

GENERALIDADES E HISTORIA DE LA ANORMALIDAD

AUTORA: DIANA PULIDO



San Marcos

Generalidades e historia de la anormalidad	3
Conceptos básicos para comprender la anormalidad	8
Teorías explicativas de la conducta anormal	9
Términos y usos generales	13
Evaluación de los trastornos mentales	16
Sistemas de clasificación y sus principales cambios	18
Clasificación de trastornos mentales según DSM-V.	23
Bibliografía	28

Generalidades e historia de la anomalidad



Comprender la diferencia entre las personas ha sido un gran interrogante que ha inquietado a la humanidad, sobre todo cuando esa diferencia se asocia al comportamiento.



Ejemplo

Hablar solo, sentirse perseguido constantemente, ver o hablar con personas que nadie más puede ver o escuchar, alteraciones y sufrimiento asociado a pensamientos, emociones y conductas que percibe desviados, episodios agresividad, tristeza y preocupación significativos.



Figura 1.

Fuente: Shutterstock/175109303

Se han establecido en diferentes culturas y momentos históricos unos cánones de normalidad (características compartidas por un gran número de personas que determinan qué es lo normativo o un comportamiento esperado y socialmente aceptado) que permiten realizar una clasificación de aquellas personas denominadas normales y anormales. En este orden de ideas los normales se entienden como sanos, equilibrados, lúcidos, buenos, con salud mental, entre otros; entre tanto, a los que se clasifican como anormales se les ha tildado de locos, tontos, atípicos, enfermos mentales, desadaptados, malos, demonios.

Es difícil trazar esa línea que divide lo normal de lo anormal, en el plano histórico los considerados anormales eran confinados a los denominados manicomios, ahora no necesariamente se institucionalizan pero si se emiten unas etiquetas denominadas **diagnósticos** que de manera más encubierta evidencian esta división entre los normales y los que no lo son, los sistemas de clasificación facilitan y dan las categorías para la asignación de dichas etiquetas.



Diagnóstico

Proceso para determinar si la manifestación de unos signos y síntomas cumplen con criterios establecidos en manuales como el DSM o el CIE para asignar una etiqueta a través de un trastorno psicológico concreto.

Pero estas etiquetas o diagnósticos tienen un impacto personal y social muy importante porque facilitan la marginación, autoestigmatización, prejuicios, discriminación y el aislamiento social, el estudio de este comportamiento anormal lo asume la psicopatología que sirve como un punto de referencia para comprender la conducta humana a través del diagnóstico, pero una persona no se puede reducir a una etiqueta diagnóstica, por tanto en este curso se identificarán otras variables además de los diagnósticos que permiten comprender la complejidad del comportamiento humano.



Lectura recomendada

Primera sección, capítulo 2.

Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto

Vassilis Kapsambelis

Dentro del grupo de los marginados se encuentran aquellos que padecen estados de locura, la que se ha concebido desde diversas perspectivas en la historia de la humanidad, uno de los sinónimos más usados para la locura era el término lunático, estas personas consideradas así no tenían esperanza de curación y por tanto eran sometidos a diferentes métodos como la tortura e incluso el asesinato de maneras inconcebibles, se les temía. A los calificados como extraños, desde explicaciones de tipo espiritual, se pensaba que estaban poseídos por espíritus malignos, sin embargo estos tratos estaban muy determinados por su posición social.



Ejemplo

A los reyes, líderes, emperadores o monarcas se les permitía realizar excentricidades que implicaban infringir daño a sus semejantes y súbditos, ejemplos de ellos (Calígula, Nerón, Hitler, entre muchos otros), aún hoy con los avances científicos que se han tenido en esta materia, en diferentes partes del mundo y más específicamente en algunas regiones del país, especialmente rurales, la noción de anormalidad como posesión de espíritus es una idea que sigue predominando en la explicación del comportamiento anormal, por tanto, siguen vigentes tratamientos como el exorcismo, la magia y hechizos para el manejo del considerado diferente.



Instrucción

En este punto invitamos a revisar el recurso de aprendizaje: línea de tiempo de la historia del estudio de la conducta anormal.

En la historia del estudio de la conducta anormal han prevalecido tres tradiciones que atribuyen unas causas y unos tratamientos específicos a este tipo de conducta, y que aún hoy siguen vigentes desde el sentido común para la explicación de los trastornos mentales, e incluso en algunas culturas por ejemplo de África aún se realizan los tratamientos que se van a describir a continuación, la sobrenatural, la biológica y la psicológica. La sobrenatural se ha entendido como una batalla entre el bien y el mal, se atribuye la conducta anormal a la influencia de astros, la luna, posesiones demoníacas, brujas o espíritus y como un castigo divino por haber actuado mal en la vida, por tanto, el tratamiento asignado consistía y aún consiste desafortunadamente en el uso de la magia, la hechicería, el exorcismo, encierros, azotes e inmersiones.



Figura 2.
Fuente: Shutterstock/725752654

Otro método usado fue la trepanación que consistía en realizar un orificio en el cráneo con la creencia de que a través de este los espíritus malignos se liberarían e incluso en la edad media la muerte en la hoguera fue un método para exterminar al que se consideraba diferente; en la biológica los trastornos son causados por desequilibrios químicos, enfermedades y herencia y fueron tratadas a través de descargas eléctricas, sangrías (uso de sanguijuelas o ventosas), caja giratoria, sillón tranquilizador, cirugía cerebral y psicofármacos.



Ejemplo

Estas explicaciones es la formulación de la terapia de los 4 humores de Hipócrates (bilis negra, bilis amarilla, sangre y bilis); y finalmente la psicológica postula que la conducta anormal es debida a alteraciones en el desarrollo psicológico y al contexto social, y fue tratada con terapia moral y psicoterapia, esta tradición es la precursora de las aproximaciones psicosociales modernas (Durand y Barlow , 2007).



Lectura recomendada

Capítulo 2, páginas 40 a la 60.

Manual de psicopatología

Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos

Otras clasificaciones del panorama histórico de la conducta anormal fueron planteadas por Belloch, Sandín y Ramos (2008) y Sarason y Sarason (2002) que incluyen el mundo occidental antiguo, la Edad Media, el Renacimiento, la edad de la razón y la reforma; sus explicaciones incluían desde la razón, el método científico hasta explicaciones demonológicas. Después del siglo XVII aparece la opción de institucionalizar a los enfermos psiquiátricos, en los llamados "manicomios" o "asilos" caracterizados por malas condiciones, y tortura a las personas que los habitaban. Uno de los psiquiatras más destacados del siglo XIX fue Philippe Pinel porque favoreció la humanización de estas instituciones al ver pacientes tratados con crueldad, encadenados y viviendo en calabozos, lo cual ayudó en la creación de hospitales de recuperación con condiciones dignas, este cambio también se realiza en América liderado por Dorotea Dix, denominado **Movimiento de higiene mental**, el cual se orientó a dar a conocer las deplorables condiciones en que se trataban a los enfermos mentales y los abusos a los que ellos eran sometidos, pero más allá de esto creó e instauró normas de cuidado que incluían a personas sin hogar, inauguró "El retiro", que se convierte en un modelo de "manicomio" en el mundo; por su tratamiento humano y moral fue reconocida y nombrada como heroína del siglo XIX. Desafortunadamente a mediados del siglo XIX este tratamiento digno decae después de la guerra civil, dado que incrementa el número de internos en los hospitales de 200 aproximadamente a 1000 o 2000 pacientes por institución.



Movimiento de higiene mental

Esfuerzo de mediados del siglo XIX para mejorar el cuidado de las personas que sufrían trastornos mentales, socializando al público los malos tratamientos (Durand y Barlow, 2007).



Instrucción

Llegados acá, es necesario realizar la actividad de aprendizaje: videopregunta, comprendiendo la historia de la psicopatología basado en el video "Historia de la psiquiatría".

Conceptos básicos para comprender la anormalidad

Sarason (2006), define la anormalidad desde la comprensión de cómo se siente ser diferente, cómo los demás interpretan esas diferencias y la forma en que la sociedad trata a los que considera diferentes. Para interpretar este concepto se tiene en cuenta el estrés, la vulnerabilidad personal y la resiliencia, esta última entendida como la capacidad de funcionar eficazmente en la adversidad y reponerse después de un suceso estresante significativo y se relaciona con los denominados factores de protección; el estrés por su parte es entendido como la valoración que realiza una persona de lo que le sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal.

Siguiendo esta línea Durand y Barlow (2007), definen la psicopatología como el campo encargado del estudio científico de los trastornos mentales; siendo los trastornos psicológicos caracterizados principalmente por una disfunción psicológica, angustia personal y respuesta atípica; estas características están implícitas en el concepto de trastorno mental emitido por la APA en el 2013 en la versión 5 del DSM:



Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Por su parte Trull y Phares (2003) definen el comportamiento anormal a través de tres aspectos: **conformidad con las normas, experiencia de una aflicción subjetiva y la presencia de discapacidad o disfunción.**

Para deducir como la historia ha entendido la anormalidad, se tendrán en cuenta sus causas, teorías y tratamientos de acuerdo con concepciones específicas, debido a la relevancia social que tiene el estudio de la anormalidad y salud mental, se han realizado gran cantidad de producciones cinematográficas que exponen todo lo relacionado con la psicopatología e intentan hacer una crítica frente al manejo que se hace con estas personas, es este escrito referenciaremos dos de ellas.

Así, el cine evidencia la concepción de la anormalidad y sus tratamientos, en la película *Niebla en agosto* un film alemán realizado en el 2016 que relata a partir de una historia real el tratamiento que se les daba a los considerados diferentes, este tratamiento era el programa de eutanasia del régimen nazi donde se les dio muerte de manera sistemática entre 1939 y 1944 a más de 200.000 personas que estaban internadas en centros psiquiátricos de Alemania.



Figura 3. Película Niebla en agosto
Fuente: <https://www.filmaffinity.com/co/film851887.html>

Otra película que permite evidenciar la concepción de anormalidad es *Hombre mirando al sudeste* realizada en 1986, que muestra la discusión en torno a atribuciones causales de tipo espiritual, poderes sobrenaturales y la concepción científica, hace un llamado al trato digno y respetuoso de las personas con enfermedades mentales. Siendo así, *Niebla en agosto* muestra cómo se afecta el trato al considerado diferente desde la concepción política y social, mientras *Hombre mirando al sudeste*, evidencia desde una mirada más individual el trato dado por el profesional a aquel que se considera anormal.

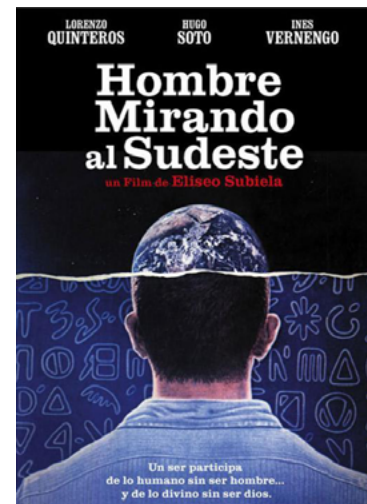


Figura 4. Película Hombre mirando al sudeste
Fuente: <https://www.filmaffinity.com/co/film271887.html>

Teorías explicativas de la conducta anormal

Hay siete perspectivas que explican definición, causas y tratamiento de la conducta anormal, estas son: biológica, psicodinámica, conductista, cognitiva, cultural comunitaria, humanista existencial, y el enfoque interaccional.

1. La perspectiva biológica asume una etiología orgánica, es decir concibe las perturbaciones de tipo orgánico como las causas de la anormalidad.



Ejemplo

Los defectos genéticos, las lesiones o infecciones antes o después del nacimiento o disfunciones fisiológicas, la evaluación incluye neuroimagenología y pruebas genéticas y el tratamiento está centrado en la administración de psicofármacos y la terapia genética.



Figura 5.

Fuente: Shutterstock/542467492

Esta perspectiva es muy abordada por los psiquiatras quienes a diferencia de los psicólogos tienen las competencias y formación para formular psicofármacos como herramienta de tratamiento en la enfermedad mental; las enfermedades que han tenido una explicación significativa desde esta perspectiva son la esquizofrenia, la depresión y la discapacidad cognitiva.



Lectura recomendada

Capítulo 1.

Psicopatología clínica: adaptado al DSM-5

Margarita Ortiz Tallo

2. Por su parte, la perspectiva psicodinámica atribuye las causas de la anormalidad a conflictos intrapsíquicos y experiencias traumáticas tempranas, los tres conceptos que emplea para la explicación de la conducta son el Ello, Yo y Superyó que van desde la inmadurez y el descontrol hasta la madurez y el control representado por el Superyó, estos conceptos constituyen el aparato psíquico postulado por Freud. Evalúa lo que contiene el subconsciente y las defensas psicológicas que posea el individuo, el tratamiento usa técnicas de hipnosis y asociación libre empleado principalmente para la comprensión de los trastornos de ansiedad y la histeria.

3. La tercera perspectiva la conductista, centra su atención en la conducta como respuesta a los estímulos, aduce el determinismo del ambiente en la conducta desadaptada, usa tres teorías para sustentar su postura: el condicionamiento clásico, el operante y la teoría del aprendizaje social; el tratamiento tiene como objetivo modificar tipos concretos de comportamientos a través de técnicas como la desensibilización sistemática, programas de refuerzos, modelamiento, moldeamiento, entre otros, los trastornos que se relacionan con esta perspectiva incluyen fobias, ansiedad y trastornos de comportamiento.

Es importante resaltar la terapia de exposición y su amplio uso para el manejo de fobias, la cual ha mostrado alta efectividad, incluso más que la desensibilización sistemática que, según estudios, no ha mostrado efectos duraderos en el tiempo.

4. En este orden de ideas la perspectiva cognitiva identifica la forma en la cual las personas adquieren, procesan e interpretan la información y la usan para solucionar de manera efectiva sus problemas cotidianos teniendo en cuenta los esquemas particulares que cada individuo ha desarrollado y conceptos como pensamientos irracionales y disfuncionales, por tanto el objetivo del tratamiento es facilitar que el individuo interprete el mundo, a otros y a sí mismo de una manera más funcional, real y adaptativa, que disminuya de manera significativa su malestar y sufrimiento. Los trastornos en los que ha tenido mayor impacto son los de personalidad, ansiedad y depresión.

5. La perspectiva cultural comunitaria por su parte atribuye las causas de la conducta anormal a factores comunitarios como la pobreza, marginalidad y en general a fallas del sistema de apoyo social para proveer un entorno saludable al individuo; su tratamiento se enfoca en la realización de programas de corte preventivo a fin de mitigar los riesgos psicosociales, como proyectos escolares y comunitarios, centros día y grupos de apoyo, esta perspectiva es especialmente usada para la comprensión de trastornos como la esquizofrenia y fenómenos como la discriminación.

6. La sexta perspectiva es la humanista existencial que enfatiza en la autorrealización como fin último del ser humano, siendo desestabilizadores de esta, alteraciones en la libertad y toma de decisiones, centra su evaluación en valores, significados y propósitos, sentimientos del paciente y objetivos personales, en esta línea el tratamiento se enfoca en la aceptación total de otro, introspección, búsqueda de significado existencial y autorrealización, principios aplicados en trastornos de ansiedad, neurosis y psicosis.

7. Y finalmente, la perspectiva interaccional que básicamente retoma aspectos relevantes de cada una de las seis perspectivas expuestas a fin de identificar vulnerabilidades personales y factores de resiliencia; concibe la conducta desadaptada como el resultado de tres procesos desequilibrados a nivel del cuerpo, funcionamiento psicológico y ambiente social.



Instrucción

Con el fin de reforzar estos siete enfoques invitamos a revisar el Recurso de aprendizaje: infografía, perspectivas teóricas en psicopatología.

Algunas de estas perspectivas constituyen los principales modelos teóricos de la psicopatología, tal como lo resume Belloch, Sandín y Ramos (2008) son 8 modelos, a saber:

El modelo de enfermedad indica que la etiología de la psicopatología es de tipo somático, por tanto concibe al hombre como una máquina compleja fisicoquímica con algunos componentes defectuosos;

El modelo constitucional atribuye causas de tipo somático-organísmica es decir, el impacto de lo innato desde el concepto de temperamento y biotipos, se percibe como un todo;

El psicodinámico coincide en la explicación dada de la atribución etiológica a conflictos psicológicos inconscientes y busca el insight como tratamiento;

El evolucionista indica como causas, alteraciones en el proceso de maduración o regresión en el desarrollo;

El conductista atribuye las causas al aprendizaje de hábitos inadecuados usando el condicionamiento clásico y operante como principios en la terapia de la conducta;

El cognitivo hace alusión a estrategias de afrontamiento y esquemas disfuncionales o ineficaces, ser humano como procesador de información;

El macrosocial relaciona la desintegración social o conflicto social como origen de la psicopatología;

Y finalmente el microsicial a alteraciones en pequeños grupos en relaciones interpersonales.

Figura 6.
Fuente: propia

Términos y usos generales

Una vez se ha realizado un esbozo de las principales perspectivas que intentan comprender la conducta anormal o también denominada conducta desadaptada, en este párrafo se describirán este tipo de conceptos para su mayor comprensión. Cuando se hace referencia a anormalidad, conducta inadaptada, en locura o trastornos mentales se tiene el imaginario de que las personas que tienen una enfermedad mental habitan centros psiquiátricos, sin embargo, de los problemas cotidianos de las personas y la capacidad que se tiene para enfrentar estos, pueden derivarse dificultades de salud mental que suelen proceder de eventos vitales estresantes como: rupturas afectivas, conflictos de pareja y con hijos, dificultades de adaptación en el colegio, universidad, trabajo, muerte de personas significativas, fracasos, enfermedades crónicas, entre otros (Echeburúa, Salaberría y Cruz, 2014).

Al respecto es necesario comprender las implicaciones del término adaptación que hace referencia a la capacidad o incapacidad de cambiar su conducta como respuesta a los requerimientos de un ambiente en constante variación, esta adaptación se trabaja desde dos variables que son: las características personales y la naturaleza de las situaciones.



Ejemplo

Frente a la muerte de un padre por un accidente de tránsito o por enfermedad crónica (naturaleza de las situaciones) el hijo dependiendo de la causa de muerte, pero también de sus experiencias en el afrontamiento de otras muertes o situaciones de pérdida, de las interpretaciones que haga del evento y de sus habilidades (características personales) dependerá su nivel de adaptación a la pérdida. La adaptación actualmente desde la perspectiva de Darwin y teniendo en cuenta los avances en la humanidad que garantizan la supervivencia y reproducción, se centra especialmente en los estándares de calidad de vida y felicidad.

Las demandas terapéuticas han cambiado recientemente asociadas a la intolerancia, al sufrimiento e insatisfacción, no constituyen un trastorno mental, la pérdida de un ser querido, rupturas de pareja, conflictos familiares, estrés laboral; estos han sido integrados en la clasificación de trastorno adaptativos como una forma de psicopatología de la vida cotidiana. Estas demandas terapéuticas se relacionan con cambios sociales con tendencias individualistas, de aislamiento y de falta de apoyo social en donde impera la soledad y la incomunicación. La presencia de la conducta desadaptada implica un problema, incapacidad, genera preocupación y afecta su entorno, genera también estigma que desde el punto de vista interno se denomina autoestigmatización y desde el punto de vista externo se denomina discriminación o prejuicio.



Lectura recomendada

Capítulo 1, páginas 9 a la 21.

La salud mental en el mundo de hoy

Javier Cabanyes Truffino

En este orden, es importante hacer referencia al concepto de vulnerabilidad que indica la probabilidad de responder de manera inadecuada ante ciertas situaciones, también se relaciona con condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos mentales; condiciones denominadas factores de riesgo.



Ejemplo

Como por ejemplo susceptibilidad genética, abandono, maltrato y negligencia en la infancia, presencia de psicopatología en los padres, tensión marital, divorcio, pobreza, acceso limitado a servicios sociales y de salud, discriminación, déficit en habilidades sociales, bajo coeficiente intelectual, entre otros (Cova, 2004).



Figura 7.
Fuente: Shutterstock/121428757

En contraposición la presencia de factores protectores disminuiría la probabilidad de desarrollar un trastorno mental después de un evento vital estresante. Para concretar cómo se relacionan estos factores en el desarrollo de trastornos mentales Sarason y Sarason (2002), describieron que a menor edad, nivel educativo, ingresos económicos, apoyo social y coeficiente intelectual hay más probabilidad de desarrollar trastornos mentales asociados a ser soltero y sentirse insatisfecho con sus relaciones sociales.

Específicamente, la psicopatología es el estudio de los trastornos mentales. Para los psicólogos es necesario conocerlos y comprenderlos no solo desde los sistemas de clasificación tradicionales, sino desde una mirada más integral, esta mirada la da el enfoque biopsicosocial que reconoce la complejidad del ser humano desde tres dimensiones distintas (**biológica, psicológica y social**), que trasciende la asignación de una etiqueta; los

síntomas se desarrollan como respuesta a la interacción entre genes y estresores de tipo ambiental, lo cual permite concluir que **las causas de los trastornos mentales son complejas e interactivas**. Y también es relevante según Paris (2010) reconocer el papel que ha jugado la cultura en la concepción del que se considera diferente, siendo la cultura un **conjunto de valores y normas que influyen y determinan formas de vida y conductas socialmente esperadas** en un grupo particular y en determinados momentos históricos.



Ejemplo

Es el impacto que ha tenido el consumismo en la forma de vida actual, dado que tener más posesiones o estatus significa ser más, ahora la inmersión de la tecnología en nuestras formas de socialización a determinado el desarrollo o mejor el déficit en el desarrollo de habilidades sociales que permiten una mejor adaptación al grupo social de referencia, ejemplo de ello es la incapacidad de controlar su uso, aun cuando esté en riesgo sus relaciones sociales en el ámbito laboral y familiar, adicción, pérdida de intimidad, aislamiento, ansiedad, entre otros (Echeburúa y Paz, 2010).

Finalmente, para relacionar la psicopatología y la cultura se hará mención al término patología contemporánea en la cual la presencia de casinos creó e incrementó el desarrollo de la ludopatía que es básicamente la adicción al juego; o ideales de belleza y delgadez muy rígidos contribuyeron al desarrollo de cuadros patológicos como la bulimia y la anorexia.



Figura 8.

Fuente: Shutterstock/228877129

En resumen, la psicopatología no se basa en un único criterio para diagnosticar, se requiere un modelo multimétodo, multidimensional y multifuente para comprender su complejidad, la psicopatología requiere de condicionantes contextuales para determinar lo que se juzga como normal.

Ahora es importante comprender otras variables que se relacionan y mantienen los diagnósticos, variables como: identificar la utilidad adaptativa de esas estrategias y sus ganancias secundarias, identificar como altera el desarrollo individual y social, y en general diferentes niveles de funcionamiento, ahora, la presencia de psicopatología no significa necesariamente ausencia de salud mental (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Evaluación de los trastornos mentales

La evaluación que se realiza de los trastornos es a través de diagnóstico y tiene dos enfoques: el categorial y el dimensional, los cuales son básicos en los principales sistemas de clasificación de la psicopatología y definen las reglas que orientan el análisis, definen atributos clínicos. El enfoque categorial es útil para la práctica clínica porque establece de forma binaria la presencia o ausencia de un criterio diagnóstico que conduciría a un trastorno mental en particular, es propio de la herencia médica; mientras que el enfoque dimensional clasifica las manifestaciones clínicas basándose en clasificación de atributos, que se distribuyen de forma continua y no ostenta límites precisos, desde un paradigma psicosocial (Sandín, 2013).



Lectura recomendada

Capítulo 1, páginas 1 a la 15.

DSM-5: guía para el diagnóstico clínico

James Morrison

Estos enfoques presentan pros y contras, el categorial tiene como ventajas que es fácil y ágil para su utilización, une elementos distintos de una manera simple y coordinada, estas categorías son un estándar para los clínicos, tienen altos niveles de confiabilidad y permite tomar fácilmente decisiones clínicas, también facilitan el trabajo interdisciplinario.



Ejemplo

Con la rama de la psiquiatría; las principales desventajas de este enfoque se relacionan con la dificultad de reducir a los pacientes a una categoría diagnóstica, riesgo de realizar diagnósticos mecánicos, límites arbitrarios entre normalidad y anormalidad y una alta presencia de casos atípicos.



Figura 9.

Fuente: Shutterstock/361690946

El enfoque dimensional por su parte tiene una mayor capacidad de discriminar diferencias entre los individuos, permite tener un panorama más amplio de los casos, no hay puntos de corte arbitrarios y mejor monitorización de los cambios en el tiempo; sus desventajas tienen que ver con el desacuerdo de los clínicos de las dimensiones a utilizar, excesiva complejidad en la cotidianidad y dificultad en comunicación práctica y sencilla entre profesionales (Simonsen, 2010).



Figura 10.
Fuente: Shutterstock/526087603

El término diagnóstico que tanto se ha mencionado, permite dar la conclusión de la naturaleza de un problema, así como identificar y clasificar una condición clínica, es útil en la clasificación y asignación de tratamientos, facilita la comunicación entre clínicos y permite predecir curso y resultado del trastorno. Parte de la taxonomía que es indispensable para el avance científico (Sarason y Sarason, 2002). Los principales sistemas de clasificación de la psicopatología son el DSM que significa Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, creado por la Asociación Americana de Psiquiatría en Estados Unidos en el año 1953 utilizado principalmente por médicos y psiquiatras y el CIE que significa Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud creado por la Organización Mundial de la Salud hacia 1983 en España, utilizado por diversos profesionales de la salud. Estos sistemas permiten la organización sistemática de conceptos que describen trastornos mentales, incluye el sistema alfanumérico que facilita la comunicación entre profesionales y permite la investigación; es básico para la teoría de la psicopatología y tiene atribuciones predictivas y de descripción (Flanagan y Blashfield, 2010).

Sistemas de clasificación y sus principales cambios

A esta fecha las recientes publicaciones de estos sistemas de clasificación son el DSM la versión 5 y en el CIE la versión 10, ambos utilizan códigos alfanuméricos para clasificar los trastornos y permiten la evaluación de unos criterios que si se cumplen en número y tiempo de evolución favorecen la asignación de una etiqueta diagnóstica.

A continuación, se describirán los principales cambios y avances que ha presentado las versiones del DSM.

1. El DSM-I se crea en 1952 con un total de 106 trastornos incluidos con un aproximado de 130 páginas;
2. El DSM-II se crea en 1968 con un total de 137 trastornos incluidos con un aproximado de 135 páginas; el DSM-III se crea en 1980 con un total de 182 trastornos incluidos con un aproximado de 494 páginas;
3. El DSM-III-R se crea en 1987 con un total de 204 trastornos incluidos con un aproximado de 567 páginas, el DSM-IV se crea en 1994 con un total de 220 trastornos incluidos con un aproximado de 886 páginas;
4. Finalmente el DSM-V se crea en 2013 con un total de 216 trastornos incluidos con un aproximado de 947 páginas.

Después de tener una panorámica de los cambios cuantitativos de las diferentes versiones, se realizará una identificación de los cambios más significativos desde un mayor nivel de explicación, las dos primeras versiones se basaron en el enfoque dimensional, por lo cual la inclusión del enfoque categorial en la versión tres dio un estatus médico a este sistema de clasificación basado en síntomas y permitió su difusión, uso y popularización del conocimiento científico en la comprensión de los trastornos mentales.

Por su parte la versión 4 mejoró de manera significativa los criterios diagnósticos y sus respectivas descripciones, siendo estos más precisos, consistentes, claros y descriptivos; el principal aporte de esta versión es el sistema de clasificación multiaxial que sirve para resumir información diversa importante para el caso de un individuo, más que ofrecer una simple etiqueta, Millon (2010) describe que los modelos multiaxiales permiten alinear factores relevantes que dan luces sobre la naturaleza de determinada condición clínica, además de permitir la inclusión de información diversa y relevante para tomar decisiones de tipo clínico.

Este sistema tiene 5 ejes:

1. El eje 1 se ocupa de los trastornos clínicos y otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.
2. El eje 2 de los trastornos de personalidad y retraso mental.

3. El eje 3 de las enfermedades médicas.
4. El eje 4 de los problemas psicosociales y ambientales.
5. El eje 5 de la evaluación de la actividad global.

Una de las principales críticas al DSM-V es la eliminación de los ejes que componían la evaluación multiaxial que permitía una comprensión más amplia de trastorno mental, desde una aproximación psicosocial, el manual que actualmente se usa incluye en su creación la participación interdisciplinar, facilitar criterios de diagnóstico explícito y conciso, busca la aplicabilidad en diferentes contextos y por distintas profesiones, incluye investigación reciente sobre neurociencias, agrega criterios dimensionales a los trastornos, reconoce el carácter continuo de los trastornos y los clasifica en dimensiones o espectros relevantes a nivel clínico, discrimina las expresiones del trastorno según ciclo vital suprimiendo la separación histórica de la psicopatología del niño y la del adulto y finalmente incorpora en diferentes apartados, parámetros dimensionales en la comprensión de los trastornos mentales (Sandín, 2013).

En esta línea los modelos multiaxiales, modelos multidimensional y multinivel de diagnóstico y evaluación, según Durand y Barlow (2007), desde el modelo multidimensional, el comportamiento anormal es el resultado de múltiples factores causales interactuando estos factores son de tipo biológico, social, emocional y cognoscitiva, conductual y del desarrollo, este modelo multidimensional se puede relacionar con el principio de equifinalidad en psicopatología que sostiene que un trastorno puede tener causas diferentes en otras palabras ser multicausal, mientras que en el principio de multifinalidad, riesgos similares pueden llevar a resultados diferentes.

Una de las explicaciones que ha sido ampliamente aceptada es la interacción entre genética y ambiente, la cual sostiene que el entorno activa determinados genes los cuales alteran el funcionamiento bioquímico del cerebro. Ahora, explicaciones recientes como la de Novak (1998) centrada en los sistemas dinámicos se aplica al estudio del comportamiento humano integrando la selección natural y el aprendizaje operante durante el desarrollo humano, e incluye seis principios para su explicación, estos son: el determinismo recíproco, la no-linealidad, una organización por conjuntos, los segmentos primordiales, los parámetros de control y los estados de atracción, con relación a la anormalidad la no-linealidad hace referencia a transformaciones altamente complejas y no una simple suma de componentes, en últimas, este modelo trasciende los modelos clásicos de causalidad, ya que este nuevo modelo es menos determinado y sin altos niveles de predicción, lo cual permite una explicación acorde a la complejidad del comportamiento humano en el área de la psicopatología.



Instrucción

Una vez revisados estos contenidos invitamos a revisar el recurso de aprendizaje: animación, diagnóstico y principales sistemas de clasificación en psicopatología.

De esta explicación se generan dos modelos:

- El modelo diátesis – estrés y el modelo genes ambiente recíprocos, en el primero, el término diátesis es una condición que hace más susceptible a la persona a desarrollar un trastorno, este modelo indica que los individuos heredan tendencias a expresar ciertos rasgos o comportamientos que se pueden activar en condiciones de tensión.



Ejemplo

- Lo anterior se puede explicar a través del siguiente ejemplo: una persona con una tendencia heredada al alcoholismo, denominada vulnerabilidad, requerirá menos estrés para desencadenar el trastorno, mientras menor sea la vulnerabilidad mayor estrés o tensión requerirá para desarrollar el trastorno.
- Por otro lado, el modelo de genes ambiente recíprocos indica que las personas tendrán una tendencia determinada a nivel genético para crear factores de riesgo ambientales que desencadenan una vulnerabilidad.



Ejemplo

- Un ejemplo de este modelo es el desarrollo de la depresión en el cual las personas tenderán a buscar relaciones problemáticas u otras circunstancias que los conducen a la depresión.
- La principal contribución de esta interacción entre genética y ambiente, es una esperanza de que las manipulaciones de tipo ambiental a temprana edad pueden afectar e incluso anular la tendencia adquirida genéticamente, como en el caso de la ansiedad o la esquizofrenia las cuales con estilos de crianza efectivos y familias funcionales disminuyen su probabilidad de desarrollo, también estudios como el de Irarrázaval, Prieto y Armijo (2016), muestran como el manejo a temprana edad puede prevenir o aumentar la probabilidad de desarrollar depresión, con el desarrollo de programas que promueven la salud mental a través del entrenamiento en solución de conflictos, habilidades de toma de decisiones, promoción de estilos de vida saludables, detección de estados mentales de riesgo, prevención de situaciones de riesgo y potenciando de manera general los factores protectores.

Los principales métodos de investigación de la conducta anormal o la psicopatología han permitido realizar avances en cómo tratar y cómo prevenir los trastornos mentales, aspectos como la observación y los hechos han reemplazado a las creencias y se enfatiza en la esperanza de realizar esfuerzos de ayudar a las personas que padecen trastornos de la conducta.



Figura 11.

Fuente: <http://elpsicoasesor.com/bases-biologicas-de-la-conducta-anormal/>

Los pasos básicos del trabajo investigativo se aplican también al estudio de casos en psicopatología, estos pasos permiten especificar el tema de la manera más clara posible:

1. Revisar la literatura relevante, definir las variables relevantes, desarrollar una hipótesis específica, seleccionar una estrategia de investigación, llevar a cabo un estudio, analizar los resultados e informar los descubrimientos de la investigación.
2. Para lograr estos pasos se requiere el uso de métodos como la observación, la entrevista, autorregistros, pruebas psicológicas, historias de caso, realización de examen mental e historia clínica, entre otros.
3. Para lograr avances en esta área se ha hecho uso de estudios longitudinales (se recolectan datos de las mismas personas, evaluando más de una vez por un periodo de tiempo) y estudios transversales (evalúa a distintas personas en un único momento), con altos estándares de **confiabilidad** y **validez**.



Confiability

Consistencia de los datos a lo largo del tiempo y entre diferentes evaluadores.

Validez

Grado en que una prueba, evaluación o técnica mide lo que pretende medir.



Lectura recomendada

Capítulo 3 y 4.

Manual de psicopatología

Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos

El examen mental es una prueba preliminar del juicio del paciente e implica observación sistemática del comportamiento, algunos de los aspectos que mide este examen es la apariencia, la conciencia y actitud alerta, la conducta psicomotora, la atención y concentración, el habla, los patrones de pensamiento, la orientación, la memoria, el afecto y estado de ánimo, la energía, la percepción y el nivel de *insight*. Dentro de las pruebas que se aplican están: las pruebas de inteligencia que es la primera herramienta de evaluación psicológica utilizada en contextos escolares y clínicos y se compone a grandes rasgos de inteligencia general y habilidades específicas; las pruebas neuropsicológicas que miden las consecuencias cognitivas, sensoriomotoras y perceptuales de una anomalía cerebral e incluyen medidas de atención, pensamiento, planeación, fluidez verbal, memoria y funcionamiento motor; y la evaluación de personalidad y evaluación **conductual**.



Conductual

Observar, medir y evaluar en forma sistemática, pensamientos, emociones y conducta de una persona (Durand y Barlow, 2007).

La entrevista es la técnica principal para recopilar datos y tomar decisiones, es práctica y básica, permite la toma de decisiones, comprensión y predicción clínica y depende de la habilidad y sensibilidad del clínico.

Con el fin de desarrollar una buena entrevista clínica se requiere de unos mínimos relacionados con empatía, el establecimiento de una relación funcional entre clínico y paciente, proporcionar una atmósfera confortable y de comprensión mutua, mostrar una actitud de aceptación, comprensión y respeto, no prejuzgar al cliente o paciente y establecer un ambiente de confianza, respeto, franqueza mutua y tolerancia. En el marco de la entrevista se deben controlar en lo posible variables asociadas al inicio de sesión con el fin de minimizar ansiedad por parte del entrevistado y del entrevistador, uso de lenguaje apropiado, uso de preguntas que faciliten el flujo de la información, el manejo de los silencios, la capacidad de escucha, y los valores y antecedentes de clínico, así como el impacto de su atuendo y forma de comportarse en la entrevista.

Otro aspecto relevante en la identificación del caso, es la entrevista a terceros que va a permitir tener una mirada más objetiva del consultante y es una fuente de evaluación indispensable para el diagnóstico y por ende para el tratamiento.

Los dos diseños metodológicos que adopta la psicopatología que permiten avances en la investigación psicopatológica son el correlacional y el cuasi-experimental, estos incluyen dos niveles de análisis como principales objetivos de la psicopatología, el descriptivo y el explicativo, el primero permite describir y explicar la conducta patológica y el segundo conocer las causas de la conducta anormal, a fin de obtener mejores resultados las investigaciones incluyen sujetos clínicos y no clínicos, y se realizan experimentos con humanos y animales (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Dentro de los aspectos clínicos que es importante precisar se encuentran los conceptos signos y síntomas, signos son todos aquellos cambios en estado o función relativamente objetivos que indican la presencia de un evento clínico.



Ejemplo

Son los marcadores biofísicos y actos de tipo comportamental; los síntomas son esencialmente subjetivos, ya que son recogidos de la información dada por el paciente y se basan en experiencias (Millon, 2010).

Estos términos son centrales en el proceso diagnóstico, una de las clasificaciones más aceptadas es la que discrimina la psicopatología infantil de la de adultos, este curso tendrá en cuenta esta clasificación. En síntesis, la psicopatología es multicausal y tiene en cuenta variables predisponentes que son de tipo individual y contextual y permiten evidenciar factores de vulnerabilidad que facilitan la aparición de un trastorno, como herencia, problemas prenatales, perinatales y postnatales, pautas de crianza, historia personal, modelamiento; precipitantes eventos vitales estresantes de tipo psicosocial; y mantenedores que permiten la presencia del trastorno.

Clasificación de trastornos mentales según DSM-V

Estos aspectos clínicos están implícitos en los trastornos mentales, en este apartado del texto se realizará una conceptualización de los principales trastornos mentales existentes en la versión 5 del DSM, es importante identificar conceptos claves que se manejan dentro del DSM como el curso, el inicio, el pronóstico, la prevalencia con el fin de comprender mejor los trastornos y el planteamiento de los tratamientos para estos.

Además, estos conceptos permiten comprender:

- Cuando es más probable que inicie la presentación de síntomas de un trastorno en particular.
- Cuál va a ser desarrollo en el individuo.
- Si hay posibilidades de que el tratamiento sea efectivo y disminuya de manera significativa su malestar.
- Que se ha encontrado en la investigación en términos de la frecuencia de presentación de los casos en la población.

Aunque los signos y síntomas son específicos de una enfermedad mental particular, la mayor parte de estos criterios son inespecíficos, lo cual puede conducir a que una mala interpretación de estos conduzca a un diagnóstico errado.

Esta versión del DSM intenta mayor precisión y contribuir a un juicio clínico más elaborado, incluyendo avances científicos en neurociencias, eliminando el sistema multiaxial, integrando explicaciones de tipo temperamental y de desarrollo, y cambiando la agrupación de los trastornos de edad de inicio habitual a agrupación en función de la patología en común y fenomenología, agrupan los trastornos según la presencia de factores como **externalizantes** o **internalizantes**.

De manera específica el DSM-V presenta los trastornos mentales en el siguiente orden:

1. Trastornos del neurodesarrollo (discapacidad intelectual, trastorno de espectro autista, trastornos de la comunicación, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores, trastornos de TIC).
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo de la personalidad, trastorno delirante, trastorno psicótico breve).
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico).
4. Trastornos depresivos (trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente o distimia, trastorno disfórico premenstrual).



Externalizantes

Los niños se comportan de formas que asombran, interfieren con, o crean problemas para otras personas (Sarason y Sarason, 2002).

Internalizantes

También denominados interiorizados, son un grupo de trastornos de la infancia caracterizados por una actividad menos abierta que las actividades cognitivas que se componen de preocupaciones y pensamientos alterados, los niños tienen mayor probabilidad de enfocarse en sí mismos y sentirse inadecuados o sin valor (Sarason y Sarason, 2002).

5. Trastornos de ansiedad (por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, otros trastornos de ansiedad).
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados (trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, tricotilomanía, trastorno de escoriación).
7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (trastorno de estrés postraumático, trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación).
8. Trastornos disociativos (trastorno de identidad disociativo, amnesia disociativa, trastorno de despersonalización/desrealización).
9. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (trastornos de síntomas somáticos, trastornos de ansiedad por enfermedad, trastornos de conversión, trastorno facticio).
10. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones).
11. Trastornos de la excreción (enuresis, encopresis).
12. Trastornos de sueño-vigilia (trastorno de insomnio, trastorno por hipersomnias, narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, parasomnias).
13. Disfunciones sexuales (eyaculación retardada, trastorno eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno de interés/excitación sexual femenino, trastorno de dolor génito-pélvico, trastorno de deseo sexual hipactivo en el varón, eyaculación prematura).
14. Disforia de género, trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la conducta, trastorno de personalidad antisocial, piromanía, cleptomanía).
15. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (trastornos relacionados con el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, con los inhalantes, los opiáceos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias).
16. Trastornos neurocognitivos (delirium, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno neurocognitivo leve).
17. Trastornos parafilicos (voyerismo, exhibicionismo, froteurismo, masoquismo sexual, sadismo sexual, pedofilia, fetichismo, travestismo), esta es la clasificación de trastornos mentales básica en psicopatología dada por el DSM-V (APA, 2013).



Lectura recomendada

DSM-5: guía para el diagnóstico clínico

James Morrison

Desde el punto de vista dimensional el grupo científico que elaboró el DSM-V, la APA (2015) avala los diez trastornos de personalidad existentes en el DSM-IV, sin embargo, desde el punto de vista categorial avaló solo 6 de estos diez trastornos, a saber:

1. Antisocial.
2. Evitativo.
3. Límite.
4. Narcisista.
5. Obsesivo compulsivo.
6. Esquizotípico.

Conserva la clasificación de trastornos de este tipo por Cluster, el tipo A incluye personas consideradas excéntricas o extrañas y están los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica; el B a personas teatrales, dramáticas y erráticas, están los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico, narcisista; por su parte el grupo C centra su atención en personas temerosas o ansiosa y se compone de los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo.

Esta versión del DSM da criterios a través de la escala de nivel de funcionamiento de la personalidad que incluyen cinco niveles del deterioro del funcionamiento que oscilan entre 0 que indica deterioro escaso o nulo, hasta 4 que indica deterioro extremo.

Esta evaluación de tipo dimensional tiene como fin orientar la planeación del tratamiento e influir en el pronóstico; esta escala mide la capacidad de funcionamiento tanto personal como interpersonal:

1. Para ello desde el punto de vista personal también denominada *self*, evalúa:
 - Identidad (nivel de conciencia de sí mismo, establecimiento de límites, autoestima y regulación emocional).
 - Autodirección (metas coherentes con su realidad y capacidades, estándares de comportamiento realistas, construcción de significados).
2. Mientras que desde lo interpersonal evalúa:
 - Empatía (comprende de manera precisa experiencias y motivaciones de otros, es asertivo, conciencia de sus acciones en otros).

- Intimidad (relaciones múltiples, satisfactorias y duraderas con su entorno, participa de relaciones recíprocas, de cooperación y cercanas).
3. Además, se crea un formulario de clasificación de rasgos de personalidad evaluado con respuestas tipo *Likert* de 0 a 3, evalúa 5 rasgos que son el afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición/compulsión y psicoticismo.

Lo anterior sustenta la dimensionalidad propia de esta nueva versión del DSM-V, a continuación, se abordarán dos de los trastornos mentales con mayor prevalencia, estos son la depresión y la ansiedad, enfatizando explicaciones de tipo científico en su comprensión. En el caso de los trastornos de ansiedad, David Barlow uno de los autores más relevantes en la comprensión de la ansiedad, establece algunas definiciones como la ansiedad, el temor y el pánico. La ansiedad es definida como un estado de ánimo negativo que se caracteriza por la presencia de síntomas corporales como la tensión física y aprensión o preocupación acerca del futuro por la imposibilidad de predecir o controlar sucesos próximos, la ansiedad en baja intensidad permite impulsar y mejorar el desempeño físico e intelectual; el temor es una reacción de alarma ante el peligro que activa el mecanismo de lucha o huida; finalmente el pánico se produce como una respuesta a falsas alarmas, es una experiencia abrupta de malestar acentuado y temor intenso acompañados por síntomas físicos (Durand y Barlow, 2007).



Instrucción

Para finalizar recordamos realizar la Actividad evaluativa del eje 1: tarea, análisis de perspectivas teóricas sobre la conducta anormal desde un caso aplicado.

American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, Estados Unidos: APA.

American Psychiatric Association. (APA). (2015). *Guía de consulta del DSM-5 para el examen diagnóstico*. España: Editorial Medica Panamericana

Belloch, A., Sandín B., y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid, España: Isabel Capella.

Cova, Félix. (2004). La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una Mirada Procesual. *Revista de Psicología*, (13), 93-101.

Durand, V., y Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson Editores S.A.

Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.

Echeburúa, E, y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 91-95.

Flanagan, E., y Blashfield, R. (2010). Increasing clinical utility by aligning the DSM and ICD with clinicians' conceptualizations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 474.

Irarrázaval, M., Prieto, F., y Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.

Millon, T., y Simonsen, E. (2010). A précis of psychopathological history. *En Contemporary Directions in Psychopathology*. Millon, T., Simonsen, E., y Krueger, R. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.

Novak, G. (1998). A behavioral system theory of development. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 24(2), 181-196.

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286.

Sarason, I. y Sarason, B. (2002). *Psicología anormal*. México: Prentice Hall.

Simonsen, E. (2010). The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology. *En Contemporary Directions in Psychopathology*. Millon, T., Simonsen, E., y Krueger, R. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.

Trull, T., y Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Cengage Learning Editores.



www.usanmarcos.ac.cr

San José, Costa Rica