

Pc¹

6^a

ed



Manual de
**Psicología
Clínica I**

APIR

Dirección editorial López Frutos, Alicia
Campos Pavón, Jaime
Suárez Barrientos, Aida
Tajima Pozo, Kazuhiro

MANUAL APIR
PSICOLOGÍA CLÍNICA (TOMO I)
6.ª edición - Marzo 2024

ISBN
978-84-19592-06-4

DEPÓSITO LEGAL
M-41206-2016

ACADEMIA DE PREPARACIÓN PIR, S.L.
www.academiapir.com
admin@academiapir.com

APIR es una marca registrada de la **Academia de Preparación PIR S.L.**

MAQUETACIÓN
Equipo de Diseño y Maquetación AMIR

DISEÑO E ILUSTRACIONES
Equipo de Diseño y Maquetación AMIR

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.



Este manual ha sido impreso con papel ecológico, sostenible y libre de cloro, y ha sido certificado según los estándares del FSC (*Forest Stewardship Council*) y del PEFC (*Programme for the Endorsement of Forest Certification*).



Tema 1

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Autores: Beatriz Torres Pardo, Laura Quiles Higuero, María Soriano Medina, Pablo Rodríguez López, Ana Carrasco Flores, Alejandro Román Massé.

1.1. Clasificaciones internacionales

La nueva edición DSM, el DSM 5, introduce cambios en la conceptualización de los trastornos psicóticos más como un espectro dimensional (y no categorial).

Como vemos en la **tabla 1**, el DSM 5 incluye al Trastorno Esquizotípico en este capítulo, al igual que hace la CIE.

Los principales cambios que introduce el DSM 5 con respecto a la versión anterior, se recogen en la **tabla 2**. Los criterios diagnósticos de los trastornos incluidos en este capítulo del DSM 5 apenas varían con respecto a los establecidos en el DSM-IV-TR. La **catatonía** pasa a ser un **especificador aplicable a cualquier trastorno** recogido en el DSM 5 y aparece el **especificador de Gravedad** (ver **tablas 3 y 4**).

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5

- Desaparecen:
 - Los 5 subtipos de esquizofrenia propuestos en el DSM-IV-TR.
 - El Trastorno Psicótico Compartido.
- Se añaden especificadores de:
 - Gravedad: la gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis, tales como: delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).
 - Catatonía.
- El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad se incluye en la categoría de Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia, aunque sus criterios diagnósticos se ubican en la categoría de Trastornos de la Personalidad.
(AVISO: abordaremos este trastorno en el capítulo de Trastornos de la personalidad, en el Manual de Psicología Clínica 2)
- Los criterios diagnósticos de los trastornos que se mantienen apenas sufren variaciones en DSM 5, a excepción de pequeños matices en el Criterio A de los diagnósticos de Esquizofrenia y Trastorno Delirante.

Tabla 2. Principales cambios DSM 5.

CATATONIA ASOCIADA A OTRO TRASTORNO MENTAL (ESPECIFICADOR CON CATATONIA) (DSM 5) (PIR 19, 149)

El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los síntomas siguientes:

1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno).
2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
3. Flexibilidad cérea (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa [excluir si hay afasia confirmada]).
5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).
7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).
8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos hacia un objetivo).
9. Agitación, no influida por estímulos externos.
10. Muecas.
11. Ecolalia (es decir, imitación del habla de otra persona).
12. Ecopraxia (es decir, imitación de los movimientos de otra persona).

Tabla 3. Catatonía asociada a otro trastorno mental (Especificador Con Catatonía) (DSM 5).

ESPECIFICADOR DE GRAVEDAD

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica según una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que incluye: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos.

Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).

Tabla 4. Especificador de gravedad (DSM 5).

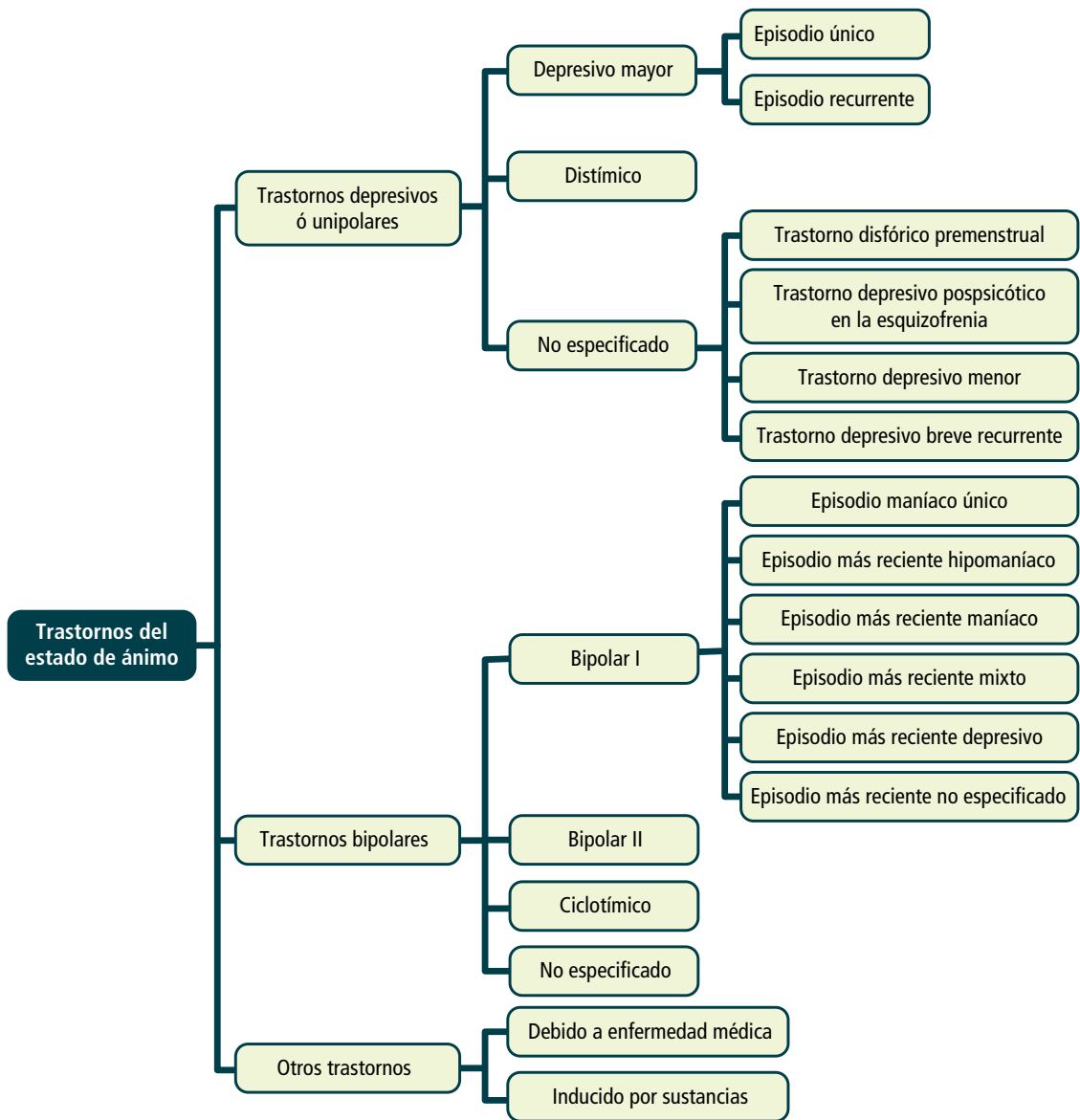


Figura 1. Esquema-resumen de Trastornos del estado de ánimo en el DSM-IV-TR.

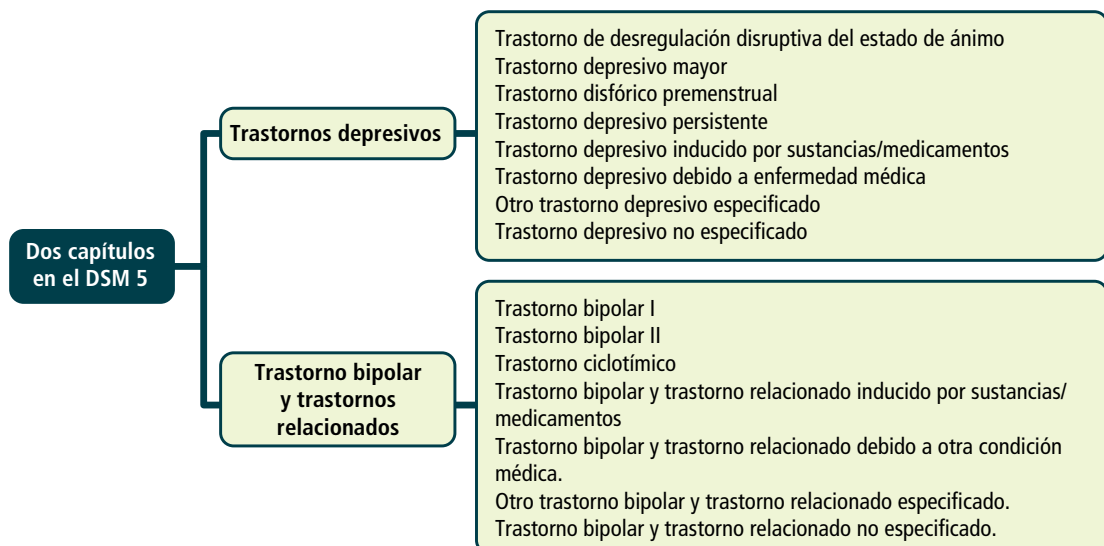


Figura 2. Esquema-resumen de los Trastornos Depresivos y los Trastornos Bipolares y relacionados (DSM 5).

Tema 3

Trastornos bipolares y relacionados

Autores: Laura Quiles Higuero, Beatriz Torres Pardo, María Soriano Medina, Pablo Rodríguez López.

3.1. Introducción histórica

(Ver apartado 2.1. del Tema 2. Trastornos depresivos)

Areteo de Capadocia (siglo I d.C.) definió por primera vez a la manía y a la melancolía como dos estados distintos de la misma enfermedad.

Según la **teoría de los cuatro humores**, la manía estaba asociada al exceso de sangre o bilis amarilla, y la melancolía, al exceso de bilis negra.

El concepto moderno del Trastorno Bipolar surgió a partir de los escritos de **Falret** (1851) y **Baillarger** (1854).

Kraepelin (1905) unificó todos los trastornos afectivos en la llamada "psicosis maniaco-depresiva" y, en 1957, **Leonhard** propuso separar las formas monopolares (pacientes que sólo padecían depresión o manía) de las bipolares o circulares (pacientes con episodios en ambos polos).

Perris, Angst y **Winokur** validaron el concepto *bipolar* para referirse a pacientes que hubieran padecido episodios maníacos o hipomaníacos a lo largo de su enfermedad. Ésta es la definición de bipolaridad que se ha empleado desde entonces hasta la actualidad.

Desde los años 70, se ha utilizado la diferenciación entre **Trastorno Bipolar tipo I y tipo II**. DSM-IV reconoció por primera vez la utilidad de esta distinción, permitiendo clasificar con categoría propia al Trastorno Bipolar tipo II.

La **característica principal** de los Trastornos Bipolares es haber presentado uno o más episodios maníacos, hipomaníacos (o mixtos en DSM-IV-TR) (**PIR**). También es frecuente que los sujetos hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

3.2. Clasificaciones internacionales

Las características de las últimas versiones de las clasificaciones internacionales, en lo que a Trastorno Bipolar se refiere, fueron descritas en el **Tema 2. Trastornos depresivos** del presente manual. Nos remitimos a la información presentada en el punto 2.2 del citado capítulo.

3.3. Características clínicas de los síndromes afectivos

En el **Tema 2. Trastornos depresivos** del presente manual se presentaron las características clínicas de los síndromes maníacos y las características comparativas de los mismos con respecto a los síndromes depresivos. Nos remitimos a la información presentada en el punto 2.3 del citado capítulo y añadimos en este momento algunas características específicas de las presentaciones depresivas y de la sintomatología mixta en el Trastorno Bipolar.

Sintomatología de la depresión bipolar

Las personas con diagnóstico de Trastorno Bipolar pueden sufrir los mismos síntomas depresivos que los pacientes con depresión unipolar. Sin embargo, hay algunas diferencias a tener en cuenta, que se recogen en la **tabla 1**.

La depresión en los cuadros bipolares se ha relacionado con: alto riesgo de aparición de síntomas psicóticos, ideación suicida, episodios postparto, lentitud psicomotora, patrón estacional, síntomas somáticos menos frecuentes, pérdida de apetito, hipersomnía y síntomas depresivos atípicos.

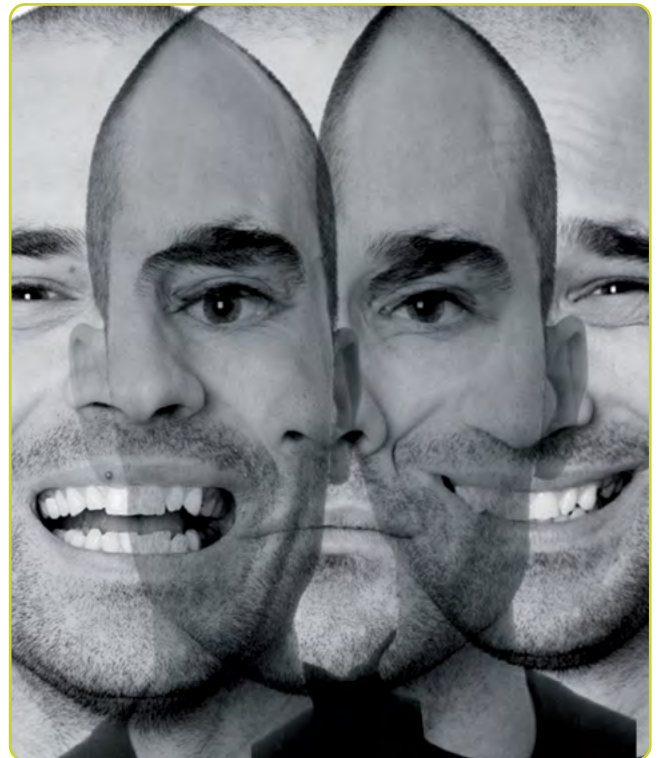


Figura 1. Trastorno bipolar.

Sintomatología mixta

Los episodios maníacos con características mixtas suponen el 10-20% de los episodios maníacos, según los datos aportados por Belloch, Sandín y Ramos (2020). Se caracterizan por inquietud psicomotora, hiperactividad, verborrea, taquipsiquia, taquifasia, insomnio, disforia, ansiedad, irritabilidad, frustración, labilidad afectiva, suspicacia, rumiaciones de culpa y ruina, ideas de muerte y suicidio, e impulsividad.

1. **Afecto negativo.**
Común en ansiedad y depresión. No específico.
2. **Hiperactivación fisiológica.**
Específico de la ansiedad.
3. **Anhedonia (bajo afecto positivo).**
Específico de la depresión.

En la **figura 2** podemos ver que componentes son específicos de la **depresión** (bajo afecto positivo), la **ansiedad** (hiperactivación fisiológica) o **comunes a ambos** (alto afecto negativo) así como la relación de síntomas.

En la infancia se ha hallado que el constructo equivalente al afecto negativo (aspecto común entre la ansiedad y la depresión) sería la inhibición conductual.

Evolución de los trastornos de ansiedad en las clasificaciones internacionales

DSM

El concepto de **neurosis** de Freud dominó las primeras versiones del DSM.

- **DSM-I:** Trastornos psiconeuróticos.
- **DSM-II:** Trastornos neuróticos.
Se incluyen los siguientes síndromes aunque hoy los entendemos como trastornos de ansiedad:
 - Neurosis de ansiedad.
 - Neurosis histérica.
 - Neurosis fóbica.
 - Neurosis obsesivo-compulsiva.
 - Neurosis depresiva.

- Neurosis neurasténica (no contemplados en el DSM-I y que sólo se recoge en el DSM-II).
- Neurosis de despersonalización (no contemplados en el DSM-I).
- Neurosis hipocondríaca (no contemplados en el DSM-I).

• DSM III.

Constituye la nueva era de los trastornos de la ansiedad y constituye un **gran número de mejoras respecto de las versiones anteriores:**

- Incluye por primera vez al grupo “trastornos de la ansiedad”.
- Es más descriptivo y detallado.
- Es más específico (los trastornos de ansiedad son definidos con gran especificidad y operatividad de criterios).
- Más fiable y válido.

Cambios respecto del DSM-II:

- Desaparece el grupo general de neurosis (**PIR**) y es sustituido por:
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastornos somatoformes.
 - Trastornos disociativos.
- Desaparece como cuadro clínico la neurosis neurasténica.
- Se define y caracteriza el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (**PIR**).
- Mantiene dos grandes subgrupos de trastornos de ansiedad:
 - Trastornos fóbicos.
 - Estados de ansiedad.
- Se definen de manera clara los principales cuadros clínicos de la ansiedad.
- Los trastornos de ansiedad se separan definitivamente de otras alteraciones relacionadas con la ansiedad como los trastornos somatoformes y disociativos.

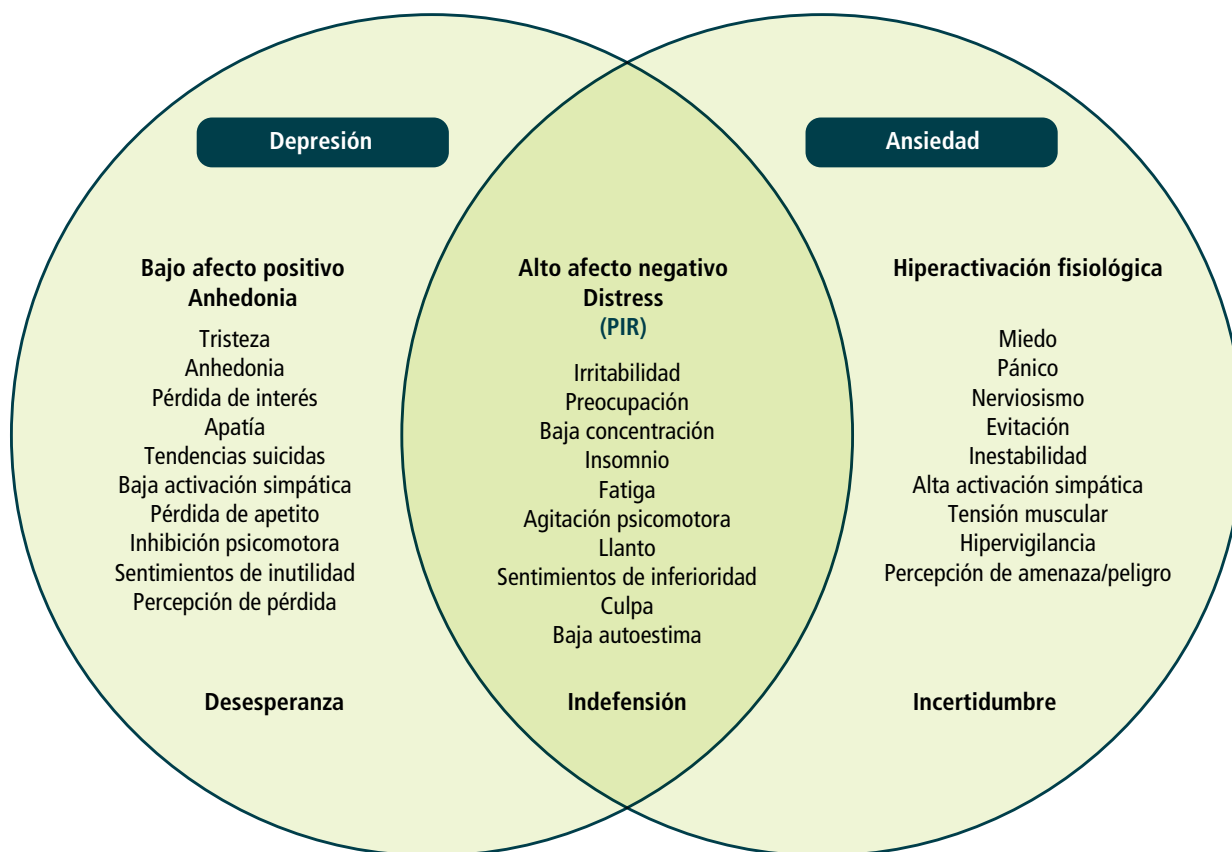


Figura 2. Modelo tripartito de la ansiedad-depresión. Tomado de BELLOCH, A., SANDÍN, B., RAMOS, F. (2009): *Manual de psicopatología* (2.ª ed., Vol. 2, Pág. 59). Madrid, España: McGraw-Hill.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertas características de personalidad (neuroticismo, introversión, psicoticismo, evitación del daño y bajas puntuaciones en autodirección, cooperación y autotranscendencia), no específicas para el Trastorno de Adaptación sino en común con otros trastornos mentales. * Algunos estudios establecen datos de comorbilidad de Trastorno de adaptación y Trastornos de la Personalidad entre el 15 y el 73%. • Experiencias tempranas traumáticas y estresantes, estilo de apego, exceso de protección, ansiedad por separación. • Déficits en las estrategias de afrontamiento (uso de estrategias pasivas, autoinculporatorias, evitativas). • Alexitimia y otras dificultades de la expresión y regulación emocional. • Escaso apoyo social, déficit de habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Resiliencia (facilita la adaptación a las adversidades). No significa que no haya síntomas, sino que la persona puede movilizar habilidades de afrontamiento para mantener el equilibrio frente a la adversidad. • El optimismo, la flexibilidad cognitiva, el afrontamiento activo, el apoyo social, la dirección y sentido de vida, la actividad física y los estilos de vida saludables promoverían la resiliencia.

Tabla 15. Factores de riesgo y protección para los trastornos de adaptación. Adaptado de Belloch et al. (2020).

Relación con otros diagnósticos

Diagnóstico diferencial

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	Si una persona cumple criterios diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor en respuesta a un factor de estrés se debe realizar el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.
TEPT Y TEA	En el Trastorno de Adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad. El perfil de los síntomas en el TEPT y el TEA es de diferente magnitud.
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	El funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida de la persona facilita la interpretación cuando hay dudas acerca de si el cambio de comportamiento podría estar asociado a alguna fuente de estrés (PIR).
FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN OTRAS CONDICIONES MÉDICAS	No se debe confundir el Trastorno de Adaptación (reacción a un factor de estrés) con las entidades psicológicas específicas (síntomas, comportamientos, otros factores) que pueden agravar una afección médica.
REACCIONES NORMALES DE ESTRÉS	Sólo se debe hacer el diagnóstico de Trastorno de Adaptación si la magnitud de la angustia es superior a lo que cabría esperar o hay deterioro.
TAG	En la CIE 11 se enfatiza la presencia de preocupación como expresión de malestar propia de los Trastornos de Adaptación, lo que haría necesario el diagnóstico diferencial con el TAG.

Tabla 16. Diagnóstico diferencial en Trastorno de Adaptación (DSM 5).

Comorbilidad

Se puede diagnosticar Trastorno de Adaptación, además de otro trastorno mental, sólo si este último no explica los síntomas particulares que se producen como reacción el factor estresante. Frecuentemente los Trastornos Adaptativos acompañan a las enfermedades médicas.

Modelos explicativos

El **grupo de Botella y Baños** establece como factor más relevante en el desarrollo de los Trastornos de Adaptación, la evaluación negativa y distorsionada del acontecimiento estresante (magnificación) y de las propias capacidades de afrontamiento de éste (minusvaloración). Según esta propuesta, se desarrollan en la persona sentimientos de indefensión, pensamientos negativos, sintomatología clínica negativa y comportamientos desajustados, lo que crea un círculo vicioso (ver figura 1) en el que los sentimientos de desesperanza y de derrota son la antecámara de una "profecía autocumplida", con la que se constata el sentimiento de ineficacia personal.

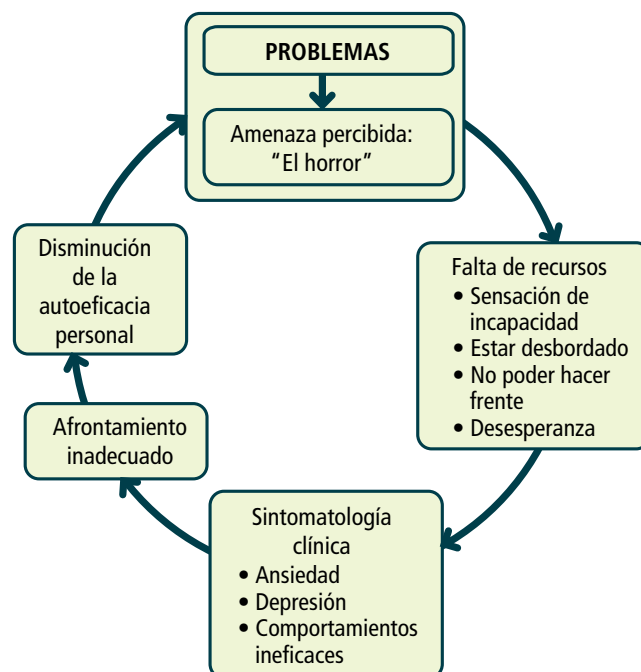


Figura 1. Modelo de los trastornos de adaptación de Botella, Baños y Guillen (2008), adaptado de Belloch et al. (2020).

El **grupo de Maercker** basa su explicación del Trastorno Adaptativo en las teorías del TEPT, determinando que la principal diferencia entre ambos cuadros es la intensidad del estresor. En los Trastornos de Adaptación van a considerar

TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN (DSM-IV-TR)

- A. Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).
- B. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).
- Nota: codificar también el trastorno de la respiración relacionado con el sueño en el Eje III.

DISOMNIA NO ESPECIFICADA DSM-IV-TR

Esta categoría se reserva para los cuadros clínicos de insomnio, hipersomnias o alteraciones del ritmo circadiano que no reúnen criterios para una disomnia específica. Son ejemplos:

1. Quejas de insomnio o hipersomnias clínicamente significativas que pueden atribuirse a factores ambientales (p. ej., ruido, luz, interrupciones frecuentes).
2. Somnolencia excesiva atribuible a una privación concomitante de sueño.
3. «Síndrome de piernas inquietas» idiopático: sensación molesta (p. ej., malestar, hormigueo o inquietud) que produce una intensa necesidad de mover las piernas. Típicamente estas sensaciones aparecen antes de acostarse y se alivian temporalmente moviendo las piernas o andando, volviendo a aparecer sólo si éstas se mantienen inmóviles. Estas sensaciones pueden retrasar el inicio del sueño o despertar al individuo.
4. Movimientos periódicos de los miembros («*mioclonus nocturno*»): sacudidas de los miembros repetidas, breves y de baja amplitud, sobre todo de las extremidades inferiores. Estos movimientos aparecen cuando el individuo está a punto de dormirse y disminuyen durante las fases 3 y 4 NREM. Estos movimientos suelen aparecer rítmicamente cada 20-60 segundos, dando lugar a activaciones breves y repetidas. Característicamente, estos individuos no son conscientes de estos movimientos, pero sí pueden quejarse de insomnio, despertares frecuentes o somnolencia diurna si el número de movimientos es considerable.
5. Situaciones en las que el clínico ha establecido la presencia de un trastorno del sueño, pero se ve incapaz de determinar si éste es primario, secundario a una enfermedad médica o relacionado con el consumo de una sustancia.

TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO (DSM-IV-TR)

- A. Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra.
- B. Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.
- D. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar tipo:

- Tipo sueño retrasado: patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo.
- Tipo jet lag: somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados, y que aparece después de repetidos viajes transmeridionales a zonas con diferente horario.
- Tipo cambios de turno de trabajo: insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo.
- Tipo no especificado.