

Pp

6<sup>a</sup>  
ed

Manual de  
**Psicopatología**

---

**APIR**

---

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

---

**MANUAL APIR  
PSICOPATOLOGÍA  
6.ª edición - Marzo 2024**

**ISBN**  
978-84-19592-11-8

**DEPÓSITO LEGAL**  
M-16635-2016

**ACADEMIA DE PREPARACIÓN PIR, S.L.**  
[www.academiapir.com](http://www.academiapir.com)  
[admin@academiapir.com](mailto: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 2

## Sistemas clasificatorios en psicopatología

**Autores:** Alba Verdugo Martínez, Ania Martínez Valle, Beatriz Torres Pardo, Ezequiel Pérez Sánchez, Francisco Antonio García Gullón, Irene Alonso Fernández, Javier Martín Ruiz, Kazuhiro Tajima Pozo, Raquel Zuñiga Costa.

### 2.1. Introducción

La elaboración de clasificaciones en psicopatología se basa en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes que se comparten, es decir, existe una regularidad de signos y síntomas, y responde a dos objetivos básicos: 1) economía cognitiva, y 2) estructuración y organización de datos.

#### Las clasificaciones de psicopatología y trastornos mentales se basan en la aplicación del proceso de clasificación

- **Clasificación:**

Procedimiento utilizado para identificar categorías y asignar las entidades, basándonos en atributos o relaciones comunes.

La **taxonomía** es un tipo especial de clasificación en las denominadas "categorías naturales" o "taxones" (en contra-

posición a categorías arbitrarias dimensionales). Los sistemas de diagnóstico psiquiátrico como el DSM suelen asumir que las entidades diagnósticas reflejan categorías naturales.

- **Diagnóstico:**

Proceso de identificación y asignación de atributos clínicos o de sujetos que los manifiestan a una categoría clínica (**PIR**)

- **Nosología:**

Es la ciencia que tiene por objeto describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo estos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos. Es decir, cuando las entidades a clasificar son enfermedades o trastornos mentales.

### Introducción

Diagnóstico

proceso de identificación y asignación...

Taxonomía

estudio sistemático...

Nosología

cuando las entidades son enfermedades...

### 2.2. Tipos de clasificación

#### Filéticas vs. Fenéticas (o numéricas)

Clasificaciones **filéticas**: se basan en la noción aristotélica de "esencia" y por lo tanto el supuesto de la existencia de categorías naturales (p. ej., las clasificaciones hechas por Darwin de los seres vivos o las relaciones filogenéticas).

Clasificaciones **fenéticas o numéricas**: basan la clasificación en la observación empírica y en el cómputo del máximo número de características compartidas por los elementos (p. ej., las relaciones fenotípicas).

#### Empíricas vs. Inferenciales

Clasificaciones **empíricas**: se basan en hechos observables y objetivos.

Clasificaciones **inferenciales**: basándose en datos objetivos realizan inferencias sobre las causas y procesos subyacentes a lo observable.

#### Extensivas vs. Intensivas

Clasificaciones **extensivas**: van enumerando todos los miembros de una clase.

Clasificaciones **intensivas**: van enumerando las características necesarias para pertenecer a una categoría.

#### Monotéticas vs. Politéticas

**Clasificaciones monotéticas**: basan su organización en una sola variable o en un número limitado de ellas. Además, deben cumplirse todos los criterios para pertenecer a una categoría de modo que todos los elementos de la categoría son iguales para las características relevantes.

**Clasificaciones politéticas**: basan su organización en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los elementos de una clase (p. ej., CIE y DSM) (**PIR**).

Las categorías politéticas limitan la estereotipia, permiten mayor flexibilidad diagnóstica, refuerzan la variabilidad intra-grupo y no exigen signos distintivos o patognomónicos.

Es importante tener en cuenta que las enfermedades orgánicas aparecen en la CIE-10 fuera del capítulo V (se contemplan dentro de su capítulo correspondiente), pero se codifican, siguiendo una codificación multiaxial para los trastornos mentales, en el eje I.

A partir de la CIE-10 se han elaborado una serie de entrevistas estructuradas con preguntas estandarizadas que pretenden facilitar la obtención de datos para determinar la presencia o ausencia de un determinado trastorno. Son las siguientes:

- CIDI "Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta", **Robins y cols.** 1988 (PIR).
- SCAN "Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría", OMS. 1993.
- IPDE "Examen Internacional de Trastornos de Personalidad"

### CIE 11

La CIE 11 ha entrado en vigor en enero de 2022, tras varios años en estado de borrador. El paradigma en que se basa es similar al DSM 5, continuando el acercamiento entre estas dos clasificaciones.

La CIE 11 recoge 21 grupos de diagnósticos en el capítulo 6 (Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo).

Como novedades significativas respecto a la CIE 10 podemos destacar:

- Incluye el grupo trastornos mentales o del comportamiento asociados al embarazo, el parto o el puerperio.
- Los trastornos del sueño-vigilia pasan al capítulo 7 (Trastornos del ciclo de sueño y vigilia).
- Las reacciones de estrés agudo pasan al capítulo 24 (Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud).
- Las disfunciones sexuales, disforia de género e incongruencia de género pasan al capítulo 17 (Condiciones relacionadas con la salud sexual).

Incluye como nuevos diagnósticos en el capítulo 6 (estos trastornos tampoco se reconocen en el DSM 5):

- TEPT complejo.
- Duelo prolongado.
- Trastorno de adicción a los juegos (videojuegos).

En cuanto a diferencias significativas entre la CIE 11 y el DSM 5 podemos destacar:

Grupos de diagnósticos presentes en CIE 11 y no en DSM 5 como grupos independientes:

- Trastornos mentales asociados al embarazo y puerperio.
- Catatonía.

## Hitos DSM

### CLASIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS INTERNACIONALES

<b>DSM I Y II</b>	Conceptos psicoanalíticos.
<b>DSM III</b>	Basado en criterios <b>Feighner</b> y RDC; se eliminan conceptos de psicosis y neurosis; utiliza criterios de inclusión y exclusión; criterios basados en la sintomatología y no en modelos etiológicos; introdujo diagnóstico multiaxial; basado en el <b>Principio de la parsimonia</b> (buscar un único diagnóstico, el que mejor explique) y el <b>principio de la Jerarquía</b> (disminución de la gravedad cuando se baja en la jerarquía).
<b>DSM IV</b>	Deben codificarse todos los trastornos compatibles con el diagnóstico.
<b>DSM IV-TR</b>	5 ejes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• I: Trastornos clínicos.</li> <li>• II: Trastornos personalidad y retraso mental; mecanismos de defensas y rasgos desadaptativos personalidad.</li> <li>• III: Enfermedades médicas.</li> <li>• IV: Problemas psicosociales y ambientales.</li> <li>• V: <b>EEAG</b> (evaluación actividad global).</li> </ul>
<b>DSM 5</b>	No clasificación por ejes sino por áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área I: Trastornos mentales, de la personalidad, retraso mental y enfermedades médicas.</li> <li>• Área II: Escala <b>WHODAS 2.0</b> de funcionamiento.</li> <li>• Área III: Otros.</li> </ul>
<b>CIE-10</b>	3 ejes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eje clínico: trastornos somáticos, psiquiátricos y de la personalidad.</li> <li>• Discapacitación.</li> <li>• Factores ambientales y del estilo de vida.</li> </ul> Dio lugar a las entrevistas: <b>CIDI, SCAN, IPDE.</b>
<b>CIE-11</b>	21 grupos de diagnósticos en el capítulo 6 (Trastornos mentales del comportamiento o del neurodesarrollo)

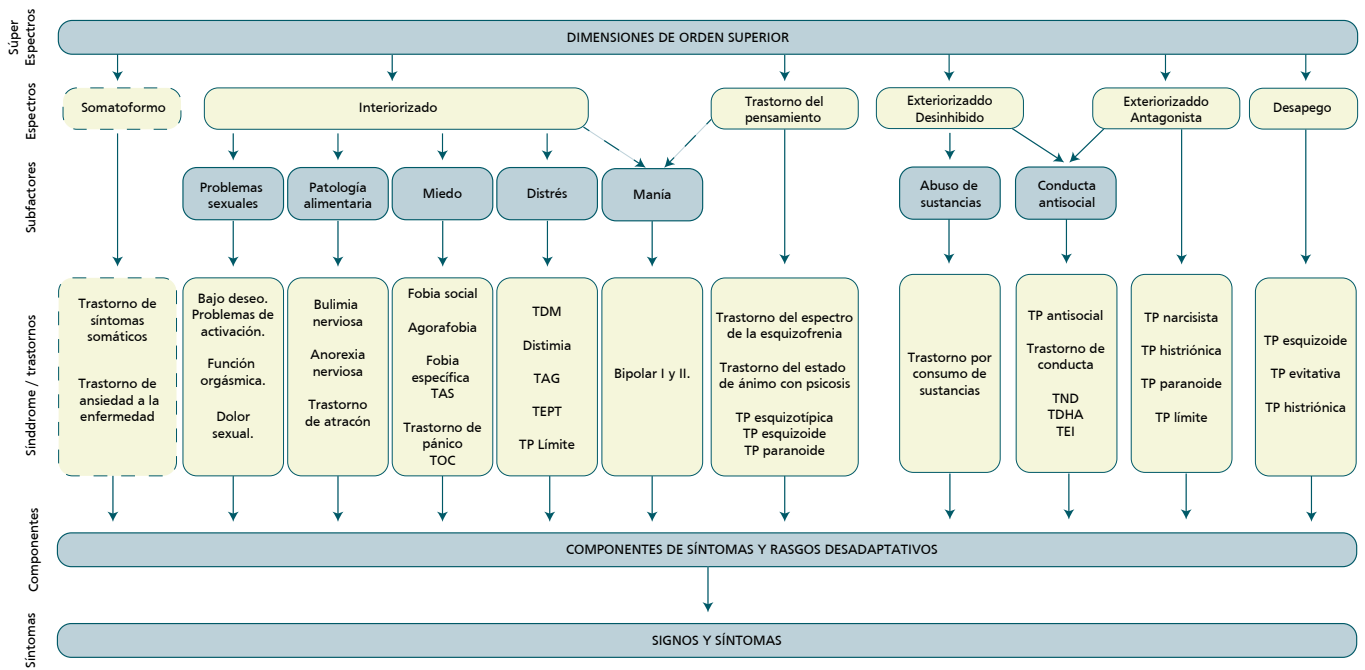


Figura 1. "Clasificación HiTOP"

- Trastornos de control de impulsos.
- Trastornos facticios.

Algunos diagnósticos del DSM 5 no son considerados trastornos mentales en la CIE 11:

- Trastornos del sueño-vigilia.
- Reacciones de estrés agudo.
- Disfunciones sexuales.
- Disforia de género.
- Duelo no complicado.

## 2.5. Enfoques dimensionales de clasificación

### HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) (ver figura 1)

- Clasificación de los trastornos mentales basada empíricamente, propuesta en 2017 por un consorcio de más de 40 psicólogos e investigadores. Pretende resolver algunos problemas de las clasificaciones tradicionales categoriales introduciendo la continuidad entre lo normal y anormal, aumentando la homogeneidad y estabilidad dentro los trastornos y reduciendo las comorbilidades.
- Combina los trastornos (síndromes) en espectros partiendo de la covariación entre ellos (síndromes que se dan conjuntamente) de forma dimensional. Se trata de una clasificación jerárquica, con espectros y superespectros que engloban los trastornos.

### RDoC (Research Domain Criteria)

Sistema de clasificación dimensional de psicopatología fundamentado biológicamente. Asume el modelo médico de los trastornos mentales, con un enfoque de "medicina de precisión". Dirigido fundamentalmente a la investigación con el objetivo de promover la definición de los diagnósticos y alteraciones conductuales en términos neuro-biológicos. Incluye siete unidades de análisis que se organizan desde el nivel más básico hasta el menos básico e incluye, por este orden, genes, moléculas, células, circuitos (cerebrales), fisiología, conducta, y auto-informes.

### El transdiagnóstico

Sin ser una clasificación concreta, el transdiagnóstico es un enfoque de la psicopatología que consiste en entender los trastornos mentales sobre la base de procesos cognitivos y conductuales que causan o mantienen la patología. Estos procesos pueden ser comunes a muchos trastornos mentales (se centra en lo que tienen en común los trastornos mentales, en lugar de las diferencias).

- Integra enfoques dimensionales y categoriales (por ejemplo, en qué grado un proceso se relaciona con un diagnóstico).
- El transdiagnóstico permite realizar clasificaciones empíricas de los trastornos basándose en procesos comunes. De esta clasificación se derivan tratamientos transdiagnósticos, que se enfocan a estos procesos comunes.

**Alteraciones positivas de la conciencia: hipervigilancia o hipervigilia**

**Definición:**

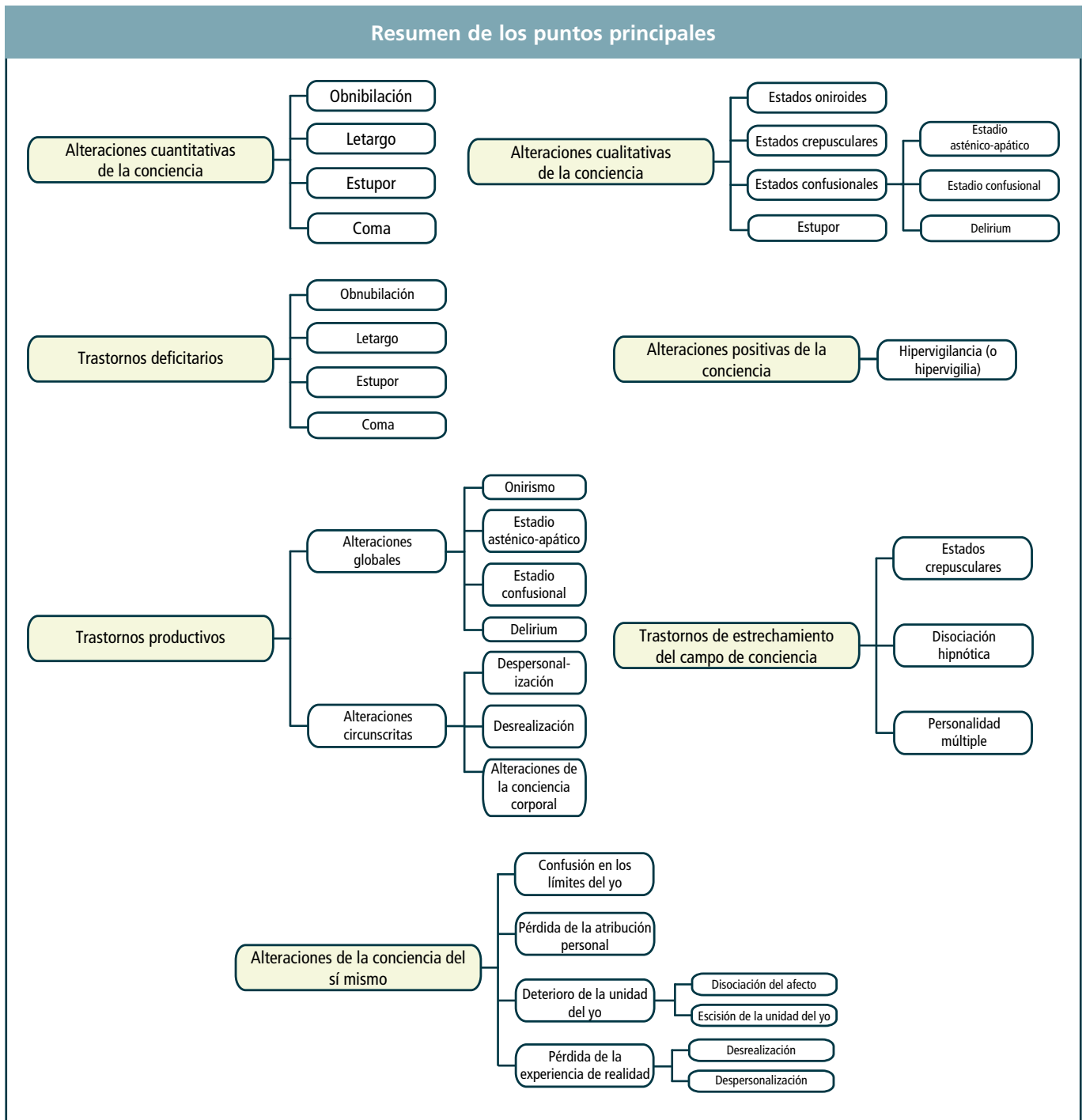
Elevación patológica del nivel de conciencia como resultado de la excitación de los sistemas neurobiológicos que controlan la atención y la alerta. La mayoría de autores consideran los términos hipervigilancia e hipervigilia como sinónimos. Otros autores sin embargo realizan la distinción entre hipervigilancia (alta tasa de escudriñamiento ambiental y alta distraibilidad propia de algunos trastornos de ansiedad) e hipervigilia (elevación patológica del nivel de conciencia).

**Características:**

- Sensación subjetiva de claridad mental.
- Aumento de actividad motora (y a menudo también verbal), pero no necesariamente se ve acompañado de un mejor rendimiento (elevada distraibilidad).
- Hiperfrenia: Cuando el grado de vigilancia es máximo.

**Aparece en:** estados maníacos, algunas formas de esquizofrenia e intoxicación por alucinógenos y drogas noradrenérgicas.

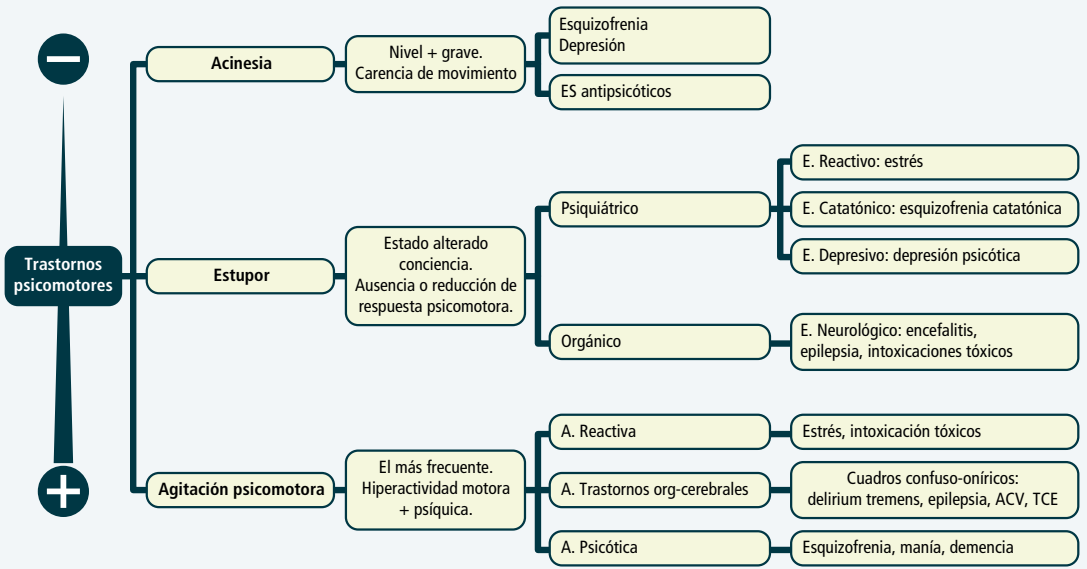
**Resumen de los puntos principales**



- **Inquietud:** se trata de un nivel leve de hiperactividad, donde los movimientos no tienen un objetivo. En este estado el paciente mantiene cierto control sobre su conducta. Al igual que la hiperactividad, la inquietud se observa en estados de ansiedad y en pacientes con depresión con características mixtas, y también puede ser un efecto secundario de los neurolépticos.

**Trastornos psicomotores**

PSICOMOTRICIDAD	MOTRICIDAD
<p><b>Interacción:</b> acción + experiencias afectivas y cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tono muscular.</li> <li>• Armonía cinética.</li> </ul> <p><b>Evaluación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motórica general: posturas, hábitos.</li> <li>• Expresión facial.</li> <li>• Características habla: volumen, ritmo.</li> </ul>	<p><b>No interacción.</b> Sólo función muscular física.</p>



**10.3. Alteraciones cualitativas**

(Ver tabla 4)

**Alteraciones de los movimientos inducidos**

Alteraciones que se producen cuando se le solicita al paciente que realice un comportamiento, acción o movimiento.

- **Negativismo:** se caracteriza por la oposición o resistencia del paciente, sin motivación aparente, a seguir las instrucciones o movimientos que se le demandan. Se puede distinguir entre un negativismo pasivo en el que la resistencia del paciente no es activa (p. ej., se le pide que levante el brazo y no lo mueve; se le tiende la mano para saludarle, y no mueve su mano), y un negativismo activo en que el paciente realiza la acción contraria a la demandada (p. ej., cuando se le pide al paciente que se levante, se sienta, o el examinador le pide al paciente que continúe andando y este se detiene).

El negativismo activo suele observarse en el contexto de la catatonía, mientras que el pasivo se asocia con problemas del espectro de la esquizofrenia y la depresión. Cuando ocurre en un estado oniroide, la alteración se denomina síndrome de Ganser. El síntoma más característico de este síndrome son las pararrespuestas o respuestas aproximadas, se trata de contestaciones fallidas, pero relativamente cercanas a la verdad, que se dan ante preguntas sencillas.

- **Obediencia automática:** el paciente lleva a cabo una instrucción sin importar las consecuencias. Para demostrar esto, se debe pedir al paciente que se resista a las instrucciones del examinador. Así, por ejemplo, Emil Kraepelin les pedía a sus pacientes que sacaran la lengua, y él los pinchaba con un alfiler; los pacientes con obediencia automática seguían sacando la lengua cuando se les pedía, a pesar de que cada vez que lo hacían recibían un pinchazo que les molestaba. Una forma de cooperación excesiva es el mitgehen («acompañar»), en la que el paciente mueve su cuerpo en respuesta a presiones muy leves del examinador, como si se tratara de

## KURT SCHENEIDER

CRITERIO ALGUEDÓNICO

ALGOS = DOLOR

AN-ALGE-SICO



”SE DEFINE LA PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA EN FUNCIÓN DE SI HAY DOLOR/SUFRIMIENTO, YA SEA PROPIO O AJENO”

## Alteraciones de la conciencia

PEDAles



**P**roductivas  
**E**strechamiento  
**D**éficit  
**A**mpliación

## Trastornos deficitarios de la conciencia

LOEC

**L**etargia



**O**bnubilación



**E**stupor



**C**oma

