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.
Diploma de Estudios Avanzados (UCM).

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: 978-84-18241-33-8
ISBN: 978-84-18241-42-0
Depósito Legal: M-4905-2022
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

EDICIÓN: febrero 2022

ES PROPIEDAD DE:

© CEDE

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). Sobre 210 preguntas, en la convocatoria 2021 hubo 10 preguntas.*

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

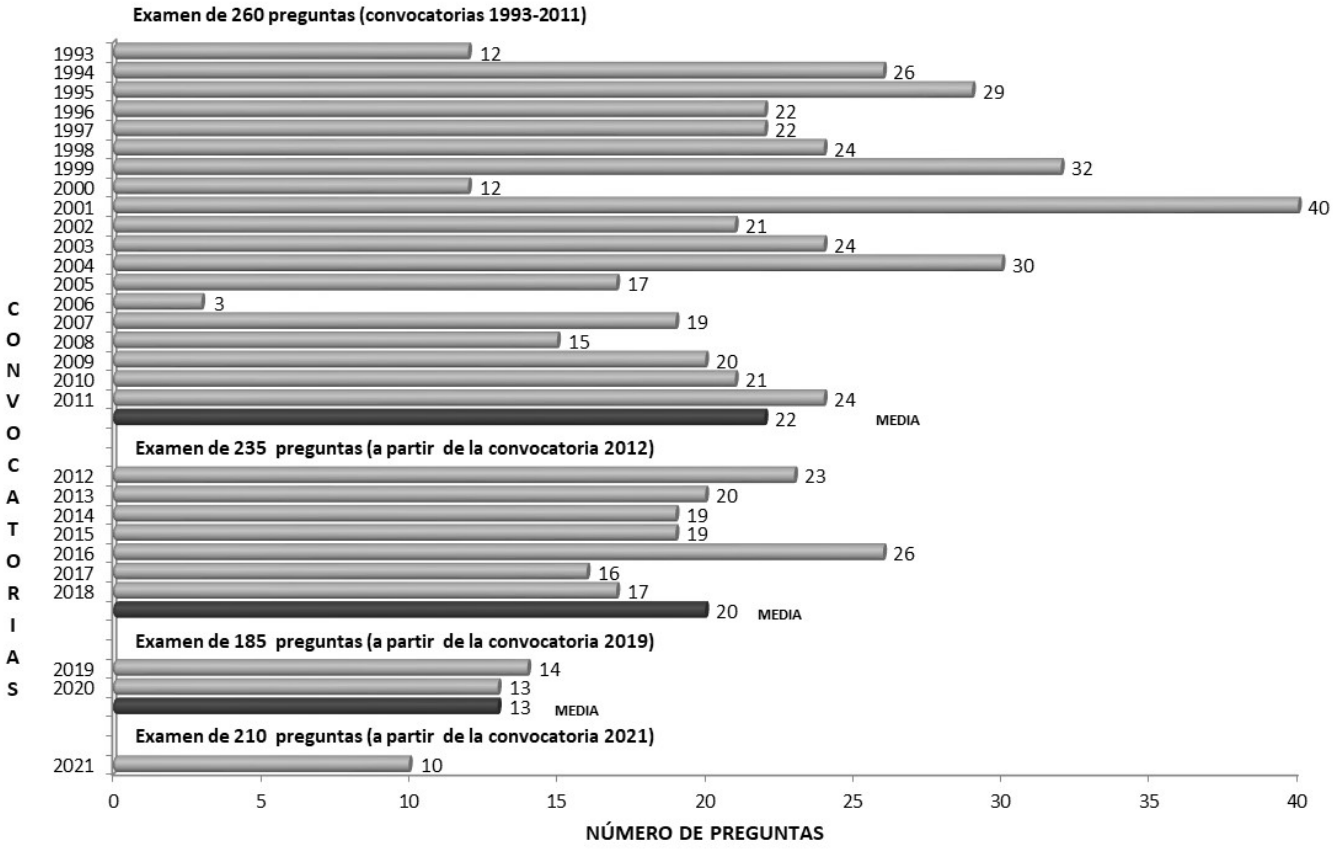
Para la elaboración de estos temas se ha empleado la Bibliografía comentada al final de la obra, la primera edición de las Carpetas PIR, así como las observaciones, sugerencias y a veces aclaraciones de los alumnos que han asistido a las Clases de Preparación al PIR en estos últimos 20 años. Sin su aportación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

© CEDE – www.pir.es

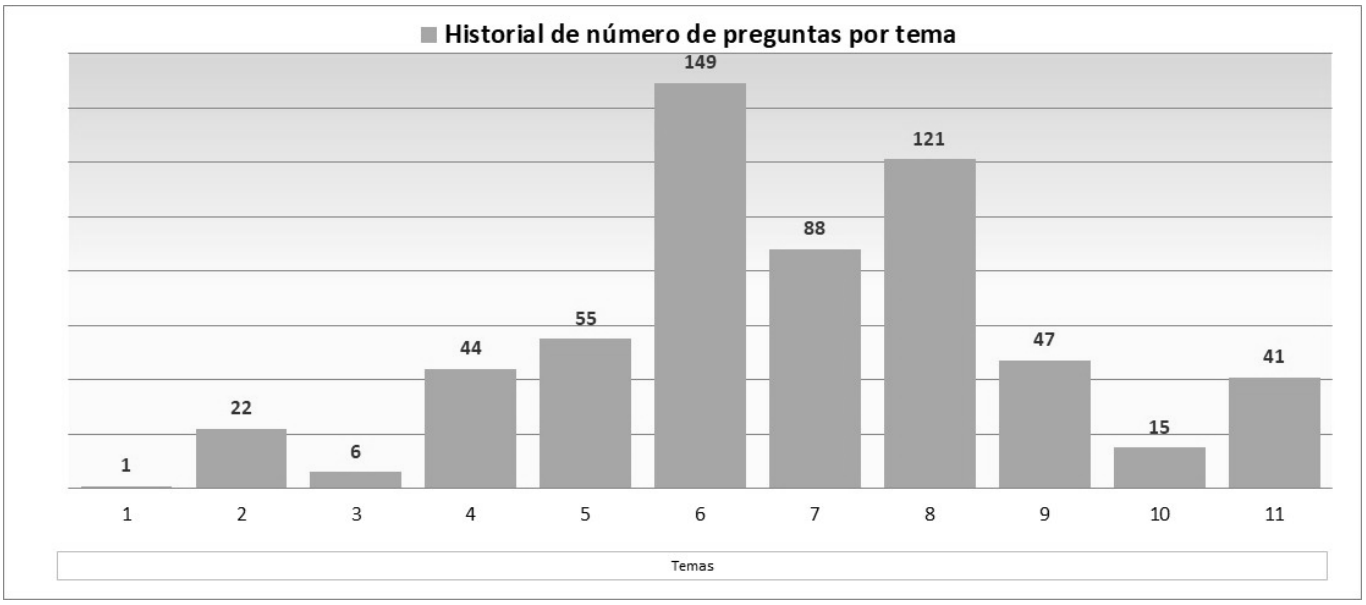
El Manual que tienes en tus manos está enfocado básicamente a la Preparación del Examen PIR, no es un Manual de Psicopatología. Para consultar algún Manual y profundizar en los temas te remito a la bibliografía comentada al final.

"Que yo sepa, no se ha encontrado una compresión 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



© CEDE – www.pir.es

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
   4.4. CIE-11
5. Críticas a las clasificaciones psiquiátricas
6. Garantías psicométricas de las clasificaciones
7. Enfoques de clasificación dimensional actuales: HiTOP y RcDC
8. Teoría de redes y psicopatología

Página 49 **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 58 **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. Alteraciones de la conciencia del sí mismo
8. Las agnosias
9. Conciencia y trastornos mentales

Página 70 **01 05**
PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

1. Introducción
2. Psicopatología de la atención
   2.1. Aprosexias
   2.2. Hipoprosexias
   2.3. Pseudoaprosexias, paraprosexias e hiperprosexias
   2.4. Psicopatología cognitiva de la atención
3. Psicopatología de la orientación
   3.1. Desorientación
4. Alteraciones atencionales en trastornos mentales
   4.1. Alteraciones atencionales como proceso transdiagnóstico

Página 83 **01 06**
PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN

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

Página 114 **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. Déficit de memoria en otros cuadros clínicos
8. Memoria de testigos

Página 139 **01 08**
PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

1. Introducción
2. Trastornos formales del pensamiento
3. Trastornos del contenido del pensamiento
4. Evaluación y tratamiento

Página 163 **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

CEDE - C/ Cartagena, 129 - 28002 Madrid
Tel.: 91 564 42 94

6. Trastorno de la comunicación pragmática
7. Especialización hemisférica para el lenguaje
8. Psicopatología del lenguaje en cuadros clínicos

Página 186 **01 10**
PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

1. Introducción
2. Definición
3. Exploración de la afectividad
4. Síntomas afectivos
5. Regulación emocional
   5.1. Modelos de regulación emocional
   5.2. Estrategias/habilidades de regulación emocional
   5.3. Regulación emocional y trastornos mentales
   5.4. Evaluación de la regulación emocional

Página 200 **01 11**
TRASTORNOS PSICOMOTORES

1. Introducción
2. Trastornos psicomotores
   2.1. Trastornos cuantitativos
   2.2. Trastornos cualitativos
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.
— BELLIDO ZANÍN, G.; SERÍN CALDERÓN, C.; RODRÍGUEZ TESTAL y PERONA GARCELÁN, S. (2019). **Terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos positivos**. En **Tratamientos Psicológicos para la Psicosis** (Fonseca Pedrero, E.) (Coord). Ediciones Pirámide.
— 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.
— BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2020) (3 Edición). **Manual de Psicopatología**. Madrid: McGraw Hill.
— 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 Carrobles, 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.

© CEDE – www.pir.es

— 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.
— FONSECA PEDRERO, E. (2019). **Tratamientos psicológicos para la psicosis**. Madrid. Pirámide.
— FONSECA PEDRERO, E. (coord.) (2021). **Manual de tratamientos psicológicos. Adultos**. Madrid. Pirámide.
— 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 Unniversity Press, 1993. New York.
— HIGUERAS, A.; JIMÉNEZ, R.; LÓPEZ, J.M. **Compendio de Psicopatología**, 3ª edic. Círculo de Estudios Psicopatológicos, 1986. Granada.
— INCHAUSTI, F.; SÁNCHEZ-REALES, S. y PRADO-ABRIL, J. (2019). **Proceso psicoterapéutico en los trastornos del espectro psicótico**. En Fonseca Pedrero, E. (2019). **Tratamientos psicológicos para la psicosis**. Madrid. Pirámide.
— 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.
— RUS-CALAFELL, M.; WARD, T.; GARETY, P.; CRAIG, T. (2019). En Fonseca-Pedrero, E. (Eds.): **Tratamientos psicológicos para la psicosis**. Ediciones Pirámide, 511- 526.
— 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.

01.02 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
   4.4. CIE-11
5. Críticas a las clasificaciones psiquiátricas
6. Garantías psicométricas de las clasificaciones
7. Enfoques de clasificación dimensional actuales: HiTOP y RcDC
8. Teoría de redes y psicopatología

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**.

La **taxometría** puede definirse como una forma particular de clasificación, en donde en base a características similares, se ordenan las "categorías naturales" (Belloch, 2020). El término **taxón** generalmente se utiliza para referirse a categorías naturales (no arbitrarias), como por ejemplo ballena, perro, gallina, etc. El término **categoría** implica que las entidades que lo forman tienen límites claros y precisos. Implica un proceso dicotómico (se es o no se es una gallina), y en este sentido, coincide con el término taxón (Belloch, 2020). El término **dimensión psicológica** se define como un continuo a lo largo del cual pueden distribuirse las puntuaciones (por ejemplo neuroticismo). La clasificación como neurótico/no neurótico es algo arbitrario, ya que no existe la categoría real (natural) de neurótico (Belloch, 2020). La taxometría permite identificar la naturaleza de las entidades diagnósticas. En este sentido, los datos apuntan a la naturaleza taxónica de algunos dominios psicopatológicos como la esquizotipia, disociación, consumo de sustancias (alcohol y nicotina), autismo, juego patológico, riesgo de suicidio, pedofilia y psicopatía (Belloch, 2020). Entre los dominios no taxónicos o dimensionales estarían los trastornos alimentarios, de ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad (Belloch, 2020). En resumen, los datos apuntan que los trastornos pueden ser de naturaleza axónica o categorial, dimensional o mixta, y por lo tanto, los sistemas de clasificación deberían ser capaces de reflejar esta realidad (Belloch, 2020).

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 *filogenéticas*	**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 *fenotípicas*	**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.

© CEDE – www.pir.es

• 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 clasificaciones 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 patognomónicos, 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.

© CEDE – www.pir.es

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

© CEDE – www.pir.es

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. Se considera una aproximación convergente e integradora, que puede acabar con la polémica categorial versus dimensional en psicopatología (Belloch, 2020). Algunos conceptos trasndiagnósticos (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"** (Markon 2010; Caspi y Moffit 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).

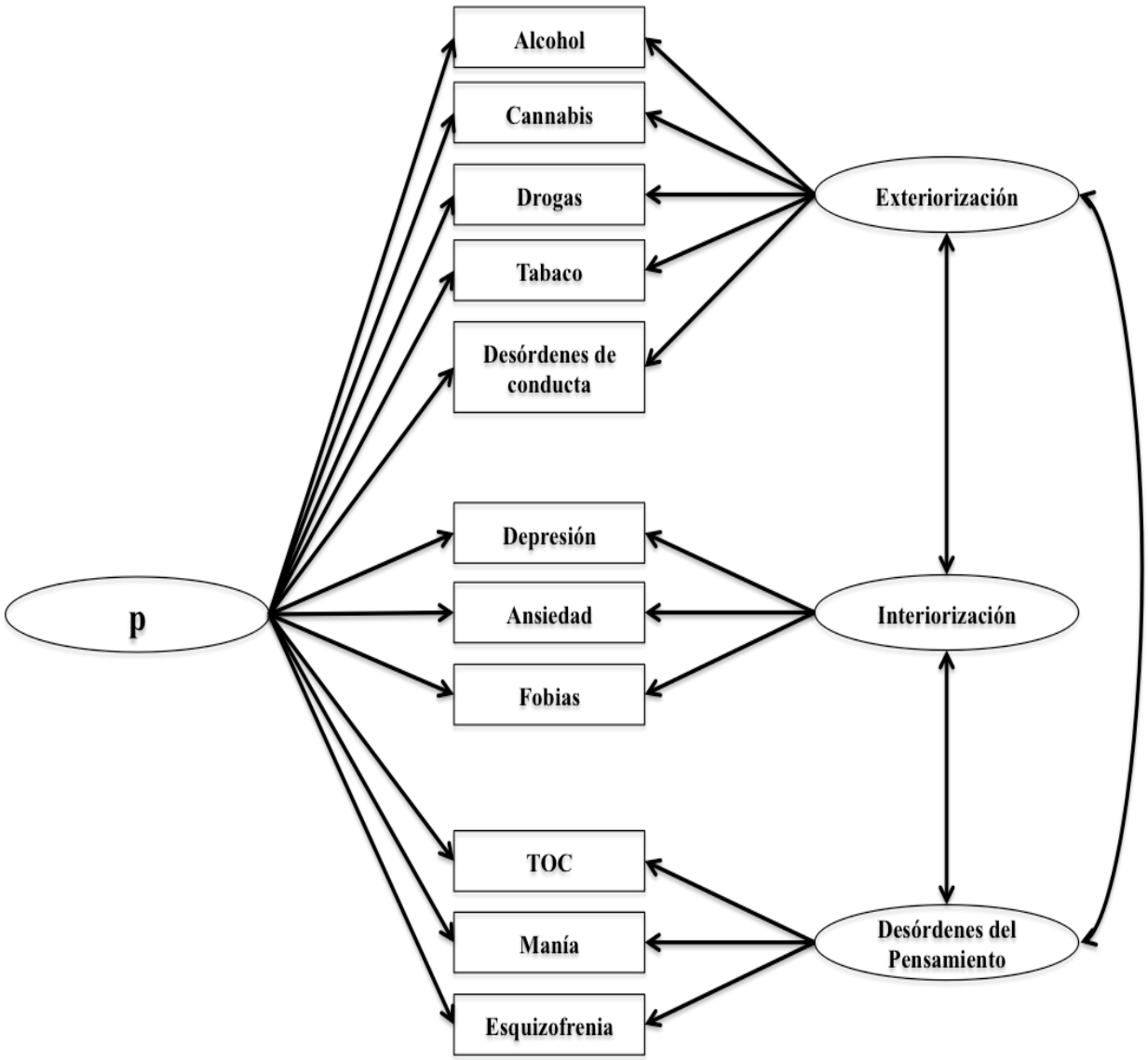
Este **factor "p"** de primer nivel a su vez se desgrana en 3 factores de segundo orden:

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 puntuan elevado en la dimensión internali-

zante tendrían mayor riesgo de desarrollar trastornos del espectro ansioso y depresivo. El factor externalizante 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 intro-

© CEDE – www.pir.es

ducción 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.

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

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 **idiocia** y **locura** todas las alteraciones mentales. 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.

© CEDE – www.pir.es

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

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-

© CEDE – www.pir.es

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 discapacitación 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 mulitaxial 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

© CEDE – www.pir.es

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.

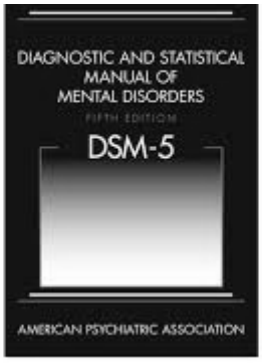
Eje V. Evaluación de la actividad global, mediante la EEAG **(PIR 01, 89)**. Sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. En el DSM-IV-TR se han ampliado las instrucciones para otorgar puntajes en la EEAG y se han añadido comentarios sobre su aplicación actual 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 Assesment 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.

4.3. DSM-5 (APA, 2014)

La publicación del DSM-5 (2013) ha estado envuelta en diversas polémicas desde el inicio. Son muchas las críticas que ha recibido. El DSM-5 (2013) incorpora avances neurocientíficos, la posibilidad de añadir criterios dimensionales a los trastornos y la necesidad de delimitar los trastornos según el ciclo vital, el género y las características culturales (Belloch, 2020). 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** *El diagnóstico principal se cita en primer lugar, y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento* • Trastornos psiquiátricos • Trastornos de la personalidad • Retraso mental • Trastornos orgánicos –---------- Factores contextuales y psicosociales –---------- (*Códigos Z de la CIE-10*) Se sustituye por la (WHODAS 2.0)
Eje 2	Trastornos de la personalidad, Retraso Mental, Mecanismos de defensa, Rasgos desadaptativos de perssonalidad	Eje discapacitación *(similar al eje 5)*	
Eje 3	Enfermedades médicas	Factores ambientales y del estilo de vida *(similar al eje 4)*	
Eje 4	Problemas psicosociales y ambientales	NO TIENE	
Eje 5	EEAG (0-100)	NO TIENE	

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). La inclusión de dimensiones/ espectros integradas con las categorías o síndromes es una de

las principales aportaciones del DSM-5, acercándose a los postulados transdiagnósticos. Este punto se refleja también en la inclusión de medidas transversales (croos-cutting) y de gravedad clínica. El orden de aparición de los trastornos es el de probable aparición en el ciclo vital. Además, se especifican criterios para distintos momentos evolutivos. Se incluyen modificaciones referidas a descripciones de los trastornos según las etapas del ciclo vital en el que aparecen (Belloch, 2020).

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).

Los puntos más criticados han sido, por un lado, la expansión del sistema diagnóstico (creación de nuevos trastornos) y la reducción de los umbrales en algunas categorías existentes, que podrían dar lugar a un aumento importante y no justificado de los diagnósticos. En el lado opuesto, el punto fuerte es la inclusión de variables dimensionales (Belloch, 2020).

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. **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.	1. Trastornos del neurodesarrollo. 2. Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios. 3. Catatonia. 4. Trastornos del estado de ánimo. 5. Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo. 6. Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados. 7. Trastornos específicamente asociados con el estrés. 8. Trastornos disociativos. 9. Trastornos del comportamiento alimentario. 10. Trastorno de eliminación. 11. Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal. 12. Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos. 13. Trastornos del control de los impulsos. 14. Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial. 15. Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados. 16. Trastornos parafílicos. 17. Trastornos facticios. 18. Trastornos neurocognitivos. 19. Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio. 20. 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

© CEDE – www.pir.es

trastornos de la personalidad leve, moderado y grave). Las principales novedades se desgranan 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. En esta clasificación dejan de considerarse trastornos mentales (se codifican en capítulo aparte) los trastornos del sueño, los trastornos sexuales y el trastorno de estrés agudo.

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 Catatonia 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 exclu-

yentes 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,

© CEDE – www.pir.es

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).

7. ENFOQUES DE CLASIFICACIÓN DIMENSIONAL ACTUALES: HiTOP y RdoC

HiTOP (Hierarchical Taxonoy of Psychopathology, **Kotov et al 2017**). Clasificación dimensional de la psicopatología desde un **enfoque psicológico empírico**. Se basa en la estructura jerárquica con distintos niveles de generalización, entre los que incluyen espectros, subfactores, síndromes/trastornos, componentes y síntomas. Un grupo de relevantes investigadores con R. Kotov a la cabeza plantean esta clasificación con el objetivo de paliar algunas deficiencias de las clasificaciones tradicionales (discontinuidad normal/anormal, heterogeneidad dentro de los trastornos, elevada comorbilidad y baja estabilidad principalmente) (Belloch, 2020).

La clasificación es de tipo jerárquico, incluye dimensiones de orden superior (superespectros) y seis espectros (Belloch, 2020):

1. Interiorizado (afectividad negativa).
2. Trastorno del pensamiento (psicoticismo).
3. Desinhibido/exteriorizado.
4. Antagonista/exteriorizado.
5. Desapego.
6. Somatomorfo.

Esta clasificación no habla de un factor P. Cada espectro es relevante para los siguientes factores (ver tabla).

Los autores aportan pruebas de validez externa, integra enfoques empíricos recientes y mantiene continuidad con aspectos importantes de las clasificaciones tradicionales (por ejemplo, separación entre neurosis y psicosis). Es una propuesta ambiciosa que requiere, de momento, más evidencia (Belloch, 2020).

RdoC. (Research Domain Criteria, Cuthbert, 2014) es un proyecto pratrocinado por el NIMH (EEUU) que intenta describir los trastornos mentales de forma dimensional en base a un **sistema explícitamente biológico**. La principal crítica a este trabajo es el excesivo énfasis dado a los factores biológicos, dada la limitada validez y fiabilidad de los actuales métodos de neuroimagen.

Entre los aspectos a destacar, la adopción dimensional de la psicopatología, la incorporación de los avances en la ciencia cognitiva y los principios del transdiagnóstico son puntos fuertes.

El modelo basado en RdoC propone una matriz con dos dimensiones:

a) Unidades de análisis.
b) Dominios/constructos.

Las unidades de análisis propuestas son: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conducta y autoinformes. Los dominios propuestos son: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, sistemas para los procesos sociales y sistemas de arousal/regulatorios (Belloch, 2020).

Una de las principales críticas es el intento de hacer una clasificación de “medicina de precisión” centrada esencialmente en el modelo médico, así como en la asunción básica que los trastornos mentales son trastornos del cerebro.

Superespectro	**HiTOP.** (Hierarchical Taxonoy of Psychopathology, **Kotov et al 2017**) (Basado en Belloch, 2020)										
	DIMENSIONES DE ORDEN SUPERIOR										
Espectros	**Somatormorfo**	**Interiorizado (afectividad negativa)**					**Trast pensamiento (psicoticismo)**	**Exteriorizado Desinhibido**	**Exteriorizado antagonista**		**Desapego**
Subfactores		Problemas sexuales	Trast alimentación	Miedo	Distrés	Manía		Abuso de sustancia	Conducta antisocial		
Síntomas/ Trastornos	Trast por síntomas somáticos Ansiedad por enfermar	Bajo deseo, problemas de activación Función orgásmica Dolor sexual	BN AN Trast por atracón	Fobia social Agorafobia Fobia específica TAS Tras Pánico TOC	TDM Distimia TAG TEPT TLP	Bipolar 1 y 2	Espectro esquizofrenia Trast estado de ánimo con psicosis TP esquizotípico TP esquizoide TP paranoide	Trast por consumo de sustancias	TP antisocial Trast conducta TND TDAH TEI	TP narcisista TP histriónica TP paranoide TLP	TP esquizoide TP evitativa TP histriónica
Componentes	Componentes de síntomas y rasgos desadaptativos										
Síntomas	Signos y síntomas										

NOTAS:

- El espectro somatomorfo ha sido incluido provisionalmente y requiere mayor estudio
- El desapego y la personalidad histriónica tiene una relación negativa
- El subfactor manía está a medio camino entre el espectro interiorizado y el de trastorno del pensamiento
- El subfactor conducta antisocial está a medio camino entre el espectro Exteriorizado/Desinhido y Exteriorizado/antagonista
- Este modelo no habla de un factor P en psicopatología (de forma explícita)
- BN (bulimia), AN (anorexia), TAS (ansiedad de separación), TND (negativista desafiante), TEI (explosivo intermitente)

Adaptado de Belloch (2020)

© CEDE – www.pir.es

8. TEORÍA DE REDES Y PSICOPATOLOGÍA

La teoría de redes (TR) en psicopatología surge como una alternativa conceptual a los sistemas diagnósticos actuales (DSM y CIE). Concibe los problemas psicológicos como **cadenas de síntomas causalmente relacionados entre sí** y no como elementos emergentes de un trastorno o enfermedad latente. Los síntomas y sus retroalimentaciones dinámicas son en sí misma el problema y no una supuesta realidad latente (Vázquez y Sanz, 2020).

Para Fonseca Pedrero (2021) los modelos de sistemas dinámicos comprenden que las personas están conformadas por diferentes elementos (componentes) procedentes de diferentes niveles (desde lo molecular hasta el cultural pasando por el conductual) que interactúan entre sí (tanto vertical como horizontalmente) y se modifican los unos a los otros a lo largo del tiempo, en diferentes escalas temporales (de milisegundos a años). Esta visión del sistema dinámico complejo se extrapola a la psicopatología a través del **modelo de red**. Para el modelo los trastornos psicológicos serían constelaciones dinámicas de conductas (estados mentales, signos, síntomas, rasgos, dimensiones, etc) que se encuentran relacionados de forma causal, esto es, impactan o interactúan mutuamente entre sí. Este acercamiento **rechaza el modelo biomédico de "causa latente común"** donde una variable subyacente sería la causa que explica la covarianza entre los síntomas. En el modelo, los síntomas y sus relaciones dinámicas serían la causa, no una supuesta enfermedad latente (llamada esquizofrenia, depresión, etc). (Fonseca Pedrero, 2021).

La TR utiliza análisis matemáticos y análisis de grafos para representar esas redes. Esto permite representar los signos y síntomas *(y otros elementos relevantes de la red*) e identificar la magnitud de la relación entre los mismos (*representada por el grosor del trazo de las conexiones*) y su posible causalidad (Vázquez y Sanz, 2020).

Estos planteamientos no son "nuevos" en ciencia, los trabajos de Leonhard Euler (1707-1787) fueron la semilla previa a la teoría de los grafos (Vázquez et al, 2017). En los últimos años, el grupo de investigación liderado por Denny Borsboom y Cramer desde la Universidad de Amsterdan han sido pioneros en aplicar la TR a los problemas psicopatológicos (Fonseca Pedrero, 2017).

Los **índices de centralidad** reflejan los síntomas centrales (los síntomas más interconectados con otros), siendo esto fundamental para identificar objetivos de intervención prioritarios.

Vázquez y Sanz (2020) destacan que esta perspectiva se aproxima conceptualmente al **análisis funcional** individual que se utiliza en Psicología Clínica, aunque las conexiones mostradas en la red se sirvan de análisis matemáticos. La comorbilidad se resuelve por la existencia de una serie de síntomas puente que conectan dos tipos diferentes de redes.

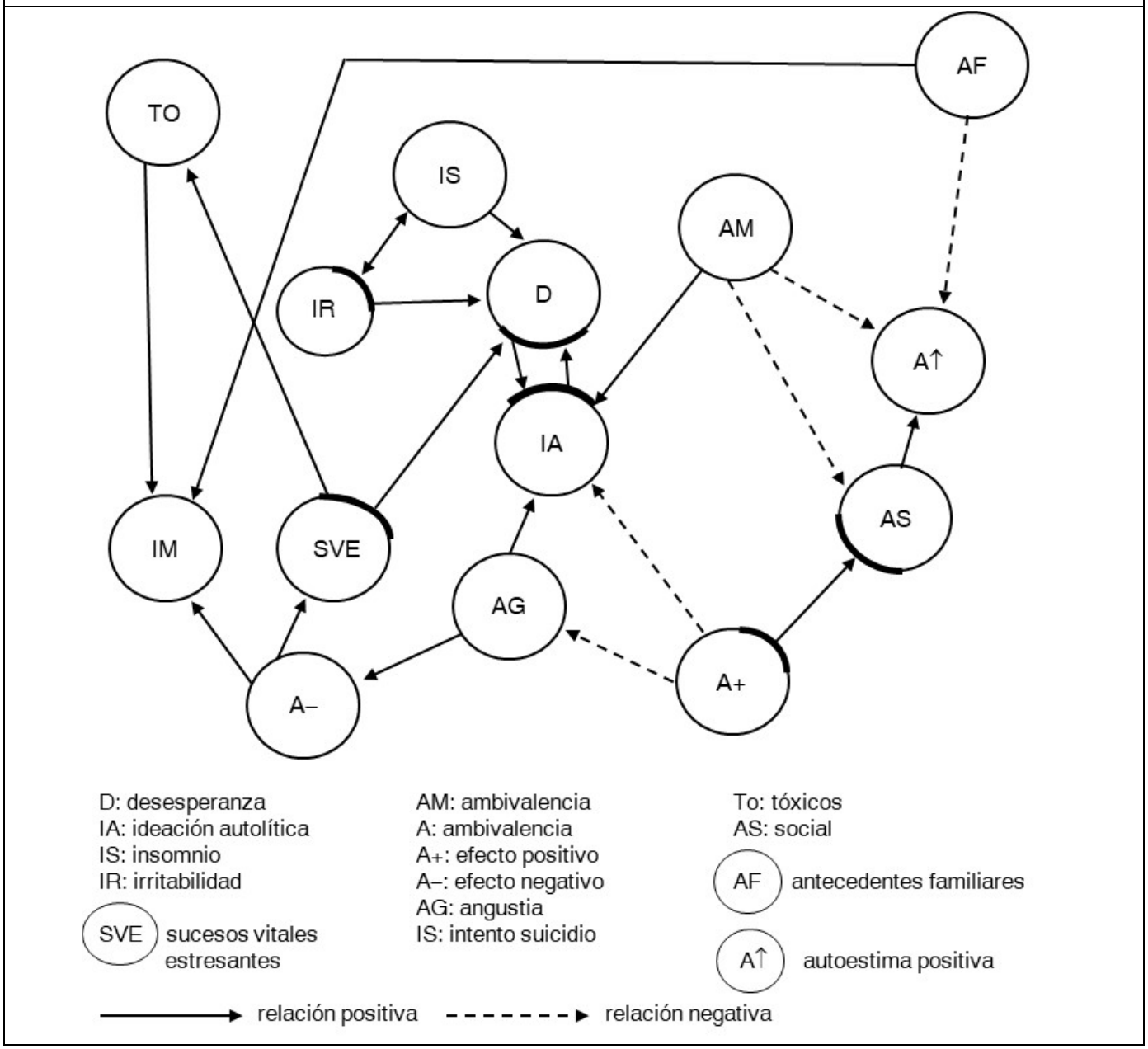
La TR propone que las categorías diagnósticas no son reales ni deben ser objeto de escrutinio clínico o científico. Sólo existirían síntomas que, mediante conexiones causales entre ellos, van configurando redes de síntomas. El objetivo de la TR no es analizar, o llegar a diagnosticar, ninguna entidad subyacente sino encontrar patrones de síntomas que covaríen dinámicamente (Vázquez Valverde, C, et al, 2017). En la TR el nodo por antonomasia es el síntoma.

Este planteamiento (estudio de síntomas en lugar de categorías diagnósticas) tiene algunas ventajas desde el punto de vista teórico (Vázquez Valverde, C, et al, 2017):

- Evita problemas de las clasificaciones psiquiátricas (fiabilidad, validez, etc.).
- Permite investigar fenómenos ignorados por las etiquetas/clasificaciones (por ejemplo, conducta suicida).
- Énfasis en lo dimensional (más que en lo categoríal).

Los problemas psicológicos se hallarían en las conexiones o en los patrones de relaciones que se establecen –o no- entre los diferentes componentes de la red. La representación gráfica podría ser:

MODELO DE RED HIPOTÉTICO PARA EL "SUICIDIO"



La TR, además de describir topológicamente la red, permite introducir el análisis dinámico (cambio a lo largo del tiempo). Este análisis permite identificar factores no sólo de vulnerabilidad, sino también de resiliencia y puntos nucleares de cara a la prevención y/o intervención.

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 (*alguedónico*)
- 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

CEDE - C/ Cartagena, 129 - 28002 Madrid
Tel.: 91 564 42 94

PRINCIPALES CATEGORÍAS			
DSM-IV-TR (2000)	**DSM-5 (2013)**	**CIE-10 (1992)**	**CIE-11 (2019)**
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	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	1. Trastornos del neurodesarrollo 2. Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios 3. Catatonia 4. Trastornos del estado de ánimo 5. Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo 6. Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados 7. Trastornos específicamente asociados con el estrés 8. Trastornos disociativos 9. Trastornos del comportamiento alimentario 10. Trastorno de eliminación 11. Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal 12. Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos 13. Trastornos del control de los impulsos 14. Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial 15. Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados 16. Trastornos parafílicos 17. Trastornos facticios 18. Trastornos neurocognitivos 19. Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio 20. Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte

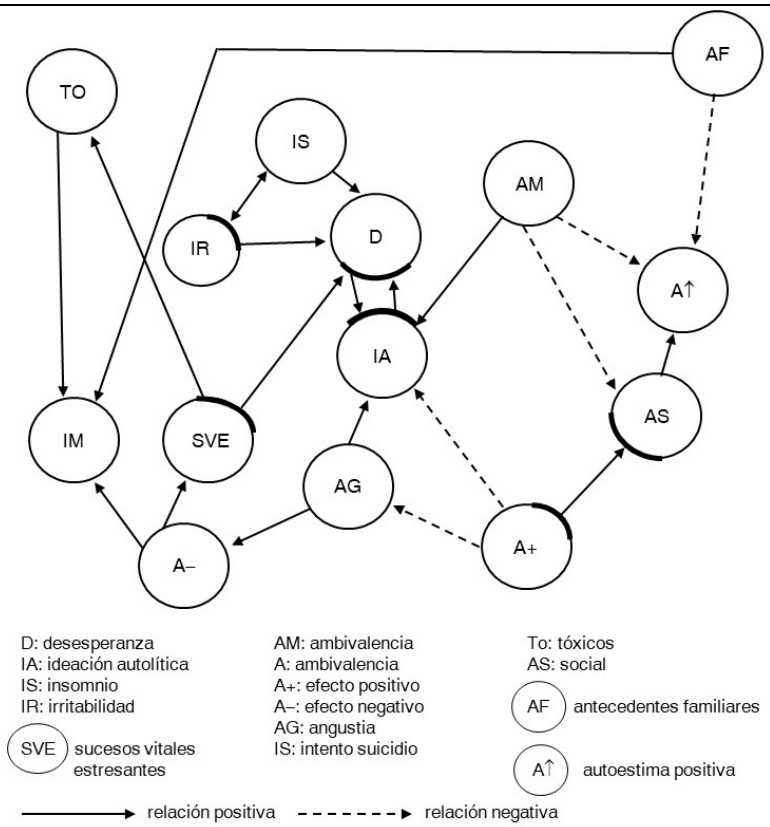
© CEDE – www.pir.es

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** *El diagnóstico principal se cita en primer lugar, y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento* • Trastornos psiquiátricos • Trastornos de la personalidad • Retraso mental • Trastornos orgánicos –---------- Factores contextuales y psicosociales –--------- (*Códigos Z de la CIE-10*) Se sustituye por la (WHODAS 2.0)
Eje 2	Trastornos de la personalidad, Retraso Mental, Mecanismos de defensa, Rasgos desadaptativos de personalidad	Eje discapacitación *(similar al eje 5)*	
Eje 3	Enfermedades médicas	Factores ambientales y del estilo de vida *(similar al eje 4)*	
Eje 4	Problemas psicosociales y ambientales	NO TIENE	
Eje 5	EEAG (0-100)	NO TIENE	

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.

Enfoques de clasificación dimensional	
HiTOP (Hierarchical Taxonoy of Psychopathology, Kotov et al 2017**).**	**RdoC (Research Domain Criteria**, Cuthbert, 2014)
Enfoque psicológico empírico	Énfasis en procesos biológicos
6 espectros: 1. Interiorizado (afectividad negativa). 2. Trastorno del pensamiento (psicoticismo). 3. Desinhibido/exteriorizado. 4. Antagonista/exteriorizado. 5. Desapego. 6. Somatomorfo.	2 dimensiones: a) Unidades de análisis. b) Dominios/constructos.

TEORÍA DE REDES (Borsboom y Cramer, 2013)	
Problemas psicológicos como **cadenas de síntomas causalmente relacionados entre sí** y no como elementos emergentes de un trastorno o enfermedad latente.	

© CEDE – www.pir.es