la cristianidad
4. El Renacimiento (siglo XVI)
5. La Ilustración (siglos XVII y XVIII)
6. El siglo XX

1. INTRODUCCIÓN

El estudio de la conducta anormal ha sido una constante histórica en todas las civilizaciones, aunque no es hasta finales del siglo XIX cuando surge en el marco general de las ciencias una disciplina formal dedicada al estudio científico de tales comportamientos (Vázquez, 1990). No hay que olvidar que la psicopatología siempre surge en un determinado grupo y contexto cultural, teñido de las visiones y puntos de vista que tiene sobre la vida en general. Los cambios en la explicación de la conducta anormal se producen muchas veces por la aparición de explicaciones más compatibles con el momento social y cultural, haciendo que lo considerado patológico en una época pase a considerarse perfectamente normal en otras. Conocer la historia nos ayuda a entender el estado actual de las cosas, y a ver cómo muchos de los conceptos que hoy utilizamos tienen su nacimiento hace siglos. En este capítulo vamos a revisar algunos de los antecedentes remotos de los conceptos actuales de la locura y acabar intentando definir la situación de la psicopatología actual con el resto de ciencias encargadas del estudio de la enfermedad mental.

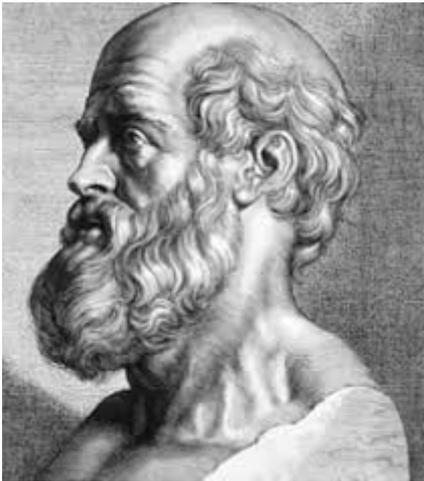
2. ANTECEDENTES: GRECIA Y ROMA

La tradición hipocrática

Es difícil establecer como se concebía la conducta anormal antes de la existencia de testimonios escritos. Existen algunas pruebas indirectas que permiten hipotetizar la existencia de un pensamiento mágico en el que la posesión demoníaca jugaba un papel esencial en la explicación de la locura (Mora, 1992). En los primeros tiempos de la cultura griega dominó la concepción demonológica sobre la locura. Dentro de esta tradición, la locura era el resultado de la posesión de los espíritus malignos. La explicación demonológica fue la predominante en la época. La locura era el resultado de la posesión de los espíritus malignos personificados por dos diosas, Manía y Lisa, que eran enviadas por los dioses en estado de cólera (Mora, 1982).

Un reconocido discípulo de Pitágoras fue **Alcmeón de Crotona** (siglo VI a.C.). Éste consideraba que el cerebro era la sede de la razón y el alma, y postulaba que la salud era la armonía entre los contrarios, es decir, la interacción apropiada entre las fuerzas externas y las internas. El estado óptimo, la *crasia*, era lo contrario de la falta de armonía, del conflicto o *discrasia*. Otro pitagórico, **Empédocles** (490-430 a.C) sugirió la teoría humoral sobre la base de los 4 elementos y que la enfermedad se producía por un desequilibrio entre los mismos. Los pitagóricos, mantenían posiciones enfrentadas respecto a las ideas religiosas predominantes en la época.

El origen de la medicina occidental se sitúa en Grecia gracias al trabajo de **Hipócrates** (460-377 a.C.). Su gran aportación fue la de considerar la medicina como un verdadero conocimiento inductivo. Es el primero en plantear que los trastornos mentales son semejantes a las enfermedades físicas por cuanto que ambos obedecen a alguna alteración anatómica. Con ello, el concepto de locura sufrió un cambio radical, ya que pasa de ser considerada como una maldición o imposición divina a conceptualizarse como una enfermedad. Propone la existencia de 4 humores o fluidos básicos del organismo: sangre (procedente del corazón), bilis amarilla (del hígado), bilis negra (del bazo y del estómago), y flema (del cerebro). La salud del sujeto depende del equilibrio de estos 4 humores. La preponderancia de cada uno de ellos da lugar a 4 respectivos temperamentos: voluble, colérico, melancólico e indolente. Los desequilibrios grandes entre los humores recibían el nombre de discrasias para los que se recomendaba una purga y dieta adecuadas con el fin de recuperar la homeostasis humoral. Hipócrates hizo la primera clasificación de los trastornos mentales al clasificarlos en manía, melancolía y frenitis. Dada la escasez de conocimientos fisiológicos de la época, la medicina hipocrática es una **medicina “axiomática”**, es decir, los datos clínicos recogidos en la entrevista con el paciente son interpretados a la luz de una serie de principios de nula validez. Por ejemplo, la histeria se consideraba que era consecuencia de poseer un útero errante debido a la ausencia de relaciones sexuales y la localización de los síntomas, dependía de la ubicación final del útero. La influencia de la teoría de los humores persiste hasta el siglo XVIII en la medicina occidental, y en el caso de España hasta bien entrado el siglo XIX (Dieckhöfer, 1984).



Hipócrates

La tradición galénica

El período romano no aporta grandes novedades. Es interesante destacar cómo en el derecho romano ya se reconoce cómo el estado mental del acusado puede ser un atenuante de la pena. La figura más destacada es **Galeno** (130-200 d.C.), que reunió y coordinó todo el conocimiento médico acumulado por sus predecesores, añadió sus propias observaciones y creó un sistema médico que ejerció una profunda influencia en los siglos posteriores, si bien no se alejaba en exceso del marco hipocrático. Su contribución más interesante fue la formulación de una teoría sobre los temperamentos o modos de ser de las personas, origen de los planteamientos biotipológicos sobre las diferencias individuales y la personalidad. Distinguió nueve combinaciones básicas o tipos temperamentales, que después se reducían a cuatro fundamentales (sanguíneo, colérico, flemático y melancólico), cuya buena "mezcla", daba lugar al equilibrio emocional.



Galeno

3. LA EDAD MEDIA

La traducción de los autores griegos al sirio permitió a los árabes continuar con la tradición de la medicina griega y romana y transmitirla al resto de occidente. **Avicena** (980-1037) es la figura más destacada dentro del mundo árabe, dedicó un capítulo entero de su famoso *Canon* a la descripción de fenómenos mentales anormales. Para Mahoma, el hombre que había perdido la razón había sido escogido para decir la verdad. Consecuencia de esta actitud es el trato humanitario que recibían estos enfermos, así como la creación de varios centros específicos dedicados a su cuidado.

En el mundo occidental no surgen novedades importantes en la concepción de las alteraciones mentales. En la Europa cristiana la Iglesia se convirtió en la institución legal y social más importante de la Edad Media. Ya a principios del siglo VII la noción de posesión demoníaca había cristalizado por completo. La conducta desviada se veía como perversa pues suponía una acción contra Dios provocada por el demonio.

Hay dos hitos históricos: en primer lugar comienzan a fundarse los centros hospitalarios en los que se da acogida a las personas que sufren trastornos mentales y conductuales severos; y en segundo lugar, surge un fenómeno de identificación y persecución a ultranza de algunas anormalidades conductuales: la brujería. En el siglo XV la persecución hacia este tipo de prácticas era generalizada alcanzando su punto álgido, y entre la mitad del XV y finales del XVI se estima que sólo en Europa fueron ajusticiadas más de 100.000 personas a causa de la brujería (Deutsch, 1949). Otro fenómeno peculiar de la Edad Media y de difícil explicación es que comienzan a producirse los fenómenos de "**locura colectiva**" (alteraciones extremas del comportamiento que, a modo de epidemias más o menos breves, se extienden por determinadas comarcas). Es famosa la epidemia de la danza del siglo XIV.

4. EL RENACIMIENTO (SIGLO XVI)

Aunque este período suele ser catalogado como una época de valores humanistas y culto a la razón, la verdad es que durante esta época se recrudece la persecución de la brujería (Vázquez, 1990). En el terreno de la gestación de la ciencia, se trata de una época de transición entre la medicina clásica y la moderna, apareciendo a la vez muchos autores que rechazan la caza de brujas y abogan por un tratamiento apoyado más en la comprensión y en la empatía (Johann Weyer, Juan Luis Vives, Paracelso, Agrippa, etc.). **Vives** manifiesta sus opiniones sobre el trato humanitario y cuidadoso, alejado de todo barbarismo y crueldad. Incide en la importancia de aplicar tratamientos

diferenciales según el caso y la sintomatología. Por su parte, **Paracelso** fue uno de los pocos médicos de este período que sostuvo que el enfermo mental no era ni un pecador ni un criminal, sino una persona enferma que necesitaba la ayuda del médico. La mentalidad árabe influyó en el acontecimiento capital de este período: la proliferación de hospitales o centros de tratamiento creados específicamente para los *locos* y *desposeídos*. En el año 1409 el padre **Jofré** (1350-1417) inaugura en Valencia la "Casa de Orates", un lugar de recogida y tratamiento para los dementes. Este es un hito histórico, pues surge en un momento histórico hostil y de persecución hacia los enfermos. La idea medieval y renacentista del "loco" fue paulatinamente desapareciendo. A este hecho contribuyeron la Reforma, las nuevas tendencias religiosas, una visión más crítica de los planteamientos filosóficos, el avance de la técnica y los nuevos postulados sobre la investigación científica que cristalizarán en los dos siglos posteriores.

5. LA ILUSTRACIÓN (SIGLOS XVII Y XVIII)

Esta época supone el comienzo de la medicina moderna, y con ella, el intento de dar explicaciones menos axiomáticas a las alteraciones mentales. **Thomas Sydenham** (1624-1689) inicia el enfoque clínico moderno inductivo en medicina, es decir, el empleo sistemático de la observación para dictaminar síntomas, y posteriormente, agrupaciones, síntomas o síndromes. En cuanto a la brujería, aún existen procesos pero a lo largo del siglo XVII se van haciendo menos frecuentes. La razón ocupa un lugar de privilegio durante la Ilustración, y por lo tanto, la locura es ahora una desgracia moral que hay que ocultar (Foucault, 1976). Los manicomios adquieren un carácter represivo y defensivo y cada vez se van saturando más de enfermos de la misma manera que el trato recibido por los internos es peor. Los tratos inhumanos se justificaban en la teoría del animalismo, según la cual los enfermos mentales no eran sensibles al dolor, el frío o las necesidades básicas humanas. En España la situación era algo mejor puesto que se da la espalda a las nuevas teorías supuestamente científicas y, además, las instituciones psiquiátricas están normalmente al amparo de órdenes religiosas en las que se solía dispensar un trato más caritativo.

En el **siglo XVII** el afianzamiento de la concepción de la locura como enfermedad fue intermitente, y es fácil encontrar tanto autores de la época que defendían esta concepción, como autores que no la tenían en cuenta ni siquiera como posibilidad. En este siglo se producen espectaculares avances en los conocimientos anatómicos y fisiológicos del organismo. Sin embargo la posición ocupada por el estudio de la locura en los tratados médicos era secundaria. La concepción demonológica siguió vigente para médi-

cos destacados como **Willis** quien, paradójicamente, es reconocido como el precursor de las teorías anatomopatológicas de la locura. Willis introdujo en medicina el estudio de los procesos nerviosos bajo la denominación de *Psycheology*. Los planteamientos anatomopatológicos de la locura se caracterizan sobre todo, por una extrema pobreza de criterios, tanto para definirla, como para establecer posibles procesos etiológicos. La mentalidad anatomopatológica da paso a los planteamientos fisiopatológicos sobre las enfermedades representado por **Whytt** y **Cullen**. Éstos sitúan al sistema nervioso en la primera posición. Cullen (1710-1790) les da el calificativo de enfermedades nerviosas o neurosis. Las propuestas anatómicas ilustradas con sus postulados básicos de localización y reducción de la enfermedad a lo anatómico chocaban con las iniciales concepciones de las neurosis y de las enfermedades nerviosas.

A finales del siglo XVIII surgen los grandes alienistas franceses, fundamentalmente Pinel y Esquirol, que propugnan un trato más humano a los locos. **Pinel** (1745-1826) es un defensor del tratamiento moral en el que bajo un régimen de firmeza, se pedía participar al paciente en tareas terapéuticas estructuradas. **Esquirol** (1772-1840) contribuye decisivamente a la gestación de una psiquiatría más científica: utilizó la estadística para evaluar el progreso de los pacientes y ofreció definiciones que son ya clásicas sobre las alucinaciones, las ilusiones, las demencias, etc. El tratamiento moral no tenía un corpus teórico en el que sustentarse y se apoyaba en la ardorosa defensa de sus representantes. A medida que éstos van desapareciendo, este movimiento va perdiendo fuerza y aparece un análisis más crítico sobre sus aportaciones y los espectaculares resultados obtenidos inicialmente en el tratamiento de los enfermos (basados muchas veces en documentos propagandísticos más que en los resultados reales).



Pinel

Un planteamiento distinto aparece en escena a finales del siglo XVIII y principios del XIX, la **fisiognomía** y el **mesmerismo**, que preludian algunos hitos en la investigación de la conducta anormal. **Gall** (1758-1828) desarrolla una teoría según la cual las funciones psíquicas dependen del desarrollo anatómico de determinadas partes del cerebro. **Mesmer** (1734-1815) (y **Puységur**, 1751-1825, más tarde) elaboró la teoría de que el movimiento y la situación de los astros influyen sobre la psicología y fisiología. Sostenía que los hombres poseen una fuerza magnética que a su vez forma parte del "fluido magnético universal", más tarde denominado "magnetismo animal". Los fluidos corporales magnéticos mal distribuidos eran la causa de las alteraciones mentales.

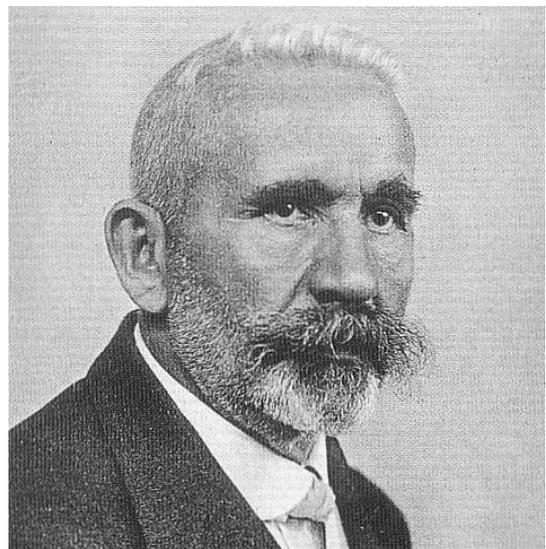
A pesar que desde el siglo XVII se propagó la idea de que la locura era una enfermedad del cerebro, la posición era más bien indeleble y habitualmente se hacía referencia al ámbito moral. Así, mientras las causas inmediatas o próximas de la locura eran de tipo orgánico, las causas lejanas incluían tanto los antecedentes biográficos (por ejemplo las pasiones del alma) como los sociales (vicios, malas compañías, lecturas perniciosas, etc.) o los ambientales (frío, calor, etc.). Y son precisamente estas "causas morales remotas" las que se encuentran en la base del tratamiento moral, y consecuentemente, de las primeras reformas del tratamiento manicomial (como la llevada a cabo por Pinel).

6. EL SIGLO XIX

Uno de los principales logros de este siglo es el de un mayor refinamiento de conceptos y mayor claridad conceptual en psicopatología (Berrios, 1985). Asimismo, desde el trabajo de Pinel hay un mayor interés por sistematizar y ordenar las clasificaciones conforme a criterios empíricos. Esta etapa se caracteriza por un marcado organicismo, auspiciado por la obra de **Griesinger** (1817-1868), quien sostenía que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro. Esta aproximación rompe con la psiquiatría alemana hasta la fecha excesivamente especulativa. Un clima propicio para este tipo de afirmaciones es la avalancha de descubrimientos neuroanatómicos de la época: Wernicke, Jackson, Korsakof, etc. **Morel** (1809-1873) culmina la teoría organicista con su teoría de la degeneración, al afirmar que las enfermedades mentales serían la expresión de una degeneración genética que iría desde las neurosis a las psicosis desembocando en último término en la deficiencia. Además, esta degeneración se agravaría de generación en generación.

A finales del XIX, se produce un retorno a la clínica: **Kahlbaum** planteará que los diversos tipos de enfermedades mentales son en realidad complejos de síntomas que va-

rían con la evolución del propio proceso. Pero la gran figura de finales del siglo XIX y piedra angular de la psiquiatría moderna es **Emil Kraepelin** (1855-1926), quien elaboró un sistema clasificatorio en el que se apoyan las recientes clasificaciones psiquiátricas. Propone la creación de sistemas clasificatorios basados en las manifestaciones clínicas de las alteraciones y no en sus supuestas causas. Kraepelin otorgó un énfasis especial a la observación longitudinal de los pacientes, de manera que el curso de los mismos era fundamental para el diagnóstico. Una de sus grandes aportaciones, fue la distinción entre la demencia precoz y las psicosis maniaco-depresiva (que trataremos más detenidamente en el tema dedicado a la esquizofrenia).



Kraepelin

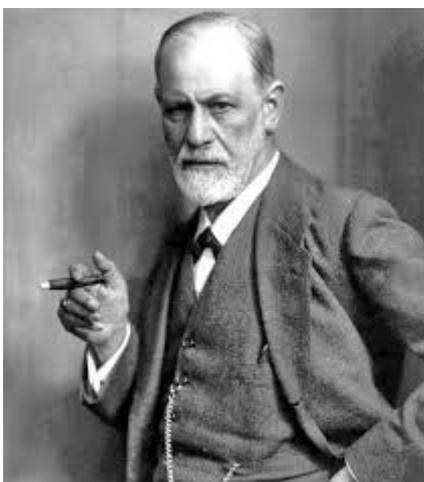
No tardaron en aparecer las críticas a las cuestiones centrales de la clasificación de Kraepelin. **Bleuler** en 1911 toma como criterio para la demencia precoz, en lugar del curso evolutivo, una característica psicopatológica que considera nuclear: la escisión mental. Las críticas de **Bonhöffer** al sistema de Kraepelin se basaban en la idea de abandonar el concepto de especie morbosa y sustituirla por la más modesta de tipo de reacción, puesto que no había una sintomatología específica para cada causa orgánica y todo hacía sospechar que ante diferentes causas, el organismo respondía con idéntico tipo de reacción psicopatológica. Esta propuesta fue retomada por **Meyer**, que pretendió sustituir el concepto de enfermedad mental por el de tipos de reacción, con el que intentaba dar relevancia a la historia individual de reacciones psicobiológicas a los múltiples problemas con los que se hubiera podido enfrentar el individuo a lo largo de su historia personal. Recalcaba la importancia de hacer uso de los conocimientos procedentes de muy diversas áreas (biología, fisiología, psicología y sociología) para poder llegar a comprender el comportamiento humano. Los desórdenes mentales no eran sino formaciones de hábitos establecidos de un modo progresi-

vo; en consecuencia, el tratamiento debía consistir en enseñar hábitos nuevos y eliminar los anteriores: una idea semejante a la que subyace en autores del tratamiento moral francés e inglés y en muchas técnicas actuales de la modificación de conducta. Esta propuesta será asumida por la psiquiatría americana que elaboró un sistema diagnóstico (DSM-I) influido por estas ideas. Sin embargo pronto sería abandonado este punto de vista, retornando a las formulaciones y al concepto de enfermedad mental de Kraepelin.



Bleuler

A finales del siglo XIX se acrecienta una sensación general de nihilismo terapéutico hospitalario y de ahí surge el fermento para la aparición de teorías psicológicas alternativas. En este contexto emerge la figura de **Charcot** (1825-1893), neurólogo y director de una sección de La Salpêtrière, interesado en el poder curativo de la hipnosis en los fenómenos histéricos. **Breuer** (1842-1925) y **Freud** (1856-1939) fueron discípulos de Charcot. La obra de Freud tiene una gran importancia pues se erige como un modelo explicativo exclusivamente psicológico para explicar lo psicopatológico, inaugurando así una nueva vía de estudio sistemático de la psicopatología.

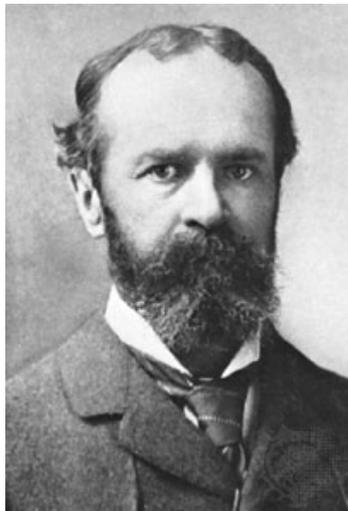
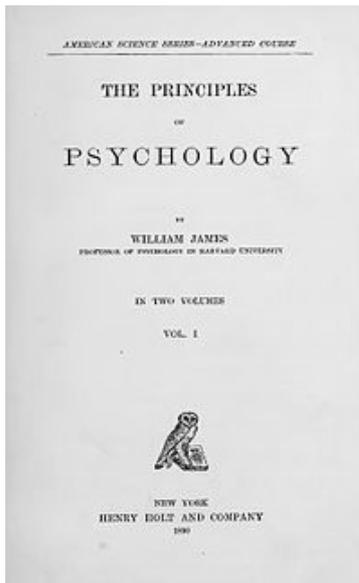


Freud

Antes de pasar al siglo XX hay que hacer una mención a las aportaciones específicas de la psicología a la psicopatología. Es a mediados del XIX cuando los contactos que empiezan a producirse entre la medicina, la fisiología, la biología evolucionista y la psicología de la asociación abonan el terreno para el surgimiento, dentro del terreno de las ciencias naturales, de la ciencia psicológica que a partir de entonces iniciará un camino diferente y definitivamente alejado de la filosofía. **Wundt** es el principal artífice de este empuje. Para Wundt el proceso mental siempre forma una configuración compleja que pierde su identidad cuando se intenta romperlo en partes. Sostenía que la psicología podía ser considerada como ciencia experimental o natural en tanto que estudiase actividades tales como la sensación o la percepción, pero que en la medida que tratase también de dar cuenta de procesos mentales superiores, como el pensamiento o el lenguaje, debía ser considerada como una ciencia social. El declive de la psicología de Wundt que se produjo entre las dos guerras mundiales fue vertiginoso y duramente criticado por las nuevas corrientes dominantes en la psicología: el funcionalismo americano, la reflexología soviética, el movimiento gúestáltico y la escuela de Würzburgo.

Funcionalismo americano. El trabajo de Wundt llegó a Estados Unidos en la versión solipsista e introspeccionista de **Titchener**. Frente a ella reacciona el llamado «funcionalismo» americano iniciado por **James y Dewey**. Como Buxton señala (1985) los *Principios de Psicología* que James desarrolla desde 1890 a 1950 fueron el trabajo académico más influyente en la psicología americana durante muchas décadas.

Los funcionalistas enfatizaron el interés por las **observaciones objetivas** y la utilidad del estudio de grupos para la psicología (*enfermos mentales, personas de distintas edades, etcétera*). Con ello lograron establecer un importante puente hacia el desarrollo de la **psicología aplicada**. Tradicionalmente son vistos como los antecesores del conductismo watsoniano y la psicología cognitiva: del conductismo, a través de la psicología comparada de influencia darwiniana y la teoría del aprendizaje de la que son los iniciadores, y del cognitivismo, a través de trabajos de autores como James o Woodworth sobre memoria, pensamiento y resolución de problemas.



William James

La Reflexología Soviética. Frente a Wundt, la reflexología soviética tiene un decidido interés en elaborar una psicología enteramente asentada en una base psicofisiológica objetiva y centrada en la investigación de los elementos constitutivos de los procesos psicológicos, sus formas combinatorias y sus mecanismos fisiológicos subyacentes. La interpretación de **Sechenov** de la actividad psicológica como un fenómeno susceptible de ser reducido a movimientos musculares interpretables en términos de reflejos, y las aportaciones de **Pavlov**, constituyeron las bases de una psicología fuertemente determinista en su explicación de la conducta que, en rigor, rechazaba la experiencia mental subjetiva como base aceptable de la investigación empírica.



Pavlov

Sólo tras la revolución de Octubre, y de la mano de Kornilov, los investigadores rusos rescatarían para la psicología algunos de los conceptos y objetivos wundtianos, denostados por los reflexólogos. Lo hicieron interpretando la **conciencia** como **propiedad de la materia organizada**, y tratando de elaborar una psicología concebida como estudio y teoría de las reacciones del psiquismo al mundo material. Dicha psicología, que concede un valor esencial a la interacción del individuo con su entorno sociocultural, y a la explicación genética de las funciones psicológicas superiores, fue propugnada por **Vygotsky y Luria** (véase Rivière, 1986; citado en Belloch, 2008).

La escuela de Würzburgo. Tanto Wundt como Brentano (1838-1917) establecieron sus psicologías sobre supuestos filosóficos; pero el sistema de Brentano estaba orientado, desde el principio, hacia explicaciones de tipo más subjetivo. Los trabajos de Würzburgo han sido recuperados como un precedente importante de la **psicología cognitiva actual** (Kessel y Bevan, 1985; Levelt, 1981; Mandler y Mandler, 1964). El trabajo esencialmente descriptivo de la escuela, realizado principalmente alrededor del cambio de siglo por Külpe (1862-1915), Ach (1871-1946), Bühler (1879-1963) y otros, se centró en el estudio del pensamiento sin imágenes, las disposiciones mentales y otros fenómenos que enmendaron sensiblemente la concepción sensista y atomista que Titchener había mantenido sobre la mente.

Külpe (1862-1915), alumno de Wundt, fue profesor en Würzburgo desde 1894 hasta 1909. El movimiento que creció alrededor suyo, caracterizado por el uso de **técnicas introspectivas radicales** para el estudio de los procesos mentales superiores, es bien conocido (véase Mandler y Mandler, 1964). Los puntos de vista de los psicólogos de Würzburgo evolucionaron rápida y prontamente desde

el **fenomenismo de Mach** hacia la **fenomenología de Brentano y Husserl**. La principal diferencia entre ambas doctrinas era que el fenomenismo de Mach implicaba sólo el análisis de la experiencia en sensaciones, mientras que la fenomenología ponía de nuevo a la vista la volición (o «intencionalidad») incluyendo el análisis del propósito como parte importante del acto introspectivo.

En 1905, **Ach** llama formalmente al movimiento de Würzburg «**movimiento de la introspección sistemática**». El introspeccionismo de Titchener, por el contrario, siempre permaneció más cerca del fenomenismo de Mach, pero en ambos casos hubo un alejamiento de las técnicas objetivas experimentales.

Los métodos y resultados de los würzburgueses en torno al pensamiento sin imágenes se refinaron a lo largo de los años y fueron verificados de modo independiente, en París por Binet, en sus estudios sobre el pensamiento infantil, y en Nueva York por Woodworth. Otra de las aportaciones de esta escuela se centra en la idea de disposición mental (como algo que dirige el pensamiento y el procesamiento de la información). Shakow (1962) retomará este concepto en el estudio experimental de la atención en personas con esquizofrenia como veremos en el tema de psicopatología de la atención más detenidamente.

7. EL SIGLO XX

El siglo XX se caracteriza por una “explosión” de áreas de estudio, modelos, escuelas, técnicas, etc dentro de la psicopatología (Dieckhöffer, 1984). Las **escuelas psicoanalíticas** tienen un espectacular desarrollo durante las tres primeras décadas del siglo pasado. Desde esta orientación, la conducta desviada se entiende no desde la patología anatómica, sino desde la historia del individuo. Freud otorgó más énfasis a la historia del enfermo que a la historia de la enfermedad. Rompió también con la tendencia manicomial a la hora de tratar a los pacientes al desplazar el foco de la intervención a una relación individual médico-paciente. Hasta los años 50 será la orientación predominante en la psicología y en la psiquiatría, manteniendo hoy en día una enorme importancia.

Las **escuelas fenomenológicas** surgen en abierta oposición al psicoanálisis. **Jaspers** (1883-1969) y la Escuela de Heidelberg (Mayer-Gross, K. Schneider, Bumke) son los principales representantes de este enfoque. Aunque su influencia en el ámbito psicológico ha sido escasa, en la psiquiatría su influencia ha sido mucho más importante. Para los fenomenólogos, la esencia de la existencia es algo que, en último término, no es apresable por el observador. El método fenomenológico tendría como objetivo el descubrir la **cosa-en-sí**, de objetivar la realidad en su

sentido más profundo. Jaspers hizo una fuerte apuesta por la fundamentación psicológica de la psicopatología. Para el autor, “nuestra tarea científica única no es una construcción sistemática imitada de la neurológica con la permanente visión del cerebro, sino un desarrollo de los puntos de vista para la investigación de las cuestiones y problemas, de los conceptos y relaciones, desde los fenómenos psicopatológicos mismos”. El objeto de la psicopatología es “**el acontecer psíquico realmente consciente**” (PIR, 04, 187), y para su estudio necesita de la psicología como la fisiopatología necesita de la fisiología. Al igual que es difícil distinguir con criterio claro algo patológico de algo fisiológico, en psicopatología el concepto de enfermedad resulta escurridizo, “no es unitario” y esto permite trabajar con los mismos conceptos fundamentales tanto en psicología como en psicopatología.

El conocimiento del hombre enfermo lo obtenía Jaspers de tres formas distintas y complementarias: la psicopatología general, que estudia los hechos individuales de la vida psíquica; la psicopatología comprensiva, que estudia el espíritu; y la psicopatología explicativa, que estudia la conciencia en general. Anteponer la psicopatología comprensiva a la explicativa le lleva a primar la comprensión como método idóneo para estudiar la vida psíquica, relegando la explicación al mundo de lo físico. La psicopatología es capaz de comprender ciertos fenómenos psicopatológicos desde la estructura psíquica completa de la personalidad, es decir, desde su desarrollo unitario, pero otros se le presentan como absolutamente refractarios a este método y deben ser considerados incomprensibles. A los primeros Jaspers los llama **desarrollos**; a los segundos **procesos**. Los procesos son sólo explicables, de ahí que sea inútil buscar motivos biográficos: sólo podemos conocer sus causas somáticas o psíquicas. Jaspers y la escuela de Heidelberg tuvieron escaso impacto en la psicología patológica de la época, y su influencia se inserta más en la psiquiatría de la época. No será hasta el auge del estudio de los procesos psíquicos, desde la actual psicología, cuando se empiece a recuperar su influencia.

El máximo continuador de la obra de Jaspers es **Kurt Schneider** (1887-1967). Otorgó un papel central al diagnóstico, que concebía como atender al cómo (la forma) y no al qué (el tema o contenido). Especial difusión han tenido sus trabajos sobre los síntomas de primer y segundo rango en la esquizofrenia. La fenomenología supuso, para algunos autores, el anclaje en un descriptivismo vacío, acientífico y subjetivista que dificultó el desarrollo científico de la psicopatología (Vázquez, 1990).

El descubrimiento de los **psicofármacos** tuvo un impacto enorme en la transformación de la asistencia psiquiátrica. El descubrimiento casual de la Clorpromacina por **Deniker**,

Laborit y Delay en 1953 abrió un campo crucial en el tratamiento de la esquizofrenia por su capacidad de reducción de la sintomatología psicótica positiva (era el primer fármaco eficaz en reducir la sintomatología psicótica). Este hallazgo jugó un papel esencial en la promoción de la desinstitucionalización psiquiátrica de los años 70 y supone el inicio de una orientación marcadamente biologicista. Al comenzar a disponer de un arsenal terapéutico, el interés se desplaza hacia la clasificación y la descripción de las enfermedades mentales (dentro del esquema médico tradicional se supone que el diagnóstico conlleva un tratamiento específico y de aquí proviene el renovado énfasis por los esquemas clasificatorios en nuestra época). Es aquí donde despegan las clasificaciones psiquiátricas (*DSM* y *CIE*) que hoy conocemos. El empleo de criterios diagnósticos más o menos precisos para formular categorías diagnósticas ha permitido el auge de la epidemiología psiquiátrica, abriendo la posibilidad de indagar más objetivamente las tasas reales de psicopatología en la población general.

El estudio de la psicopatología desde la psicología ha sufrido los mismos vaivenes que la psicología desde su arranque con Wundt. Así, los paradigmas predominantes de cada época han modelado la investigación psicopatológica de cada momento (*y esto lo veremos en el resto de capítulos de la obra*). A la influencia de la terapia de conducta durante buena parte del siglo XX, en los comienzos del XXI, hay que destacar la convergencia entre la psicología cognitiva y las neurociencias como uno de los escenarios en los que la psicopatología tiene un futuro más prometedor.

ESQUEMA DE CONTENIDOS

<p>GRECIA: la tradición hipocrática</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Concepción demonológica * Hipócrates: origen medicina occidental como conocimiento inductivo * Semejantes a la enfermedad física (causa de alteración anatómica) <ul style="list-style-type: none"> ↳ 4 humores o fluidos básicos en equilibrio (vs discrasias) ↳ Medicina axiomática
<p>ROMA: la tradición galénica</p>	<ul style="list-style-type: none"> * El período romano no aporta grandes novedades * En el derecho romano aparece la figura del enajenado (atenuante) * Galeno reunió, coordinó todo el conocimiento médico acumulado * Formuló una teoría sobre los temperamentos (origen de los planteamientos biotipológicos sobre las diferencias individuales y la personalidad)
<p>EDAD MEDIA: Mundo árabe y Occidente</p>	<p>Mundo Árabe: Avicena</p> <ul style="list-style-type: none"> * Loco: elegido por Mahoma para decir la verdad * Trato humanitario (creación de varios centros dedicados a su cuidado) <p>Occidente</p> <ul style="list-style-type: none"> * Persiste la concepción demonológica * Dos hitos: <ul style="list-style-type: none"> ↳ comienzan a fundarse los centros hospitalarios ↳ persecución a ultranza de la brujería * Fenómenos de “locura colectiva” (Baile de San Vito o tarantismo)
<p>RENACIMIENTO: S. XVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Continúa la persecución de la brujería * Época de transición (comprensión y empatía) * 1409 el padre Jofré (1350-1417) inaugura en Valencia la “Casa de Orates”
<p>ILUSTRACIÓN: S. XVII y XVIII</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Comienzo medicina moderna, menos axiomática * Teoría del animalismo * S XVII: afianzamiento intermitente de la locura como enfermedad * S XVIII: Pinel y el tratamiento moral * Fisiognomía y mesmerismo (finales XVIII e inicios XIX)
<p>SIGLO XIX</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Refinamiento y claridad conceptual * Marcado organicismo * Interés en las clasificaciones * Kraepelin y Bleuler * Wundt: aportaciones desde la psicología experimental * William James (Principios de Psicología) * Reflexología, Würzburg * Teorías alternativas: Charcot, Janet y Freud
<p>SIGLO XX: “explosión de escuelas”</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Psicoanálisis (orientación predominante hasta los años 50) * Fenomenología (Jaspers) <ul style="list-style-type: none"> ↳ El objeto de la psicopatología es “el acontecer psíquico realmente consciente”, “la cosa en sí” * 1953: Deniker, Laborit y Delay (psicofármacos) * Desinstitucionalización * Modelo BIOPSICOSOCIAL: DSM y CIE <p>Terapia de conducta, psicología cognitiva y las neurociencias: la convergencia INTEGRACIÓN y TRANSDIAGNÓSTICO</p>

01.02	SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA
-------	---

**ORIENTACIONES**

Tema introductorio y que podemos considerar a medio camino entre la Psicopatología y la Psicología Clínica. Nos permitirá introducirnos y seguir el proceso de las primeras clasificaciones en Psicopatología hasta los actuales sistemas nosológicos (área central del tema).

Los sistemas clasificatorios DSM y CIE son dos aspectos fundamentales en el examen PIR. Conocer su estructura, características y evolución histórica es clave para entender la organización de las principales categorías diagnósticas propuestas en el apartado de Psicología Clínica.

**ASPECTOS ESENCIALES**

*Las alteraciones de la conducta, al igual que otros fenómenos naturales, han sufrido múltiples intentos de clasificación. Podemos utilizar distintos criterios a la hora de construir las clasificaciones de los trastornos mentales (taxonomía numérica, proceso cognitivo implicado y producto final) encontrándonos que los sistemas DSM y CIE son ejemplos de clasificaciones **prototípicas y políticas**.*

Un aspecto no menos importante que la clasificación es la definición del objeto de estudio de la psicopatología. Los criterios que se utilizan para conseguir este objetivo (estadístico, consensual, algeudónico y biológico) van a depender del modelo utilizado para intentar comprender los trastornos mentales. Un elemento clave

*compartido por los diferentes modelos psicológicos en oposición a los modelos biológicos reduccionistas, es la hipótesis de la **continuidad/dimensionalidad** entre los fenómenos normales y los considerados patológicos.*

*Los sistemas de clasificación actuales (**DSM-IV-TR y CIE-10**) y todas sus características son objeto frecuente de pregunta examen.*

*De las distintas revisiones, especial mención y atención para el examen supone el **DSM-III** (y por extensión el **DSM-IV** y el **DSM-5**) en la comprensión de la estructura actual de las clasificaciones (introducción del sistema jerárquico multiaxial y de los criterios operativos en la definición de todas las categorías propuestas).*

*El **DSM-5 (2014)** introduce un **modelo mixto** de clasificación **categorial-dimensional**, lo cual, en sí mismo, ya supone cierto cambio de paradigma respecto a las ediciones previas.*

*La **CIE-11 (2019)** se presenta en 2019 con el objetivo de entrar en vigor en 2022. El capítulo dedicado a los trastornos mentales es el 6 y pasamos de 10 a 20 secciones de trastornos.*

*La **validez** es el aspecto más criticado de las mismas (por considerarse más importante que la fiabilidad en cuanto a sus implicaciones). Carson (1991), por ejemplo, afirma que más importante que la fiabilidad diagnóstica es la estrategia seguida en la construcción del sistema clasificatorio. Lo importante de la estrategia utilizada dependerá, en opinión del autor, “del grado en que las reglas de decisión diagnóstica captan adecuadamente una realidad diagnóstica subyacente. Si falta esta cualidad, todo lo demás, incluida la impresionante fiabilidad interdiagnosticadores, es sólo cosmética”.*



PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

253. El uso del sistema multiaxial que propone el DSM-IV trasciende el problema objeto de consulta. Uno de los siguientes ejes NO forma parte del mismo. Indique cuál:

- 1) Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
- 2) Trastornos de la personalidad. Retraso mental.
- 3) Enfermedades médicas.
- 4) Problemas psicosociales y ambientales.
- 5) Enfermedades psicosomáticas.

PIR 01, RC 5.

129. ¿Cuál es el criterio que determina la anormalidad basándose es una desviación de la distribución normal?:

- 1) El criterio social.
- 2) El criterio subjetivo.
- 3) El criterio estadístico.
- 4) El criterio biológico.
- 5) El criterio de anormalidad.

PIR 02, RC 3.

062. Los trastornos de la personalidad se diagnostican de acuerdo a la clasificación multiaxial del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-IV-TR, 2000) en:

- 1) El eje I.
- 2) El eje II.
- 3) El eje III.
- 4) El eje IV.
- 5) El eje V.

PIR 04, RC 2.

01.02 SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA

1. Introducción
2. Tipos de clasificación
3. Modelos de clasificación en psicopatología
 - 3.1. Criterios de anormalidad en psicopatología
 - 3.2. Principales modelos en psicopatología
4. Clasificaciones psicopatológicas modernas. Evolución
 - 4.1. CIE-10 vs DSM-IV-TR
 - 4.2. Evaluación multiaxial
 - 4.3. DSM-5
5. Críticas a las clasificaciones psiquiátricas
6. Garantías psicométricas de las clasificaciones

1. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de la conducta, al igual que otros fenómenos naturales, han sufrido múltiples intentos de clasificación. Llamamos **clasificación** al procedimiento utilizado para identificar categorías y asignar entidades a dichas categorías, basándonos en atributos o relaciones comunes. El proceso de asignación de atributos clínicos, o de sujetos que los manifiestan, a una de esas categorías recibe en medicina y psicopatología el nombre de **diagnóstico**. Se habla de **nosología** cuando las entidades a clasificar son enfermedades o trastornos.

Los objetivos básicos de la elaboración de clasificaciones son la economía cognitiva y la estructuración y organización de los datos.

La construcción de clasificaciones en psicopatología se basa en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes que se comparten; así, se fundamenta la búsqueda de agrupaciones de signos y síntomas regulares. **Millon** (1987) atribuye la concomitancia en el tiempo de atributos y características clínicas diversas a dos tipos de factores: factores temperamentales y experiencias tempranas, a los que se añaden las relaciones de consecuencia correspondientes; los conjuntos de síntomas observables que resultan de la confluencia de estos factores constituyen, en opinión del citado autor, lo que denominamos **síndromes clínicos**.

2. TIPOS DE CLASIFICACIÓN

Se pueden clasificar de la siguiente manera (Lemos, S.; 2008):

TIPOS DE CLASIFICACIONES (Basado en S. Lemos, 2008)		
Según la estrategia taxonómica	Según el proceso cognitivo implicado	Según el producto final
Filética (esencialista) Clasificación Darwin seres vivos Relaciones <i>filogenéticas</i>	Empírica Se limita estrictamente a los hechos observables	Monotética Una sola vv o un escaso número de ellas Clásica Categorías discretas y homogéneas
Fenética (taxonomía numérica) Organización máximo nú.ero de características compartidas Relaciones <i>fenotípicas</i>	Inferencial Va más allá de lo inmediatamente observable y hace inferencias	Politética Más variables Prototípica Conjunto de características más comunes o "prototípicas"
DSM y CIE: clasificaciones prototípicas y politéticas		

- Clasificaciones **extensivas/intensivas**: son extensivas las definiciones de una categoría que se hacen enumerando todos los miembros de la clase en cuestión. Son intensivas las que se hacen enumerando las características necesarias para pertenecer a una categoría.

- Estrategias **filéticas/fenéticas**: las primeras se basan en el principio taxonómico correspondiente a la noción aristotélica de "esencia". Las segundas, aplicadas a estructuras más complejas, basan la clasificación en la observación empírica y en el cómputo del máximo número de características compartidas por los elementos, es decir, ponen el énfasis en la descripción de la apariencia de los objetos; reciben también el nombre de taxonomías **numéricas**.

- Clasificaciones **monotéticas/politéticas**: las primeras basan la organización en una sola variable o en un escaso número de ellas. Las segundas basan la organización en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los elementos de una clase.

- Clasificaciones **clásicas/prototípicas**: esta clasificación se corresponde con la anterior. En las primeras las categorías se componen de entidades discretas y homogéneas en sus características descriptivas. Las segundas se basan en un **prototipo** que sirve como referencia, y que constituye el conjunto de características más comunes de los miembros de una categoría; se asume que el prototipo presenta las propiedades que caracterizan al menos a algunos miembros de la categoría, aunque ninguna de las propiedades se considera necesaria o suficiente para pertenecer a la misma.

Las clasificaciones psiquiátricas modernas son ejemplos de clasificación prototípica y politética. En estas classifica-

ciones siguen siendo monotéticas o clásicas un reducido número de categorías; según **Blashfield** (1986), éstas corresponden a categorías diagnósticas pobremente formuladas (por ejemplo algunos trastornos disociativos) u otras raramente utilizadas en la práctica clínica (como la piromanía). Las categorías politéticas, según **Widiger y Frances** (1985), "limitan la estereotipia, permiten mayor flexibilidad diagnóstica y refuerzan la variabilidad intragrupo. Además, no se exigen signos distintivos o patognómicos, pudiendo los sujetos diagnosticados de forma idéntica variar en su aproximación al prototipo".

- Taxonomías **empíricas/inferenciales**: las primeras se limitan a los hechos observables. Las segundas van más allá y hacen inferencias sobre las causas y procesos subyacentes como base para la clasificación.

Según **Millon**, los datos utilizables en una clasificación psicopatológica podrían ser de tres tipos:

- **Atributos sustantivos**: acordes con un modelo teórico concreto.
- **Atributos longitudinales**: relacionados con la etiología o el curso de diversos fenómenos clínicos.
- **Atributos concurrentes**: las características presentes en un momento dado.

Entre los atributos concurrentes se encuentran los signos "objetivos" y los síntomas subjetivamente referidos, además de otros atributos fundamentalmente inferidos, los rasgos de personalidad. Es en los atributos concurrentes en los que se basan los sistemas de clasificación actuales.

Los **signos** constituyen cambios objetivamente observables y registrables. Los **síntomas** son informaciones subjetivas, y constituyen fenómenos no siempre observables correspondientes a experiencias privadas recordadas, razón por la cual se califican como informaciones menos fiables y más complejas metodológicamente. Entre los síntomas clínicos incluimos el dolor, las alucinaciones, la pérdida de apetito, la ansiedad, los delirios, el humor depresivo o el dolor torácico; entre los signos incluimos la conducta fóbica, la inquietud motora, la pérdida de peso, el lenguaje paranoide, el llanto o el fallo cardíaco (PIR 03, 124; PIR 12, 124).

Los **rasgos de la personalidad** consisten en hábitos psicológicos inferidos y disposiciones estables en amplios contextos. Así como los signos y los síntomas son elementos en los que se apoyan las definiciones de las categorías clínicas tradicionalmente llamadas neurosis y psicosis, los rasgos de personalidad son los atributos clínicos a tener en cuenta en la definición de los trastornos de la personalidad.

3. MODELOS DE CLASIFICACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA

Las taxonomías actuales se organizan siguiendo una estructura **vertical**, **horizontal** o **circular**.

La estructura **vertical** o **jerárquica** organiza las clases o categorías en árboles diagnósticos en los que las categorías de rango superior subsumen a las de rango inferior; así, cuanto más alto es el nivel de una categoría, mayor es el grado de abstracción. La **CIE-10** es un ejemplo de organización vertical o jerárquica, así como la clasificación de los **trastornos afectivos** del **DSM-III-R**.

La estructura **horizontal** o **multiaxial** organiza las clases en series paralelas, segmentando las categorías del mismo nivel de inclusividad. Este tipo de estructura permite múltiples tipos de datos para la organización de las categorías; por ejemplo, en el caso de las clasificaciones psicopatológicas permite la integración de múltiples datos relevantes para la toma de decisiones diagnósticas. La estructura que se ha intentado seguir para el DSM-III es jerárquica y multiaxial. Este tipo de clasificación ha prosperado especialmente en psicopatología. **Mezzich, Fabrega y Mezzich** realizaron en 1987 una revisión de la literatura a este respecto y concluyeron que los aspectos más frecuentemente utilizados para la creación de ejes en este tipo de clasificaciones son la fenomenología y los factores etiológicos. (PIR 03, 106).

En la estructura **circular** o **circumpleja** las categorías similares se ubican en lugares cercanos, en los segmentos de un círculo. Esta estructura ha sido elegida por autores interesados en ordenar los rasgos de personalidad; por ejemplo, **Millon** la utiliza para organizar las distintas personalidades anormales en función de dos variables: afiliación social y emotividad. Actualmente no es un modelo utilizado en clínica.

Otra diferenciación que podemos establecer entre clasificaciones es la referente a las clasificaciones **categoriales**, **dimensionales** e **híbridas**.

Las **categoriales** o **cualitativas** organizan categorías, clases, tipos o clusters de elementos en base a la existencia de características comunes.

Las **dimensionales** o **cuantitativas** toman como base un conjunto de dimensiones que permite observar las relaciones existentes entre los elementos, sin asignarlos a categorías en base a criterios disyuntivos.

Un modo de combinar ambos tipos de clasificación lo constituyen los modelos **híbridos**, en los que las valoraciones

se realizan primero en base a criterios cualitativos (atendiendo a los atributos más característicos del elemento a clasificar), para después diferenciar dichos atributos o rasgos cuantitativamente mediante dimensiones. **H.A. Skinner** denominó a este enfoque **clase-cuantitativo**, y ha sido utilizado por ejemplo por **Millon** para la elaboración de la clasificación categorial-dimensional de los trastornos de la personalidad.

Entre los aspectos reseñables del **DSM-5 (2014)** cabría mencionar su intento de dar un nuevo paso más allá del paradigma de los DSM-III/ IV, mediante la incorporación de variables dimensionales en la clasificación psicopatológica (Sandín, 2012), acercándose a un **modelo híbrido categorial-dimensional**.

3.1. CRITERIOS DE ANORMALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA

Algunos de los criterios más influyentes y que se manejan para comprender y clasificar las alteraciones que pueden presentar los sujetos son los siguientes:

1. **Criterio estadístico:** el postulado central es que las variables que definen psicológicamente a una persona poseen una distribución normal en la población general de referencia de esa persona. Por lo tanto, lo psicopatológico será aquello que se desvíe de la normalidad. Además de este postulado de frecuencia, adoptan un segundo supuesto central para la definición de las psicopatologías: el de la continuidad. Según este, las diferencias entre lo normal y lo patológico son de naturaleza cuantitativa, de grado. Las conductas o actividades anormales se caracterizan no sólo por ser infrecuentes sino además por poseer los mismos elementos de la normalidad (bien por exceso, bien por defecto) (PIR 02, 129).

2. **Criterios sociales e interpersonales:** que nos remiten a la adaptación, a los modos de comportamiento esperables, habituales y sancionados como correctos por el grupo social al que pertenece la persona. H.S. Sullivan lo denominó **consensual** para señalar que la definición de las psicopatologías es una cuestión de normativa social, es decir, del consenso social que se alcance al respecto en un lugar y momento determinados.

3. **Criterios subjetivos o intrapsíquicos:** según el cual es el propio individuo el que dictamina sobre su estado o situación que vehiculiza a través de quejas y manifestaciones verbales y comportamentales. Una variante de este criterio es el **alguedónico** (propuesto por Kurt Schneider, 1959), y que hace referencia al sufrimiento personal, propio o ajeno, como elemento definitorio de la presencia de una Psicopatología (PIR 16, 12).

4. **Criterios biológicos:** en los que a su vez se encuentra una variedad amplia (genéticos, bioquímicos, inmunológicos, etc.) pero al amparo de un mismo supuesto: las diferentes psicopatologías son, fundamentalmente, la expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcionamiento, bien de la estructura, bien del proceso biológico que las sustenta.

Todos y cada uno de ellos es necesario, pero ninguno es suficiente por sí mismo para la psicopatología. Uno de los objetivos de la psicopatología, entre otras cosas, es delimitar el peso relativo de cada uno de los criterios a la hora de clasificar, explicar y/o predecir la aparición de comportamientos anormales, actividades mentales anómalas o enfermedades mentales. Así:

1. No hay ningún criterio que por sí mismo o aisladamente, sea suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mental como desviada, anormal y/o psicopatológica.

2. Ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental son por sí mismos psicopatológicos. Para clasificarlos como tales es necesario apelar a una relativamente amplia gama de condicionantes contextuales (Mahoney, 1980), así como examinar su posible utilidad adaptativa y estratégica (incluyendo las ganancias secundarias que la persona que los exhibe, sus allegados o la sociedad obtiene con ellos).

3. La presencia de psicopatologías representa un obstáculo importante para el desarrollo individual de la persona que las mantiene, o para su entorno social más cercano, es decir, no tienen utilidad estratégica o ésta es menor que la conducta contraria.

4. Las dificultades que tienen las personas con psicopatologías les impiden lograr sus niveles óptimos de desarrollo social, afectivo, intelectual y/o físico.

5. Los elementos que definen un comportamiento o una actividad mental como psicopatológicos no difieren de los que definen la normalidad más que en términos de grado, extensión y repercusiones, lo que significa que es más correcto adoptar criterios dimensionales que categoriales o discontinuos para caracterizar a las diversas psicopatologías (Cattel, 1970; Eysenck, 1970; Mahoney, 1980).

6. La presencia de psicopatologías no conlleva necesariamente ausencia de salud mental (lapsus linguae, ausencias y lagunas mentales, alucinaciones hipnagógicas, etc.).

7. La salud mental no es un concepto monolítico, definible simplemente en función, o sobre la base de, un solo criterio. Parámetros tales como autonomía funcional, percep-

ción correcta de realidad, adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno, relaciones interpersonales adecuadas, percepción de autoeficacia, buen autoconcepto, estrategias adecuadas para afrontar el estrés, etc... constituyen parámetros en los que debemos fijarnos cuando de lo que se trata es de diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona (Belloch e Ibáñez, 1992).

3.2. PRINCIPALES MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

Los diferentes modelos de la conducta anormal se diferencian por el mayor peso que otorgan a los criterios vistos en el apartado anterior. Los principales modelos en la psicopatología científica actual son tres: el biológico, el conductual y el cognitivo.

1. Modelo biológico

Denominado también modelo biomédico, médico, fisiológico, neurofisiológico, etc. Todos estos acercamientos parten de un principio fundamental: el trastorno mental es una enfermedad, exactamente igual que cualquier otra enfermedad física. Al considerarse una enfermedad, se va a clasificar y diagnosticar sobre la base de criterios categoriales. Cada trastorno mental es una entidad clínica discreta, con unos síntomas que le son propios, etiología, curso, pronóstico y tratamiento específicos. Desde este punto de vista, cada categoría se diferencia cualitativamente del resto de trastornos mentales (y de la experiencia no patológica). Reflejo de esta orientación médica son los sistemas clasificatorios DSM-IV-TR y CIE-10.

2. Modelo conductual

El modelo conductual surge tanto por el propio desarrollo de la psicología del aprendizaje como por la insatisfacción con el modelo médico aplicado a los trastornos mentales (la baja fiabilidad, la baja validez y la escasa utilidad del diagnóstico psiquiátrico, las dificultades relacionadas con el tratamiento en los problemas sin una base fisiológica fuerte, etc.). Entiende los problemas psicopatológicos como conductas desadaptativas aprendidas a través de la historia del individuo. Algunas características importantes son:

a) **Objetividad:** se centra en el estudio de los fenómenos objetivos y de las relaciones causales entre los fenómenos ambientales y la conducta.

b) Los **principios del aprendizaje** como base teórica: la psicopatología consiste básicamente en hábitos desadaptativos condicionados a ciertos estímulos. Estos hábitos son los síntomas clínicos y la propia conducta anormal a la

vez (no existen causas subyacentes responsables de los síntomas).

c) **Rechazo del concepto de enfermedad:** al no existir causas subyacentes a los síntomas, el concepto de enfermedad no es necesario.

d) **Aproximación dimensional:** la clasificación de la conducta anormal debe hacerse según dimensiones en las que se sitúan los diferentes sujetos. Así, la conducta anormal se diferencia cuantitativamente de la normal, pero no cualitativamente.

e) Relevancia de los **factores ambientales**.

3. Modelo cognitivo

El objeto de estudio, más que la conducta, son los fenómenos mentales. El modelo cognitivo recurre a la metodología experimental como base para establecer inferencias sobre los diferentes procesos de conocimiento sin renunciar tampoco a otras metodologías más "blandas", tales como las que proporciona la psicología social o la psicología de la personalidad. Implica la consideración del hombre como ser autoconsciente, activo y responsable que no se haya forzosamente ligado a los condicionantes ambientales. Un sujeto que busca activamente conocimiento, que elabora planes, tiene objetivos, recuerdos y que no puede liberarse de ciertos sesgos y prejuicios a la hora de realizar su propia elaboración de la realidad. Los principales postulados del modelo cognitivo son (Belloch, 1987):

a) Se prefieren términos más amplios, como "**experiencias inusuales o anómalas**" (Reed, 1988) o "disconformidad" (Hampson, 1982) en lugar de hablar de conductas anormales o de enfermedades mentales. Tales experiencias se definen como actividades mentales que no son las que experimentan la mayoría de los sujetos en iguales situaciones o circunstancias.

b) Interesa tanto el cómo se elabora la información (**forma**) como el qué se elabora (**contenido**). Es necesario hacer referencia a los fenómenos subjetivos para poder decir que alguien tiene una forma inusual de experimentar un suceso.

c) El objetivo de la investigación psicopatológica es el estudio del **funcionamiento de los procesos** de conocimiento anómalos tanto en situaciones naturales como artificiales (de laboratorio).

d) La salud mental puede definirse sobre la base de tres parámetros que deben estar constantemente en interrelación y cooperación (Giora, 1975): 1) habilidad para adaptarse a las demandas externas y/o internas; 2) que debe

estar contrabalanceada por las tendencias de autoactualización, es decir, por la búsqueda constante de novedades y renovación; y 3) sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación, ya que “vivir es tomar decisiones”.

Cada uno de los tres modelos (biológico, conductual y cognitivo) tiende a enfatizar un aspecto de la psicopatología (bases orgánicas, conducta y procesos mentales respectivamente). En resumen:

PRINCIPALES MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA (Modificado de Belloch, 2008)							
Modelos	Etiología (causas)	Diagnóstico (clasificación)	Comienzo	Continuidad/Discontinuidad	Constructos teóricos	Tratamiento	Concepto del hombre
Enfermedad (biológico)	<i>Somáticas. Síntomas: son epifenómenos</i>	<i>Importante</i>	<i>Un punto definido en cualquier momento. Extrínseco a la evolución de la personalidad</i>	<i>Discontinuidad de la enfermedad y la salud mental</i>	<i>Enfermedad (morbus) Proceso de enfermedad</i>	<i>Somático: principalmente drogas</i>	<i>El hombre es una compleja máquina físico-química en la que algunos componentes pueden fallar</i>
Dinámico	<i>Conflictos psicológicos inconscientes</i>	<i>Diagnóstico de fuerzas psicodinámicas inconscientes (biográficas)</i>	<i>Experiencias tempranas causan conflictos inconscientes</i>	<i>Continuidad: alteraciones emocionales leves son continuos neurosis-psicosis</i>	<i>Aparatos y mecanismos psicológicos: yo, ello, superyó, etc.</i>	<i>Psicoterapia (insight)</i>	<i>El hombre está motivado por fuerzas irracionales en conflictos con otros y con las normas sociales</i>
Conductista	Condicionamiento <i>Aprendizaje de hábitos inadecuados</i>	<i>Diagnóstico preciso de hábitos inadecuados</i>	<i>En cualquier momento de la vida. Lo que hace el sujeto es lo importante, y no su historia</i>	<i>Continuidad entre salud y enfermedad. No hay diferencia intrínseca entre hábitos correctos e incorrectos</i>	<i>Condicionamiento clásico Condicionamiento operante</i>	<i>Terapia de conducta</i>	<i>El hombre es una unidad de hábitos y de reflejos</i>
Cognitivo	<i>Representación deformada del mundo y estrategias de conducta inadecuadas</i>	<i>Diagnóstico de la representación cognitiva del mundo</i>	<i>En cualquier momento, aunque preferentemente en etapas tempranas</i>	<i>Continuidad entre salud y enfermedad</i>	<i>Construcciones como creencias/estructuras congruentes y cognitiva, etc.</i>	<i>Terapia racional Terapia cognitiva</i>	<i>El hombre es un sistema de procesamiento de la información racional</i>

4. A modo de conclusión: modelos integradores: enfoque transdiagnóstico

El denominado «**transdiagnóstico**», término utilizado inicialmente por Fairburn, Cooper y Shafran (2003) en el ámbito de los trastornos alimentarios, ha emergido recientemente como un nuevo enfoque científico.

El estudio de las causas de los trastornos psicológicos ha sufrido un importante avance en los últimos años. De modelos unicausales (*biológicos, humanistas, psicodinámicos, conductuales, etc.*) se está evolucionando a explicaciones basadas en modelos multidimensionales biopsicosociales con base empírica y que abordan múltiples procesos causales (Barlow y Durand, 2009). Los enfoques categoriales basados en diagnósticos presentan varias dificultades conceptuales y prácticas (Castro Camacho, L, 2011):

1) Las categorías diagnósticas no son independientes –como se esperaría en un sistema categorial puro–. En

psicopatología esto se refleja en la alta comorbilidad existente entre patologías (por ejemplo ansiedad y depresión).

2) El diagnóstico proporciona muy poca información sobre los factores de mantenimiento (y por lo tanto sobre el tratamiento).

3) Se han encontrado procesos causales comunes en diferentes categorías diagnósticas. Por ejemplo, hay procedimientos comunes como la exposición o la reestructuración cognitiva que producen buenos resultados en trastornos distintos (ansiedad y depresión) lo que nos orienta a que factores como la rumiación o la evitación son importantes en el mantenimiento de ambos procesos.

El **transdiagnóstico** significa cambiar la óptica con que se miran los trastornos mentales; de este modo, en lugar de fijarse en lo específico y diferencial, se focaliza en lo común y genérico que tienen entre sí los diferentes trastornos (o grupos de trastornos). Un mecanismo o proceso psicopatológico es transdiagnóstico cuando está relacionado

etiológicamente (génesis o mantenimiento) con un conjunto de trastornos mentales (Sandín, B; 2012).

Desde el punto de vista teórico, el transdiagnóstico tiene el mérito de posibilitar una integración entre los enfoques categorial y dimensional, enfoques clásicamente enfrentados al describir y clasificar la conducta anormal. Aunque el transdiagnóstico se apoya en una perspectiva básicamente dimensional, implica también la existencia de un diagnóstico categorial, ya que debe describir y/o explicar los diferentes trastornos mentales desde dimensiones más o menos genéricas (Sandín, B; 2012).

El transdiagnóstico no presupone la ausencia de diagnóstico, sino todo lo contrario. Algunos conceptos transdiagnósticos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012) objeto de constante investigación y análisis son la **afectividad negativa, afectividad positiva e hiperactivación fisiológica** (Barlow et al, 2004) directamente implicados en los trastornos emocionales (ansiedad y depresión); **perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia emocional y dificultades interpersonales** (Fairburn et al, 2003) muy ligados a los trastornos alimentarios; etc. (Belloch, A., 2012), (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

El “Factor P”

La investigación sobre la estructura y organización de los trastornos mentales es un campo en constante evolución. Entre modelos transdiagnósticos emerge un concepto que en psicopatología ha despertado tantos admiradores como detractores. El concepto ha sido bautizado como “**factor P**” en psicopatología” por **Caspi y Moffit** en 2013.

Frente a la visión de la existencia de muchos trastornos mentales como entidades independientes y separadas, los modelos transdiagnósticos señalan el peso de las variables comunes entre ambos. En este contexto, con el análisis factorial confirmatorio se ha propuesto un factor “p” de psicopatología general, en analogía con el factor “g” de inteligencia (Caspi et al, 2013).

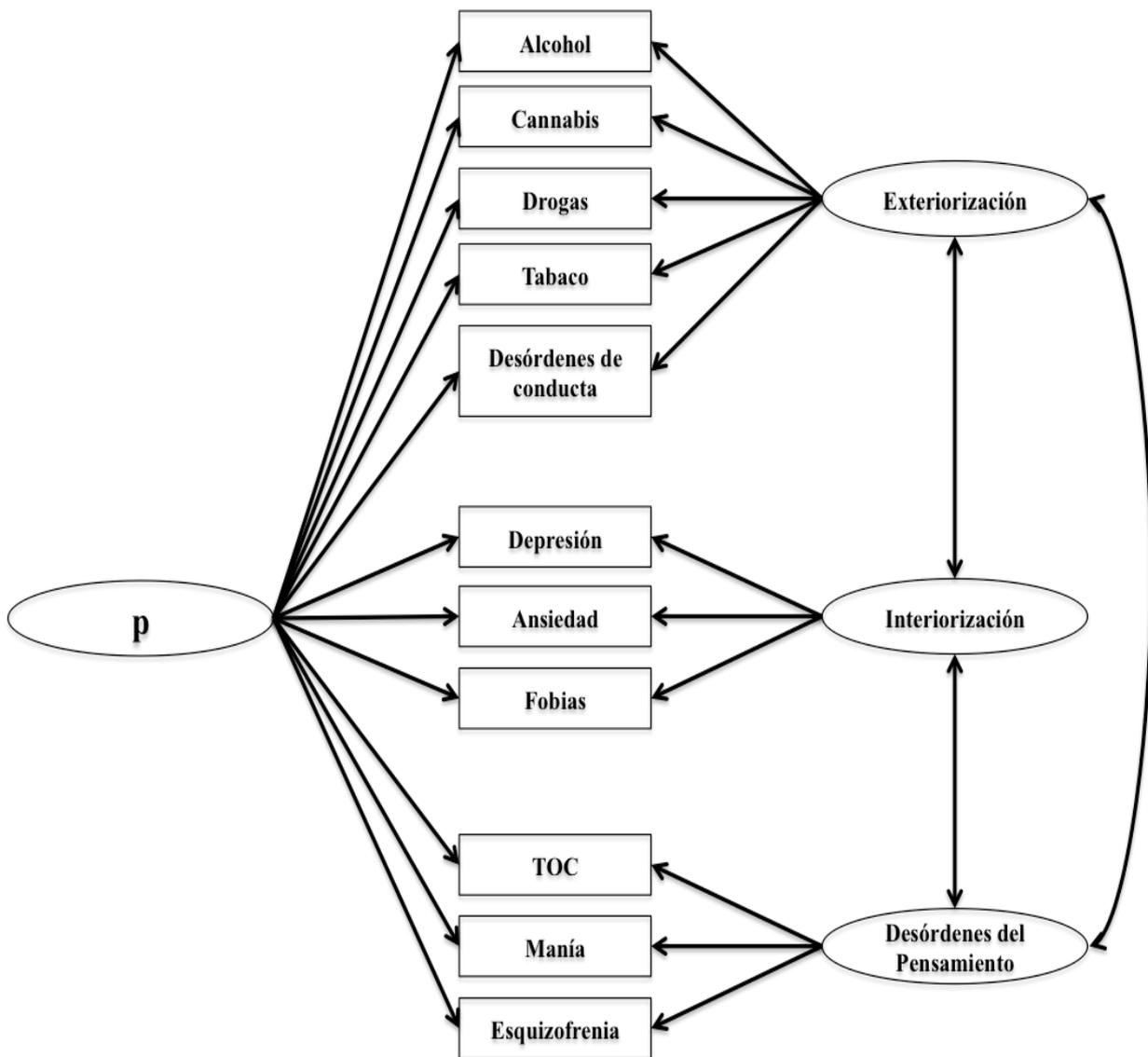
Este factor “p” de primer nivel a su vez se desgrana en 3 factores de segundo orden:

- 1) Factor internalizante: ansiedad, depresión.
- 2) Factor externalizante: agresividad, psicopatía, hiperactividad.
- 3) Trastornos del pensamiento: obsesivos, maníacos, esquizofrénicos.

El factor “p” unifica trastornos, y posee –como el factor g–, una relevante base biológica. Las personas con puntuaciones elevadas presentan mayores problemas vitales a lo

largo de su vida y peor ajuste en etapas tempranas del desarrollo. En su planteamiento y formulación, podemos decir que no es un concepto que surge de la nada. La dimensión internalización-externalización en el estudio de algunas problemáticas en el período infantil se ha mostrado muy útil. ¿Por qué no extender esta dimensión por encima de los 18 años? Es muy probable, que desde estos planteamientos, las elevadas tasas de comorbilidad se puedan explicar de forma más precisa. En este sentido, las personas que puntúan elevado en la dimensión internalizante tendrían mayor riesgo de desarrollar trastornos del espectro ansioso y depresivo. El factor internalizante se asociaría a problemas de hiperactividad, agresividad y psicopatía. Y por último, los desórdenes del pensamiento se asociarían más claramente a problemas obsesivos, maníacos y psicóticos.

Un gráfico de podría ser el siguiente:



Esquema del Factor "P"

Lo que para muchos autores surge como una propuesta muy interesante en la investigación, en otros contextos es considerado un concepto dudoso y de muy poca utilidad. Marino Pérez (2017) lo denomina "pasteurización estadística". Literalmente afirma que "el factor *p* viene a ser una reducción de la nueva cocina estadística de la que se evaporan las cualidades de los fenómenos clínicos, una reducción al absurdo inducida por el método, una pasteurización estadística, como si la variedad de quesos de Asturias se redujera al factor "q" de queso general del Principado de Asturias" (Marino Pérez, 2017).

4. CLASIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS MODERNAS. EVOLUCIÓN

Robert James define en 1742 el término "**nosología**" como "explicación de las enfermedades". **Bossier de Sauvages** propone en la segunda mitad del s. XVIII la organización de las enfermedades mentales en cuatro clases. Posteriormente, **Pinel** publica su clasificación de las enfermedades mentales. Se atribuye a **Sydenham** la introducción del concepto de **síndrome**, como un conjunto de síntomas y características que definen una enfermedad.

En el s. XIX surge un movimiento intelectual sobre la semiología de la enfermedad cuyo principal descendiente es la psicopatología descriptiva y, tras ésta, la fenomenología

clínica. Según **Berrios**, el principal objetivo de esta disciplina es el estudio de los signos de la enfermedad, que entonces fueron tomados como manifestaciones externas reales de la enfermedad, y no tanto en un sentido simbólico.

Es en Alemania, en la segunda mitad del s. XIX, donde encontramos los antecedentes próximos de las clasificaciones psiquiátricas actuales, con autores como **Griesinger** (que dio lugar a lo que se denominó la "revolución somatista"), **Westphal** (con la primera corriente que derivó en la neurología y neuropsicología actuales) y **Kalhbaum** (antecesor directo de **Kraepelin**, y representante de la vertiente clínica). A lo largo de la obra de **Kraepelin** se va perfilando un modelo que separa alteraciones constitucionales y adquiridas, y en el que se sientan las bases de los grandes síndromes psicóticos funcionales que persisten en la actualidad. **Kraepelin** define las alteraciones en términos de "complejos sintomáticos", no en términos de enfermedades.

International Classification of Diseases (ICD)

Las clasificaciones de la OMS y la APA son las más importantes. El esquema que vamos a desarrollar se recoge en la siguiente tabla:

PRINCIPALES SISTEMAS CLASIFICATORIOS (APA y OMS)			
APA		OMS	
XXX	XXX	CIE-6 (1948)	• Capítulo específico para enfermedad mental por primera vez.
DSM-I (1952)	• Influencia dinámica. • Concepto de reacción (A. Meyer).	CIE-7 (1955)	• Reformulación.
DSM-II (1968)	• Trastornos psicofisiológicos. • "Caos".	CIE-8 (1967)	• Incorpora un glosario de términos.
DSM-III (1980)	• Criterios operativos para todos los trastornos. • "Ateórico y descriptivo". • Sistema multiaxial. • Principios de parsimonia y jerarquía.	CIE-9 (1975)	• Reformulación.
DSM-III-R (1987)	• Mejora ejes IV y V.	CIE 10 (1993)	• Abandono de la diferenciación entre psicosis y neurosis como principio organizador.
DSM-IV (1994)	• Da prioridad a la investigación. • Reformulación y cambio de criterios.		

PRINCIPALES SISTEMAS CLASIFICATORIOS (APA y OMS)			
APA		OMS	
DSM-IV-TR (2000)	• Revisión y actualización. • Corregir errores.	XXX	XXX
DSM-5 (2013)	• Desaparece evaluación multiaxial. • Modelo mixto-categorial dimensional	CIE-11 (2019)	• Convergencia con CIF.

Encontramos los antecedentes de esta clasificación en la obra de **Jacques Bertillon**, director del servicio de estadística de París, quién presentó en **Chicago** en **1893** una nueva Nomenclatura de Enfermedades resultante de la combinación de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza. Él mismo coordinó la segunda y tercera revisiones, hasta que en **1929** la **OMS** comenzó a hacerse cargo de las siguientes (**ICD-4** y posteriores). Hasta la quinta revisión se mantuvo la estructura inicial y solamente se incluían las enfermedades que eran causa de defunción e invalidez. La sexta revisión (**ICD-6**) incluye por primera vez un capítulo específico para las **enfermedades mentales**, dividido en tres secciones: psicosis, desórdenes psiconeuróticos, y trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia. No incluía, sin embargo, trastornos como la demencia, los trastornos de adaptación y gran parte de los trastornos de la personalidad. La séptima revisión introdujo escasas variaciones, con lo cual no se alcanzó cierto consenso internacional sobre estas versiones hasta la publicación de la **ICD-8** en **1967**. Esta revisión incorporaba por primera vez un glosario definiendo las principales categorías clínicas, con el fin de desarrollar un lenguaje común y mejorar la fiabilidad de los diagnósticos. La ICD-8 organizaba las alteraciones mentales en tres grupos: 1) Psicosis; 2) Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos; y 3) Oligofrenia.

Entre la **ICD-9** y la ICD-10 apenas existen diferencias en cuanto al capítulo que recoge los trastornos mentales, constituyendo el capítulo de la ICD-10 una extensión y subdivisión del anterior.

En la **ICD-10** se abandona, sin embargo, la diferenciación entre psicosis y neurosis como principio organizador de la clasificación, y se utiliza principalmente el término "trastorno". En **1989** se aprobó el texto básico y la **OMS** acordó su introducción a partir de enero de **1993**.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

La primera clasificación psiquiátrica oficial norteamericana se creó por encargo del gobierno en 1840, e incluía bajo el término de **idiotia** y **locura** todas las alteraciones menta-

les. Tras diversas modificaciones y ampliaciones (en 1880 se ampliaron a siete categorías), y con el fin de crear un sistema alternativo a la sexta edición de la CIE, el comité precursor de la actual **American Psychiatric Association** desarrolla el **DSM-I** en 1952. Esta primera clasificación se organizó en torno al concepto de "reacción" de **Adolf Meyer**, quien concebía los trastornos mentales como reacciones a los problemas vitales y a las dificultades del individuo. En este primer catálogo se hace también patente la influencia de la obra de **Freud**; así, aparecen términos como "neurosis", "mecanismos de defensa", etc. y los trastornos mentales se conciben como expresiones simbólicas de reacciones psicológicas o psicosociales latentes.

El **DSM II**, por su parte, abandona la noción de "reacción", aunque mantiene conceptos psicoanalíticos. El resultado de esto fue la ausencia de un principio general organizador y, por tanto, la inclusión como trastornos mentales de una serie de alteraciones que no guardaban una relación mutua aparente, como conductas, fenómenos mentales, reacciones al consumo de sustancias, síndromes orgánicos cerebrales, etc. La vaguedad en la definición de categorías fue también ampliamente criticada. Resultó ser un modelo muy parecido a la CIE-8, dada la semejanza en los criterios y en la estructura general.

En la década de los años 70 comienza en EEUU un nuevo interés por la obra de **Kraepelin**, por la observación, la investigación biológica y la investigación científica de las alteraciones psíquicas. Este movimiento fue conformado inicialmente por autores como **Robins, Winokur y Guze**, y recibió el nombre de "**corriente neo-kraepeliniana**", adquiriendo cada vez un mayor número de adeptos y liderando aún en la actualidad la investigación americana en el ámbito de la clasificación psiquiátrica. Entre las aportaciones de este grupo se encuentra la publicación de los **criterios Feighner** (1972), sistema taxonómico de definiciones precisas de las categorías diagnósticas con el que se intentaba mejorar la fiabilidad y la validez de varios trastornos, y que supuso realmente una mejora de la fiabilidad, aunque a expensas de una menor amplitud de las categorías. Otra aportación de este movimiento fueron los **Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC)**, que delimitan básicamente una sintomatología fundamental y asociada, y unos criterios de exclusión para cada categoría; rompen, asimismo, con la terminología tradicional hablando de "trastornos" en vez de enfermedades y eliminando conceptos como neurosis o psicosis.

El **DSM-III** constituyó la extensión de los criterios Feighner y RDC a un número de entidades diagnósticas mayor del contemplado por dichos criterios. Entre los cambios que supuso esta nueva edición respecto a las anteriores se encuentran: la supresión de términos con el supuesto fin

de desarrollar un sistema "ateórico y descriptivo" (lo que finalmente, lejos de llevar a un sistema ateórico, llevó a un sistema de defensa de los supuestos médicos en la explicación de la conducta anormal); la definición de todas las categorías diagnósticas mediante criterios explícitos de inclusión y exclusión (aunque con una utilidad escasamente documentada desde el punto de vista empírico) (**PIR 03, 166**) y la inclusión de categorías en las que integrar a los sujetos que no se ajustaban a los criterios definidos para cada categoría; la introducción de un sistema diagnóstico multiaxial, con el fin de organizar información relacionada con diversas facetas de cada trastorno; con la utilización de varios ejes para la descripción del paciente en diversos parámetros (**PIR 02, 127**); y, finalmente, la combinación de la organización multiaxial con una estructura jerárquica (que permite evitar que en un mismo individuo confluya más de un diagnóstico).

La revisión del DSM-III, el **DSM-III-R**, mantuvo el mismo formato que el original y apenas introdujo cambios importantes. Los cambios se redujeron a la reordenación de determinadas categorías y a la mejora de los ejes IV y V, relacionados respectivamente con los estresores psicosociales y con el nivel de adaptación del individuo a su entorno.

El objetivo principal del **DSM-IV** es dar prioridad a los resultados de la investigación sobre otros criterios de decisión en la nueva clasificación, por ejemplo sobre el consenso entre expertos. La información empírica se obtuvo de tres fuentes de datos: revisiones de la literatura científica, análisis de datos y estudios de campo. El sistema multiaxial se conserva como en la edición anterior. Esta edición excluye los trastornos mentales orgánicos e incluye las categorías de delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos, y se producen además pequeños cambios en la conceptualización de ciertos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Se reformulan algunos criterios de ciertos trastornos de personalidad y desaparece el trastorno de personalidad pasivo-agresivo.

4.1. CIE 10 y DSM-IV-TR

4.1.1. CIE-10

La CIE-10 contiene 21 capítulos que abarcan todo el espectro de las enfermedades. En el capítulo V se clasifican los trastornos mentales y del comportamiento, así como los trastornos del desarrollo psicológico, que son identificados con la letra F.

CIE-10: ESTRUCTURA BÁSICA (21 capítulos)	
Capítulo Letra codificación	ENFERMEDADES incluidas
1 (A, B)	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
2 (C)	Tumores (neoplasias)
3 (D)	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopéyicos y ciertos trastornos que afecta al mecanismo de la inmunidad
4 (E)	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
5 (F)	Trastornos mentales y del comportamiento
6 (G)	Enfermedades del sistema nervioso
7 (H)	Enfermedades del ojo y sus anexos
8 (H)	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
9 (I)	Enfermedades del sistema circulatorio
10 (J)	Enfermedades del sistema respiratorio
11 (K)	Enfermedades del sistema digestivo
12 (L)	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
13 (M)	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
14 (N)	Enfermedades del sistema genitourinario
15 (O)	Embarazo, parto y puerperio
16 (P)	Ciertas afecciones originadas por el período neonatal
17 (Q)	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
18 (R)	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte
19 (S)	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
20 (V, W, X, Y)	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad. Accidentes de transporte
21 (Z)	Factores que influyen en estado desalud y contacto con los servicios de salud

PRINCIPALES CATEGORÍAS DEL CAPÍTULO 5 (V o F).

NB. V es 5 en números romanos

F00-F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F30-F39. Trastornos del humor (afectivos).

F40-F49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F50-F59. Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto.

F70-F79. Retraso mental.

F80-F89. Trastornos del desarrollo psicológico.

F90-F99. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

NOTA: Las **enfermedades orgánicas** en la CIE-10 se contemplan (aparecen, se ubican) **fuera del capítulo 5** (cada grupo de enfermedades en su capítulo correspondiente). Pero **se codifican** (si se utiliza la codificación multiaxial propuesta para los trastornos mentales) **en el eje 1**. Ambos aspectos son complementarios y no contradictorios (PIR 01, 88).

La CIE-10 sigue siendo una clasificación descriptiva y no etiológica, al igual que las versiones precedentes o los sistemas DSM, aunque implícitamente la etiología forme parte de la organización de una forma muy básica, según su origen orgánico, relacionado con el abuso de sustancias o relacionado con el estrés.

Junto a la CIE-10 se han publicado una serie de **entrevistas semiestructuradas** que pretenden facilitar la obtención de datos para determinar la presencia o ausencia de los criterios de inclusión o exclusión, correspondientes a cada trastorno mediante preguntas estandarizadas que facilitan valorar la existencia de experiencias subjetivas anormales y su significación clínica. Estas son:

– **CIDI** (*Composite International Diagnostic Interview*, Robin y cols, 1988). Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (PIR 04, 163).

– **SCAN** (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, OMS, 1993), Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría.

– **IPDE** (*International Personality Disorder Examination*), Examen Internacional de Trastornos de Personalidad.

4.1.2. DSM-IV-TR

Los trastornos se organizan en 16 categorías principales y un apartado para "Otras alteraciones que pueden ser objeto de atención clínica":

DSM-IV-TR: principales categorías
1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez y adolescencia.
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.
3. Trastornos mentales debidos a una alteración médica general no clasificados en otros apartados.
4. Trastornos relacionados con sustancias.
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
6. Trastornos del estado de ánimo.
7. Trastornos de ansiedad.
8. Trastornos somatoformes.
9. Trastornos facticios.
10. Trastornos disociativos.
11. Trastornos sexuales y de identidad de género.
12. Trastornos alimentarios.
13. Trastornos del sueño.
14. Trastornos del control de impulso no clasificados en otros apartados.
15. Trastornos adaptativos.
16. Trastornos de la personalidad.
17. Otros problemas que pueden ser objeto de de atención clínica.

En la siguiente tabla aparecen recogidas las categorías que pueden ser objeto de atención clínica según el DSM-IV-TR (2000). Se codifican en el eje I:

DSM-IV-TR: Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
<p>1. Factores psicológicos que afectan al estado físico (indicar enfermedad médica). Los factores pueden ser:</p> <p>a) Trastorno mental que afecta a (indicar enfermedad)</p> <p>b) Síntomas psicológicos que afectan a (...)</p> <p>c) Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a (...)</p> <p>d) Comportamientos desadaptativos que afectan a (...)</p> <p>e) Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a (...)</p> <p>f) Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a (...)</p>
<p>2. Trastornos motores inducidos por medicamentos</p> <p>a) Parkinsonismo inducido por neurolépticos</p> <p>b) Síndrome neuroléptico maligno</p> <p>c) Disonía aguda inducida por neurolépticos</p> <p>d) Acatisia aguda inducida por neurolépticos</p> <p>e) Discinesia tardía inducida por neurolépticos</p> <p>f) Temblor postural inducido por neurolépticos</p>
<p>3. Trastornos inducidos por otros medicamentos</p>

DSM-IV-TR: Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

4. Problemas de relación

- a) Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
- b) Problemas paterno-filiales
- c) Problemas conyugales
- d) Problemas de relación entre hermanos
- e) Problema de relación no especificado

5. Problemas relacionados con el abuso o la negligencia

- a) Abuso físico del niño
- b) Abuso sexual del niño
- c) Negligencia de la infancia
- d) Abuso físico del adulto
- e) Abuso sexual del adulto

6. Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica

- a) Incumplimiento terapéutico
- b) Simulación
- c) Comportamiento antisocial del adulto
- d) Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia
- e) Capacidad intelectual límite
- f) Deterioro cognitivo relacionado con la edad
- g) Duelo
- h) Problema académico
- i) Problema laboral
- j) Problema de identidad
- k) Problema religioso o espiritual
- l) Problema de aculturación
- m) Problema biográfico

4.2. LAS CLASIFICACIONES MULTIAXIALES

En la siguiente tabla aparece la estructura multiaxial y la correspondencia entre los sistemas DSM-IV-TR y CIE-10 que explicaremos a continuación:

Evaluación Multiaxial: DSM-IV-TR vs CIE-10		
Ejes	DSM-IV-TR (adultos y niños)	CIE-10 (adultos)
Eje 1	T. clínicos	Trastornos somáticos Trastornos psiquiátricos TP
Eje 2	TP, RM Mec defensa, Rasgos desadap pers	Eje discapacitación
Eje 3	Enfermedades médicas	Factores ambientales y del estilo de vida
Eje 4	Problemas psicosociales y ambientales	NO TIENE
Eje 5	EEAG (0-100)	NO TIENE

4.2.1. CIE-10

Las clasificaciones multiaxiales tienen una larga tradición en psiquiatría y el DSM-III generalizó su utilización. La CIE-

10 en su conjunto es monoaxial, de ahí que el grupo de expertos sobre trastornos mentales planteara muy precozmente el desarrollo de una versión multiaxial para el capítulo V (F).

El desarrollo de una clasificación multiaxial plantea tres problemas básicos. ¿Qué es un eje? ¿Cuántos ejes son necesarios? ¿Qué relación se establece entre los ejes? La primera, en último grado, no tiene una respuesta clara y lleva al terreno de las cuestiones básicas de la medicina, como son el definir lo que es la enfermedad o lo que son los síntomas. Sin embargo, en la práctica cabe considerar los ejes como aspectos o facetas de la realidad clínica que de ser ignoradas impiden una descripción suficiente y por lo tanto, una adecuada toma de decisiones. Varios ejes permiten decisiones paralelas, incluso por tipos de profesionales diferentes. En este sentido, el número de ejes puede ser tan grande o pequeño como se quiera, aunque el sentido común apoya el que el número sea tan reducido como sea posible. La CIE-10 propone tres ejes en lugar de los cinco de DSM-IV.

La CIE-10 utiliza un concepto de enfermedad diferente a la DSM-IV. Lo primero que hace es definir la enfermedad como enfermedad. A pesar de la ambigüedad tolerada del término trastorno, el capítulo V de la CIE-10 excluye todo aquello que no pueda considerarse morboso. Por ejemplo, el uso peligroso de una sustancia no entra en él y tampoco las variantes de la personalidad, por mucha importancia que tengan en el hecho de enfermar. Ambos tienen que ver con estilos de vida que conllevan un riesgo o vulnerabilidad por padecer un trastorno, que puede dar lugar a intervenciones de prevención, pero no son en sí mismas un trastorno. Así, el consumo peligroso, o las variantes de la personalidad, no están en el capítulo V, sino en el Z sobre razones de contacto con los dispositivos sanitarios. La distinción entre trastorno de la personalidad del capítulo F y variantes de la personalidad del Z son fundamentales en la CIE-10.



CIE-10 (1992)

La CIE-10 multiaxial consta de tres ejes:

a) Eje I: **eje clínico**

Este eje abarca toda la patología, psiquiátrica, médica en general y de la personalidad. Incluye pues todos los capítulos de la CIE-10 excepto los últimos, y no hace distinción entre psiquiatría con el resto de la medicina ni entre la asistencia psiquiátrica con el resto de la asistencia sanitaria.

b) Eje II: **discapacitación**

El eje II incluye la discapacidad social. El término es un neologismo que abarca la noción de deficiencia, discapacidad y minusvalía para evitar tener que incidir en cuestiones que están en profunda revisión. Por este motivo, es un eje muy simple, que valora cuatro áreas de funcionamiento social (personal, familiar, laboral, social amplia), y unos grados descritos de modo muy general.

c) Eje III: **factores ambientales y del estilo de vida**

El eje III incluye los factores ambientales y relativos al estilo de vida que hacen referencia a la enfermedad. Exactamente incluye el capítulo Z de la CIE-10 y abarca tanto circunstancias del pasado (por ejemplo antecedentes pasados) como del momento actual.

Las características que distinguen el sistema multiaxial de la CIE-10 de otras clasificaciones multiaxiales existentes son:

a) Todos los trastornos (tanto psiquiátricos y de personalidad como somáticos) se registran en el mismo eje (eje I), con lo que se muestra a los psiquiatras y a los no psiquia-

tras el principio de que la distinción entre trastornos mentales y “no mentales” no está justificada y de que es potencialmente dañina para el desarrollo tanto de la psiquiatría como de la medicina en general. Se recomienda a los usuarios que empleen tantos códigos de la CIE-10 como sea necesario para reflejar la realidad clínica.

b) Si el paciente sufre más de un trastorno, las discapacidades relacionadas (eje II) deben ser valoradas en las áreas específicas de funcionamiento del paciente sin intentar concluir cuánto de ellas es debido a los trastornos y cuánto a las circunstancias del entorno; y,

c) La elección de los factores ambientales/circunstanciales y del estilo de vida/manejo que de su vida hace el enfermo (eje III) que influyen en la presentación, el curso y la finalización de los trastornos ha sido determinada por la práctica clínica y las pruebas epidemiológicas.

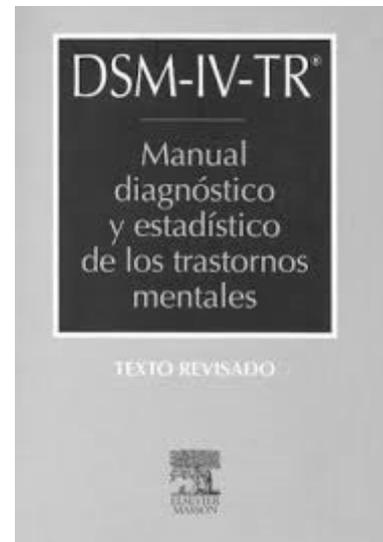
Ejes CIE-10
Eje I: diagnósticos clínicos: i. Trastornos mentales. ii. Trastornos somáticos.
Eje II: discapacidades en: i. Cuidado personal. ii. Funcionamiento ocupacional. iii. Funcionamiento en familia. iv. Comportamiento social en general.
Eje III: factores ambientales y circunstanciasles: i. Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez. ii. Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo. iii. Problemas relacionados con el grupo de apoyo (incluidas las circunstancias familiares). iv. Problemas relacionados con el ambiente social. v. Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas. vi. Problemas relacionados con el empleo y el desempleo. vii. Problemas relacionados con el medio ambiente del enfermo. viii. Problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales. ix. Problemas relacionados con circunstancias legales. x. Problemas relacionados con historia familiar de trastornos mentales o discapacidades. xi. Problemas relacionados con el estilo de vida y con el manejo de las dificultades de la vida.

4.2.2. DSM-IV-TR

Un sistema multiaxial implica la evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En el DSM-IV se incluyen 5 ejes (deben recogerse todos los diagnósticos) (PIR 01, 86, 253):

- 1) Trastornos clínicos.
- 2) Trastornos de la personalidad y retraso mental.

- 3) Enfermedades médicas.
- 4) Problemas psicosociales y ambientales.
- 5) Evaluación de la actividad global.



DSM-IV-TR (2002)

El sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

Eje I. Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. El eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el eje II). Cuando un individuo sufre más de un trastorno en el eje I deben registrarse todos ellos. Debe indicarse en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta. Cuando una persona presenta un trastorno en el eje I y otro en el eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de consulta corresponde al eje I, a menos que el diagnóstico del eje II vaya seguido de la frase “diagnóstico principal” o “motivo de consulta”.

Eje II. Trastornos de la personalidad. Retraso mental. Este eje también puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad (no requieren números de código específicos) (PIR 01, 87; PIR 04, 152). La codificación de los trastornos de personalidad en el eje II no implica que su patogenia o la índole de la terapéutica apropiada sean fundamentalmente diferentes de las implicadas en los trastornos codificados en el eje I (PIR 04, 62).

Eje III. Enfermedades médicas. Se incluyen aquí las enfermedades médicas que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. Cuando se supone que un trastorno mental es consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, en el eje I debe diagnosticarse un trastorno mental debido a una

enfermedad médica, y esa enfermedad debe registrarse tanto en el eje I como en el eje III. Cuando la relación etiológica no esté probada, el trastorno mental se diagnostica en el eje I y la enfermedad en el eje III sólo. Si no hay ningún trastorno en el eje III, se hace notar: “ninguno”.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales. Se registran aquí los problemas que pueden afectar al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (ejes I y II). En la práctica, la mayor parte de los problemas psicosociales y ambientales se indicarán en el eje IV. No obstante, cuando constituya el centro de atención, se hará constar también en el eje I. Se incluyen las siguientes categorías:

- a) Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- b) Problemas relativos al ambiente social.
- c) Problemas relativos a la enseñanza.
- d) Problemas laborales.
- e) Problemas de vivienda.
- f) Problemas económicos.
- g) Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.
- h) Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen.
- i) Otros problemas psicosociales y ambientales.

Eje V. Evaluación de la actividad global, mediante la EEAG (PIR 01, 89). Sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. En el DSM-IV-TR se han ampliado las instrucciones para otorgar puntajes en la EEAG y se han añadido comentarios sobre su aplicación actual y sobre su estructura subyacente (cada elemento tiene un síntoma y un aspecto de la actividad). Finalmente se da a conocer un método en cuatro fases para evitar pasar por alto algún elemento al realizar una valoración con la escala EEAG. Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales). La evaluación de la actividad psicosocial fue operativizada por Luborsky en 1962 en la Health-Sickness Rating Scale que fue revisada por Spitzer y cols en 1972 (Global Assessment Scale, GAS). Una versión modificada de la GAS fue incluida en el DSM-III-R.

EEAG (DSM-IV-TR, 2000)	
100-91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de la vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90-81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej. ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, implicado e interesado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej. una discusión ocasional con la familia).
80-71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. descenso temporal de rendimiento escolar).
70-61	Algunos síntomas leves (p. ej. humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60-51	Síntomas moderados (p. ej. afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50-41	Síntomas graves (p. ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40-31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej. lenguaje a veces ilógico, oscuro e irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej. un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela)
30-21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej. a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej. permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20-11	Algún peligro de causar lesiones a otros o así mismo (p. ej. intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej. con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej. muy incoherente o mudo).
10-1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej. violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

Nota: utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, por ejemplo 45, 68, 72, etc.

Se aconseja también la utilización de otras escalas: **SO-FAS** (*Social and Occupational Functioning Assessment Scales*) o **EEASL** (*Escala de Evaluación de la actividad social y laboral*); **GARF** (*Global Assessment of Relational Functioning*) o **EEGAR** (*Escala de evaluación global de la actividad relacional*) y Defensive Styles Rating Scale.

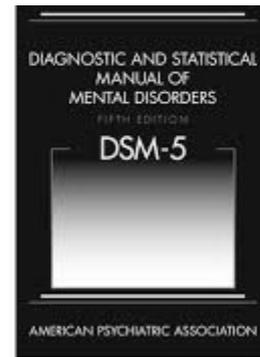
OTRAS ESCALAS DSM-IV-TR (2000)	
EEGAR	Puede utilizarse para emitir un dictamen global de las relaciones familiares (o de cualquier otro tipo de relación grupal) basándose en el grado en el que cada uno de los miembros reúne los requerimientos afectivos o emocionales en las siguientes áreas: 1) Resolución de problemas. 2) Organización. 3) Clima emocional.
EEASL	Difiere de la escala de evaluación global por el hecho de ocuparse exclusivamente del nivel individual de la actividad social y laboral del individuo, no dependiendo directamente de la gravedad global de sus síntomas psicológicos.
Ambas escalas puntúan de 0 a 100 (igual que la EEAG)	

En general, el sistema DSM ha conseguido una aceptación superior al sistema de la OMS tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación y para la docencia universitaria. Tanto un sistema como otro constituyen clasificaciones descriptivas y no etiológicas.

Algunos países utilizan nomenclaturas psiquiátricas propias, distintas de las actuales de la OMS y la APA. Tal es el caso de Dinamarca, que aún sigue los criterios de la ICD-8, o de Francia, que utiliza un sistema propio (INSERM) que incluye categorías como la Bouffée Delirante o los Délires Chroniques. En los países escandinavos se mantienen las categorías diagnósticas de psicosis exógenas o reactivas, definidas por características diferenciales.

4.3. DSM-5 (APA, 2014)

La publicación del DSM-5 (2014) ha estado envuelta en diversas polémicas desde el inicio. Son muchas las críticas que ha recibido. Vamos a hacer una aproximación general al DSM-5 comparándolo con DSM-IV-TR y CIE-10. El desarrollo más detenido de estos cambios se aborda en los temas específicos dedicados a estas patologías (tanto en el área de Psicología Clínica como en Infantil).



DSM-5 (2014)

Cambios destacados del DSM-IV-TR al DSM-5:

1) **Desaparece la evaluación multiaxial de los trastornos mentales.** El DSM-5 evoluciona hacia una documentación no axial de los diagnósticos (*antes ejes 1, 2 y 3*) con notaciones separadas para los importantes factores contextuales y psicosociales (*antes eje IV*) y la discapacidad (*antes eje V*). Los clínicos han de seguir recopilando las enfermedades orgánicas que son importantes para entender o tratar los trastornos mentales del individuo. Para la evaluación de la discapacidad se sustituye la GAF por las WHODAS 2.0. El que los diagnósticos estén separados de los factores contextuales y psicosociales es también coherente con las guías de la CIE de la OMS ya consolidadas, que consideran el estado funcional del individuo aparte de sus diagnósticos o de su situación sintomatológica (DSM-5, 2014). En la siguiente tabla se puede ver la comparación entre los 3 sistemas de clasificación:

EVALUACIÓN MULTIAXIAL comparativa: DSM-IV-TR, CIE-10 y DSM-5			
Ejes	DSM-IV-TR	CIE-10	DSM-5 (2013) Evaluación NO AXIAL
Eje 1	Trastornos clínicos	Trastornos somáticos Trastornos psiquiátricos Trastornos personalidad (incluiría eje 1,2 y 3 de DSM-IV)	SIN EJES <i>El diagnóstico principal se cita en primer lugar, y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento</i>
Eje 2	Trastornos de la personalidad, Retraso Mental, Mecanismos de defensa, Rasgos desadaptativos de personalidad	Eje discapacidad (similar al eje 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psiquiátricos • Trastornos de la personalidad • Retraso mental • Trastornos orgánicos
Eje 3	Enfermedades médicas	Factores ambientales y del estilo de vida (similar al eje 4)	-----
Eje 4	Problemas psicosociales y ambientales	NO TIENE	Factores contextuales y psicosociales -----
Eje 5	EEAG (0-100)	NO TIENE	(Códigos Z de la CIE-10) Se sustituye por la (WHODAS 2.0)

2) Se sustituye la escala GAF por la **WHODAS 2.0**. La versión autoadministrada del adulto del Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0 (WHODAS 2.0) es una medida de 36 ítems que evalúa la discapacidad en los adultos en 6 dominios: la cognición, la movilidad, el autocuidado, la relación con los otros, las actividades de la vida diaria y la participación. Ofrece una puntuación final que va de 0 a 100 relativa al funcionamiento de la persona en los últimos 30 días.

3) Cambios en la **estructura general**, en la denominación de algunos grupos de trastornos y aparición de otros nuevos. En cuanto a la estructura global, de los 17 grandes epígrafes del DSM-IV-TR se pasa a 22 (19 clases principales y 3 marginales).

En la siguiente tabla se resumen las principales categorías:

DSM-IV-TR (2002)	DSM-5 (2013)
Principales categorías	Principales categorías
1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez y adolescencia. 2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos. 3. Trastornos mentales debidos a una alteración médica general no clasificados en otros apartados. 4. Trastornos relacionados con sustancias. 5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. 6. Trastornos del estado de ánimo. 7. Trastornos de ansiedad. 8. Trastornos somatoformes. 9. Trastornos facticios. 10. Trastornos disociativos. 11. Trastornos sexuales y de identidad de género. 12. Trastornos alimentarios. 13. Trastornos del sueño. 14. Trastornos del control de impulso no clasificados en otros apartados. 15. Trastornos adaptativos. 16. Trastornos de la personalidad. 17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.	1. Trastornos del neurodesarrollo. 2. El espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. 3. Trastorno bipolar y trastornos asociados. 4. Trastornos depresivos. 5. Trastornos de ansiedad. 6. TOC y trastornos asociados. 7. Trastornos asociados al trauma y el estrés. 8. Trastornos disociativos. 9. Síntomas somáticos y trastornos asociados. 10. Trastornos de la alimentación. 11. Trastornos de la eliminación. 12. Trastornos del sueño. 13. Disfunciones sexuales. 14. Disfunción de género. 15. Trastornos disruptivos, descontrol de impulsos y trastornos de conducta. 16. Trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones. 17. Trastornos neurocognitivos. 18. Trastornos de la personalidad. 19. Trastornos parafílicos. 20. Otros trastornos mentales. 21. Trastornos del movimiento inducidos por la medicación. 22. Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica.

4) Los criterios DSM-IV para los trastornos de la personalidad no se han modificado. Sin embargo, en el apéndice del DSM-5 (2014) se incluye un **enfoque alternativo para los trastornos de la personalidad** que tiene como objetivo hacer frente a las numerosas deficiencias en la perspectiva de los trastornos de personalidad empleada en DSM-IV. En este modelo, los trastornos de la personalidad se caracterizan por dificultades de funcionamiento de la personalidad y por rasgos de personalidad patológicos. El diagnóstico de un trastorno de la personalidad requiere dos valoraciones:

- a) Una evaluación del nivel de deterioro en el funcionamiento de la personalidad (criterio A).
- b) Una evaluación de los rasgos de personalidad patológicos (criterio B).

Los trastornos de la personalidad que se podrían diagnosticar desde este planteamiento son: antisocial, evasiva, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica.

5) En el apéndice del DSM-5 (2014) se plantean **afecciones que necesitan más estudio** para poder ser incluidos en las siguientes revisiones. Los trastornos propuestos son:

- a) Síndrome de psicosis atenuado.
- b) Episodios depresivos con hipomanía de corta duración.
- c) Trastorno de duelo complejo persistente.
- d) Trastorno por consumo de cafeína.
- e) Trastorno de juego por internet.
- f) Trastorno neurocomportamental asociado con la exposición prenatal al alcohol.
- g) Trastorno de comportamiento suicida.
- h) Autolesión no suicida.

Aunque el DSM-5 mantiene la estructura básica de clasificación categorial originada a partir del DSM-III, en él se reconoce que los trastornos mentales no siempre se ajustan a los límites de un único trastorno. Al menos en teoría, uno de los posicionamientos más importantes e innovadores del DSM-5 fue el reconocimiento oficial del carácter

continuo de los trastornos mentales (Sandín, 2012). El único ejemplo de clasificación dimensional propiamente dicha corresponde a la clasificación alternativa de los *trastornos de personalidad*, denominada «Modelo DSM-5 alternativo para los trastornos de personalidad», la cual finalmente queda relegada a la Sección III (fuera de la Sección II, que es donde se ubican todos los criterios y códigos diagnósticos básicos), manteniéndose en la Sección II los criterios clásicos para los trastornos de la personalidad, tal y como aparecían en el DSM-IV.

El nuevo modelo dimensional de clasificación de los trastornos de personalidad, en lugar de estructurarse como el antiguo en un modelo politético categorial basado en síntomas, se basa en variantes desadaptativas de rasgos de personalidad que se funden imperceptiblemente entre sí y con la normalidad (APA, 2013) (Sandín, 2012).

CIE-11 (2019)

La OMS publica la undécima versión de la CIE (CIE-11, OMS, 2019) con el objetivo de mejorar la utilidad clínica de sus categorías diagnósticas. La CIE-11 ha sido presentada a la Asamblea Mundial de la Salud en 2019 para su adopción por los estados miembros y entrará en vigor en 2022. En la CIE-11, el capítulo dedicado a los trastornos mentales es el 6: “Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo”. En este capítulo se recogen 161 categorías diagnósticas. Los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo se definen como *“síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento”* (CIE-11, 2019).

La CIE-11 se divide en 26 capítulos. El capítulo 6 es el dedicado a los “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”, que a su vez tiene 20 secciones.

Las categorías recogidas aparecen en la siguiente tabla en comparación con CIE-10

CIE-10 (1992)	CIE-11 (2019)
F00-F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.	0. Trastornos del neurodesarrollo.
F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas.	1. Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios.
F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	2. Catatonía.
F30-F39. Trastornos del humor (afectivos).	3. Trastornos del estado de ánimo.
F40-F49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	4. Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo.
F50-F59. Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	5. Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados.
F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto.	6. Trastornos específicamente asociados con el estrés.
F70-F79. Retraso mental.	7. Trastornos disociativos.
F80-F89. Trastornos del desarrollo psicológico.	8. Trastornos del comportamiento alimentario.
F90-F99. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	9. Trastorno de eliminación.
	10. Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal.
	11. Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos.
	12. Trastornos del control de los impulsos.
	13. Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial.
	14. Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados.
	15. Trastornos parafilicos.
	16. Trastornos facticios.
	17. Trastornos neurocognitivos.
	18. Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio.
	19. Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte.

Características destacadas

La CIE-11 recoge trastornos nuevos, reorganiza gran parte de las categorías de la CIE-10 y continúa con la apuesta dimensional iniciada en DSM-5 (por ejemplo, diferencia trastornos de la personalidad leve, moderado y grave). Las principales novedades se desgranar en los temas correspondientes, teniendo en cuenta que al existir la posibilidad de actualización online, alguna de estas pueda variar.

a) Desaparece la evaluación multiaxial

La CIE-11 abandona el formato multiaxial. Propone una sección suplementaria para la evaluación del funcionamiento con 3 herramientas principales:

Este capítulo incluye los siguientes grupos de nivel superior:

1. WHODAS 2.0, versión de 36 preguntas.
2. Versión corta de la Encuesta Modelo de Discapacidad.
3. Dominios genéricos de funcionamiento.

Esta sección permite crear perfiles de funcionamiento y puntuaciones generales acerca del funcionamiento de las personas, adecuados para describir y cuantificar el nivel de funcionamiento asociado a las condiciones de salud. Como guía para la evaluación del funcionamiento, se incluyen dos instrumentos basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) elaborados por la OMS: el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0, versión de 36 preguntas) y la Encuesta Modelo de Discapacidad (EMD). Como complemento, se presenta un conjunto genérico de categorías funcionales de alto valor explicativo procedente del anexo 9 de la CIF.

WHODAS 2.0, versión de 36 preguntas

En esta subsección se incluyen los dominios y las preguntas que se usan con el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0), versión de 36 preguntas. WHODAS 2.0 capta el nivel de funcionamiento de una persona en los seis principales dominios de la vida de la dimensión "actividad y participación": cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación en la sociedad. En cada dominio, la versión WHODAS 2.0 de 36 preguntas produce una puntuación de funcionamiento específica del dominio y un total general.

Versión corta de la Encuesta Modelo de Discapacidad

Esta subsección incluye los dominios y preguntas que deben usarse con la versión corta de la Encuesta Modelo de Discapacidad de la OMS (EMD). La versión corta de la EMD incluye funciones corporales, así como categorías relacionadas con la realización de actividades y la participación. Este instrumento permite generar una puntuación general total sobre el funcionamiento.

Dominios genéricos de funcionamiento

Esta subsección contiene un conjunto genérico de categorías funcionales de alto valor explicativo procedentes del anexo 9 de la CIF.

b) Reorganización de categorías generales

De 10 categorías de la CIE-10 pasamos a 20, con lo que la mayoría de las categorías previas son reorganizadas. En cada tema se detallarán estos cambios.

c) Inclusión de nuevas categorías

Dentro de los trastornos debidos a comportamientos adictivos aparecen dos patologías emergentes: el trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos. Como sección nueva aparecen los trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio y la Catatonía se desarrolla en una sección independiente.

5. CRÍTICAS A LAS CLASIFICACIONES PSIQUIÁTRICAS

El aspecto que ha despertado críticas más diversas y frecuentes es el referente a la validez de los resultados de las clasificaciones. Los partidarios de la corriente biológica, entre los que se encuentran principalmente los autores del movimiento neo-kraepeliniano, conciben las entidades nosológicas como empíricas y universales, y explican las diferencias interculturales como resultado de diferencias en la calificación y valoración de las patologías. Sin embargo, a pesar de que avanza la investigación biológica, no se produce la confirmación intercultural de gran número de los trastornos que aparecen en las clasificaciones psiquiátricas. Con el paso del tiempo se producen modificaciones en cuanto a los elementos que se clasifican, modificaciones que no responden tanto a cambios en las patologías como a diferencias en los posicionamientos teóricos.

Stein (1993) critica que los modelos actuales se han centrado en puntos de vista derivados de los valores occidentales.

Blashfield (1986) critica, por su parte, que estas clasificaciones no se componen de categorías mutuamente excluyentes ni exhaustivas, tal como dictan las clasificaciones biológicas.

Los teóricos del movimiento del etiquetado social hacen una crítica radical de las clasificaciones psiquiátricas; estos autores ven en las enfermedades mentales etiquetas debidas a la desviación social. La corriente antipsiquiátrica niega también la existencia de los trastornos mentales y los califica como "mitos psiquiátricos".

La economía política de la década de los sesenta percibe en el diagnóstico psiquiátrico un deseo de control de los individuos. El marxismo antropológico, en la misma época, aunque asumía la existencia real de los trastornos psiquiátricos, atribuía su origen a causas externas y a factores socioeconómicos.

También existen críticas desde la perspectiva psicológica de las clasificaciones psiquiátricas, aunque desde puntos de vista divergentes.

Persons (1986) opina que la clasificación basada en categorías diagnósticas es en sí misma heterogénea y fuente de sesgos importantes, al tiempo que propone las ventajas del estudio de síntomas individuales para la comprensión de los mecanismos subyacentes. Señala que el estudio de síntomas individuales presenta las siguientes ventajas: evitar la clasificación errónea de sujetos; profundizar en fenómenos importantes ignorados por los diseños de categorías, especialmente los mecanismos subyacentes a los síntomas; desarrollar una teoría psicológica con hipótesis explicativas coherentes sobre los mecanismos subyacentes a los fenómenos clínicos; aislar los elementos básicos y diferenciales de las distintas patologías; facilitar el reconocimiento de la existencia de un continuo entre los fenómenos clínicos y los normales, así como entre los mecanismos que subyacen a ambos; contribuir a la redefinición de las clasificaciones diagnósticas.

Desde puntos de vista conductuales, se defiende la utilidad de los constructos, especialmente si se utilizan en sentido descriptivo y no explicativo.

Eysenck (1986) critica duramente los esfuerzos empleados en la mejora de la fiabilidad de las clasificaciones psiquiátricas, calificándolo de inútil mientras no se demuestre que el producto es científicamente válido.

6. GARANTÍAS PSICOMÉTRICAS DE LAS CLASIFICACIONES

Tradicionalmente se ha dado prioridad a lo relacionado con la fiabilidad de las clasificaciones y se ha puesto especial empeño en su mejora. La **fiabilidad interjueces** se ha mejorado con la introducción de definiciones precisas de los síndromes, a través de la utilización de criterios operacionales. La mejora ha sido menor en los trastornos de la personalidad que en el resto de los trastornos. La **consistencia temporal**, que en las clasificaciones corresponde a la estabilidad del diagnóstico, es un aspecto muy poco estudiado. La **consistencia interna** es menor en las taxonomías prototípicas, al existir mayor heterogeneidad dentro de las clases.

También se han aplicado a las clasificaciones las medidas psicométricas de los distintos tipos de validez. La **validez de contenido** se relaciona en las clasificaciones psiquiátricas con la medida en que los criterios diagnósticos que definen una categoría recogen todos los aspectos importantes de dicho trastorno. La **validez de criterio** implicaría la comparación con criterios externos (por ejemplo otros

sistemas diagnósticos) de clasificación del trastorno; en las clasificaciones actuales no alcanza niveles adecuados. La **validez de constructo** indica en las clasificaciones el grado en que puede afirmarse que un sistema de valoración mide un constructo teórico; este tipo de validez subsume los anteriores. Según **Feighner y Herbstein** (1987), los parámetros utilizados para el establecimiento de la validez de constructo de las categorías clínicas han sido: la descripción clínica y delimitación entre síndromes; la historia natural del trastorno o factores longitudinales característicos del trastorno; estudios sobre resultado de tratamientos; estudios familiares; factores físicos y neurológicos; y estudios de laboratorio y evaluación psicodiagnóstica. **Robins y Guze** (1970) proponen también cinco métodos para valorar la validez: descripción clínica; estudios de laboratorio; delimitación de unos trastornos respecto a otros; estudios de seguimiento; y estudios familiares.

Meehl (1989) critica la medida en que se ha sobredimensionado la importancia de la fiabilidad en la clasificación psicopatológica, así como la escasa atención prestada al problema de la validez de constructo. Como él, otros muchos autores están de acuerdo en la mayor importancia relativa a la validez de las clasificaciones, aspecto que generalmente ha quedado en la sombra. **Morey** (1991) opina que la mayoría de los constructos psiquiátricos son conceptos difusos, y por lo tanto los estudios de validez son la única posibilidad para superar este problema.

Para **Skinner** (1981) "un principio fundamental es que una clasificación psiquiátrica debería ser considerada como una teoría científica que está abierta a la falsación empírica"; las clasificaciones, sin embargo, presentan una deficiente formulación de criterios diagnósticos operacionales, una escasa validez de constructo por apoyarse más en observaciones clínicas que en modelos teóricos sólidos, una pobre evaluación empírica, y dificultades de falsación de modelos teóricos.

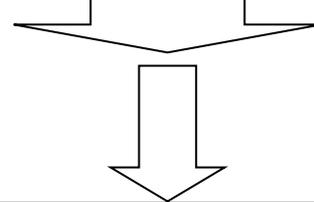
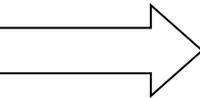
Millon (1991) propone que una taxonomía debe cumplir los siguientes requisitos: relevancia clínica y simplicidad (que dependa de un número mínimo de supuestos, conceptos y categorías); amplia representación (en el número de problemas clínicos que abarque); y, finalmente, robustez concurrente (mantenimiento de las categorías ante nuevas condiciones y atributos diferentes a los iniciales).

ESQUEMA DE CONTENIDOS

SISTEMAS CLASIFICATORIOS

¿PARA QUÉ
CLASIFICAR?:

1. MÁXIMA INFORMACIÓN
2. MÍNIMO ESFUERZO

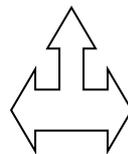


TIPOS DE CLASIFICACIONES		
Según la taxonomía numérica	Según el proceso cognitivo implicado	Según el producto final
Filética (esencialista)	Empírica	Monotética Clásica
Fenética (taxonomía numérica)	Inferencial	Politética Prototípica
DSM y CIE: clasificaciones prototípicas y politéticas		

¿CÓMO SE DEFINE LO PATOLÓGICO?

CRITERIOS:

- Estadístico
- Sociales e interpersonales (*consensual*)
- Subjetivos o intrapsíquicos (*algedónico*)
- Biológicos



MODELOS:

- Biológico (de enfermedad)
- Psicodinámico
- Conductual
- Cognitivo

Los sistemas de clasificación actuales se apoyan en **atributos concurrentes**, indicativos de comportamientos desviados y provenientes de cuatro fuentes conceptual y metodológicamente distintas:

- a) Biofísica
- b) Intrapsíquica
- c) Fenomenológica
- d) Conductual

PRINCIPALES CATEGORÍAS			
DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2013)	CIE-10 (1992)	CIE-11 (2019)
<p>1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez y adolescencia</p> <p>2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos</p> <p>3. Trastornos mentales debidos a una alteración médica general no clasificados en otros apartados</p> <p>4. Trastornos relacionados con sustancias</p> <p>5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</p> <p>6. Trastornos del estado de ánimo</p> <p>7. Trastornos de ansiedad</p> <p>8. Trastornos somatoformes</p> <p>9. Trastornos facticios</p> <p>10. Trastornos disociativos</p> <p>11. Trastornos sexuales y de identidad de género</p> <p>12. Trastornos alimentarios</p> <p>13. Trastornos del sueño</p> <p>14. Trastornos del control de impulso no clasificados en otros apartados</p> <p>15. Trastornos adaptativos</p> <p>16. Trastornos de la personalidad</p> <p>17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</p>	<p>1. Trastornos del neurodesarrollo</p> <p>2. El espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</p> <p>3. Trastorno bipolar y trastornos asociados</p> <p>4. Trastornos depresivos</p> <p>5. Trastornos de ansiedad</p> <p>6. TOC y trastornos asociados</p> <p>7. Trastornos asociados al trauma y el estrés</p> <p>8. Trastornos disociativos</p> <p>9. Síntomas somáticos y trastornos asociados</p> <p>10. Trastornos de la alimentación</p> <p>11. Trastornos de la eliminación</p> <p>12. Trastornos del sueño</p> <p>13. Disfunciones sexuales</p> <p>14. Disfunción de género</p> <p>15. Trastornos disruptivos, descontrol de impulsos y trastornos de conducta</p> <p>16. Trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones</p> <p>17. Trastornos neurocognitivos.</p> <p>18. Trastornos de la personalidad</p> <p>19. Trastornos parafilicos</p> <p>20. Otros trastornos mentales</p> <p>21. Trastornos del movimiento inducidos por la medicación</p> <p>22. Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica</p>	<p>F00-F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos</p> <p>F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas</p> <p>F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes</p> <p>F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)</p> <p>F40-F49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</p> <p>F50-F59. Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos</p> <p>F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto</p> <p>F70-F79. Retraso mental</p> <p>F80-F89. Trastornos del desarrollo psicológico</p> <p>F90-F99. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia</p>	<p>0. Trastornos del neurodesarrollo</p> <p>1. Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios</p> <p>2. Catatonia</p> <p>3. Trastornos del estado de ánimo</p> <p>4. Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo</p> <p>5. Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados</p> <p>6. Trastornos específicamente asociados con el estrés</p> <p>7. Trastornos disociativos</p> <p>8. Trastornos del comportamiento alimentario</p> <p>9. Trastorno de eliminación</p> <p>10. Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal</p> <p>11. Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos</p> <p>12. Trastornos del control de los impulsos</p> <p>13. Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial</p> <p>14. Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados</p> <p>15. Trastornos parafilicos</p> <p>16. Trastornos facticios</p> <p>17. Trastornos neurocognitivos</p> <p>18. Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio</p> <p>19. Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte</p>

EVALUACIÓN MULTIAXIAL comparativa: DSM-IV-TR, CIE-10 y DSM-5			
Ejes	DSM-IV-TR	CIE-10	DSM-5 (2013) Evaluación NO AXIAL
Eje 1	Trastornos clínicos	Trastornos somáticos Trastornos psiquiátricos Trastornos personalidad (incluiría eje 1, 2 y 3 de DSM-IV)	SIN EJES <i>El diagnóstico principal se cita en primer lugar, y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento</i>
Eje 2	Trastornos de la personalidad, Retraso Mental, Mecanismos de defensa, Rasgos desadaptativos de personalidad	Eje discapacidad (similar al eje 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psiquiátricos • Trastornos de la personalidad • Retraso mental • Trastornos orgánicos
Eje 3	Enfermedades médicas	Factores ambientales y del estilo de vida (similar al eje 4)	-----
Eje 4	Problemas psicosociales y ambientales	NO TIENE	Factores contextuales y psicosociales -----
Eje 5	EEAG (0-100)	NO TIENE	(Códigos Z de la CIE-10) Se sustituye por la (WHODAS 2.0)

Entre los *aspectos positivos* del DSM-5 (2014) (Sandín, 2012) *intento de incorporar* variables dimensionales en la clasificación psicopatológica.

La **validez es el aspecto más criticado** (por considerarse más importante que la fiabilidad en cuanto a sus implicaciones). La mayor importancia dada a la validez por los distintos autores (en lugar de la fiabilidad) es notoria. Lo importante de la estrategia utilizada dependerá del grado en que las reglas de decisión diagnóstica capten adecuadamente una realidad diagnóstica subyacente.

CAPÍTULO 06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

Trastornos del neurodesarrollo

- 6A00 Trastornos del desarrollo intelectual
- 6A01 Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje
- 6A02 Trastorno del espectro autista
- 6A03 Trastorno del desarrollo del aprendizaje
- 6A04 Trastorno del desarrollo de la coordinación motora
- 6A05 Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención
- 6A06 Trastorno por movimientos estereotipados
- 6A0Y Otros trastornos especificados del neurodesarrollo
- 6A0Z Trastornos del neurodesarrollo, sin especificación

Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios

- 6A20 Esquizofrenia
- 6A21 Trastorno esquizoafectivo
- 6A22 Trastorno esquizotípico
- 6A23 Trastorno psicótico agudo y transitorio
- 6A24 Trastorno delirante
- 6A25 Manifestaciones sintomáticas en los trastornos psicóticos primarios
- 6A2Y Otra esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios especificados
- 6A2Z Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios, sin especificación

Catatonía

- 6A40 Catatonía asociada con otro trastorno mental
- 6A41 Catatonía inducida por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos
- 6A4Z Catatonía, sin especificación

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados

- 6A60 Trastorno bipolar de tipo I
- 6A61 Trastorno bipolar de tipo II

CAPÍTULO 06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

6A62	Trastorno ciclotímico
6A6Y	Otros trastornos bipolares o trastornos relacionados especificados
6A6Z	Trastornos bipolares u otros trastornos relacionados, sin especificación
Trastornos depresivos	
6A70	Trastorno depresivo, episodio único
6A71	Trastorno depresivo recurrente
6A72	Trastorno distímico
6A73	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
6A7Y	Otros trastornos depresivos especificados
6A7Z	Trastornos depresivos, sin especificación
6A80	Presentaciones sintomáticas y de curso para episodios del estado de ánimo en trastornos del estado de ánimo
6A8Y	Otros trastornos del estado de ánimo especificados
6A8Z	Trastornos del estado de ánimo, sin especificación
Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo	
6B00	Trastorno de ansiedad generalizada
6B01	Trastorno de pánico
6B02	Agorafobia
6B03	Fobia específica
6B04	Trastorno de ansiedad social
6B05	Trastorno de ansiedad por separación
6B06	Mutismo selectivo
6B0Y	Otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo especificados
6B0Z	Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, sin especificación
Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados	
6B20	Trastorno obsesivo-compulsivo
6B21	Trastorno dismórfico corporal
6B22	Trastorno de referencia olfativa
6B23	Hipocondría
6B24	Trastorno por acumulación
6B25	Trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo
6B2Y	Otros trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados, especificados
6B2Z	Trastornos obsesivo-compulsivos y otros relacionados, sin especificación
Trastornos específicamente asociados con el estrés	
6B40	Trastorno de estrés postraumático
6B41	Trastorno de estrés postraumático complejo
6B42	Trastorno por duelo prolongado
6B43	Trastorno de adaptación
6B44	Trastorno de vinculación reactiva
6B45	Trastorno de compromiso social desinhibido
6B4Y	Otros trastornos especificados específicamente asociados con el estrés
6B4Z	Trastornos específicamente asociados con el estrés, sin especificación
Trastornos disociativos	
6B60	Trastorno disociativo con síntomas neurológicos
6B61	Amnesia disociativa
6B62	Trastorno de trance
6B63	Trastorno de trance y posesión
6B64	Trastorno de identidad disociativa
6B65	Trastorno de identidad disociativa parcial
6B66	Trastorno de despersonalización y desrealización
6B6Y	Otros trastornos disociativos especificados
6B6Z	Trastornos disociativos, sin especificación
Trastornos del comportamiento alimentario	
6B80	Anorexia nerviosa
6B81	Bulimia nerviosa
6B82	Trastorno por atracón

CAPÍTULO 06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

- 6B83 Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria
- 6B84 Síndrome de pica
- 6B85 Trastorno por rumiación o regurgitación
- 6B8Y Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario
- 6B8Z Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación

Trastorno de eliminación

- 6C00 Enuresis
- 6C01 Encopresis
- 6C0Z Trastorno de eliminación, sin especificación

Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal

- 6C20 Trastorno de distrés corporal
- 6C21 Disforia de la integridad corporal
- 6C2Y Otros trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal especificados
- 6C2Z Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal, sin especificación

Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos**Trastornos debidos al consumo de sustancias**

- 6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol
- 6C41 Trastornos debidos al consumo de cannabis
- 6C42 Trastornos debidos al consumo de cannabinoides sintéticos
- 6C43 Trastornos debidos al consumo de opioides
- 6C44 Trastornos debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 6C45 Trastornos debidos al consumo de cocaína
- 6C46 Trastornos debidos al consumo de estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona
- 6C47 Trastornos debidos al consumo de catinonas sintéticas
- 6C48 Trastornos debidos al consumo de cafeína
- 6C49 Trastornos debidos al consumo de alucinógenos
- 6C4A Trastornos debidos al consumo de nicotina
- 6C4B Trastornos debidos a los inhalantes volátiles
- 6C4C Trastornos debidos al consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA
- 6C4D Trastornos debidos al consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]
- 6C4E Trastornos debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos
- 6C4F Trastornos debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos
- 6C4G Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas
- 6C4H Trastornos debidos al consumo de sustancias no psicoactivas
- 6C4Y Otros trastornos específicos debidos al consumo de sustancias
- 6C4Z Trastornos por consumo de sustancias, sin especificación

Trastornos debidos a comportamientos adictivos

- 6C50 Trastorno por juego de apuestas
- 6C51 Trastorno por uso de videojuegos
- 6C5Y Otros trastornos especificados debidos a comportamientos adictivos
- 6C5Z Trastornos debidos a comportamientos adictivos, sin especificación

Trastornos del control de los impulsos

- 6C70 Piromanía
- 6C71 Cleptomanía
- 6C72 Trastorno por comportamiento sexual compulsivo
- 6C73 Trastorno explosivo intermitente
- 6C7Y Otros trastornos especificados del control de los impulsos
- 6C7Z Trastornos del control de los impulsos, sin especificación

Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial

- 6C90 Trastorno desafiante y oposicionista
- 6C91 Trastorno de comportamiento disocial
- 6C9Y Otros trastornos de comportamiento disruptivo y disocial especificado
- 6C9Z Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial, sin especificación

CAPÍTULO 06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo**Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados**

- 6D10 Trastorno de personalidad
6D11 Rasgos o patrones de personalidad prominentes

Trastornos parafílicos

- 6D30 Trastorno exhibicionista
6D31 Trastorno voyeurista
6D32 Trastorno pedofílico
6D33 Trastorno por sadismo sexual coercitivo
6D34 Frotismo
6D35 Otros trastornos parafílicos que involucran a personas sin su consentimiento
6D36 Trastorno parafílico que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento
6D3Z Trastornos parafílicos, sin especificación

Trastornos facticios

- 6D50 Trastorno facticio impuesto a uno mismo
6D51 Trastorno facticio impuesto a otro
6D5Z Trastornos facticios, sin especificación

Trastornos neurocognitivos

- 6D70 Delirium
6D71 Trastorno neurocognitivo leve
6D72 Trastorno amnésico

Demencia

- 6D80 Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer
6D81 Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular
6D82 Demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy
6D83 Demencia frontotemporal
6D84 Demencia por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos
6D85 Demencia debida a enfermedades clasificadas en otra parte
6D86 Trastornos psicológicos o del comportamiento en la demencia
6D8Z Demencia, causa desconocida o sin especificación
6E0Y Otros trastornos neurocognitivos especificados
6E0Z Trastornos neurocognitivos, sin especificación

Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio

- 6E20 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos
6E21 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, con síntomas psicóticos
6E2Z Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin especificación
6E40 Factores psicológicos o del comportamiento que afectan a enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

- 6E60 Síndrome secundario del neurodesarrollo
6E61 Síndrome secundario psicótico
6E62 Síndrome secundario del estado del ánimo
6E63 Síndrome secundario de ansiedad
6E64 Síndrome secundario obsesivo-compulsivo o relacionado
6E65 Síndrome secundario disociativo
6E66 Síndrome secundario de control de los impulsos
6E67 Síndrome secundario neurocognitivo
6E68 Cambio de personalidad secundario
6E69 Síndrome de catatonía secundaria
6E6Y Síndromes secundarios mentales o del comportamiento especificados asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte
6E6Z Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte, sin especificación
6E8Y Otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo especificados
6E8Z Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo, sin especificación