

ÍNDICE

MÓDULO 1. BASES CONCEPTUALES	4
DISCIPLINAS APLICADAS (PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA)	4
2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA PSICOPATOLOGÍA	4
3. CRITERIOS DE ANORMALIDAD PSICOLÓGICA	8
4. MODELOS	9
5. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA	12
MÓDULO 2. SEMIOLOGÍA	¡Error! Marcador no definido.
1. CONCEPTOS BÁSICOS	¡Error! Marcador no definido.
2. SEMIOLOGÍA DE LA CONCIENCIA	¡Error! Marcador no definido.
2.1 VIGILIA O ESTADO DE VIGILIA	¡Error! Marcador no definido.
2.2 CLARIDAD DE LA CONCIENCIA	¡Error! Marcador no definido.
2.3 CAMPO DE CONCIENCIA	¡Error! Marcador no definido.
2.4 CONCIENCIA DEL YO CORPORAL	¡Error! Marcador no definido.
2.5 CONCIENCIA DEL YO PSÍQUICO	¡Error! Marcador no definido.
3. SEMIOLOGÍA DE LA ATENCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
4. SEMIOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
5. SEMIOLOGÍA DE LA MEMORIA	¡Error! Marcador no definido.
6. SEMIOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
7. SEMIOLOGÍA DEL PENSAMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
7.1. TRASTORNOS DEL CURSO	¡Error! Marcador no definido.
7.2. TRASTORNOS DEL CONTENIDO	¡Error! Marcador no definido.
8. SEMIOLOGÍA DEL LENGUAJE	¡Error! Marcador no definido.
9. SEMIOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD	¡Error! Marcador no definido.
10. SEMIOLOGÍA DE LA PSICOMOTRICIDAD	¡Error! Marcador no definido.
11. SEMIOLOGÍA DEL SUEÑO	¡Error! Marcador no definido.
MÓDULO 3. PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA	¡Error! Marcador no definido.
1. TRASTORNOS PSICÓTICOS	¡Error! Marcador no definido.
1.1 ESQUIZOFRENIA	¡Error! Marcador no definido.
1.2 TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME	¡Error! Marcador no definido.
1.3 TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	¡Error! Marcador no definido.
1.4 TRASTORNO DELIRANTE	¡Error! Marcador no definido.
1.5 TRASTORNO PSICÓTICO BREVE	¡Error! Marcador no definido.
1.6 MODELOS ETIOLÓGICOS EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS	¡Error! Marcador no definido.

- 2. TRASTORNOS AFECTIVOS ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.1 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.2 TRASTORNO DISTÍMICO (DISTMIA). ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.3. TRASTORNO BIPOLAR I..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.4 TRASTORNO BIPOLAR II..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.5 TRASTORNO CICLOTÍMICO ¡Error! Marcador no definido.
 - 2.6 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD. ¡Error! Marcador no definido.
- 3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.1 TRASTORNO DEL PÁNICO (crisis de ansiedad). ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.3 FOBIA ESPECÍFICA..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.4 FOBIA SOCIAL ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.5 AGORAFOBIA..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.5 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ¡Error! Marcador no definido.
 - 3.7 MODELOS ETIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD ¡Error! Marcador no definido.
- 4. TRASTORNOS SOMATOMORFOS ¡Error! Marcador no definido.
 - 4.1. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (o síndrome de briquet). ¡Error! Marcador no definido.
 - 4.2 TRASTORNO DE CONVERSIÓN..... ¡Error! Marcador no definido.
- 5. TRASTORNOS DISOCIATIVOS ¡Error! Marcador no definido.
 - 5.1 AMNESIA DISOCIATIVA (o psicogénica) ¡Error! Marcador no definido.
 - 5.2 FUGA DISOCIATIVA..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 5.3 TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO ¡Error! Marcador no definido.
 - 5.4 TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN ¡Error! Marcador no definido.
 - 5.5 TEORÍAS ETIOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN ¡Error! Marcador no definido.
- 6. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.1 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOIDE ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.2 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EVITATIVO ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.3 TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.4 TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.5 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.6 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.7 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.8 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NEGATIVISTA..... ¡Error! Marcador no definido.
 - 6.9 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD ¡Error! Marcador no definido.

- 6.10 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE..... **¡Error! Marcador no definido.**
- 6.11 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA **¡Error! Marcador no definido.**
- 6.12 TEORIAS ETIOLÓGICAS **¡Error! Marcador no definido.**
- 7. TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMA Y FACTORES DE ESTRÉS..... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 7.1 TRASTORNO DE ADAPTACIÓN..... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 7.2 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. **¡Error! Marcador no definido.**
 - 7.3 TEORÍAS ETIOLÓGICAS **¡Error! Marcador no definido.**
- 8. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN **¡Error! Marcador no definido.**
 - 8.1 ANOREXIA NERVIOSA **¡Error! Marcador no definido.**
 - 8.2 BULIMIA NERVIOSA **¡Error! Marcador no definido.**
- 9. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1. DISFUNCIONES SEXUALES. **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1.1 Ausencia y Pérdida de deseo sexual (deseo sexual hipoactivo).... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1.2 Rechazo y ausencia de placer sexual (aversión al sexo)..... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1.3 Impulso sexual excesivo (ninfomanía). **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1.4 Fracaso de la respuesta genital (trastorno del interés/ excitación sexual femenina y trastorno eréctil) **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1.5. Disfunción orgásmica o anorgasmia (trastorno orgásmico femenino y eyaculación retardada)..... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1.6 Eyaculación precoz (eyaculación prematura (precoz) .. **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1.7. Dispareunia no orgánica (trastorno de dolor)..... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.1.8 Vaginismo no orgánico **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.2 PARAFILIAS **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.2.1. Exhibicionismo..... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.2.2. Escopofilia o voyeurismo..... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.2.3 Fetichismo **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.2.4. Travestismo fetichista **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.2.5. Fricofilia o froteurismo **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.2.6. Paidofilia (pedofilia) **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.2.7. Masoquismo y sadismo sexual..... **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.3 TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO (TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL, DISFORIA DE GÉNERO) **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.3.1 Trastornos de la identidad sexual en la infancia (disforia de género en niños).. **¡Error! Marcador no definido.**
 - 9.3.2. Transexualismo (disforia de género en adolescentes y adultos). **¡Error! Marcador no definido.**

9.3.3. Travestismo no fetichista ¡Error! Marcador no definido.

MÓDULO 1. BASES CONCEPTUALES

DISCIPLINAS APLICADAS (PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA)

¿Qué es la salud?

La OMS (organización mundial de la salud) la define como un estado de bienestar físico, psíquico y social y **no** como la ausencia de enfermedad o minusvalía.

La **salud física** está relacionada con la psíquica y viceversa (ej. Alguien aislado por una enfermedad le impide relacionarse con los demás y se siente angustiado, niveles elevados y crónicos de ansiedad causan problemas digestivos, cardíacos, jaquecas, etc).

¿Qué es un trastorno mental?

Según el manual **CIE-10** (OMS,1992) → “Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo”.

Según el manual **DSM-5** (Apa,2015) → “Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Suelen ir asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”.

¿Qué es la psicopatología? Definición, objeto de estudio y objetivos.

La **psicopatología** es una disciplina científica cuyo objeto de estudio son los trastornos mentales y su objetivo principal es, a través del método científico, conocer y establecer las causas (*etiología*) que los provocan y mantienen.

Conocer la **etiología** (causas de los trastornos mentales) nos permite prevenir su aparición o, en el caso de que esto sea inevitable, aplicar el tratamiento adecuado.

La etiología está relacionada con la **epidemiología** que es la disciplina que estudia las **tasas de prevalencia** (número de casos existentes en una comunidad afectados por un trastorno), las **tasas de incidencia** (número de nuevos casos por unidad temporal, normalmente un año) y los **factores de riesgo** (factores que aumentan la probabilidad de presentar un determinado trastorno).

La **psicopatología** se relaciona con la **psicología** y la **psiquiatría** porque la primera es una disciplina básica y las segundas son aplicadas. Es decir, la psicopatología genera conocimiento, describe y explica las causas de los trastornos, la epidemiología y los factores de riesgo y la psiquiatría y la psicología, a partir de estos conocimientos, se encargan de la prevención y tratamiento de los trastornos mentales en las personas que los sufren.

2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA PSICOPATOLOGÍA

A lo largo de la historia que vamos a relatar ahora se han ido sucediendo, e incluso han coexistido, tres concepciones: La **concepción mágica** (explica que la conducta anormal se debe

a fenómenos religiosos y sobrenaturales, la **concepción organicista** (explica que la conducta anormal se debe a causas físicas) y la **concepción psicogénica** (explica la conducta anormal por causas psicológicas o psicosociales).

A) CULTURAS PRIMITIVAS

Predomina la concepción mágica → Los trastornos mentales son vistos como posesiones demoniacas de cuales el sujeto se liberaba mediante la trepanación craneal.

B) SOCIEDADES PRECLÁSICAS

Predomina la concepción mágica → Enfermo mental es considerado o un poseído o receptor de un castigo divino por cometer algún pecado. El tratamiento (llevado a cabo por el sacerdote) se basaba en oraciones, fórmulas mágicas, sacrificios o utilización terapéutica de los sueños.

C) CULTURA GRECORROMANA

Predomina la concepción organicista → Se empieza a concebir los trastornos mentales como enfermedades físicas determinadas por causas naturales que tienen una explicación fisiológica y un tratamiento somático. Destacan:

✚ **Hipócrates** → Teoría de los **humores**: La constitución de la persona está formada por cuatro humores (flema, bilis amarilla y bilis negra) que se localizan en órganos específicos (corazón, cerebro, hígado y bazo). Un desequilibrio en uno de estos humores es el que causa las patologías (en el caso de los trastornos mentales el cerebro) y un equilibrio es indicativo de la salud.

- Elabora una **taxonomía** de los trastornos mentales clasificándolos como epilepsia, manía, melancolía y paranoia.

✚ **Galeno** → Teoría de los temperamentos: Distingue 4 tipos temperamentales: Sanguíneo, flemático, colérico y melancólico.

D) EDAD MEDIA

Predomina la **concepción mágica**.

Son típicos de esta época los episodios de **epidemias psíquicas** (histeria colectiva) → Varias personas manifestaban en masa varios síntomas psicopatológicos creyendo estar poseídas.

✚ **Mundo Árabe** → Abogan por un trato **humanitario** del enfermo lo que dio lugar a la creación de los primeros hospitales o centros de cuidado y protección para los locos, y a la fundación de varios asilos o casas de cuidado en Bagdad, Damasco, Egipto, etc. El loco era visto como un enviado por dios para decir la verdad, a veces eran incluso adorados.

- ✚ **Europa Cristiana** → El loco es un **poseído** del diablo. Al principio la curación eran principalmente los exorcismos, pero con la llegada de la inquisición se empieza a culpabilizar al enfermo entendiendo que la posesión significa que la persona ha hecho algo amoral o reprochable (ej. actos de brujería, pactos con el diablo) y el tratamiento debería ser un castigo (quemar en la hoguera, tratamientos crueles, castigos físicos, etc).

E) RENACIMIENTO E ILUSTRACIÓN (S.XVI-S. XVIII)

Domina la **perspectiva organicista** → La enfermedad se da por causas naturales. Se recupera la tradición hipocrática y Galena que había sido interrumpida en la edad media.

La concepción demonológica (mágica) no se abandona del todo especialmente durante el Renacimiento.

✚ S.XVI

- **Juan Luis Vives** → Cuestiona el origen sobrenatural de la enfermedad mental y propone el encierro al enfermo mental con finalidad terapéutica.
- **Paracelso** → Clasifica las enfermedades mentales en cinco grupos: epilepsia, manía, locura verdadera, baile de San Vito y *suffocatio intellectus*.
- **Weyer** → Primer psiquiatra y padre de la psiquiatría moderna. Realiza detalladas descripciones de los trastornos mentales. En su obra *praestigiis daemonum* (1563) ataca y desprestigia las concepciones demonológicas explicando que las enfermedades de “brujas” son provocadas por causas naturales.

✚ S. XVII- S.XVIII

- Cambio radical en el enfoque de la psicopatología: El estudio del alma queda apartada del estudio de la mente.
- Crecen las observaciones clínicas y la descripción de los diferentes trastornos.
- Se inicia el trato más humano del enfermo y empieza la lucha por sus derechos.

F) LA REFORMA ASISTENCIAL Y LAS TENDENCIAS DOMINANTES A LA HORA DE EXPLICAR LOS TRASTORNOS MENTALES.

Aunque ya antes se había hecho patente la necesidad de dar un trato más humano al enfermo, hay que considerar que hasta este periodo los enfermos eran encerrados y atados con cadenas en instituciones sin recibir tratamiento terapéutico alguno con el único objetivo de apartarlos de la sociedad.

✚ Finales S. XVIII: La Reforma asistencial

- **Philippe Pinel** → Rompe las cadenas de los alineados en Bicêtre y la Salpêtrière, considerando que los enfermos mentales deben recibir tratamiento terapéutico e ideando un nuevo trato y actitud hacia el enfermo que denominó “**tratamiento moral**” y que implicaba hablar con amabilidad al enfermo, compadecerse de él y darle esperanzas con el fin de “normalizarle”.

S.XIX: Una nueva clínica

- **Esquirol** (escuela francesa) → define las alucinaciones y la monomanía (ideación paranoide) y subraya el papel de las emociones en la etiología de los trastornos mentales.
- **Griesinger** (escuela alemana) → Impulsor del modelo orgánico como tal (recuerda que otros autores ya habían tratado esta concepción). Según él, los trastornos psicopatológicos están relacionados directamente con lesiones anatómicas en el sistema nervioso central.

Finales del SXIX: Dos tendencias dominantes a la hora de explicar los trastornos mentales. Perspectiva organicista y psicologista.

- **Kraepelin** (p. organicista) → **compendio de psiquiatría** (obra). Creador del **primer sistema nosológico** con criterios dispares para definir enfermedades. Enfatiza en el curso evolutivo de la enfermedad como guía principal para construir y confirmar el diagnóstico y delimita dos enfermedades fundamentales: la psicosis maníaco-depresiva y la **demencia precoz** (término que, posteriormente, *Bleuler* cambió por “esquizofrenia”).
- **Freud** (p. psicologista) → Importancia de escuchar y comprender al enfermo, es decir, los factores **psicológicos como causa** de las enfermedades (más allá de observarlo con mirada científica natural como defienden los organicistas). Elabora una teoría de la personalidad, se interesa por los cuadros neuróticos, enfatiza en la historia vital del sujeto para comprender su enfermedad y rompe con la disociación entre conducta normal y anormal.

G) SITUACIÓN ACTUAL

Desde finales de la segunda mundial hasta día de hoy los cambios se resumen en:

-  Multiplicidad de modelos y escuelas.
-  Establecimiento de sistemas diagnósticos reconocidos internacionalmente (ej. DSM Y CIE).
-  Desaparición de hospitales psiquiátricos como instituciones de referencia para el tratamiento de los trastornos mentales en detrimento de la atención comunitaria y la

eclosión de la psicofarmacología impulsan los tratamientos en régimen ambulatorio (ej. hospitales, atención primaria, etc.)

- ✚ Importantes aportaciones de las neurociencias con el fin de romper la dicotomía entre corrientes biologists y psicólogos.
- ✚ Aparición de una corriente dentro de un enfoque social llamada **antisiquiatría** que niega la existencia de la enfermedad mental, considerándola dependiente de presiones y cambios sociales, y tacha a los diagnósticos y tratamientos (especialmente psicofarmacológicos) en salud mental como instrumentos de control social.

3. CRITERIOS DE ANORMALIDAD PSICOLÓGICA

A) CRITERIO ESTADÍSTICO→ Psicopatología es todo aquello que se desvía de la normalidad, poco frecuente y cuantitativamente distinto a lo normal (cuestión de **frecuencia y grado**). Así que para considerar este criterio hay que tener en cuenta dos supuestos.

- **Supuesto de frecuencia**→ Poco frecuente, no entra en los límites de la distribución normal. Pero “ojo” algo infrecuente no tiene por qué ser anormal (ej. un genio creador es poco frecuente, pero eso no implica patología) y esto implica hablar de un segundo supuesto:
- **Supuesto de continuidad**→ Los elementos que forman la psicopatología se hallan presente en la normalidad, pero estos son una exacerbación por exceso o por defecto.

En conclusión, **anormalidad** =conductas anormales que son poco frecuentes y contienen los mismos elementos de la normalidad, pero en exceso o en defecto.

B) CRITERIO CLÍNICO→ Define la **anormalidad** en función de un conjunto de **signos y síntomas** que se **asocian** a determinados **trastornos mentales** y que en este caso se observarían en el paciente tras evaluarlo. Sigue la filosofía de los manuales de diagnóstico (DSM Y CIE).

C) CRITERIO SOCIAL O INTERPERSONAL→ Lo Psicopatológico es una **construcción social**, depende del consenso social alcanzado en un momento y lugar determinado, solo existe en las mentes de quien lo postulan, lo que en un contexto histórico, cultural o social es normal en otros se torna patológico.

D) CRITERIO SUBJETIVO O INTRAPSÍQUICO (variante **algedónico**) → El sujeto dictamina sobre su estado o situación (quejas, manifestaciones verbales, etc.). Puede incluir la *petición de ayuda* (conducta anormal sería la que provoca que la persona pida la intervención de un profesional para que la ayude)

Algedónico→ Sufrimiento personal manifestado verbal o conductualmente por el sujeto como elemento definitorio de una psicopatología. Se diferencia del intrapsíquico porque sí tiene en cuenta los efectos que un comportamiento anormal produce en el contexto social de la persona que lo exhibe (el subjetivo no).

E) CRITERIO BIOLÓGICO → Las psicopatologías son expresión de alteraciones en el modo normal de funcionamiento ya sea de estructura o del proceso biológico que lo sustenta. Etiología orgánica de las enfermedades mentales.

4. MODELOS

A) MODELO PSICODINÁMICO

- ✚ Primer modelo en reconocer la **influencia de factores psíquicos** en las patologías mentales y en considerar que hay una continuidad entre normalidad y anormalidad psicológica (todos tenemos elementos de normalidad y anormalidad en mayor o menor grado).
- ✚ **La salud mental y la física están relacionadas** (nuestras enfermedades físicas causan impacto psicológico, nuestras emociones provocan cambios en nuestro cuerpo, hay enfermedades que son psicosomáticas: enfermedades que suponen lesiones o alteraciones en nuestro cuerpo y que son provocadas o mantenidas por factores psicológicos).
- ✚ **Importancia de la biografía pasada de la persona** (especialmente la infancia para Freud) como factor decisivo en la génesis de la patología.
 - **Enfoque clásico o Freudiano** → La psicopatología se da por un conflicto inconsciente y por tanto es necesario que el sujeto logre un *insight*, esto es, capacidad de observar su yo interior (introspección) que hagan conscientes esos conflictos inconscientes ya que al darse cuenta de los mismos mejorará su estado mental.
 - **Enfoque interpersonal** → La psicopatología se da por problemas en cualquier fase de desarrollo que provoca estancamientos o crisis evolutivas (no sólo en la infancia como decía Freud), es decir, los síntomas se deben a carencias (educativas, afectivas, vivencias, etc) que impiden que el sujeto se desarrolle plenamente.

B) MODELO CONDUCTUAL

- ✚ **Principios del aprendizaje como base teórica:** La conducta normal y anormal se rigen por los mismos principios del aprendizaje lo que implica que las conductas desadaptativas (mal aprendidas) se pueden desaprender. (ej. las fobias se aprenden porque un estímulo neutro inicial se ha asociado a un estímulo aversivo y ha hecho que se condicione el miedo).
- ✚ **Aproximación dimensional:** hay continuidad entre normalidad y patología, de modo que la diferencia entre ambas se trata de una cuestión de grado. Rechazan la clasificación de las patologías en categorías (típica del DSM y la CIE) y abogan por las clasificaciones dimensionales (ej. extraversión-introversión, neuroticismo, etc.)

- ✚ **Objetividad y experimentación:** Se centra en la conducta observable y medible y en las relaciones entre esta conducta del sujeto y el ambiente.
- ✚ **Rechazo del concepto de enfermedad:** Los síntomas no se deben a causas inconscientes ni son la expresión manifiesta de un problema interno si no que se debe a un proceso de condicionamiento (se ha aprendido).
- ✚ **Interés para contrastar los postulados:** Mediante la construcción de variables que pueda ser definidas operacionalmente, para que las hipótesis puedan ser contrastadas de manera experimental.

C) MODELO COGNITIVO:

- ✚ **Influencia de las cogniciones en el comportamiento humano:** No son los acontecimientos los que determinan la conducta y nuestras emociones si no la manera de interpretar esos acontecimientos y nuestras expectativas al respecto.
- ✚ **La conducta desadaptada es producto de nuestra manera** (sesgada) **de percibir** el mundo, a las personas y a nosotros mismos (ej. creencias distorsionadas sobre algo, maneras erróneas de afrontar los problemas, procesar determinada información en detrimento de otra, etc).
- ✚ **Concepción de organismo activo:** Sujeto elabora, procesa, maneja información, la distorsiona.
- ✚ **El objetivo de la psicopatología** debe ser analizar esas creencias y pensamientos erróneos y distorsionados que causan el problema (ej. alguien que tiene ansiedad cree y percibe el mundo como amenazante por tanto se preocupa constantemente por ello).
- ✚ **El objeto de la psicopatología no** debe ser la conducta si no los procesos de conocimiento subyacentes a la misma (atención, percepción, pensamiento, memoria, emoción y motivación).
- ✚ **Continuidad entre la conducta normal y anormal** (cuestión de grado).

D) MODELO HUMANISTA

- ✚ Se centra en la **persona**, en su **experiencia interior** y en el **significado subjetivo de la experiencia**
- ✚ **El hombre es un ser activo**, tiene capacidad de elección y es intencional en los propósitos.

- ✚ El objetivo de todo ser humano es alcanzar la autorrealización, pero cuando una “piedra” (ej. estrés, traumas infantiles, conflictos de pareja, etc) aparece en su camino y dificulta que consiga esa autorrealización surge la psicopatología.
- ✚ El sufrimiento psíquico es una señal, no un síntoma. Debemos y aprender de la experiencia (por mala que sea), aceptarla y utilizarla en beneficio propio, para mejorar y tirar hacia delante, madurar. Si no lo hacemos, nos bloqueamos y surge el problema.
- ✚ La disfuncionalidad suele expresarse por la incongruencia entre el autoconcepto (imagen que tenemos de nosotros mismos) y la experiencia (como realmente estamos funcionando); Ej. chica se está sacando la carrera con sobresalientes, pero como de niña le decían que no valía para estudiar, atribuye su éxito a la suerte y no cree en su capacidad.

D) MODELO SISTÉMICO

- ✚ La unidad de análisis (y por tanto el “paciente”) es la familia, aunque sea sólo uno de los miembros quien posea el síntoma.
- ✚ La familia es un sistema:

- **Abierto:** Las reglas que rigen la familia son distintas a las que rigen el comportamiento de cada uno de los sujetos que la conforman.

Hay disfunción cuando→ las reglas del grupo se identifican con las del miembro pues no se permite la expresión individual de cada miembro ni el intercambio de información que el grupo hace con el exterior.

- **Estructurado:** Tiene sus reglas y relaciones (obligaciones y privilegios) prescritas de cada miembro.

Hay disfunción cuando→ No hay reglas claras, son arbitrarias e impuestas por uno de los miembros o cuando aparece triangulación (problemas entre dos miembros que acaban involucrando a un tercero: ej. padres involucran a hijo).

- **Interdependiente:** Todos los miembros se influyen mutuamente.
- **Autoregulado:** El grupo tiende al homeostasis (equilibrio) con el fin de mantenerse unido, de manera que cualquier cambio (aunque éste sea positivo o necesario) se intenta neutralizar.

Hay disfunción cuando→ Uno de los miembros trata de modificar esas reglas de interacción familiares o cuando no hay suficiente adaptación al cambio (ej. la familia no se adapta a situaciones nuevas como defunciones, divorcios, emancipaciones, etc.)

- **Comunicativo:** La familia está en constante comunicación verbal y no verbal (es imposible no comunicar).

Hay disfunción cuando→ La incongruencia entre los niveles de comunicación de contenido y relacional da lugar a **mensajes paradójicos**. (ej. Una madre manda a jugar a sus hijos a la habitación para que se distraigan y luego les regaña porque hacen ruido).

✚ **Teoría del doble vínculo de Bateson** (referente teórico clásico) → la que la discrepancia entre los niveles de comunicación verbal y no verbal (entre los elementos de contenido y los elementos relacionales) en el seno de una familia serían los factores propiciadores y/o mantenedores de la **esquizofrenia**.

✚ **Tipologías de familias de Fisher y Ramson** (referente teórico actual):

- Promotoras de salud → **Familia equilibrada** (flexibilidad en los procesos de transición y cambio) y **Familia tradicional** (mediante el orden, ayuda a la construcción de la identidad y transmite coherencia a sus miembros).
- Promotoras de psicopatología → **Familia desconectada** (buscan apoyo e intimidad fuera del núcleo familiar) y **familia tensa** (la hostilidad y el conflicto son las vías principales de expresión de los miembros del núcleo familiar).

E) MODELO BIOLÓGICO (BIOMÉDICO)

✚ Las enfermedades mentales son consideradas igual que el resto de enfermedades. En este la enfermedad mental se produce por un **mal funcionamiento del cerebro** que da lugar a anormalidades biológicas genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc

✚ Hay **discontinuidad** entre la normalidad y la anormalidad (enfoque categorial): Cada trastorno mental es una entidad clínica con sus síntomas, su curso, su pronóstico, su tratamiento, sus causas. Si no perteneces a ninguna de esas categorías, se supone que “no hay trastorno”.

✚ **Importancia de los antecedentes familiares** (transmisión genética) de las diferentes patologías.

✚ Sus aportes principales son el **conocimiento de las bases biológicas** subyacentes a la conducta y el uso de los **psicofármacos** como tratamiento de los trastornos mentales.

5. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA

Las clasificaciones (manuales) más utilizados actualmente son el **CIE-10** (OMS, 1992) y **DSM-IV-TR** (Apa,2001). Actualmente hay un nuevo **DSM (DSM-V)** que data del 2014.

Tanto el DSM-IV-TR y V como el CIE-10 usan un enfoque **descriptivo y categorial**.

- ✚ **Enfoque Categorial**→ No dimensional. Cada trastorno mental se asocia a una categoría con su conjunto de síntomas específicos.
- ✚ **Enfoque Descriptivo o ateórico**→ Los grupos de trastornos se agrupan por sus características clínicas semejantes y no por sus causas (etiología). (ej. siguiendo el DSM dentro de los *trastornos de la conducta alimentaria* encontramos la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa, dentro de los *trastornos psicóticos* encontramos la esquizofrenia, el trastorno delirante, el esquizoafectivo, etc)

A) CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES (MANUAL CIE-10)

- ✚ Está organizada en secciones en dónde se agrupan diferentes categorías diagnósticas con sus características clínicas y sus pautas para el diagnóstico. (Ej. dentro de los trastornos de ansiedad fóbica se encuentra la agorafobia, las fobias, el trastorno del pánico, etc).

B) EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (MANUAL DSM)

✚ El DSM-I (1952) y el DSM-II (1968)

Muy influidos por las teorías psicoanalíticas, sólo describían los trastornos a nivel global.

✚ DSM-III (1980)

Marca un antes y después en la psicopatología y en disciplinas afines suponiendo un cambio radical respecto a sus anteriores ediciones que perdurarán (en su mayoría) en las siguientes ediciones:

- Adopción de enfoque categorial y descriptivo.
- Inclusión de **criterios diagnósticos operacionales** que ayudan a tomar decisiones sobre el trastorno que tiene el paciente, facilita la investigación y aumenta la fiabilidad del instrumento.
- Se basa en un **sistema de clasificación politético**: La organización se basa en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los miembros de una categoría, sin que esto presuponga que sean totalmente homogéneos, es decir, no hace falta cumplir a rajatabla todas las características del trastorno para padecerla, siendo suficiente cumplir sólo algunas de ellas (ej. el criterio A del trastorno autista se considera presente si se dan 6 de los 12 rasgos definitorios que contiene).
- Uso de criterios diagnósticos de **inclusión** (Síntomas y signos que el paciente debe tener necesariamente para padecer el trastorno) y **exclusión** (aquellos síntomas incompatibles con ese trastorno concreto y que de presentarlos le

sacarían del diagnóstico del mismo). (ej. **inclusión:** para diagnosticar esquizofrenia el sujeto tiene que padecer como mínimo **dos** de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado si esos síntomas. **Exclusión:** si los síntomas anteriores se dan por consumo de drogas no sería esquizofrenia).

- Uso de **sistema multiaxial** (diagnóstico multiaxial) → Se usa para hacer diagnóstico en el DSM III, DSM IV y DSM IV-TR.

DSM IV (1994) y DSM-IV-TR (2000)

- Son prácticamente iguales, salvo que el IV-TR hay algunos cambios de texto en el diagnóstico. Se diferencian bastante del DSM-III:
- Se **amplía el número de trastornos** (el DSM-III-R incluía 204 y el DSM-IV, 220).
- Los **criterios diagnósticos** se hacen más **claros y precisos** y vienen acompañados de datos epidemiológicos, diagnóstico diferencial, prevalencias, etc.
- Se maximiza **las correspondencias diagnósticas** y la terminología con la **CIE-10**.

DSM V (2014) → Introduce muchos cambios respecto a sus antecesores.

- **Introducción de nuevos trastornos y categorías:** Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos, trastorno por atracón, trastorno por excoiación, trastorno de acumulación, trastorno disfórico premenstrual, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de síntomas somáticos y trastorno neurocognitivo leve, etc.

C) CRÍTICAS EN CONTRA DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

La mayoría de las críticas provienen de enfoques sociales (movimiento **antipsiquiatría**) y de un grupo de psiquiatras pertenecientes al **ICPN** (International Critical Psychiatry Network) que aluden a que los manuales:

-  Se basan en el modelo biomédico.
-  No aportan datos sobre los problemas relevantes de cada persona y la forma de resolverlos.

- ✚ Estigmatización fruto de estereotipos sociales.
- ✚ Herramienta de “control” para aquellos sectores de la población que se sale de lo que se debe considerar “normal”.
- ✚ Se basan en creencias occidentales.

D) COMENTARIOS A FAVOR:

- ✚ Aportan terminología común que facilita la comunicación interprofesional y favorece la fiabilidad.
- ✚ Sirven de base acumulativa de documentación e información sobre cada categoría clínica.
- ✚ Aportan información descriptiva de las entidades clínicas y permite hacer predicciones desde una perspectiva longitudinal.
- ✚ Suministran los conceptos básicos para realizar formulaciones teóricas.
- ✚ Facilitan la realización de estudios epidemiológicos, evaluar resultados de intervenciones y replicar estudios.
- ✚ Responden a una necesidad administrativa de tomar decisiones respecto a la gestión de ayudas o el tipo de escolarización.

E) COMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO (en función del manual)

EVALUACIÓN MULTIAXIAL comparativa: DSM-IV-TR, CIE-10 y DSM-5			
Ejes	DSM-IV-TR	CIE-10	DSM-5 (2014) Evaluación NO AXIAL
Eje 1	Trastornos clínicos	Trastornos somáticos Trastornos psiquiátricos Trastornos personalidad (incluiría eje 1, 2 y 3 de DSM-IV)	SIN EJES <i>El diagnóstico principal se cita en primer lugar, y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento</i> • Trastornos psiquiátricos • Trastornos de la personalidad • Retraso mental • Trastornos orgánicos
Eje 2	Trastornos de la personalidad, Retraso Mental, Mecanismos de defensa, Rasgos desadaptativos de personalidad	Eje discapacidad (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	Factores contextuales y psicosociales
Eje 5	EEAG (0-100)	NO TIENE	(Códigos Z de la CIE-10) Se sustituye por la (WHODAS 2.0)