



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Corona Valdez Mayra
Generación 2008 – 2011
No. de cuenta: 305002716

Modalidad de titulación: TESINA

**“Análisis de los efectos de recibir un
diagnóstico de enfermedad mental”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

DIRECTORA:
Mtra. María Cristina Bravo González



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
Capítulo 1 Psicología clínica	5
1.1 Definición	5
1.2 Antecedentes	6
1.3 Principales modelos de intervención	11
1.4 Tareas del psicólogo clínico	17
Capítulo 2 Sistemas de diagnóstico de salud mental	22
2.1 Antecedentes	22
2.2 Evaluación en psicología: necesidad, formas de evaluación y objetivos de la evaluación	26
2.3 Sistemas de clasificación en salud mental: DSM y CIE-10	30
2.4 Propósitos de los sistemas de diagnóstico	43
2.5 Enfermedad o trastorno. Diferencia de los términos	44
Capítulo 3 Análisis de los efectos de recibir un diagnóstico de enfermedad mental	48
3.1 Posturas de las principales escuelas teóricas sobre las etiquetas diagnósticas en psicoterapia	48
3.2 Ventajas/desventajas de las etiquetas diagnósticas	64
3.3 Efectos que produce recibir una etiqueta de enfermedad mental	68
Conclusiones	75
Referencias bibliográficas	79

RESUMEN

El siguiente trabajo pretende establecer que los conceptos de enfermedad mental y trastorno mental utilizados frecuente por profesionales de la salud son diferentes, sin dejar de lado la relación que tienen entre si, por lo que se analiza a través de la psicología clínica. Para ello se hace una recopilación de la psicología clínica desde su definición hasta la intervención del psicólogo; los sistemas de diagnóstico CIE -10 y el DSM IV como los más utilizados para la clasificación de las enfermedades mentales y los propósitos de cada uno. Posteriormente se analiza la perspectiva que tienen las principales escuelas teóricas con relación a la enfermedad mental; las ventajas y desventajas de utilizar etiquetas diagnósticas y las implicaciones que estas conllevan para la persona que las recibe, su familia y el cambio en el contexto dentro del cual se desarrolla.

Palabras clave: enfermedad mental, trastorno mental, psicología clínica, sistemas de diagnóstico, etiquetas diagnósticas.

Introducción

Actualmente la psicología clínica tiene como finalidad la investigación de las funciones mentales de las personas que padecen sufrimiento, no sólo derivado por un trastorno mental sino también trastornos de orientación del desarrollo de las potencialidades humanas, dando importancia al conocimiento de los principios fundamentales, que tienen valor para el ser humano y cuyo objetivo es estudiar la conducta humana que debe representar una contribución valiosa en el hombre en su vida cotidiana (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003).

En cuanto al papel funcional del psicólogo dentro de la psicología clínica se ha descubierto que la relación terapéutica es un importante predictor del éxito terapéutico. A dicha relación, los terapeutas conductuales la han descrito normalmente como los aspectos no específicos del cambio. Para otros autores como Harrsch (1998), el psicólogo clínico debe enfocar su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. La función específica del psicólogo clínico consiste en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad nacional.

Durante la evaluación de alguna enfermedad mental, es frecuente el uso de alguno de los sistemas de diagnóstico más consultados, el DSM y la CIE, y por consiguiente de las clasificaciones que contienen, pero son estas mismas las que establecen la utilización de etiquetas hacia el individuo que las recibe; por lo cual a través de los siguientes capítulos se observará cómo ha evolucionado el estudio de las enfermedades mentales.

En el primero capítulo se hablará de la psicología clínica y sus antecedentes, así como de las tareas que realiza un psicólogo; en el capítulo dos se establecerán los antecedentes en el estudio de la enfermedad mental, la participación que ha tenido la psicología en el tema y la historia de los principales sistemas de diagnóstico, el DSM y la CIE.

Finalmente en el último capítulo se realiza un análisis de las posturas que tienen las principales escuelas teóricas, así como las ventajas y desventajas que conlleva recibir un diagnóstico de enfermedad mental en diversos niveles.

Por lo que a continuación se explicará más detalladamente el papel de la psicología clínica dentro del ámbito de la enfermedad mental.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA CLÍNICA

1.1 Definición

En 1896 Witmer empleó el término para referirse al método de enseñanza e investigación y no solo como una extensión de la palabra *clínica*, lugar donde las personas son examinadas, definió primero el campo cuando focalizó los problemas del funcionamiento intelectual y del aprendizaje, a los que, en su terminología, denominó problemas de la mente. Originalmente la psicología clínica se interesó por los problemas que caen en el dominio del aprendizaje y de la educación; sin embargo, en la actualidad se interesa por la psicopatología y por la salud y la enfermedad física. Segundo, el énfasis puesto sobre la observación y comprensión del funcionamiento humano, así como sobre los esfuerzos por cambiar el comportamiento humano (Compas y Gotlib, 2003).

Según *Gregory (2000)*, la fecha de 1896 es significativa también por ser el año en el que Sigmund Freud pusiera el nombre de “psicoanálisis” a su propio método clínico. Es interesante reparar en que Freud y el psicoanálisis recién bautizado supusieron una ruptura con la tradición neuropatológica y el comienzo de un nuevo enfoque.

Hoy en día la psicología clínica se dedica a la investigación, desarrollo y aplicación de tratamientos para los problemas psicológicos, se aplica al tratamiento de dichos problemas a través de la Psicoterapia o Terapia Psicológica que abarca un conjunto de teorías y de técnicas entre las que se incluye un tipo específico de relación entre el psicólogo clínico y su paciente o cliente. A mitad de siglo con los experimentos con conducta humana, la Psicología Clínica se convierte en Ciencia cumpliendo los requisitos de describir los fenómenos observables, e investigar las leyes que los relacionan en orden a conseguir la explicación, la predicción, el control, y la modificación (Phares y Trull, 1999). Es el “análisis funcional” del comportamiento que conlleva el estudio de las variables dependientes e independientes que lo controlan. Se puede aplicar tanto a la investigación en humanos como en animales. Se trata de una rama de la psicología que atiende las condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas.

1.2 Antecedentes

Los antecedentes se inscriben dentro de la tradición de la psicología experimental ya en curso, cuya fecha oficial data de 1879 con la fundación del laboratorio de Wilhelm Wundt en la Universidad de Leipzig. En este sentido, la tradición de la psicología experimental ha imprimido a la Psicología Clínica una orientación a la investigación que todavía perdura.

El origen de la psicología clínica como tal, de acuerdo a Mikulic (2000) se puede identificar en los intentos por alterar el comportamiento fundamentándose en prácticas místicas, creencias religiosas, explicaciones médicas y procedimientos psicológicos. Para el siglo XVI el occidente se impregno de una postura compasiva derivada del desarrollo de las ciencias; los primeros hospitales, comenzaron a ser una alternativa para la atención de las personas que, se decía padecían locura (Hothersall, 1997), estos fungieron como centros de reclusión y aislamiento social, ya para el siglo XIX se presentan dos eventos que le dan un cambio total a la situación: Phillippe Pinel, William Tuke y Dorothe Dix encabezan el cambio de las condiciones humanas que presentaban los individuos reclusos en aquellas instalaciones.

Fue Witmer el pionero que empleó métodos científicos aplicados a la psicología, ya que en 1912 presentó el primer número de la revista "*Psychological Clinics*" en donde subrayó la importancia de considerar las necesidades y estado de cada individuo, con una metodología científica aplicada en la observación y en la experimentación, proponiendo al mismo tiempo que los psicólogos clínicos desempeñaran la labor de maestros con la finalidad de ayudar a la gente a desarrollar sus capacidades (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Buendía (1999) menciona que de forma contemporánea se comienzan a elaborar los procedimientos que van a formar las bases del diagnóstico por parte de los psicólogos que trabajan desde una perspectiva diferencial. En este sentido han resultado importantes históricamente las aportaciones realizadas por Galton, Catell y Binet, quienes desarrollaron pruebas o test cuya finalidad era evaluar principalmente las capacidades intelectuales como otras características psicológicas de los individuos, y

así resaltar la existencia de diferencias individuales. Además de mencionar que otro factor que influyó en la aceleración del desarrollo de la psicología clínica fue la Primera Guerra Mundial, esto a causa de que se requería evaluar las habilidades que permitieran a cada individuo ocupar el puesto más adecuado dentro del ejército. Una vez terminada la guerra, los psicólogos clínicos avanzaron en la investigación sobre la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia, las causas de los problemas de conducta y las relaciones entre las conductas desviadas y el aprendizaje.

En el año de 1937 Woodworth (en Kendall y Norton - Ford, 1988) sugirió que la palabra “clínica” poseía demasiadas connotaciones médicas, y señaló como otra posibilidad descriptiva, el empleo de la denominación “psicología para servicio personal”. De acuerdo con la opinión de Woodworth, en el futuro el psicólogo clínico sería capaz de proporcionar “ayuda al individuo para resolver problemas” de educación y aptitudes vocacionales, de adaptación familiar y social, de condiciones laborales y de otros aspectos vitales.

Durante el periodo 1910 – 1917 los psicólogos aplicaron infinidad de pruebas tradicionales, elaboraron nuevas e hicieron investigaciones sobre la validez y confiabilidad de todas. La mayor parte de los nuevos instrumentos tenían por objeto medir el nivel de inteligencia, pero algunos comenzaron a centrarse sobre el análisis de la personalidad, por medio de asociaciones de palabras o cuestionarios. En estos años se suscita la Primera Guerra Mundial: la consecuencia más importante para la psicología clínica fue centrar la atención en el diagnóstico de adultos no hospitalizados, y para poder hacerlo se elaboraron nuevas y variadas pruebas.

Al comenzar la 2ª Guerra Mundial todavía no había programas oficiales de formación para la psicología clínica. Para trabajar como psicólogo lo único que se necesitaba era: haber recibido algunos cursos para aplicar pruebas y tener “interés por la gente”. Para finales de los años 30 ya se estaba operando en todos los campos que actualmente

posee esta rama de la psicología. El compromiso de los psicólogos fue más importante, ya que además de las pruebas, tuvieron que hacer entrevistas, escribir informes y aplicar terapia de orientación psicoanalítica.

En el año de 1945 se reconoció en Estados Unidos mediante certificación legal la Especialidad de Psicología Clínica. Este año termina la guerra, esto conduce al retorno y readaptación de millones de veteranos, causando que las condiciones de apoyo psicológico fueran insuficientes para la atención a nivel personal. Dada la necesidad, se habilitó un sistema de formación en Psicología Clínica, con toda la serie de requisitos avalados por la APA y por instituciones estatales. Como culminación de este establecimiento se citaría la promulgación del *Código Ético para los Psicólogos Clínicos* (Buendía, 1999).

Ya en 1947, un comité de formación de profesionales de la APA hizo una evaluación de los programas universitarios para la preparación de psicólogos clínicos. Dentro de este informe se recomendaba que: 1) los psicólogos clínicos habían de recibir en primer lugar una formación como psicólogos antes de la formación práctica; 2) que su formación había de ser tan rigurosa como la de los psicólogos no clínicos, consistiendo en estudios de doctorado de cuatro años de duración con un año de prácticas supervisadas en un internado; y 3) diagnóstico, investigación y tratamiento habían de ser los tres núcleos centrales en su formación, además de cursos complementarios de metodología, técnicas y psicología general entre otros. Cabe destacar que el informe fue aceptado por la convención nacional de formación en psicología clínica en Boulder en 1949, con lo que se produjo un reconocimiento oficial de la psicología clínica (Buendía, 1999).

En los años 70, la Psicología Clínica se consolida tras emanciparse de la psiquiatría y dedicarse a la prevención y tratamiento de los trastornos.

En nuestro país, para 1907 ya existía la “Sociedad de Estudios Psicológicos” con 11 miembros, todos ellos profesores universitarios, sin embargo, la carrera de Psicología

comienza en 1928 como una especialidad adscrita a la Facultad de Filosofía, durante el periodo de la Universidad en el que se plantea y se logra la autonomía. De entonces hasta 1958, la Psicología se desarrolla principalmente como consecuencia del interés de algunas instituciones estatales, educativas y jurídicas por sus aplicaciones clínicas y psicométricas. En esta primera época de desarrollo, es notable la influencia de la Psicología francesa –Janet, Piéron y Ribot- y la alemana –Wundt y Kulpe- y del psicoanálisis de lengua alemana –Freud- aunque también es importante el funcionalismo de Titchener. En las décadas de 1940 y 1950, la Psicología es entendida fundamentalmente como una mezcla de psicoanálisis, psiquiatría y psicometría. Los personajes más importantes en una primera etapa (1896-1940) del desarrollo de la psicología son E. Chávez, E. Aragón, E. J. Gómez Robleda y J. Mesa Gutiérrez.

En 1959 es fundada la Carrera de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, aunque la Psicología ya se enseñaba en México desde 1938; en 1959 la Psicología se empieza a enseñar como disciplina autónoma en el país y con ello se da un paso más hacia su reconocimiento como una profesión. Esa fecha constituye el hito histórico que marca el fin del periodo de formación de la Psicología en México (López, 2005). De la misma manera la aparición de las sociedades psicoanalíticas, que aunque no están constituidas propiamente por psicólogos han tenido una importante influencia en la formación de los mismos y en la concepción que la comunidad tiene del trabajo psicológico. La primera asociación de psicoanalistas, la “Sociedad Mexicana de Psicoanálisis” fue fundada en 1956, producto de las frecuentes pugnas y divisiones en el interior de esta organización y de las que subsecuentemente fueron formadas.

La formulación del plan de estudios de 1971 de la Facultad de Psicología de la UNAM refleja la división existente entre grupos que incluyen el grupo culturalista de Fromm que se fortalece en la Licenciatura y el grupo ortodoxo de Freud que adquiere influencia en el posgrado. Para este entonces la “Sociedad de Estudios Psicológicos”, primera organización de psicología en nuestro país, tenía entre sus miembros a Ezequiel Chávez, Enrique Aragón, Manuel Flores y otros 9 personajes. Actualmente solo se tiene noticia de dos actividades de esta sociedad: la traducción española de

parte del libro “Los principios de la Psicología Fisiológica ” de Wundt y el título dado a Baldwin como “Miembro Americano de Honor” (Valderrama, Colotla, Jurado y Gallegos, 1997).

Más adelante en la década de los setentas se constituyen asociaciones de psicólogos con propósitos específicos o paradigmáticos, así surge el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación de la Psicología en 1971 y la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta en 1976, de la misma manera se inicia lentamente la constitución de sociedades estatales o regionales. No fue sino hasta 1973 que la carrera se convirtió en Facultad y que el Psicólogo obtuvo su reconocimiento por la Ley General de Profesiones.

A pesar de los esfuerzos realizados desde 1976 fue hasta finales de la década de los 80's cuando se constituye el Primer Colegio Nacional de Psicólogos, en esta década también se conforman la Sociedad Mexicana de Psicología Social. En 1995 surge la primera “Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos en México” (FENAPSIME), constituida mayoritariamente por Colegios estatales o regionales pero con las notables ausencias de la Sociedades con mayor tradición (Díaz-Guerrero, 2004)

En México estas organizaciones al adquirir su personalidad jurídica son conocidas generalmente como Asociaciones Civiles. Así, se ha indicado que el objetivo de las asociaciones civiles debe ser el de ayudar y brindar asistencia personal a los individuos, a grupos o comunidades, con el objetivo de facilitar la integración de la comunidad, el de ayudar a la adaptación mutua entre individuos y su ambiente social o el de brindar servicios necesarios a la sociedad, para resolver sus problemas.

La Psicología Clínica moderna ha tenido un cambio de énfasis ampliándose del sólo interés por el sujeto enfermo o anormal al interés por el sujeto normal que enfrenta problemas psicológicos más o menos inesperados como consecuencia de una enfermedad física, de la exposición a distintas condiciones ambientales de estrés en la familia, o en la vida profesional, o debido a la exposición de situaciones

extremadamente difíciles. Esta evolución no ha restringido de ningún modo el trabajo tradicional en la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales; campo en el que muchos psicólogos clínicos y psiquiatras están actualmente cooperando o, a veces, compitiendo.

1.3 Principales modelos de intervención

Dentro de la psicología clínica se han utilizado diversos modelos o teorías dentro de las cuales se puede destacar a la perspectiva psicodinámica, fenomenológica, humanista-existencial, conductual, cognoscitivo-conductual y cognoscitiva. A continuación se explicará con más detalle en qué consiste cada una de ellas.

Modelo psicodinámico. También denominando Modelo Psicoanalítico muestra algunas contradicciones dentro de la Evaluación Psicológica, ya que por un lado rechaza el diagnóstico nosológico de origen médico llegando a considerarlo como un obstáculo para el psicoanálisis y por otro utiliza lenguaje médico y establece criterios para el diagnóstico diferencial por medio de técnicas proyectivas. En los primeros trabajos de S. Freud hay referencias a la evaluación a través de la evocación y evaluación de contenidos inconscientes pero es a partir de Ana Freud y Hartmann que se constituye un diagnóstico psicoanalítico centrado en la evaluación de los estados del yo y los mecanismos de defensa y adaptación y así las técnicas proyectivas son utilizadas por los psicoanalistas para facilitar el diagnóstico. La escuela Kleiniana se centra en la evaluación de las relaciones objetales y aparecen pruebas como el Pata Negra o el Test de Relaciones Objetales (Ávila, 1992). Este modelo considera que los factores intrapsíquicos constituyen la causa de la conducta manifiesta y se producen bajo la forma de impulsos, motivos, deseos y conflictos. Su formalización teórica sería $C = f(O)$, la conducta en función del organismo pero a diferencia del modelo de enfermedad o médico, la "O" se refiere a un constructo intrapsíquico (Sánchez, 2008).

Dentro de este modelo de terapia se utilizan las motivaciones o conflictos inconscientes en la búsqueda de las bases de la conducta, así mismo, se apoya en gran medida del análisis de la experiencia pasada, esto con la finalidad de acceder al insight,

lo cual significa la comprensión total de los determinantes inconscientes de los propios sentimientos, pensamientos o conductas irracionales que producen tanta infelicidad personal en los pacientes (Phares y Trull, 1999). Dicho modelo tiene sus raíces en el psicoanálisis, el cual de acuerdo a Freud consistía en explorar las profundidades de la mente humana. Dentro de las técnicas empleadas por este modelo están la asociación libre y el análisis de sueños.

El objetivo básico de este modelo de evaluación es ayudar al cambio terapéutico, restando importancia a la clasificación nosológica o a la comparación interindividual.

Modelo fenomenológico y humanista existencial. Este modelo proviene de un movimiento que tiene por objetivo el estudio de la experiencia subjetiva del individuo y del significado que éste atribuye a los eventos de la realidad, manteniendo una concepción holística del hombre y con el interés centrado en la comprensión de las personas más que en la predicción o control de sus conductas. La investigación psicológica que se realiza da prioridad al objeto por encima del método, fundamentalmente los individuos sanos, en cuanto a su necesidad intrínseca de desarrollar su potencial (Mikulic, 2000).

Dentro de este modelo se puede mencionar como iniciador a Carl Rogers quien fundó la teoría de la personalidad, a partir de la cual se implementó la terapia centrada en el cliente, la cual se fundamenta en la teoría fenomenológica. Ésta se centra en el estudio de fenomenología, la cual afirma que la conducta está determinada en su totalidad por el campo fenomenológico de la persona, este último es todo aquello que experimenta la persona en un momento dado en el tiempo, es decir, lo que se la persona experimenta como “el mí mismo”, lo que a su vez determinará la acción de la persona. Rogers afirmó que los individuos existen dentro de un mundo de experiencia, en el cual ellos son el centro. La persona es la única que puede saber de esta experiencia, esto con base en considerar que la tendencia humana básica se dirige hacia el mantenimiento y el aumento del “sí mismo” que experimenta. Es el proceso de autorrealización y es lo que produce el movimiento progresivo en la vida, una fuerza de la que el terapeuta depende

en gran medida, dentro de los contactos terapéuticos con el cliente. A partir de este modelo se considera a la conducta como un conjunto de intentos dirigidos hacia metas, de parte del organismo, con el fin de satisfacer las necesidades que experimenta (Phares y Trull, 1999).

Con respecto al modelo humanista-existencial existe una diferencia entre humanismo y existencialismo, lo cual se ve reflejada en el tipo de teoría propuesta por cada uno de los enfoques. En lo que respecta al modelo humanista o humanismo es destacable que considera que las personas no son el producto del pasado, del inconsciente o del ambiente. Más bien ejercen su libre albedrío en la búsqueda de su potencial interno y autorrealización. No son la mezcla fragmentada de cogniciones, sentimientos y aspiraciones; son seres humanos completos, unificados y únicos (Gregory, 2000). Estos fundamentos trasladados al tipo de terapia se ven reflejados en que ésta pone énfasis en los impulsos positivos, la autorrealización, la libertad y la naturalidad; y no en la enfermedad, desviaciones o etiquetas diagnósticas.

Por otro lado, la psicología existencial considera que las personas participan en una búsqueda de significados, esto a partir de las experiencias de sus vidas, utilizando la imaginación, la simbolización y el juicio de las mismas. Una de las terapias más recurridas por los psicólogos existencialistas es la logoterapia, la cual consiste en animar al cliente para que encuentre significado en lo que parece ser un mundo insensible, poco interesado y carente de significado. Cabe mencionar que la meta última de la psicoterapia existencial consiste en ayudar al individuo a alcanzar un punto en el que puedan ejercer de manera responsable la conciencia y la toma de decisiones (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Modelo Cognitivo – Conductual. La teoría cognitiva empieza a gestarse a finales del siglo XIX e inicios del XX cuando se empiezan a realizar las primeras evaluaciones mentales: Francis Galton elaboró la primera batería para medir el intelecto; James Catell construyó pruebas para el estudio de las diferencias individuales, inventando el término de “pruebas mentales”: Alfred Binet elaboró la primera prueba de inteligencia utilizada en centros escolares, acuñando el concepto de “nivel mental” que más tarde

se convertiría en “edad mental”, y luego con Lewis Terman en “conciencia de inteligencia” (Gregory, 2000).

El modelo tiene sus bases en la teoría conductista cuyos principales fundamentos fueron el condicionamiento pavloviano o clásico, y la teoría de aprendizaje de Hull, con lo que respecta al condicionamiento clásico éste hace énfasis en los principios generales del aprendizaje o bien tiene notables implicaciones cognoscitivas. En lo que corresponde a la teoría del aprendizaje de Hull, se puede mencionar que consideraba que una sólida teoría general del comportamiento era vital para la psicología. Estaba convencido de que la forma más eficaz para que la psicología progresara como una ciencia experimental consistía en dar forma a una teoría debidamente elaborada que sirviera como marco para la investigación. Como modelo utilizó sistemas teóricos en los que se empleaban un conjunto de postulados explícitamente definidos a partir de los cuales un experimentador podía deducir y probar ciertos teoremas por medio de la experimentación; él consideraba que su sistema conductual era sólo un primer paso, pero fue el esfuerzo más ambicioso para elaborar un sistema conductual formal que hoy se puede encontrar. Siguiendo con la trayectoria histórica se encuentra a Wolpe (Phares y Trull, 1999) quien en la década de 1950 comenzó a experimentar con la reducción de temores en seres humanos haciendo que los pacientes imaginaran las situaciones en las que ocurrían sus temores. Los pacientes hacían esto mientras se encontraban en un estado de creciente relajación.

La técnica de desensibilización sistemática de Wolpe, proporcionó una demostración práctica de la forma en que podían aplicarse los principios del aprendizaje dentro de ambientes clínicos. Siguiendo con la propuesta de Hull y como uno de sus discípulos, Skinner y sus colaboradores demostraron que por medio de procedimientos operantes se podía modificar la conducta de pacientes diagnosticados como psicóticos, los cuales se encontraban internados. Esto con base a que Skinner consideraba que era necesario observar el comportamiento de los pacientes y luego tratar de modificarlo mediante contingencias de reforzamiento apropiadas. Consideraba que muchos

comportamientos al parecer extraños podrían ser de hecho respuestas ordenadas mantenidas por reforzadores poderosos. Romper estas contingencias de reforzamiento

desadaptadas y sustituir el reforzamiento de respuestas adaptadas eran las dos metas de los procedimientos que Skinner ideó.

A partir de la propuesta realizada por los teóricos conductistas se han implementado una serie de técnicas en el ámbito clínico, dentro de las cuales las más recurridas son: 1) insensibilización sistemática, la cual es un método utilizado para remediar la tensión conductual y efectiva asociada a problemas que implican ansiedad persistente. Con esta técnica, una respuesta que sea contraria a una respuesta indeseable se sustituye, mediante el adiestramiento repetido, en lugar de ésta última; 2) modelamiento, éste es empleado para producir resultados terapéuticos y educativos tales como la eliminación de deficiencias conductuales, la reducción de temores e inhibiciones excesivos y la facilitación de la conducta social. El modelado implica colocar al cliente frente a una persona que demuestre realmente las conductas que aquel tiene que aprender; y 3) el condicionamiento aversivo, el cual implica enseñar a los clientes a evitar respuestas tales como fumar o hacer uso indebido de los medicamentos, recurriendo a materiales de estímulo nocivos. La terapia de aversión está basada en el supuesto de que la asociación repetida de la respuesta indeseable con el estímulo aversivo disminuirá el valor del reforzamiento de la respuesta y por lo tanto, inducirá a la persona a dejar de presentar esa respuesta.

Aunque los conductistas expresaban formalmente su divergencia con los mentalistas, heredaron inadvertidamente el modelo médico, al continuar tratando fobias, ansiedades, neurosis, señalando incluso que el objetivo de las intervenciones conductuales era la conducta anormal, desviada o desadaptativa. A la aparición del conductismo en el ámbito clínico se le ha denominado de distintas maneras en progresión cronológica según el criterio de clasificación empleado: modificación de conducta, terapias conductuales y análisis conductual aplicado (Díaz, Landa, Rodríguez, Ribes, y Sánchez, 1989). El modelo cognitivo – conductual termina siendo la

conjunción de los conceptos cognitivos con la metodología conductual para la creación de técnicas en psicología clínica.

Modelo Psicoanalítico. El origen y desarrollo del psicoanálisis se dio en la propia práctica clínica, teniendo como condición necesaria para poder aprenderlo el autoanalizarse.

A través de los años se ha vendido la imagen de aquella persona que habla “al aire” mientras que un psicólogo sentado a sus espaldas escucha con mucha atención todo aquello que se dice, desgraciadamente la realidad no es así de fácil y esto suele prestarse a malinterpretaciones y causante del pensar de que cualquier persona pueda llevar a cabo una terapia de esta índole.

Este modelo tiene como descubridor a Sigmund Freud, médico judío. A lo largo de sus aportaciones y trabajos a la corriente psicoanalítica se encuentran el uso de la hipnosis (aprendida de Charcot) y el empleo de la catarsis; el descubrimiento del complejo de Edipo; el Yo, el Ello y el Superyo; la Teoría de la Sexualidad; la Interpretación de los sueños; el uso de los términos Consciente e Inconsciente, etc. El término psicoanálisis se aplica a tres cosas diferentes: 1) a un método de investigación mediante el cual las regiones más íntimas y ocultas del espíritu pueden ser puestas en evidencia y estudiadas. 2) una teoría que se elabora con los resultados de ese análisis, llevado a cabo en muchos casos semejantes que se estudian comparativamente, para poner en evidencia rasgos y reacciones características en cada uno. 3) una técnica de ampliación que tiene por finalidad adoptar el método analítico al tratamiento de los desequilibrios del espíritu. Esta acción terapéutica a través del inconsciente es la que verdaderamente ha de llevar el nombre de técnica analítica o psicoanálisis (Sánchez, 2008).

Dentro de esta definición es posible encontrar el doble carácter epistemológico del psicoanálisis: por un lado, conceptos mecanicistas de la más pura raigambre positivista, y por el otro aseveraciones que nos remiten a un modelo de interpretativo, un desenmascaramiento, un develamiento del sentido oculto y diferente (Sánchez, 2008). Sin embargo, en palabras del propio Freud: *“Psicoanálisis: 1) un método para el tratamiento de las neurosis, y 2) la ciencia de los procesos anímicos inconscientes, que también es denominado psicología de lo profundo”* (Martorell y Prieto, 2000).

El psicoanálisis es una forma de tratamiento de la neurosis mediante el estudio de los procesos psíquicos inconscientes cimentados en los impulsos instintivos sexuales;

consiste principalmente en la libre asociación de ideas que al ser enunciadas por el paciente, son interpretadas por el psicoanalista. Otras maneras de interpretación es a través de los sueños o los actos fallidos (Freud, 1998).

Conforme a lo revisado surge una pregunta fundamental: ¿Cómo es que el psicólogo actúa en todos y cada uno de los aspectos para poder hacer que el individuo se realice a nivel personal y dentro del contexto en el cual se desarrolla, de una manera adecuada? La idea generalizada es acudir a recibir apoyo psicológico únicamente cuando se tienen dificultades y no es posible resolverlas uno mismo, error, el psicólogo posee varios ámbitos como actividades para hacer y buscar soluciones ante cualquier situación que se presente. Desgraciadamente la imagen que se vende es muy diferente a todo el alcance que puede dar la atención psicológica.

1.4 Tareas del psicólogo clínico

En cuanto al papel funcional del psicólogo dentro de la psicología clínica se ha descubierto que la relación terapéutica es un importante predictor del éxito terapéutico. A dicha relación, los terapeutas conductuales la han descrito normalmente como los aspectos no específicos del cambio. Para otros autores como Harrsch (1998) el psicólogo clínico debe enfocar su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. La función específica del psicólogo clínico consiste en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad nacional.

Sin embargo, para autores como Feldman (2002) el psicólogo clínico se ve limitado a la detección, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal, desempeñando su labor en hospitales, clínicas, centros comunitarios de salud y de orientación. Otros autores como Butcher, Mineka y Hooly (2006) coinciden con lo mencionado, según este autor las funciones del psicólogo clínico son la evaluación y el tratamiento de pacientes, además de la investigación, la enseñanza, la consultoría y la administración.

Dentro de las actividades que realiza el psicólogo en los múltiples escenarios en el que es posible ubicarlo, se encuentra que su principal quehacer es el tratar con diferentes personas bajo distintas situaciones. Muchas veces las personas que llegan vienen acompañadas de algún padecimiento diagnosticado por un especialista, ahora la pregunta sería ¿realmente estos sistemas de diagnóstico cumplen las expectativas que se esperan de ellos siendo capaces de identificar y clasificar los padecimientos bajo los cuales viven varias personas?

El diagnóstico es un concepto fundamental en psiquiatría y psicología, tanto como actividad central del profesional de salud así como teoría de la realidad clínica. Antes los trastornos no eran descritos objetivamente y la misma condición se definía bajo un número variado y confuso de nombres, esto llevo a buscar sistemas que hicieran posible la clasificación de los trastornos que presentaban las personas. Estos sistemas diagnósticos representan modelos de la realidad, en forma de enunciados sucintos de la condición clínica del paciente. Deben ser razonablemente precisos y específicos, por un lado, y comprensivos y cabales por el otro. El interés por fortalecer la confiabilidad y validez de los sistemas diagnósticos ha llevado, en años recientes, a avances metodológicos significativos en dos áreas importantes: 1) descripción psicopatológica precisa y 2) formulación diagnóstica integral. En relación a la primera, destacan en las nuevas clasificaciones el énfasis sindrómico y el uso de criterios diagnósticos específicos que han facilitado el diseño y empleo de entrevistas estandarizadas; en cuanto a la segunda, el uso de esquemas multiaxiales. El desarrollo

considerable de los criterios operacionales fue iniciado, por José Horwitz y Juan Marconi en América Latina; Peter Berner en Austria; y John Feighner y colaboradores en los Estados Unidos. Los criterios diagnósticos de este último grupo, modificados y expandidos, fueron incorporados en el DSM-III. Más recientemente, criterios diagnósticos explícitos han sido propuestos para el componente psiquiátrico de la CIE-10. Aunque la claridad representada por los criterios diagnósticos específicos los hace valiosos para el trabajo clínico y, particularmente, para el investigativo, conllevan elementos controvertidos tal como el número, frecuentemente arbitrario, de elementos requeridos

para asignar un determinado diagnóstico o el percibido sacrificio de validez por confiabilidad (Perales, 1998).

Una contribución especial de la psicología clínica es la terapia de conducta, basada en los principios del aprendizaje y el condicionamiento, con la que los terapeutas intentan modificar la conducta del paciente eliminando los síntomas negativos mediante el descondicionamiento sistemático o el refuerzo gradual de un comportamiento alternativo más positivo. En otras formas de terapia, el psicólogo puede ayudar a los pacientes a comprender mejor sus problemas, buscando nuevas formas para enfrentarse a ellos.

Sin embargo, dado que México se está transformando para mejorar sus niveles de vida, la situación actual de las instituciones está cambiando también haciendo evidente la necesidad de formar profesionales que respondan a estos cambios en diversas áreas que ayuden analizar, detectar, entender y resolver problemas de salud tanto en personas normales como con enfermedades mentales en donde participen de manera preponderante los aspectos preventivos, y el uso óptimo de los recursos financieros y humanos. El psicólogo clínico que enfrente los retos podrá hacerlo de manera eficiente si cuenta con el siguiente perfil de habilidades (Harrsch, 1998):

* Observación.- análisis y detección de registros comportamentales, expedientes clínicos, escolares, observaciones individuales y grupales.

* Diagnóstico.- aplicación e interpretación de instrumentos psicológicos que le permitan tener elementos suficientes para emitir un juicio diagnóstico. Implica la integración de los datos recabados.

* Entrevista.- realización de entrevistas según las necesidades individuales, grupales, familiares, en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

* Comunicación.- capacidad de redacción de informes, programas, ensayos, reseñas, artículos.

- * Intervención.- selección diseño y aplicación de estrategias que le permitan ofrecer orientación y terapias para resolver problemas en su campo de acción.
- * Prevención y desarrollo.- participación en actividades dirigidas a la capacitación, actualización y supervisión de colegas y del personal en los escenarios institucionales.
- * Planeación.- participar en el diseño de programas y proyectos relacionados con la salud y el bienestar de los usuarios, en escenarios públicos y privados, relacionados con la práctica profesional del psicólogo.
- * Evaluación.- seleccionar y aplicar métodos, técnicas, instrumentos y procedimientos en el proceso de investigación científica.
- * Investigación.- diseñar y llevar a cabo proyectos de investigación aplicada, acerca de los riesgos de salud de la población usuaria de los servicios de atención clínica.

Su acción es amplia, pues puede abarcar desde pequeños desajustes de la relación de la persona con su medio o estadio evolutivo, hasta trabajar con patologías importantes que desestructuran la personalidad del sujeto y el ajuste a su medio.

En función de la problemática o situación del sujeto, se decidirá cuál es el tratamiento adecuado, que en oportunidades se deberá atender de forma interdisciplinar (psiquiatras, neurólogos, psicólogos, terapeutas, entre otros). La atención psicológica

dependerá entonces de la necesidad y motivo de consulta de cada paciente, según sea su dificultad, problemática o inquietud.

En términos generales como afirma Gutiérrez (2005) el entrenamiento de Psicólogos basado en la competencia implica tres aspectos relacionados: conocimiento de principios psicológicos fundamentales, habilidades obligatorias, límites éticos y legales. La adquisición de competencias es un largo proceso, no se evidencia en la acumulación de credenciales, sino en la demostración de una capacidad de desempeño en situaciones problemáticas específicas.

Como se vio, el proceso de conformación de la Psicología como una ciencia y su desarrollo ha tenido como todas las demás sus altibajos, pero todo esto no la ha limitado para seguir desarrollándose y estableciéndose dentro de una sociedad en constante cambio como es la nuestra. Todos aquellos modelos que se ramifican de la psicología poseen como objetivo general el equilibrio de los niveles que conforman al humano, principalmente el cognitivo y emocional. Al tratar de comprender como es que pueden llegar a alterarse alguno de estos niveles y la consecuencia de los síntomas que se adquieren, se hace necesaria la clasificación de estados mentales por parte de psicólogos y psiquiatras, con el fin de abordarlos de una manera más eficaz y que permitan buscar soluciones para un adecuado desarrollo del individuo. Esto será el tema del siguiente capítulo, los sistemas clasificatorios y su intento por abordar cada una de las alteraciones mentales que afectan al individuo, así como el impacto del diagnóstico que se recibe por parte de un profesional.

CAPÍTULO 2. SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL

2.1 Antecedentes

Desde Descartes ha sido subdividido el hombre en cuerpo y psique. Conductas o modos de pensar aberrantes eran considerados teológicamente como señales de "locura divina", "posesión por agentes demoníacos", o "pérdida del alma". Personas "locas" eran a veces elevadas al estado de profetas o chamanes, en otras ocasiones quemados como hechiceros o brujas; el tratamiento podía incluir exorcismo, oración, inmolación o confesión forzada. De acuerdo a los idealistas, el ser humano era responsable de sus enfermedades mentales precisamente porque era libre, lo que implicaba su voluntario consorcio con el diablo. Fue en ese contexto que el materialismo de los siglos XVII y XVIII condujo a una suerte de doctrina liberadora, contrarrestando el fanatismo de los "luchadores antidemoníacos" (Fishman, 1995).

El 23 de junio de 1735 Carl Von Linné presentó un trabajo inspirado en las investigaciones realizadas por Hipócrates con relación a la presentación de "fiebres intermitentes" (causada principalmente por la ingesta de partículas de polvo), escrito con el que obtuvo el grado de doctor en medicina. A partir de 1738 puso en práctica una nueva terapia contra las enfermedades venéreas, situación que junto a la relación personal que tenía con el conde Carl Tessin, lo ayudaron para que fuera el responsable del Hospital Naval de Estocolmo. Para 1741 no volvió a ejercer la medicina privada dedicándose por completo a la enseñanza universitaria, hecho que lo llevó a plantear en *Genera morborum* la clasificación de las enfermedades en clases, órdenes y géneros de acuerdo con los síntomas. De la aplicación de sus conocimientos de botánica a la terapéutica nace *Materia Médica*, un tratado clásico de la farmacología en el que recoge los nombres y sinónimos de diversas plantas medicinales, indicando las dosis que debieran de suministrarse, los efectos terapéuticos esperados y las enfermedades para las que se recomendaban (González, 2007). De modo similar al trabajo de los biólogos, los médicos comenzaron a realizar la taxonomía de las enfermedades, agrupándolas en sistemas de clases, familias, géneros y especies.

En este ámbito, la nosología de Linné fue la segunda en publicarse; la primera había sido hecha por Sauvages, la tercera por Vogel y la cuarta por el escocés William Cullen dentro de su libro *Sinopsis de nosología metódica* en 1769, donde apareció inicialmente el término *neurosis* (Rivera, Murillo y Sierra, 2007) concepto que acuñó para denominar a lo que en ese tiempo era conocido como “enfermedades nerviosas”, donde el sufijo *-osis* hace referencia a la noción de afección lenta y crónica del sistema nervioso (mismo que tiempo después fue empleado por Sigmund Freud para fundamentar su teoría sobre la neurosis a lo largo de su obra).

El concepto fue utilizado en las obras de sus discípulos y citado constantemente en textos o recopilaciones. Uno de los casos más sobresalientes lo constituye la obra de Philippe Pinel; personaje que desde 1786 trató a algunos enfermos mentales en el manicomio del señor Belhomme. Trabajó como médico en el hospicio de Bicentre desde 1793 hasta 1795. Fue en el séptimo empleo donde observó el trabajo del celador Pussin y comprendió la importancia del tratamiento moral en su dimensión institucional. Según Peset (2003), desde la primera edición de su *Nosographie philosophique ou Methode de l'analyse appliquee a la medecine*, aparecida en 1798, basó su clasificación en las funciones afectas y no en los síntomas, concluyendo finalmente en el nivel del comportamiento, yendo desde la perturbación psíquica más ligera hasta la más grave: en primer lugar, reconoció que las causas de la alienación eran predisponentes (en gran parte hereditarias) u ocasionales (papel importante de los sucesos externos y de las emociones violentas); pensó que las lesiones cerebrales eran graves y que acarrearían trastornos serios en el plano vital, y definitivos.

Consideró que los trastornos mentales eran consecuencia de afecciones viscerales, provocadas estas, a su vez, por las emociones y las pasiones. De tal modo, comienza por la simple melancolía o delirio parcial (dirigido sobre un solo objeto), después vienen la demencia o debilitamiento intelectual generalizado, no hay juicio ni verdadero ni falso; las ideas parecen estar aisladas y en verdad, vienen unas después

de otras, pero sin que exista la menor asociación entre ellas. Por último el idiotismo, "abolición total de las funciones del entendimiento", que puede ser de nacimiento o adquirido y que se convertirá ulteriormente en la "demencia aguda" con Esquirol, en la "estupidez" con Georget y en la "confusión mental primitiva" con Chaslin (Peset, 2003).

Pinel estudió las líneas generales del tratamiento moral (la regulación de la vida de los enfermos, su clasificación rigurosa y el aislamiento de los más peligrosos), contribuyendo al nacimiento de la psicoterapia; se interesó en la reglamentación de la institución hospitalaria psiquiátrica a la que se llamaría "asilo"; y señaló que la conducta humana depende de la naturaleza biológica de la especie, susceptible de ser alterada por estructuras sociales o psicológicas. Fue nombrado profesor adjunto de física médica y de higiene en la nueva Escuela de Salud de París y médico jefe en la Salpêtrière donde prosiguió su carrera hasta su muerte. Puede decirse que Pinel, con tales concepciones, y por intermedio de su discípulo Esquirol, fue precursor de la formulación de la reglamentación psiquiátrica, que encontró su marco legal definitivo en la ley promulgada en Francia el 30 de junio de 1838 (Conti, 2008).

El padre de Jean-Étienne Dominique Esquirol era administrador de una institución en la que se ingresan epilépticos, pacientes con trastornos mentales y delincuentes sin distinción, hecho que años más tarde fue relevante para la inclinación de Esquirol y su trabajo con ese tipo de población. A los 24 años, en 1799, se trasladó a París y conoció a Philippe Pinel en el Hospital de la Salpêtrière, donde este puso a disposición de Esquirol el jardín de la rue de Buffon estableciendo un asilo privado en 1801 o 1802. En 1825 obtiene el cargo de superintendente de la Mansión de Charenton, lugar que se hizo conocido por tener entre sus pacientes al Marqués de Sade hasta su muerte (Álvarez, 2012). Contribuyó también al clasificar las enfermedades mentales en cinco grupos (lipemania, manía, melancolía, demencia e idiotez), relacionando las distintas enfermedades mentales con un tratamiento específico. Trabajo con el que logró ser uno de los fundadores de la Psiquiatría moderna.

Para 1855 (en el mismo campo de estudio) Karl Ludwig Kahlbaum (1828 – 1899) laboró como médico en el asilo mental en Wehlau y desde 1867 fue director del

hospital psiquiátrico Görnitz (Silesia). Como psiquiatra, dio cuenta de que el intento de los trastornos mentales de grupos basados en similitudes de síntomas externos era inútil, y en su obra trató de desarrollar un sistema de clasificación que agrupa las enfermedades mentales en función de su desarrollo y el resultado (Díez, 2005). Realizó trabajos al lado de su discípulo Edward Hecker - involucrando estudios de pacientes psicóticos jóvenes -, obteniendo la introducción de un sistema de clasificación que utiliza términos descriptivos como distimia, ciclotimia, catatonía, parafrenias y hebefrenia, precisando así el cuadro clínico y explicando dentro de su obra *Die Katatonie oder das Spannungsirresein* (1874) que la enfermedad es una alteración en la funcionalidad del motor que representa una fase de una enfermedad progresiva, que se manifestaba por una sucesión de accesos de manía y melancolía, la depresión y la psicosis finalizando en la demencia. Aunado a esto, Kahlbaum hace referencia a la "locura juvenil" y destacó la importancia de la educación de los padres para evitar que esta condición se produzca.

El trabajo de Kahlbaum, tiempo después influiría al psiquiatra alemán Emil Kraepelin. A la edad de 20 años redacta su primer trabajo titulado *Influencia de las enfermedades agudas sobre el origen de las psicosis*, publicando los resultados obtenidos de sus observaciones personales y enseñanzas por parte de su profesor de psiquiatría Rinecher. A través de dicha publicación se le designa como ayudante de Wundt hasta 1877; en 1878 es ayudante de Gudden en la Clínica y Hospital de Munich, donde se dedica especialmente al estudio de las enfermedades cerebrales orgánicas siendo en 1883 que publica su *Tratado de psiquiatría*. En 1885 es nombrado médico en jefe del Manicomio Regional de Dresden; y finalmente en 1904 se hace cargo de la cátedra de Psiquiatría en Munich, asumiendo la dirección de la nueva Clínica. Según Díez (2005), para Kraepelin "el estudio lo es todo, prolongaba el examen durante el tiempo que fuera necesario a fin de llegar a conocer con exactitud la forma en que van sucediendo los diversos síntomas hasta poder darles su valor real, base fundamental del diagnóstico y, por lo tanto del pronóstico" (pág. 56).

La evolución de lo que hoy se conoce como psiquiatría científica moderna se debe en gran parte a dos hechos señalados por Weiner: por un lado la revolución biológica se inicia con el descubrimiento de las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina y su introducción clínica en 1952, y por otra parte la revolución diagnóstica con relación a los criterios diagnósticos de Feighner que sirvieron de base para el DSM-III (Doménech y Ezpeleta, 1998). Sin duda, a través de los años han sido varios los personajes que han influido para comprender y tratar el desarrollo de las enfermedades mentales, situación que no sólo involucra a la psiquiatría sino también a la psicología, así como había sido demostrado por Pinel, que el contexto y el trato social influye sobre la población afectada y por ende repercute en su actuar.

2.2 Evaluación en psicología: necesidad, formas de evaluación y objetivos de la evaluación

A partir del trabajo de Pinel, y desde que se inició el trabajo en los manicomios, se comenzaron a definir los principales tipos de enfermedades mentales y sus formas de tratamiento.

Durante el final del siglo XIX y todo el siglo XX surgieron, en la forma de teorías psicológicas, distintas maneras de intervención para el comportamiento disonante ahora nombrado como enfermedad mental o comportamiento anormal, intervenciones clínicas que se fundamentaron en tres teorías: psicoanalítica, conductual y cognoscitiva (Vargas, 2006). Para inicios del siglo XX en los Estados Unidos las pruebas de inteligencia se empleaban para la clasificación de niños, de inmigrantes europeos, de

militares de la Primera Guerra Mundial y para estudiantes con relación a su desarrollo vocacional.

Esta guerra, se convierte en la oportunidad de la psicología clínica, ante la incapacidad de los médicos, para demostrar los conocimientos y capacidades de los psicólogos. Por lo que un grupo dirigido por el entonces presidente de la APA, Robert Yerkes, asumió la tarea de crear herramientas para medir las capacidades mentales de los futuros soldados. Como las pruebas requerían ser aplicadas de manera individual, los psicólogos se fijaron como objetivo, elaborar una prueba de inteligencia rápida y eficiente que pudiera aplicarse simultáneamente a grandes cantidades de individuos; siendo esta la Alpha (prueba de habilidades verbales) y la Beta (prueba de habilidades no verbales). Posteriormente, en 1960 se reconoció la importancia de la observación directa hacia los sujetos de estudio como fuente de información.

La Segunda Guerra Mundial renovó la necesidad de que los psicólogos evaluaran las capacidades de miles de personas que se enrolarían en las fuerzas armadas. Una de las observaciones principales, que fue encontrada en los soldados que habían experimentado estrés en combate, llevó a la identificación del síndrome “neurosis de guerra” o “fatiga de combate”, que posteriormente recibió el nombre de “trastorno de estrés postraumático” (Compas y Gotlib, 2003). A través de los resultados obtenidos de la aplicación de las pruebas, fue posible observar que el diagnóstico se establece después de comprobar que: la persona presenta los síntomas típicos para los diferentes eventos o fases; aporta un lenguaje común y ayuda a la identificación de factores que se encuentren alterando la salud mental del individuo.

Lo que dio como resultado, que el punto central de la evaluación sea la identificación de los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad. Dichos factores se enmarcan en el contexto del triángulo de aparición de problemas de conducta (persona – interacción – entorno), teniendo en cuenta las características biológicas, médicas, psicológicas, sociales y de desarrollo del individuo, así como las condiciones físicas y sociales en el entorno actual. Durante la evaluación psicológica, además de valorar la función cognitiva es importante observar el desarrollo social, emocional y de la personalidad del individuo. Toda percepción sobre el nivel de desarrollo emocional y de la personalidad permite comprender mejor las necesidades básicas y la

motivación de la persona, por lo que hay distintas escalas para la evaluación de aspectos sociales y cognitivos.

En México, gran parte de los trabajos publicados entre los treinta y sesenta, refieren cuestiones como las diversas clasificaciones de los delincuentes por sus cualidades psicosomáticas, trabajos de biotipología, sobre higiene mental, además de los debates relacionados con la legislación penal y sus limitaciones en torno a la responsabilidad o no de los delitos cometidos por diversos tipos de *deficientes mentales* e individuos considerados portadores de caracteres constitucionales, causantes de diversos patrones de *comportamiento antisocial*. Sin duda, los planteamientos para resolver la problemática de la salud mental, reflejan el poder del *saber científico* para definir la situación de los individuos socialmente marginados, que consideraron los juristas y psiquiatras mexicanos, como portadores de diversos patrones anormales de comportamiento, producto de la herencia, que se revelaban a través de caracteres morfológicos regresivos o atávicos, que se relacionaron con la criminalidad, el pauperismo, la malvivencia, la debilidad mental, la locura, la homosexualidad y la prostitución. Como alternativas se propusieron medidas radicales como la eliminación, la mutilación, la esterilización o el internamiento en psiquiátricos, lo que revela la rígida postura eugenista de esos profesionales, casi siempre soslayando las condiciones de vida de los afectados por diversas patologías mentales (Suárez, 2002).

La evaluación de los factores que influyen en los problemas de conducta y la integración de esos datos con los historiales médicos e informes anteriores permiten emitir hipótesis que reflejan múltiples factores de influencia (ej. enfermedades físicas, factores genéticos, psiquiátricos, psicológicos y el entorno social y físico). Según García, Gutierrez-Colosía y Salvador (2010) antes de establecer un diagnóstico, se debe realizar:

- Una evaluación del comportamiento (problema de conducta): Historial e informes médicos actuales. Entrevista personal. Observación directa de la conducta.

Procedimientos formales y estandarizados (checklist, notación en escalas, análisis de conductas).

- Evaluación de la persona: Aspectos biológicos (anomalías genéticas y orgánicas del sistema nervioso central). Aspectos psicosociales (niveles de desarrollo cognitivo, social, emocional y de personalidad). Estado de salud física. Condición psiquiátrica. Problemas funcionales.
- Evaluación del entorno: Entorno físico (hogar, colegio, trabajo, centro de día, etc.). Relevancia de la persona para el entorno (ej. aceptación). Problemas sistémicos. Problemas pedagógicos. Problemas sociales, aspectos culturales.

El problema de conducta desaparecerá o se reducirá significativamente tras eliminar o minimizar las circunstancias médicas o del entorno que generan malestar y considerar la satisfacción de las necesidades básicas de la persona. En caso de que el problema persista se aplicará un tratamiento integrador dirigido al objetivo concreto. Todo tratamiento se aplica mediante la observación individualizada de los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen, desde una perspectiva del desarrollo.

Por lo que se justifica el uso de los sistemas de clasificación por:

- 1.- Evaluar integralmente. La conducta humana normal y patológica, y predecir su funcionamiento en relación a los estudios de vida y el impacto de los factores protectores y de riesgo (Hernández, 2011).
- 2.- Lograr un lenguaje común en el diagnóstico.
- 3.- Conocer las causas y factores que intervienen en el origen, desarrollo y configuración del problema. Identificar los factores de riesgo en su entorno familiar-escolar y social.
- 4.- Conocer cuáles son los signos, síntomas, síndromes o enfermedades que se presenta o ha presentado a través del uso de la entrevista y cuestionarios. También deben de ser

considerados informes médicos u psicológicos relevantes que hayan sido efectuados previamente.

5.- Formular el juicio clínico en base a los datos obtenidos.

6.- Preparar y aplicar el plan de Intervención (Tratamiento).

Las bases para los sistemas de clasificación que en la actualidad son utilizados, llevaron muchos años de investigaciones, estudios y correcciones en los mismos. A la fecha siguen en continuas modificaciones para ayudar en la identificación y tratamiento de los individuos que lo necesitan.

2.3 Sistemas de clasificación en salud mental: DSM y CIE-10

Los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los mayores problemas de Salud Mental Pública. Son frecuentes en las distintas sociedades y culturas; crean un alto nivel de discapacidad y de sufrimiento a las personas que los padecen y una considerable aflicción por amigos y familiares. Cuando se elaboraron las primeras clasificaciones de enfermedades, hace más de un siglo, su utilidad era exclusivamente administrativa y de obtención de datos para fines estadísticos. Sin embargo, las clasificaciones actuales pretenden además de cubrir este objetivo, ayudar a que la investigación clínica, epidemiológica y de utilización de servicios se realice con unos criterios uniformes, así como dar recomendaciones en la práctica clínica respecto a los elementos semiológicos a tener en cuenta para realizar el diagnóstico (Gutiérrez et al., s/f). A consecuencia de todo el cúmulo de investigaciones y resultados surgieron los dos sistemas de clasificación más importantes en el ámbito de las enfermedades mentales.

a) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM):

Surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo tanto en los contenidos que debería incluir como en el método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Entre las causas que influyeron en su creación, están la necesidad de recoger datos de tipo estadístico en

relación a los trastornos mentales, así como de contar con una nomenclatura aceptable para los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas, en todo el país. Fue así como en 1952 surge la primera edición DSM-I publicado por el Comité de nomenclaturas y estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría, como una variante de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el establecimiento de contactos con los equipos que elaboraron la CIE-6, con el objeto de hacer que ambos instrumentos tuviesen la mayor compatibilidad posible (Martín, 2006).

Este manual fue revisado, ampliado y actualizado desde ese entonces, encontrándose diversas versiones desde aquella primera edición, en 1968 apareció el DSM-II; en 1980 el DSM-III, en 1987 se publicó la revisión de la tercera edición llamada DSM-III-R y actualmente el DSM-IV que fue editado en 1994. Hechos que se ejemplifican en la tabla 1:

Tabla 1 (DSM): Revisión panorámica de su evolución histórica

DSM	Año de publicación	No. de páginas	Categorías psicopatológicas incluidas
DSM-I21 edición)	(1a. 1952	130	106
DSM-II22 edición)	(2a. 1968	134	182
DSM-III23 edición)	(3a. 1980	494	265
DSM-III-R24 (3a. edición revisada)	1987	567	292
DSM-IV25 edición)	(4a. 1994	886	297
DSM-IV-TR26 (4a. edición revisada)	2000	943	297
DSM-V edición)	(5a. 2013		

Para realizar el DSM-IV, se formaron 13 grupos de trabajo, cada uno de ellos fue responsable de una sección del manual. A su vez, cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y los planteamientos de ellos eran analizados por entre 50 y 100 consejeros que representaban diferentes orientaciones, perspectivas y experiencias. Estos grupos informaron a un comité elaborador, que fue compuesto por 27 miembros (Martin, 2006).

Es importante señalar, que a la fecha ya se encuentra la edición en inglés del DSM-V por parte de la APA, y la CIE-11 que se encuentra a cargo de la OMS; dichas instituciones se encuentran trabajando en conjunto a través de conferencias internacionales y reuniones para hacer que los sistemas antes referidos, sean “significativamente compatibles, comparables y utilizables a nivel global” (Alarcón, pág. 91). Los avances que se logran día a día en diferentes terrenos de investigación científica, ya sean básicos o clínicos, dejan rezagada cualquier taxonomía; es claro entonces que el DSM, en su cuarta edición, es ya insuficiente para enfrentar los retos clínicos y de investigación que se van presentando, por lo que desde hace más de 10 años se ha estado trabajando en la configuración de lo que será su quinta edición.

Los primeros esfuerzos para iniciar el proceso de integración y elaboración del DSM-V se iniciaron en 1999, los proyectos iniciales fueron patrocinados por la APA y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés); entre las estrategias establecidas se acordó formar seis grupos de trabajo y cada uno examinaría un tema específico. Del año 1999 al 2007 se planificó la investigación y documentación técnica por medio de un programa de investigación. Del año 2004 al 2007 se llevó a cabo la segunda fase del proyecto a la que se le denominó «perfeccionamiento del programa de investigación para el DSM-V» a través de una serie de conferencias auspiciadas por la NIMH, la OMS y la APA. De enero a mayo del 2010 se llevó a cabo una prueba piloto con diferentes poblaciones y en diversos entornos para poner a prueba las revisiones propuestas por los grupos de trabajo (García et al., 2011).

Para el 2012 se preparó el texto final y fue presentado ante los miembros de la APA, por lo que se contempló un margen de nueve meses para eventuales cambios o modificaciones; en octubre y noviembre se efectuaron las últimas revisiones a los criterios diagnósticos; finalmente en mayo del 2013 se planeó presentar el DSM-V en la Reunión Anual de la APA, en San Francisco, California. Esta nueva versión, se ha basado en 3 principios (Martínez y Rico, 2013):

1. Dar prioridad a la utilidad clínica, que sea útil para tratar a los pacientes.
2. Todos los cambios deben estar basados en evidencia científica.
3. Siempre que sea posible, el nuevo DSM debe mantener una continuidad con el anterior, esto quiere decir que se debe tener en cuenta la implementación de los nuevos conocimientos científicos, pero a la vez considerar el impacto que los cambios puedan tener en la práctica clínica.

Algunas de las modificaciones que presenta esta nueva versión, son:

- La eliminación del sistema multiaxial y la reorganización de los capítulos.
- La implementación de la evaluación de la dimensión de los trastornos a través de diferentes escalas. Esto permitirá situar al paciente en un rango dependiendo de la severidad de los síntomas observados.

Esta nueva organización está diseñada para reflejar mejor los avances científicos en la comprensión de los trastornos, facilitar el diagnóstico y la práctica clínica. Así pues, todos los trastornos están ordenados de acuerdo a su aparición, como se observa en la tabla 2. Primero los que comienzan en las etapas más tempranas (infancia y niñez) para acabar en los que aparecen en la etapa adulta. Dentro de cada uno de ellos, primero se listan los que aparecen más precozmente (Martínez y Rico, pág. 3).

Tabla 2. Nueva organización del DSM

Trastornos del neurodesarrollo
Trastornos psicóticos y del espectro de la esquizofrenia
Trastornos bipolares y relacionados
Trastornos del estado de ánimo
Trastornos de ansiedad
Trastornos obsesivos compulsivos y relacionados
Trastornos relacionados con sucesos traumáticos y estresores
Trastornos disociativos
Trastornos somáticos
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos de la eliminación
Trastornos del sueño
Trastornos sexuales y de la identidad sexual
Trastornos conductuales y del control e impulso
Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas
Trastornos neurocognitivos
Trastornos de personalidad
Parafilias
Otros trastornos

En cuanto al DSM-IV, este evalúa al paciente en diferentes variables y un diagnóstico consta de cinco ejes:

- Eje I: se describen los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno, y que pueden ser objeto de atención clínica (por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, etc.).
- Eje II: se especifica si hay algún trastorno de personalidad de base, algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (por ejemplo: trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc.).
- Eje III: se especifican afecciones médicas que presente el paciente. La enfermedad física puede ser causa, consecuencia o no estar relacionada con el trastorno mental.

- Eje IV: se describen tensiones psicosociales y ambientales en la vida del paciente que contribuyen, de manera significativa, al desarrollo o exacerbación del problema actual (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).
- Eje V: se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), facilita el diseño del plan terapéutico y ayuda a evaluar los resultados.

Según Martin (2006), Esbec y Echeburúa (2011), al hacer un diagnóstico los ejes a los que más atención se les presta son el Eje I y el Eje II, los cuales están agrupados por grandes grupos:

- 1) Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- 2) Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- 3) Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
- 4) Trastornos relacionados con sustancias
- 5) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- 6) Trastornos del estado de ánimo
- 7) Trastornos de ansiedad
- 8) Trastornos somatomorfos
- 9) Trastornos facticios
- 10) Trastornos disociativos
- 11) Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- 12) Trastornos de la conducta alimentaria
- 13) Trastornos del sueño

- 14) Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- 15) Trastornos adaptativos
- 16) Trastornos de la personalidad
- 17) Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Este manual, define al trastorno mental como un síndrome o un patrón de comportamental o psicológico, que se asocia a un malestar, una discapacidad, un riesgo de morir, al sufrimiento, al dolor o a la pérdida de libertad. Independientemente de la causa, el trastorno mental debe considerarse como una manifestación individual de una disfunción. Este, cuenta con árboles de decisión que permiten establecer diagnósticos en función de identificar ciertos criterios, ver si los cumple o no, e ir arribando a un diagnóstico. Los mismos permiten determinar un diagnóstico, pero también requieren tener conocimientos de semiología psiquiátrica y psicopatología (Martín, 2006).

b) Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10):

Dentro de los primeros intentos de categorización de las enfermedades se encuentra *Nosologia Methodica* de Bossier de Lacroix (siglo XVIII), texto que constituyó la primera prueba para la clasificación sistemática, dicho escrito generó *Morborum* de Linneo (siglo XVIII) y *Synopsis Nosologiae Methodica* de William Cullen (siglo XVIII); Posteriormente la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales (fundada en 1837) favoreció que William Farr ampliara y corrigiera los intentos de Cullen. Es así que en 1853 recibió el encargo junto a Marc d'Espine, en el I Congreso Internacional de Estadística para una clasificación uniforme de las causas de defunción, la idea de Farr se basaba en la localización anatómica de las enfermedades, idea que se impuso y construyó una Clasificación de Causas de Defunción con 139 padecimientos.

En 1893 el Instituto Internacional de Estadística (sucesor del Congreso Internacional de Estadística) aprobó la *Lista Internacional de Causas de Defunción* propuesta por Bertillon (París), la cual podría llamarse la CIE-1. La lista se basaba en el

trabajo de Farr y representaba a su vez una síntesis de diversas clasificaciones usadas en este tiempo por diversos países, dedicadas exclusivamente a los males que producían la muerte en el ser humano; hacía ya una distinción entre enfermedades generales y las localizadas en una región anatómica concreta. Fue adoptada en 1898 por la *American Public Health Association* (APHA) que además propuso que fuera revisada cada diez años con el fin de incorporar a la clasificación los avances de la medicina. A cargo de Berlliton y luego bajo la dirección de Michel Huber, el gobierno francés convocó desde 1900 hasta 1938 (1900, 1909, 1920 y 1929) cuatro conferencias internacionales de Revisión Decenal de la *Lista Internacional de Causas de Defunción*. Al Instituto Internacional de Estadística se le unió, en la función de revisión la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones (Ramos, Vázquez-Barbero y Herrera, 2002).

La Quinta Conferencia Internacional para la Revisión Decenal de la *Lista Internacional de Causas de Defunción* fue convocada en París en 1938 y constituye la última revisión tal como se concebía entonces (únicamente como clasificación de causas de fallecimiento). De ella surgieron tres listas, una detallada con 200 causas, una intermedia con 87 y una lista resumida con 44. En esta Conferencia se aprobó una resolución que animó a trabajar durante los siguientes años en la elaboración de un texto que no sólo incluyera causas de defunción, sino una clasificación de enfermedades que fuera útil para el estudio de la morbilidad.

Para 1942 el Comité de Estadística de Morbilidad Hospitalaria del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido creó en *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*; en 1944 la División de Métodos de Salud Pública del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos publicó el *Manual for coding cause of illness according to a diagnosis code of tabulating morbidity statistics*, mismo que puede considerarse como el antepasado más reciente de la versión actual de la CIE, ya que contenía los códigos diagnósticos, una lista tabular y un índice alfabético (Ramos et al., 2002).

En 1946 se nombró un comité de expertos para la preparación de la Sexta Revisión Decenal de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción bajo los auspicios de la OMS, el cual revisó el borrador preparado por el Comité de los Estados Unidos y preparó una *Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* para ser sometida al estudio y crítica de los países que realizaban estudios de mortalidad y morbilidad. La Primera Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1948 aprobó y editó este último manual que constaba de dos volúmenes; el primero contenía la Clasificación Internacional con la Lista Tabular de Inclusiones, un modelo de certificado de defunción, las normas de selección y las listas especiales de tabulación, el segundo el Índice Alfabético. La Conferencia para la Sexta Revisión Decenal (1948) aprobó un amplio programa de cooperación internacional para ese campo, y a raíz de esa conferencia sería la OMS el organismo internacional encargado de realizar las revisiones de la nueva clasificación aprobada.

En 1955, se celebró en París la Séptima Revisión y para 1965 en Bruselas, se realizó la Octava. Ésta última sufrió un proceso de gran divulgación por el cual los servicios estadísticos de los hospitales de numerosos países empezaron a utilizar la CIE para la indización de sus historias clínicas. En 1975, en Ginebra, se realizó la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la CIE; de ella surgió la CIE-9^a-MC. Ya en 1983 se inician los primeros trabajos para la Décima Revisión de la CIE. El vasto desarrollo y uso de la CIE-9^a-MC dejó al descubierto algunas de sus deficiencias, de forma que se presentaron propuestas para que incluyera más datos que los estrictamente diagnósticos, surgiendo así el concepto de familia de clasificaciones, actualmente revisado y renovado en lo que se ha dado en llamar la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS), según Ramos et al., (2002).

Se ha sustituido la clave numérica por la alfanumérica y se mantiene un sistema de dos códigos para aquellos diagnósticos que contienen información sobre una enfermedad básica y sobre la manifestación de esa enfermedad en un órgano o en una

localización que por sí misma es un problema clínico. En la tabla 3 se puede apreciar los códigos que se utilizan a la fecha:

Tabla 3. Códigos recientemente utilizados

Capítulo	Códigos	Título
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales

La CIE-10 fue aprobada en la 43ª Asamblea Mundial de la Salud en 1989. Es un sistema oficial de códigos, documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Define a la enfermedad excluyendo todo aquello que, aunque conlleva un riesgo o vulnerabilidad para padecer un trastorno, no lo es en sí mismo. Por otro lado, excluye de la definición de enfermedad la discapacidad que produce ya que considera que ésta depende del soporte social y las características ambientales que varían de un país a otro. De los 21 capítulos de la CIE-10, el capítulo V sobre trastornos mentales y del comportamiento salió a la luz en 1992 en su versión definitiva.

Los agrupamientos básicos de las enfermedades que incluye son (Mezzich, Zapata y Schwartz, 1995):

*Enfermedades epidémicas.

*Enfermedades constitucionales o generales.

*Enfermedades localizadas ordenadas por sitios.

*Enfermedades del desarrollo.

*Traumatismos.

*Grupos especiales. Las afecciones se clasifican primariamente en uno de estos grupos.

Este sistema permite codificar más subtipos y definir un mayor número de especificaciones que el DSM-IV. Según el volumen 1 de la CIE-10 (1995) la principal innovación en las propuestas para la Décima Revisión fue el uso de un sistema de codificación alfanumérico consistente en una letra seguida de tres números en el nivel de cuatro caracteres. Gracias a ello, aumentó a más del doble el tamaño de la base de codificación en comparación con la Novena Revisión, y fue factible asignar a casi todos los capítulos una letra única o grupo de letras, con la posibilidad de obtener así 100 categorías de tres caracteres. De las 26 letras del alfabeto, se utilizaron 25 y la U se dejó vacante para adiciones y enmiendas futuras, y para posibles clasificaciones

provisionales que resuelvan las dificultades surgidas en los ámbitos nacional e internacional entre una revisión y la siguiente.

Con el paso del tiempo, este manual (como la gran mayoría), ha sido modificado debido a los avances que se han sucedido. Uno de los cambios más sobresalientes se centra en las diferencias entre CIE-10 y CIE-9 (Meléndez, 1997):

- La distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantenía en la CIE-9 no se mantiene en la CIE-10. El término “neurótico” persiste para un uso ocasional. Los trastornos se agrupan según el tema principal común o la semejanza diagnóstica, más que siguiendo la dicotomía neurótico-psicótico.
- El término “trastorno” se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como “enfermedad” o “padecimiento”. Se usa para señalar la 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.
- El término “psicógeno” debe ser interpretado en el sentido de que el clínico considera que acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno. El término “psicosomático” no se usa en la CIE-10 y señalaría la asociación de trastornos orgánicos con una etiología emocional.

Principalmente, el CIE resume los diagnósticos clínicos, el impacto de la enfermedad y el contexto psicosocial. Contiene 10 clases mayores. Dispone de varias clasificaciones destinadas a evaluar discapacidades, contacto con los servicios, procedimientos, etc.; y de la producción de instrumentos de trabajo: La Entrevista Internacional Compuesta (CIDI), la escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) y el Examen Internacional para Trastornos de la Personalidad (IPDE). En su 6ª edición, por primera

vez incluyó un apartado sobre trastornos mentales. Por lo que la misma se compone de 3 ejes:

- Eje I: Diagnósticos clínicos. Engloba toda la patología, psiquiátrica, médica en general y de la personalidad. No hace distinción entre psiquiatría con el resto de la medicina y la asistencia psiquiátrica con el resto de la asistencia sanitaria.
- Eje II: Discapacitación social. Valora cuatro áreas de funcionamiento social (personal, familiar, laboral, social amplia). Hay una relación inversa entre la discapacidad y la calidad de vida.
- Eje III: Factores ambientales y relativos al estilo de vida que hacen referencia a la enfermedad. Abarca tanto circunstancias del pasado como del momento actual. A diferencia del DSM-IV no codifica el grado de estrés. Es un eje de mucha importancia para la salud pública que permite identificar circunstancias que son susceptibles de programas de prevención primaria, secundaria o terciaria.

La CIE-10 utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1° posición y números en la 2°, 3°, y 4° posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9 (CIE-10 Volumen 1, 1995), como se observa por ejemplo en la tabla 4.

Tabla 4. Ejemplo de la clasificación utilizada en la CIE 10

Lista de 3 caracteres	Lista de 4 caracteres
Capítulo I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00–B99) Enfermedades infecciosas intestinales (A00–A09) A00 Cólera A01 Fiebres tifoidea y paratifoidea A02 Otras infecciones debidas a Salmonella A03 Shigelosis A04 Otras infecciones intestinales bacterianas A05 Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas A06 Amebiasis A07 Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios A08 Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Enfermedades infecciosas intestinales (A00–A09) A00 Cólera A00.0 Cólera debido a Vibrio cholerae O1, biotipo cholerae Cólera clásico A00.1 Cólera debido a Vibrio cholerae O1, biotipo El Tor Cólera El Tor A00.9 Cólera, no especificado A01 Fiebres tifoidea y paratifoidea A01.0 Fiebre tifoidea (Infección debida a Salmonella typhi) A01.1 Fiebre paratifoidea A A01.2 Fiebre paratifoidea B A01.3 Fiebre paratifoidea C A01.4 Fiebre paratifoidea, no especificada (Infección debida a Salmonella paratyphi SAI)

2.4 Propósitos de los sistemas de diagnóstico

Tanto el CIE-10 como el DSM-IV parecen ser dialectos diferentes del mismo lenguaje. La búsqueda de la correspondencia entre ambos sistemas no debe ocultar el hecho de que, en ocasiones, los dialectos diferentes no se entienden entre sí.

El DSM-IV es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de diferentes orientaciones, y entre clínicos en general e investigadores. Propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 ejes con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento; mientras que la CIE-10 se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina, desarrollándose a través de 3 ejes. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

Una diferencia reside en el requisito del DSM-IV de que el paciente afectado debe estar limitado por los síntomas, criterio que no aparece en la CIE-10. El sistema DSM-IV se centra en general, en principios más psicopatológicos, mientras que los capítulos de la CIE-10 están estructurados a partir de la patogenia.

En el DSM-IV, no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que lo maneje debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico (DSM-IV, 1995).

2.5 Enfermedad o trastorno. Diferencia de los términos

No existe una línea divisoria clara entre salud y enfermedad. Esto ocurre con todas las enfermedades y con los trastornos psíquicos en particular. Una persona puede satisfacer todos los criterios de salud, aunque tenga un sistema intrínsecamente defectuoso - sea este bioquímico, fisiológico o psicológico - simplemente porque su capacidad adaptativa no ha sido excedida. Este delicado e inestable equilibrio adaptativo se puede romper al acentuarse la manifestación de un defecto determinado genéticamente o a través del aumento relativo de los factores estresantes que ejercen presión en el sistema. Es así que algunas deficiencias genéticamente determinadas pueden manifestarse tempranamente en el desarrollo, tardíamente o nunca, de acuerdo a un proceso adaptativo y la cantidad e intensidad de variables estresantes (Suárez, 2002).

En este delicado balance entre vulnerabilidad y múltiples estresores hay que agregar factores protectores. Estos tienden a inclinar la balanza hacia el estado de salud o mantención del equilibrio a través de ampliar el repertorio de recursos adaptativos y la flexibilidad del organismo en su lidiar con vulnerabilidades de base, embates físicos, psicológicos y socioculturales (Fischman, 1995). Los factores estresantes pueden ser:

- Biológicos: químicos, físicos, infecciosos.
- Psicológicos: eventos vivenciales, rasgos de personalidad.
- Sociales: familiares, culturales.

Dichos factores, en general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social. A través de la historia y en todas las culturas se han descrito diferentes tipos de trastornos, pese a la vaguedad y a las dificultades que implica su definición.

Según Florenzano et al., (2006), el reconocimiento y tratamiento de trastornos psicológicos en poblaciones con enfermedades médicas crónicas que consultan en el

nivel primario de atención, a pesar de ser de ocurrencia frecuente, no han recibido suficiente atención. En los estudios disponibles, las variables geográficas y culturales usualmente no han sido incluidas, por lo que ellas pueden ser un factor importante en la comprensión de la comorbilidad de enfermedades físicas y mentales. Debido al alza del valor de los cuidados médicos, su contención se ha convertido en una preocupación relevante para los planificadores en salud. Existen estudios epidemiológicos que han revelado una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre pacientes con cuadros médicos crónicos; sin embargo, la frecuencia de los trastornos psicológicos entre pacientes con algunas enfermedades médicas crónicas no ha sido extensamente estudiada en el nivel primario de atención. Muchos de los estudios publicados se centran en los niveles secundario y terciario, y a menudo en unidades altamente especializadas. El comportamiento de los médicos generales cuando tratan con estos pacientes, no ha sido estudiado, especialmente en relación a su capacidad para discriminar entre trastornos psicológicos/emocionales y físicos.

La enfermedad supone el conocimiento del factor etiológico, lo que para Plumed (2005, p. 252) podría ser definido como "en sentido científico, es una entidad morbose etiológica, mientras el síndrome, es una constelación sintomática... No podemos hablar de entidad morbose, de enfermedad bien definida, si ignoramos la etiología... Solamente la especie etiológica de la enfermedad puede permitirnos individualizar la especie nosológica".

Mientras que al hablar de trastorno puede hacer referencia a una alteración leve de la salud o a un estado de enajenación mental, por ejemplo. Un trastorno psicológico hace referencia a un desequilibrio del estado mental de una persona. Por lo general, quien sufre de este tipo de trastornos acude a un especialista (el psicólogo) para recibir tratamiento a través de la psicoterapia y otras técnicas.

En el caso de los citados trastornos psicológicos podemos determinar que los mismos se pueden clasificar en dos grandes categorías. Por un lado, que se caracterizan porque la persona que los padece sufre alucinaciones, una importante

alteración afectiva especialmente a nivel de relaciones y también delirios. La esquizofrenia es quizás el trastorno de este tipo más significativo. Por otro lado, estarían los llamados trastornos neuróticos. Estos se definen porque el paciente condiciona no sólo su pensamiento sino su realidad y sus relaciones sociales (Meléndez de Nucete, 1997).

Los psicólogos creen que existen distintos factores genéticos y ambientales que pueden suscitar la aparición de ese trastorno, que altera el patrón complejo de características psicológicas que definen a un individuo, por ejemplo:

El trastorno bipolar es una alteración del estado del ánimo de un sujeto que pasa de la fase de depresiva (periodos de depresión repetitivos) a la fase maníaca (periodo de gran euforia) de forma sucesiva. Se origina por un desequilibrio químico en los neurotransmisores. Los trastornos alimentarios son aquellas enfermedades que se manifiestan a través de una conducta alimentaria y que suponen el reflejo de otros problemas, como la distorsión de la propia imagen corporal y la adquisición de ciertos valores mediante el cuerpo.

Hay que subrayar que los términos «enfermedad médica» y «trastorno mental» son sólo términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre lo mental y lo físico. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM). Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

A lo largo de esta lectura, ha sido posible observar los avances en el diagnóstico de las enfermedades mentales, a través de diversos estudios e investigaciones, mismos que han producido la valoración y clasificación de las enfermedades de acuerdo a los patrones de conducta y biológicos que presenta el individuo. Por lo que fue necesaria la

creación de sistemas que permitieran clasificar las enfermedades; entre los más importantes se ubican el DSM-IV y la CIE 10 (los cuales se someten a valoraciones y modificaciones continuamente para mejorarlos). La psicología así como la psiquiatría se han visto envueltas en este proceso y ambas han aportado para que este campo de estudio sea más amplio y con un menor margen de error, no obstante, se continúa con los estudios y la observación de cada caso debido a que no es posible generalizar el impacto que cada enfermedad tenga sobre el sistema de quién lo padece.

Es importante mencionar que en algunas ocasiones el empleo de diversos términos suele confundir a quién los lee, en este caso se habla de enfermedad o trastorno como si fueran términos similares, siendo que no es así. La enfermedad se considera una alteración a nivel biológico en el sistema, que se produce debido a factores psicológicos, biológicos o sociales; contrariamente, el trastorno se define como un desequilibrio en el estado mental de la persona. Es este tipo de alteraciones lo que produce que la persona afectada solicite un diagnóstico por parte de un especialista en el tema, pero los resultados que arroja dicho análisis ¿en realidad son acertados?

En diversos casos podría suscitarse que los pacientes adopten los síntomas que posiblemente pudieran desarrollar y los presenten; de manera psicósomática, la persona los adquiere y presenta. Es en este punto, que se hace posible observar la importancia que se le delega al psicólogo, psiquiatra o médico por el hecho de estudiar el cuerpo y la mente, situación que se abordará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DE RECIBIR UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL

3.1 Posturas de las principales escuelas teóricas sobre las etiquetas diagnósticas en psicoterapia

El hombre se ha ocupado de la salud mental según los criterios que sobre el concepto de salud y enfermedad han predominado en cada momento histórico. A lo largo del tiempo los disturbios de la mente han sido atribuidos a fenómenos sobrenaturales (brujería, posesión), degeneraciones cerebrales, a un anómalo desarrollo psicológico, traumas sociales, o a la suma de diversos factores.

La concepción de la enfermedad mental así como su tratamiento ha sido tema de algunas escuelas teóricas que conforman la psicología:

- Gestalt:

El síntoma es una percepción subjetiva que un enfermo siente y que es capaz de explicar; son sensaciones debidas a un cambio que reconoce como anómalo (por ejemplo, una voz interior que le ordena matar a alguien), probablemente causada por un estado patológico. Salvati (2004) señala que el signo es un *síntoma* objetivo que todos pueden ver (por ejemplo, una crisis violenta de agresividad en un paciente psicótico); por lo que el síntoma sólo lo percibe quien lo sufre, mientras que el signo es fácil de identificar por quien está a su lado.

En términos de Psicoterapia Gestalt, el síntoma empieza siempre como un ajuste creador. Es la respuesta más apropiada que la persona puede hacer con sus capacidades, en un momento dado y unas circunstancias concretas.

Según Sarrió (2013), el problema surge cuando esa respuesta adaptativa creadora queda fijada y adherida como *modus operandi* del individuo, y se convierte en una forma de reaccionar conservadora, única y no adaptativa. Así, podría ocurrir que pasado el tiempo, cuando el contexto sea distinto al del ayer, la respuesta que entonces

fuera apropiada sea ahora inadecuada e incluso perjudicial hasta el extremo de causar sufrimiento.

El síntoma tiene una doble naturaleza. Por un lado indica que hay un problema, y por otro que hay una tentativa de solución al mismo, lo que puede ser dividido en:

- un cierto comportamiento o conducta que crea sufrimiento.
- una función terapéutica que sirve para sobrellevar el sufrimiento.

Es importante considerar qué función está cumpliendo el síntoma. Si no se tiene en cuenta, si no se respeta la función, el paciente se verá obligado a inventar algo para resolver su problema. Si suprimimos la conducta (el síntoma) se suprime también la función positiva del síntoma que tiene un objetivo: es intención. La forma inventada al suprimir la conducta, cada vez será más fuerte que la anterior (Sarrió, 2013). En este sentido, el trabajo en la Psicoterapia Gestalt consiste en ayudar al paciente a inventar otras formas que permitan a las intenciones ser actualizadas sin necesidad de pasar por el sufrimiento, es decir, a poder realizar nuevos ajustes creadores.

Según Salvati (2004), durante la terapia se da prioridad a las emociones, la vivencia inmediata y el contacto con el presente; se pretende identificar los conflictos y ambigüedades que provienen de la dificultad para integrar las configuraciones de la personalidad. Su papel es lograr que el cliente se haga consciente de sus sensaciones significativas hacia sí mismo y hacia su entorno, de suerte que pueda responder plena y razonablemente a cualquier situación. La clave es enfocarse en el "aquí y ahora", no en las experiencias del pasado. A través de este método el cliente se familiariza con su problema, saca afuera aspectos reprimidos de su personalidad y adopta la posición de un tercer individuo, para analizar con más objetividad el problema.

La Terapia Gestáltica se fundamenta en (Salvati, 2004):

1. El poder está en el presente: Todo es "aquí y ahora", la experiencia está en el presente y éste es considerado el "antídoto de la neurosis".

2. La experiencia es lo que más importa: por eso la terapia es siempre vivencial, ya que otorgando significado se transforma en un intercambio superficial de opiniones, perdiéndose el "contacto con uno mismo".

3. Dinamismo entre la figura y el fondo: la experiencia perceptiva posee dos aspectos: Figura: es el centro de interés, lo que está en la conciencia "aquí y ahora"; Fondo: es el contexto, la situación, los aspectos no consientes del cuerpo y la mente. Cuando las necesidades están insatisfechas, siendo fondo, se transforman en figura. En la terapia gestáltica se deberá producir un cambio conductal en la relación con el ambiente para satisfacer la necesidad.

4. Enfoque holístico: la ley de *"El todo es más que la suma de las partes"*, se aplica ya que no se puede separar la mente del cuerpo, ni el cuerpo de las emociones o tomar las conductas aisladas. Se aplica el concepto de *Integración de partes*.

5. Observación de lo obvio: no se interpretan las motivaciones inconscientes de los sentidos, las conductas o los mensajes del cuerpo. Sólo se busca que el individuo tome conciencia de lo que piensa, siente, dice y hace, sin evaluación.

6. Responsabilidad por las propias conductas: no dar "vueltas" rondando con preguntas indirectas, hablar directamente con los otros, usar el Yo o Tú en vez de "uno", o el "me" por el "yo", (*me hace sentir mal por, Yo me siento mal cuando...*)

7. Autoapoyo vs. Apoyo externo: la importancia radica en la capacidad que tiene cada uno para aceptar y reconocer sus potencialidades, para satisfacer sus necesidades en el aquí y ahora (autoapoyo). Cuando se busca satisfacer sus propias necesidades a través de los otros por medio de manipulaciones (lástima, miedo, soborno, culpa) se considera Apoyo externo.

8. Honestidad: consigo mismo y con los demás expresando en forma abierta y responsable las emociones.

9. El continuo de la concienciación. El "darse cuenta", se distinguen tres tipos:

- El darse cuenta del mundo externo: lo que veo, lo que palpo, escucho, toco, huelo, saboreo, o sea lo que perciben los sentidos aquí y ahora.
- El darse cuenta del mundo interno: lo que se siente en el contacto sensorial: tensión, molestia, agrado, picazón...
- El darse cuenta del mundo intermedio: los pensamientos e imágenes mentales, el mundo de la fantasía, la vida mental, los recuerdos, las anticipaciones, los diálogos internos.

10. Las funciones del contacto: Cuando surge una necesidad se hace figura, la que accede a la conciencia aumentando la excitación dentro del organismo para lograr la satisfacción (fase de precontacto). Se desarrolla una actividad que lleva al establecimiento del contacto para lograr la satisfacción (fase de contacto). Satisfecha la necesidad se produce la retirada y la figura retrocede hasta el fondo (fase de pos contacto). Esto conforma el ciclo de la experiencia que satisfacen la necesidad.

El contacto permite encontrarse auténticamente con el mundo exterior. Este se realiza a través de los sentidos y a través del contacto nos acercamos o alejamos de los demás, siendo extremos: la soledad y la pérdida de individualidad.

Es importante observar para qué sirve el síntoma y no precipitarse en suprimirlo precozmente porque, sin duda, está cumpliendo su función en esos momentos. Sin embargo, a veces, sin saber para qué sirve, o mejor, sin saber cuál es la función actual de ese síntoma, se puede hacer un trabajo terapéutico orientado a que el paciente adquiera la capacidad de realizar un ajuste creador sin necesidad de profundizar en la utilidad de ese síntoma que probablemente creó en el pasado como respuesta creativa y que, también probablemente, sea inoperante en el presente (Sarrió, 2013).

- Psicoanálisis:

El psicoanálisis no se basa en una visión de enfermedad mental, sino en el de una estructura psíquica, la cual es la posición subjetiva que tiene cada persona; es decir, es un modo de entender los eventos exteriores para, dependiendo de la estructura, determinar el lugar que ocupan en lo interior de cada individuo (López, 2011). Nuestra estructura psíquica se consolida en los primeros años y se mantiene a lo largo de toda la vida. Cada una se crea dependiendo de cómo sea la relación entre el niño y su madre, entendiendo “madre” como la persona (hombre o mujer, pariente o no) responsable del cuidado primario del niño.

La clasificación psicoanalítica clásica de Freud, que incluyó sucesivamente primero la distinción entre neurosis de defensa y neurosis actuales, con la inclusión posterior de las neurosis narcisistas, finalmente se organizó (también para entender lo básico de algunas cuestiones clínicas) en el esquema tripartito neurosis – psicosis – perversiones (Velázquez, 2010). Este modelo tiene la ventaja de centrarse más en la observación de modos de funcionamiento mental, que en una descripción de conductas clasificables por la observación externa, modalidad descriptiva que está hoy representada a través del uso del manual de psiquiatría DSM IV y su actual edición el DSM V. A continuación se explicarán detalladamente en qué consisten los elementos del esquema tripartito, según Velázquez (2010).

Neurosis: afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa. La extensión del concepto de neurosis ha variado, actualmente el término cuando se utiliza solo, tiende a reservarse a aquellas formas clínicas que pueden relacionarse con la neurosis obsesiva, la histeria y la neurosis fóbica. Así, la nosografía distingue, neurosis, psicosis, perversiones y afecciones psicósomáticas.

Psicosis: se toma casi siempre en una extensión extremadamente amplia, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente organogénicas (como la parálisis general progresiva) como si su

causa última es problemática (como la esquizofrenia).

Dentro de este último grupo, el psicoanálisis ha intentado definir diversas estructuras: paranoia (en la que incluye, de un modo bastante general, las enfermedades delirantes) y esquizofrenia, por una parte; por otra, melancolía y manía. Fundamentalmente, es una perturbación de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal.

Perversión: Desviación con respecto al acto sexual 'normal' definido como coito dirigido a obtener el orgasmo por penetración genital, con una persona del sexo opuesto.

Cañal (2010) menciona que existe perversión cuando el orgasmo se obtiene con otros objetos sexuales (homosexualidad, pederastia, bestialidad, etc.) o por medio de otras zonas corporales (por ejemplo, coito anal); cuando el orgasmo se subordina imperiosamente a ciertas condiciones extrínsecas (fetichismo, transvestismo, voyeurismo y exhibicionismo, sadomasoquismo); éstas pueden incluso proporcionar por sí solas el placer sexual.

De un modo general, se designa como perversión el conjunto del comportamiento psicosexual que acompaña a tales atipias en la obtención del placer sexual.

En el campo psicoanalítico, el inconsciente habla a través del síntoma velando un sentido que ha de ser descifrado. Para ello el paciente ha de hablar, demanda ser curado, es decir, que el síntoma que le provoca dolor psíquico, incluso físico, o esa imposibilidad vital que soporta, desaparezca, por lo que el analista ha de callar y apuntar en momentos escogidos a modo de interpretación el discurso fallido del sujeto, es decir las formaciones del inconsciente: el síntoma dice algo del sujeto (Cañal, 2010). Lo dice de manera deformada, metaforizada según la estructura del lenguaje, y afecta al sujeto en su singularidad específica.

Para Salvati (2004), el procedimiento terapéutico es el mismo para todos los cuadros sintomáticos de las múltiples formas de histeria y neurosis obsesiva. Para tener amplias posibilidades de éxito debe haber determinadas condiciones:

- El paciente debe ser capaz de un estado psíquico normal, o sea NO en estados de confusión mental o depresión melancólica.
- Debe poseer un cierto grado de inteligencia natural y un cierto nivel ético.
- En casos de deformaciones graves del carácter y en constitución verdaderamente degenerada, no se pueden casi superar las resistencias.
- En edades próximas a los cincuenta años se crean condiciones desfavorables, ya que la facultad de dar nuevo curso a los procesos psíquicos comienza a paralizarse.

Según Cañal (2010), la cura se desarrolla a través de una relación transferencial entre analista-paciente donde sólo la palabra y el silencio tiene lugar. No hay datos, no hay cifra. La particularidad e intimidad del discurso del paciente no tolera la presencia de un tercero, y no hay, por tanto, posibilidad de objetivación de la cura sino es a través de un encuadre donde el sujeto sea capaz de explicar los puntos de entrada en análisis, y de su cambio subjetivo con respecto al goce y al síntoma.

A través de lo que argumenta Cañal (2010), el psicoanálisis no promete la felicidad, apunta a la responsabilidad del sujeto en su modo de hacer con su síntoma y su goce. El sujeto es responsable, no culpable de lo que le ocurre. La ética del psicoanálisis debe confrontar al sujeto con el deseo que le causa y con el lugar que ocupa como objeto del deseo del Otro. Para ello el psicoanalista ha de ocupar el objeto causa de deseo y no cualquier otro lugar ideal donde el sujeto pudiera identificarse. En definitiva, no busca la readaptación del sujeto ni la reeducación, sino que propiciaría el conocimiento de todo aquello que al sujeto le determinó en su vida y, por consiguiente, le ofrecería la posibilidad de elegir.

- Conductismo:

La modificación de conducta es capaz de cubrir un amplio espectro de la salud mental de una población. Concretamente, personas no profesionales de la salud mental han fungido como agentes del tratamiento psicológico que ayudan a los cambios conductuales en el medio ambiente normal de los sujetos (padres, profesores, familiares cónyuges, etc.).

Para la modificación de conducta una persona está sana si produce las respuestas adaptativas o normales esperadas para cierta edad y cierta situación dadas. ¿Y qué es una conducta normal? Según Quesada (2008) es una conducta que se presente en la mayoría de la población de una cultura en particular en donde ha crecido la persona (estadísticamente hablando que se mantenga dentro de la campana de Gauss), y sea esperable dependiendo de las variables que la afecten (edad, sexo, situación económica, etc.).

El modelo conductual no sólo evalúa para intervenir, sino que de la evaluación se deriva la elaboración del programa de intervención; se identifican las condiciones (funcionales) que mantienen una conducta determinada y, en función de esa identificación, es posible modificar dicha conducta alterando los elementos que la sostienen (Peñate, 2011).

Camacho (2002), sostiene que el objetivo de los tratamientos conductuales es la modificación de los patrones conductuales desadaptativos que conducen a los síntomas patológicos. Se realiza en los primeros momentos del tratamiento una evaluación detallada de los principales parámetros de conducta y se establecen registros para poder después juzgar la eficacia del tratamiento. Con relación al tiempo, los tratamientos tienden a tener una cantidad limitada de sesiones. Tiene un diseño estructurado, por lo general y se le pone un especial énfasis a los aspectos técnicos en detrimento de la relación terapéutica.

La terapia conductista desarrolló una amplia gama de técnicas, muchas de ellas muy específicas, para tratar diversos trastornos y problemáticas, pudiendo utilizarse algunas

de ellas para la educación, la toma de decisiones, la prevención, el marketing, la publicidad, los deportes, entre otros. Cabe señalar que si bien las técnicas pueden resultar fáciles de comprender, la aplicación requiere un profundo conocimiento de las mismas, mucha pericia y un alto grado de especificidad y preparación para lograr buenos resultados.

Las técnicas más utilizadas son:

- Técnicas de respiración.
- Entrenamiento en relajación.
- Refuerzos.
- Técnicas aversivas.
- Desensibilización sistemática.
- Inundación.
- Modelado.
- Economía de fichas.
- Entrenamiento en asertividad.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

La psicoterapia conductista ha mostrado buenos resultados en varios trastornos, en particular en áreas en los que existen síntomas o conductas disfuncionales específicas. Las terapias para controlar hábitos o reaprender comportamientos, sean estos alimentarios, de ingesta de drogas, alcohol, control de los impulsos, etc., suelen basarse en métodos que derivan del conductismo.

- Cognitiva:

Se considera que la psicopatología (trastornos psicológicos) es el resultado de alteraciones en la organización o funcionamiento de los significados personales, y la psicoterapia como la labor de desarrollar significados alternativos que generen más bienestar. La psicología cognitiva se basa en un modelo de los trastornos psicológicos que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de

significado afecta a sus sentimientos y a su conducta, teniendo como fin comprobación de los significados personales y subjetivos con la realidad y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas (Buendía, Coy y Esteban, 1984).

De esta manera, las terapias cognitivas que trabajan con las creencias personales, proponen primero que la persona se haga consciente de sus pensamientos automáticos y compruebe su grado de veracidad, mediante diversos métodos terapéuticos, y posteriormente se haga consciente y revise sus creencias personales. Las creencias personales se “almacenan” en la llamada memoria semántica, que contiene los conceptos e ideas que tenemos sobre las cosas y sobre nosotros mismos. En resumen los esquemas cognitivos se organizan en la memoria humana de dos maneras: los esquemas cognitivos tempranos de vinculación afectiva con los padres en la memoria episódica (memoria de acontecimientos vitales) y los esquemas cognitivos en forma de creencias sobre las “prohibiciones “ y “metas-formas de conseguirla” en la memoria semántica (concepto e ideas). Ambos esquemas o significados personales actúan a nivel inconsciente, siendo los primeros más difíciles de hacer consciente y por lo tanto de modificar (Sánchez y Gonzáles, 1996).

Este modelo de terapia parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Los componentes cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias...) se consideran esenciales para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva dedica la mayor parte de su esfuerzo en producir cambios en este nivel. Esto no quiere decir que los otros componentes sean olvidados; al contrario, se trabaja a menudo con todos ellos en la terapia (métodos de manejo afectivo, modificación de conducta...). Según Gómez (s.f.) lo importante es que todos esos componentes se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos que organizan la experiencia de las personas. Dicho de otra manera, aunque todos los componentes de los trastornos son importantes, lo más relevante es la cuestión del significado.

El significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos; este término hace referencia al sentido que tienen los acontecimientos de la vida para una persona. Estos significados dan el sentido que tiene para cada uno de nosotros nuestra propia vida actual, los recuerdos, lo que esperamos del futuro y el cómo nos consideramos a nosotros mismos.

La mayoría de las personas mantienen que sus dificultades emocionales o sus trastornos de comportamiento parten de acontecimientos de su vida. Sin embargo, no es ese acontecimiento quién determina, al menos directamente, tal estado emocional, sino más bien lo que esa persona se dice para sus adentros en su pensamiento, en su auto diálogo interno sobre la importancia de ese acontecimiento, en base a sus actitudes o creencias personales, lo importante en este caso, no sería tanto modificar el acontecimiento externo, ni medicar a la persona para no estar tan alterada en sus consecuencias, sino hacerle consciente de sus diálogos internos autodestructivos e "irracionales" y que ella misma, mediante la terapia, aprendiera a modificarlos hacia maneras más "racionales" de asimilar esa experiencia (Cortese, 2004).

Según Sánchez y Gonzáles (1996), la terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de distorsiones cognitivas, mismas que se derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil del desarrollo, que por lo general actúan a nivel "inconsciente" sin que la persona se percate de su papel. Esos significados personales reciben el nombre de esquemas cognitivos o supuestos personales

Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro. Estos permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria y ante determinadas situaciones desencadenantes (una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal) se

"activan o despiertan " y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes) que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de la conducta (conducta de escape o problemas de relación de pareja). A esas cogniciones se les denomina con el nombre de pensamientos automáticos.

Gómez (s.f.) señala que los pensamientos automáticos son nuestra charla interna o auto diálogo interno con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia). A menudo forman "versiones" subjetivas de las cosas que nos ocurren que suelen ser bastantes erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se le dice que están basados en "distorsiones cognitivas". Estos pensamientos se diferencian de la forma de reflexionar y analizar los problemas que tenemos las personas en estados anímicos de mayor calma o sosiego, nuestros "pensamientos racionales", que intentan de adaptarse a los problemas y analizarlos para intentar resolverlos. Muy al contrario que los "pensamientos racionales", los pensamientos automáticos se caracterizan por (Cortese, 2004 y Gómez, s.f.):

- A. Son una charla interna referida a temas muy concretos.
- B. Aparecen como mensajes recortados en forma de "palabras claves".
- C. Los pensamientos automáticos son involuntarios: Entran de manera automática en la mente. No son pensamientos reflexivos ni productos del análisis o razonamiento de una persona sobre un problema. Al contrario son "reacciones espontáneas" ante determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos.

- D. Con frecuencia se expresan en forma de palabras como "debería de, tendría que...". Aparecen a menudo como obligaciones que nos imponemos a nosotros o
- E. a los demás en forma de exigencias intolerantes. Tienden a dramatizar o "exagerar las cosas".
- F. Hacen que cada persona adopte una forma o cristal por donde interpreta los acontecimientos de forma rígida. Las cosas son según el prisma por donde se miran. Así, ante un mismo acontecimiento cada persona lo interpreta a su manera creyendo "tener la razón", sin atender a otros datos o valoraciones distintas.
- G. Los pensamientos automáticos son difíciles de controlar: Al no ser pensamientos racionales ni reflexivos, no se suelen comprobar con la realidad, y la persona que los tiene los suele creer fácilmente.
- H. Son aprendidos: Son el reflejo momentáneo de actitudes y creencias que se han aprendido en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, la escuela y otras influencias sociales. Como en esos periodos aun no se ha desarrollado demasiado la capacidad racional de análisis de las personas, son asimilados con mayor facilidad y almacenados en la memoria humana "esperando" a ser disparados por situaciones con carga emocional.

Como los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las llamadas distorsiones cognitivas en función de los errores que comenten:

1. Filtraje o abstracción selectiva: consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Se filtra lo negativo,

lo positivo se olvida. Palabras claves para detectar esta distorsión son: "no puedo soportar esto", "no aguanto que...", "es horrible", "es insoportable".

2. Pensamiento polarizado: consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios; las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios. Palabras claves para detectar esta distorsión son todas aquellas que extremen las valoraciones olvidando los grados intermedios y matices, ejemplos: "fracasado", "cobarde", "inútil", etc...
3. Sobregeneralización: esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente. Por ejemplo una persona que busca trabajo y no lo encuentra y concluye: "nunca conseguiré un empleo". Palabras claves: "todo...nadie...nunca...siempre...todos...ninguno".
4. Interpretación del pensamiento: se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás, a veces, esas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares a uno mismo. Palabras claves de ésta distorsión son: "eso es porque...", "eso se debe a...", "sé que eso es por...".
5. Visión catastrófica: consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Palabra clave: "¿y si me ocurre a mi... tal cosa?".
6. Personalización: consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Por ejemplo: "sé que lo dice por mi", "hago esto mejor (o peor) que tal".

7. Falacia de control: consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida, o bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor; o en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Palabras claves: "no puedo hacer nada por...", "solo me sentiré bien si tal persona cambia tal", "yo soy el responsable de todo..."
8. Falacia de justicia: consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Palabras claves: "! no hay derecho a...", "es injusto que...", "si de verdad tal, entonces...cual".
9. Razonamiento emocional: consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente, por ejemplo, si una persona se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarle, o si se siente ansioso es que hay un peligro real... las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos. Las palabras claves en este caso son: "si me siento así...es porque soy/ o a ocurrido..."
10. Falacia de cambio: consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que dependen solo de aquellos. Las palabras claves son: "Si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa".
11. Etiquetas globales: consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo "Ser". Cuando etiquetamos globalizamos de manera general todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma del ser, reduciéndolo a un solo elemento. Esto produce una visión del mundo y las personas estereotipada e inflexible, es el efecto de englobar bajo una etiqueta hechos

distintos y particulares de modo inadecuado; las palabras claves son: "Soy un", "Es un", "Son unos...".

12. Culpabilidad: se atribuye la responsabilidad de los acontecimientos totalmente a uno mismo o a los demás sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Otra característica de la culpa es que a menudo no lleva a la persona a cambiar de conducta sino solo a darle vueltas a los malos actos, en este caso las palabras claves aparecen en torno a: "mi culpa", "su culpa", "culpa de...".
13. Los deberías: consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas u normas se considera intolerable o insoportable y conlleva alteración emocional extrema. Algunos psicólogos han considerado que esta distorsión está en la base de la mayoría de los trastornos emocionales. Las palabras claves como puede deducirse son: "Debería de...", "No debería de...", "Tengo que...", "No tengo que...", "Tiene que...".
14. Tener razón: es la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto, no importan los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan. Las palabras claves que denotan esta distorsión son: "yo llevo razón", "sé que estoy en lo cierto él/ella está equivocado".
15. Falacia de recompensa divina: Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad.

Cada una de las perspectivas psicológicas anteriores muestran como perciben a la enfermedad mental, apuntando a resolver problemas, disminuir el malestar emocional, cambiar hábitos de vida y reelaborar el guion de vida, a la luz de las nuevas circunstancias (Guitart, 2010). El significado que la persona le da a la enfermedad influye directamente en sus reacciones emocionales y comportamentales, especialmente en sus intentos de afrontamiento. Generalmente las personas pueden extraer consecuencias positivas, tales como una mayor apreciación de la vida, cambios en las prioridades vitales y mejorías en sus relaciones personales; la adaptación psicológica no puede ser forzada.

Las intervenciones que infunden esperanzas poco realistas, pueden conducir a una mala adaptación, al sobrestimar las posibilidades de la persona o negar las limitaciones impuestas por la enfermedad. El terapeuta tendrá la función de ayudar a los pacientes a encontrar el mejor balance posible.

Antes de analizar el impacto que sobre el individuo que padece alguna enfermedad mental, tiene su familia, amigos y todo aquello que lo rodea, es necesario observar las ventajas y desventajas que conlleva el uso de las etiquetas diagnósticas.

3.2 Ventajas/desventajas de las etiquetas diagnósticas

Cuando se elaboraron las primeras clasificaciones de enfermedades, hace más de un siglo, su utilidad era exclusivamente administrativa y de obtención de datos para fines estadísticos. Sin embargo, las clasificaciones actuales pretenden además de cubrir este objetivo, ayudar a que la investigación clínica, epidemiológica y de utilización de servicios se realice con unos criterios uniformes, así como dar recomendaciones en la práctica clínica respecto a los elementos semiológicos a tener en cuenta para realizar el diagnóstico (Informe sobre la salud en el mundo, 2001).

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular. Antes bien, son verdaderamente universales: afectan a personas de todas las regiones, todos los

países y todas las sociedades; pero el hecho de clasificarlos conlleva ventajas y desventajas que cuestionan su utilidad.

- Ventajas

Según Dufol, García, Aunés, Sarto y Batalla (1993), Álvarez (2007) y Reed y Mateos (2011) son:

- La clasificación facilita el diseño de programas rehabilitadores, ajustados a diversas categorías de problemas consecutivos a la existencia de enfermedades.
- La identificación de problemas sujetos de tratamiento y manejo clínicos.
- Formulación de intervenciones tanto diagnósticas como terapéuticas para cada uno de los problemas identificados y la indicación de pasos adicionales para el seguimiento y refinamiento del plan de intervenciones para cada problema.
- Mayor comunicación entre los profesionales de la salud.
- Se desarrolla un entendimiento de las causas de los diferentes trastornos mentales.
- El principal logro ha sido la mejora en la fiabilidad del diagnóstico y ensayo de tratamientos farmacológicos específicos para un número cada vez mayor de trastornos mentales bien reconocidos.

- Desventajas

A través de los artículos de Álvarez (2007), Reed y Mateos (2011) y el Informe sobre la salud en el mundo (2001) se encontraron

A nivel personal y familiar:

- Los individuos padecen sus síntomas angustiosos, y sufren porque no pueden participar en las actividades laborales y de ocio, generalmente porque se les discrimina. Les preocupa no poder asumir sus responsabilidades respecto de la familia y los amigos, y temen ser una carga para los demás.

- Aunque todas las personas afectadas por un mismo trastorno mental y del comportamiento presentan iguales síntomas, pueden diferir en otros aspectos importantes, tales como la evolución, el grado de impedimento o la estrategia terapéutica a seguir.
- Una alta proporción de personas con problemas de salud mental cumplen los criterios para dos o más trastornos.
- Las familias se ven obligadas a menudo a dedicar gran parte de su tiempo en asistir al individuo afectado, y sufren privaciones económicas y sociales porque éste no es plenamente productivo. Existe también el temor constante a que la repetición de la enfermedad pueda perturbar de forma súbita e inesperada las vidas de los familiares.
- Las familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación.

A nivel cultural:

- Resulta una observación común que con el pasar de las décadas se tornan raros algunos trastornos en tanto otros se vuelven más frecuentes. Esto pudiera corresponder a un cambio real, pero es mucho más probable que refleje un cambio de conceptualización.
- Diferencias culturales: Aquello que pudiera considerarse como “normal” dentro de una cultura o subcultura pudiera aparecer “anormal” o desviado en otra.
- Muchas de las características específicas de las perspectivas culturales y nacionales están incorporadas en el lenguaje, y si no hay atención a la traducción y equivalencia lingüísticas durante todo el proceso de desarrollo de los sistemas de clasificación, se observará una reducción en su utilidad.

En cuanto a la clasificación:

- Los síntomas iniciales pueden desvirtuar el diagnóstico. Existe inestabilidad de la enfermedad como consecuencia del tratamiento y de su propia evolución.
- Desaparece la concepción de enfermedad, cobrando importancia la concepción de trastorno, que destaca el componente sintomático y conductual, obviando otros indicadores claves para el diagnóstico como la etiología, la personalidad premórbida, etc.
- Se niega la condición de enfermo para pasar a la concepción de un sujeto que posee determinados trastornos.
- Suponen que los profesionales tengan que considerar generalmente entre 20 y 35 elementos de información para el diagnóstico de un trastorno mental. Pero, son muy pocos los médicos, psicólogos y psiquiatras que pueden recordar los síntomas principales.
- Una alta proporción de diagnósticos de los trastornos mentales se registran como «no especificado» (el término utilizado en la CIE) o «no especificado en otro lugar» (el término correspondiente en el DSM). Esto sugiere que los profesionales de la salud encuentran las categorías actuales difíciles de usar o imprecisas a la hora de describir a sus pacientes, o no encuentran útiles en su práctica clínica los matices introducidos por los subtipos diagnósticos de las clasificaciones.
- Con mucha frecuencia un mismo tratamiento psicológico o farmacológico es efectivo para distintos trastornos mentales.
- Los actuales sistemas de diagnóstico no ayudan al uso eficiente de los limitados recursos de tratamiento a nivel clínico o poblacional. Uno de los factores que determinan la escasa utilidad clínica es su complejidad, la inclusión, en cada revisión, de un mayor número de categorías y de subtipos centrados en distinciones cada vez más finas.
- Ha limitado otras áreas de investigación como el estudio de los mecanismos comunes a distintos cuadros psicopatológicos o de la eficacia de los tratamientos a lo largo de agrupaciones de trastornos.

Junto a lo anterior, es posible observar que los sistemas de diagnóstico presentan muchas desventajas en distintos niveles, situación que haría pensar si realmente es adecuado su utilización. Principalmente sería de gran utilidad estudiar más a fondo el impacto que poseen las etiquetas diagnósticas sobre el individuo que la recibe.

3.3 Efectos que produce recibir una etiqueta de enfermedad mental

Una persona enferma mentalmente, pierde toda la capacidad cerebral de procesar bien la información que recibe a través de los estímulos sensoriales. Se pierde la razón, el reconocimiento de la realidad, la lógica, la capacidad de pensar claramente las cosas, se presenta el estrés, la ansiedad, la manía, la depresión, según sea el diagnóstico de cada paciente.

Las personas con enfermedad mental sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen. Este prejuicio determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de estas personas.

Por ello, es evidente que una atención integral a las personas con enfermedad mental no solo tiene que cubrir suficientemente las necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente también debe de establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas.

Para estas personas la vida no es fácil, por el hecho de padecer una enfermedad mental y ser etiquetados, sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social. Esas consecuencias derivan de las connotaciones asociadas al término y de las actitudes que éste suscita en la población general, y especialmente, en quienes de una u otra forma han de colaborar en su integración (propietarios de viviendas, empleadores, educadores, vecinos, medios de comunicación...). Se puede decir, en consecuencia, que la enfermedad mental, como

otras condiciones humanas, conlleva una discriminación social que desemboca en un proceso de estigmatización.

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las propias personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población en general. En este sentido, los medios de comunicación social también tienen un gran impacto en el mantenimiento de la estigmatización al ser los catalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales.

De la misma forma, el Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea (2005) sitúa entre sus cuatro objetivos principales el de fomentar la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad. En este sentido, muchos gobiernos y organizaciones han comenzado a desarrollar planes de choque contra el estigma. Un ejemplo lo constituye la iniciativa que la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) viene desarrollando desde 1996; recientemente el Ministerio de Sanidad ha desarrollado la campaña “Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental” (Muñoz, Santos, Crespo y Guillen, 2009); situación por la cual es conveniente analizar diferentes áreas.

Familia:

Un entorno familiar adecuado y tranquilo es muy importante en la recuperación y/o control de una enfermedad mental. El papel de la familia es esencial, puesto que la experiencia vivida y la proximidad con la persona con enfermedad mental pueden aportar muchos datos de soporte al tratamiento. La familia es un elemento clave para ayudar a la persona con la enfermedad a seguir el tratamiento propuesto por el especialista,

El individuo puede sobrellevar una enfermedad mental porque con el tratamiento médico y farmacológico adecuado y con el entorno social y familiar favorable, deja de tener las limitaciones que pueden suponer la enfermedad, con lo que tiene las mismas

capacidades que todos para trabajar, cuidar hijos...etc. Y debería poder llevarla, puesto que todos tenemos el mismo derecho a un trabajo y una vida normalizada, aunque frecuentemente los prejuicios que lamentablemente aún existen en la sociedad les impiden disfrutar y ejercer todos sus derechos.

Una de las quejas frecuentes por parte de profesionales, familiares y personas con alguna enfermedad mental, es la utilización inadecuada de términos relacionados para referirse a personas, situaciones o cosas fuera del ámbito temático de la salud mental, siempre con connotaciones negativas, porque la imagen distorsionada se transmite a través de expresiones y enfoques que fomentan el estigma, incluso cuando no se habla directamente de ello.

Es importante que la familia sepa que el comportamiento de una persona con una enfermedad mental puede cambiar durante su recuperación. Es de suprema importancia dedicar tiempo para entender la enfermedad, sus efectos y tratamiento para poder mantener el bienestar de sus hijos y la estabilidad de su familia.

Algunos consejos hacia los familiares son (The Children of Parents with a Mental Illness, COPMI, 2012):

Identificar las señales: la persona diagnosticada y su familia están en la mejor posición para identificar las primeras señales de una enfermedad mental, si aprenden más sobre los síntomas y sobre cómo desarrollar un plan de apoyo podrían evitar algunas de las consecuencias más severas como la hospitalización.

Investigar: deben leer lo más posible sobre la enfermedad y los diversos tipos de apoyo y tratamientos disponibles.

Platicar: con un médico general o profesional de la salud mental sobre la enfermedad o buscar información sobre los servicios y tratamientos disponibles.

Cómo encontrar tratamiento: gracias a los recientes descubrimientos sobre las enfermedades mentales se cuenta con varios tipos de psicoterapia, medicamentos y tratamientos para disminuir los síntomas y ayudarle en su recuperación.

- Social:

Los factores sociales y culturales tienen un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de la enfermedad mental cuya influencia se manifiesta de forma diferente en hombres y mujeres en función de las matizaciones en los roles que cada uno se ve obligado a desempeñar en las distintas sociedades. Si los servicios deben de ser equitativos y eficientes es necesaria una mayor sensibilidad hacia los aspectos de género. Y esto debe quedar reflejado tanto en la investigación como en los patrones de prestación servicios (Piñar, s.f.).

Hasta hace sólo unas décadas, muchas personas afectadas por enfermedades mentales pasaban la mayor parte de su vida ingresadas en centros asilares o encerrados en casas. Actualmente la mayoría de los pacientes son tratados, la mayor parte del tiempo, en el ámbito comunitario, y suelen integrarse en la sociedad gracias a un cambio de mentalidad y a los avances conseguidos en tratamientos. Las instituciones no aceptan internaciones prolongadas si el paciente tiene familia, pero la mayoría de las veces, éstas no se hacen cargo de esa responsabilidad y el enfermo se convierte en un pordiosero sin vivienda que vaga todo el día por las ciudades, viviendo de la caridad pública.

Si tienen una vivienda pero viven solos se convierten en la pesadilla de sus vecinos, porque no toman la medicación y sobreviven en un estado de total abandono, incapaces de bastarse a sí mismos y convirtiéndose en un factor de peligro potencial para el resto.

Los tratamientos pueden ser distintos, según el tipo de enfermedad, y se suelen diseñar intervenciones personalizadas para cada caso. Frecuentemente se realiza combinando el tratamiento farmacológico con medidas de rehabilitación socio-laboral,

psicoterapias y apoyo familiar. El apoyo psicoterapéutico es importante para afrontar los efectos de la enfermedad en su vida social, familiar y profesional.

- Personal:

Experimentar y controlar una enfermedad mental puede ser un proceso continuo multifacético. Al principio puede ser difícil aceptar el diagnóstico pero la aceptación es un gran paso hacia la recuperación y ayudará a valorar el tratamiento además será más fácil seguir el tratamiento, y tomar medicamentos si es necesario.

Cuando se haya entendido bien la enfermedad, será más fácil hablar sobre los efectos con los hijos o familiares. Revelar la condición mental puede traer ventajas y desventajas, por lo que hay que determinar qué es lo mejor para uno mismo, la pareja e hijos.

Algunos puntos que debe considerar el individuo que ha sido diagnosticado son (COPMI, 2012):

- Nadie es culpable de la enfermedad.
- Las enfermedades mentales afectan tanto a la persona enferma como también a sus familiares.
- Sería útil que todas las personas involucradas aceptaran la enfermedad, pero esto no es necesario.
- Los delirios que sufre la persona enferma tienen muy poco o nada que ver con la realidad, así que no es necesario discutir.
- Por lo general, los hermanos o hermanas más cercanos en edad y del mismo sexo se involucran emocionalmente, mientras que los de diferentes edades o del sexo opuesto se distancian.
- Después de la negación, la tristeza y la rabia llega la aceptación. Si a esto se le agrega el entendimiento, se genera la comprensión.
-

- Los síntomas de la enfermedad podrían cambiar con el tiempo aunque el trastorno subyacente permanece.
- Un comportamiento extraño es síntoma del trastorno.
- Las personas con enfermedades mentales pueden considerar el suicidio y esto debe ser tomado muy en serio.
- El individuo tendrá el estigma que los demás lo tratan diferente debido a su enfermedad. Es posible que se sienta incomprendido si otros ponen énfasis en su comportamiento y no en usted.

A pesar de los avances en el desarrollo de los derechos humanos, un análisis de los comportamientos sociales indica que persisten las actitudes discriminatorias hacia las personas que sufren una enfermedad mental, en especial si es grave, fruto de estereotipos y prejuicios que son una barrera, a veces infranqueable, para el desarrollo de sus derechos como ciudadano, para su integración social, y añaden nuevos sufrimientos no atribuibles a la propia enfermedad (Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico GLADP, 2004).

Los años recientes han planteado el nuevo reto de cambiar el paradigma bajo el cual las personas que sufren de algún padecimiento mental son atendidas. El paradigma de la reclusión institucional, desacreditado por ineficacia terapéutica y su inadecuación a los conceptos de una sociedad moderna que contemple a las personas enfermas como ciudadanos y sujetos de derechos, ha dejado paso a conceptos y modelos emergentes (social, comunitario, socio sanitario, de salud pública) que pretenden que las personas enfermas puedan vivir en la comunidad, recibiendo allí los cuidados y las ayudas que puedan necesitar.

A través de este capítulo se ha revisado la postura de las principales escuelas teóricas (Gestalt, Psicoanálisis, Conductismo y la Cognitiva) frente al concepto de enfermedad mental, las ventajas y desventajas de utilizar etiquetas diagnósticas por los profesionales de la salud, observando que los sistemas de diagnóstico no siempre son la mejor alternativa; finalmente se analizaron los efectos que sufre el individuo que ha

sido diagnosticado, su familia y el cambio en el contexto dentro del cual se desarrolla. Es importante resaltar el hecho de que el estigma social sigue persistiendo, se continúa creyendo que enfermedad mental y trastorno mental son los mismos conceptos y que la situación mental del individuo solo es posible curarla a través de medicamentos y de la prescripción de un psiquiatra, dejando del lado la intervención del psicólogo y el papel que juega dentro del diagnóstico y el tratamiento.

CONCLUSIONES

Hoy en día la psicología clínica se dedica a la investigación, desarrollo y aplicación de tratamientos para los problemas psicológicos, a través de la Psicoterapia o Terapia Psicológica que abarca un conjunto de teorías y de técnicas entre las que se incluye un tipo específico de relación entre el psicólogo clínico y su paciente o cliente.

Dentro de la psicología clínica se han utilizado diversos modelos o teorías dentro de las cuales se puede destacar a la perspectiva psicodinámica, fenomenológica, humanista-existencial, conductual, cognoscitivo-conductual y cognoscitiva. En cuanto al papel funcional del psicólogo dentro de la psicología clínica se ha descubierto que la relación terapéutica es un importante predictor del éxito terapéutico. A dicha relación, los terapeutas conductuales la han descrito normalmente como los aspectos no específicos del cambio. Para otros autores como Harrsch (1998) el psicólogo clínico debe enfocar su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. La función específica del psicólogo clínico consiste en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad nacional.

En cuanto a la evaluación de los factores que influyen en los problemas de conducta y la integración de esos datos con los historiales médicos e informes anteriores permiten emitir hipótesis que reflejan múltiples factores de influencia (ej. enfermedades físicas, factores genéticos, psiquiátricos, psicológicos y el entorno social y físico). Según García, et al. (2010) antes de establecer un diagnóstico, se debe realizar:

- Una evaluación del comportamiento (problema de conducta): Historial e informes médicos actuales. Entrevista personal. Observación directa de la conducta. Procedimientos formales y estandarizados (checklist, notación en escalas, análisis de conductas).
- Evaluación de la persona: Aspectos biológicos (anomalías genéticas y orgánicas del sistema nervioso central). Aspectos psicosociales (niveles de desarrollo

cognitivo, social, emocional y de personalidad). Estado de salud física. Condición psiquiátrica. Problemas funcionales.

- Evaluación del entorno: Entorno físico (hogar, colegio, trabajo, centro de día, etc.). Relevancia de la persona para el entorno (ej. aceptación). Problemas sistémicos. Problemas pedagógicos. Problemas sociales, aspectos culturales.

Los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los mayores problemas de Salud Mental Pública. Son frecuentes en las distintas sociedades y culturas; crean un alto nivel de discapacidad y de sufrimiento a las personas que los padecen y una considerable aflicción por amigos y familiares. Sin embargo, las clasificaciones actuales pretenden además de cubrir este objetivo, ayudar a que la investigación clínica, epidemiológica y de utilización de servicios se realice con unos criterios uniformes, así como dar recomendaciones en la práctica clínica respecto a los elementos semiológicos a tener en cuenta para realizar el diagnóstico (Gutiérrez, et al.). A consecuencia de todo el cúmulo de investigaciones y resultados surgieron los dos sistemas de clasificación más importantes en el ámbito de las enfermedades mentales: el DSM y la CIE.

Dichos manuales han sido utilizados desde su creación hasta hoy en día por psiquiatras, médicos, psicólogos y todos aquellos profesionales de la salud que se han preocupado por el tratamiento de las enfermedades mentales, pero valdría la pena analizar si es conveniente su utilización durante el diagnóstico, ya que una de las principales desventajas del DSM y la CIE es que los síntomas que presentan las personas afectadas suelen pertenecer a varias categorías de dichos manuales, situación que produce confusión y en algunos casos una intervención errónea. Al final el paciente es el único que sufre las consecuencias. Una alternativa podría ser que estos sistemas solo se utilicen como referencia para el tratamiento y no como solución al problema.

Una situación aunada a lo anterior es el uso de las etiquetas diagnósticas; el sólo hecho de clasificar las enfermedades, si bien es un recurso para buscar un tratamiento que sea factible y que facilite la recuperación de la persona involucrada, también presenta un problema debido a que a nivel social la aísla del resto por ser diferente, su familia no sabe cómo llevar su relación, y lo que resulta peor es que la persona que ha sido diagnosticada y etiquetada por un profesional de la salud, se sugestiona, cambia completamente su modo de vida, se aleja de los demás por el rechazo, emocionalmente colapsa debido a que todo su “mundo” cambia y ni siquiera sabe como sobrellevarlo.

En relación a lo anterior, es conveniente establecer la diferencia entre enfermedad y trastorno, puesto que han sido utilizadas como sinónimos sin que signifiquen lo mismo. Por lo que la enfermedad supone el conocimiento del factor etiológico, lo que para Plumed (2005, p. 252) podría ser definido como “en sentido científico, es una entidad morbosa etiológica, mientras el síndrome, es una constelación sintomática... No podemos hablar de entidad morbosa, de enfermedad bien definida, si ignoramos la etiología... Solamente la especie etiológica de la enfermedad puede permitirnos individualizar la especie nosológica”; en otras palabras, la enfermedad tiene como origen un factor biológico, el cual está ligado a las repercusiones que puede llegar a tener en el individuo que presente determinados síntomas, debido a que son los mismos los que ayudan a buscar diferentes tratamientos para su cura.

Mientras que al hablar de trastorno puede hacer referencia a una alteración leve de la salud o a un estado de enajenación mental, por ejemplo. Un trastorno psicológico hace referencia a un desequilibrio del estado mental de una persona. Por lo general, quien sufre de este tipo de trastornos acude a un especialista (el psicólogo) para recibir tratamiento a través de la psicoterapia y otras técnicas.

La concepción de la enfermedad mental así como su tratamiento ha sido tema de algunas escuelas teóricas que conforman la psicología (Gestalt, Psicoanálisis, Conductismo y la Cognitiva). Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular. Antes bien, son verdaderamente universales: afectan a personas de todas

las regiones, todos los países y todas las sociedades; pero el hecho de clasificarlos conlleva ventajas y desventajas que cuestionan su utilidad.

Las personas con enfermedad mental sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen. Este prejuicio determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de estas personas.

Por ello, es evidente que una atención integral a las personas con enfermedad mental no solo tiene que cubrir suficientemente las necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente también debe de establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas.

Considero que el DSM y la CIE generalizan a todas las personas, puesto que todos (aunque sea por un síntoma) caemos dentro de alguna de las jerarquías que establecen, entonces, donde está la individualidad del hombre si terminamos siendo parte de estos manuales, donde el tratamiento es determinado por una categoría, la cual a su vez, fue establecida por un grupo de individuos que poseían características similares. Es importante que la intervención del psicólogo sea más productiva durante la evaluación de la enfermedad, muchas veces no sólo es necesario un medicamento para curar.

Desgraciadamente aun en la actualidad, con todos los avances científicos, médicos y demás, se sigue desacreditando la profesión del psicólogo, por el hecho de no tener una base de conocimiento que sea física, como el corazón, sino por estudiar lo que no se puede ver ni tocar pero que se sabe que siempre ha estado ahí. Sería conveniente analizar si realmente es factible el uso de los sistemas de diagnóstico, ya que como se vio, estos conllevan más desventajas que ventajas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alarcón, R. (2009). ¿Hacia la globalización de los sistemas diagnósticos en psiquiatría? *Salud Mental*. 3, pág. 91-92.

Alcaraz, R. y Bouzas R. (1998). *Las aportaciones mexicanas a la psicología*. México: UNAM-UDG.

Álvarez, A. (2007). Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. *Revista PSICOLOGIA.COM*, No. 11 (1). Recuperado el 19 de julio de 2014, en red: www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/.../716

Álvarez, J. (2012). Viñeta Histórica: Jean-Étienne Dominique Esquirol. Departamento de Anestesia. Clínica Las Condes. *Revista Médica Clínica CONDES*; 23(5) pp. 644-645.

Ávila, E. (1992): Evaluación en psicología clínica I: Proceso, método y estrategias psicométricas. Salamanca: Amarú.

Buendía, J. (1999). *Psicología clínica. Perspectivas actuales*. Madrid: Pirámide.

Buendía, J., Coy, E. y Esteban M. (1984). El psicólogo y la salud mental. *Redalyc Papeles del Psicólogo*, (18). Recuperado el 25 de junio de 2014, en red: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=205>

Butcher, J., Mineka, S., y Hooly, J. (2006). *Psicología Clínica*. 12ª ed. Madrid: Pearson Addison Wesley.

Cañal, J. (2010). Psicoanálisis y medicina: divergencias propedéuticas en el ámbito de la salud mental. *Revista Carta Psicoanalítica*, (14). Recuperado el 18 de julio de 2014, en red: <http://www.cartapsi.org/spip.php?article23>

Carrazana, V. (2002). *El concepto de salud mental en psicología humanista–existencial. Bolivia*. Recuperado el 15 de julio del 2014, en red:
www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a01.pdf

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10 (1995). *ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD*. Publicación Científica No. 554, décima revisión vol. 1. Recuperado el 30 de abril del 2014. Disponible en:
http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/documentos_diversos/cie10_volumen1.pdf

Compas, B., y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: MC Graw Hill.

Conti, N. (2008). El rescate y la memoria. El tratamiento moral de Pinel en los orígenes de la psiquiatría moderna. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*. Efectos adversos de fármacos. XIX (82) p. 394.

Cortese, R. (2004). *Psicología Cognitiva. Psicología médica salud mental*. Argentina: Nobuko.

Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E. y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación alternativa. *Revista española de Terapia del Comportamiento*. Vol 3 (7).

Díaz-Guerrero. (2004). 50 años de psicología interamericana: una visión desde México. *Interamerican Journal of Psychology* Vol. 38 (2), pp. 333-342. Recuperado el 25 de mayo del 2012. Disponible en red:

file:///C:/Users/DOBLE15/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/MK2ZCKQR/50%20A%C3%B1os%20de%20Psicolog%C3%ADa%20I
nteramericana.%20%20Una%20Visi%C3%B3n%20desde%20M%C3%A9xico.pdf

Díez, J. (2005). El cuerpo teórico de la psiquiatría de la ilustración. Recuperado el 20 de mayo del 2013. En *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. Pp. 41-60. Disponible en:

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487299EF1C5EC36/146677/ilustracion.pdf>

Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1998). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En Jaime Rodríguez Sacristan (ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Capítulo 6 Tomo 1. España.

Dufol, F., García, A., Aunés, A., Sarto, C., y Batalla, A. (1993). Aplicaciones a la cronicidad en salud mental de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. *Revista Española de Salud Pública*. 66 (3-1) pp. 187-195.

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 39 (1) pp. 1-11.

Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw Hill.

Fischman, P. (1995). Modelo Biopsicosocial-Evolutivo en Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. 24 (2). Recuperado el 25 de febrero del 2013. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Psiquiatria/modelobiopsicosocial.html>

Florenzano, R., Fullerton, C., Goldberg, D., Rezaki, M., Mavreas, V. y Maier, W. (2006). La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la organización mundial de la salud (OMS). Chile. Recuperado el 1 de abril del 2014. Disponible en: www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7161.pdf

García, G., Atenógenes H., Saldívar González, Llanes, A., Sánchez, I. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Revista Salud Mental*; 34, p. 367-378.

García, J., Gutierrez-Colosía, M, y Salvador, L. (2010). *Directrices y principios para la práctica: evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta*. Ed. Caja Madrid, obra social. España, pp. 34-49.

Gómez, B. (s.f.). *Terapia cognitiva para trastornos psicológicos asociados a enfermedades físicas Crónicas*. España. Recuperado el 20 de julio del 2014, en red: apra.org.ar/pdf/terapiacogn.pdf

González, A. (2007). Carl von Linné. La pasión por la sistemática. *Ars Médica. Revista de Humanidades*; 2, pp. 199-214.

Gregory, R. (2000). *Evaluación psicológica: historia, principios y aplicaciones*. México: Manual Moderno.

Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). (2004). Sección de Diagnóstico y Clasificación. Recuperado el 11 de julio de 2014, en red: http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Classification_Diagnostic/gladp.pdf

Guitart, M. (2010). Historia, conceptos fundacionales y perspectivas contemporáneas en psicología cultural. *Revista de historia de la psicología*. España. 12 (1 y 2) pp. 117-136.

Gutiérrez, M., Peña, L., Santiuste de Pablos, M., García, D., Ochotorena, M., San Eustaquio, F., y Cánovas, M. (s. f.) *Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV*. Atlas VPM. Recuperado el 22 de julio del 2013. Disponible en: www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=48

Gutiérrez, O. (2005). *Educación y entrenamiento basados en el concepto de competencia: implicaciones para la acreditación de los Programas de Psicología*. *Revista Mexicana de Psicología*, 3, número monográfico especial. México.

Harrsch, C. (1998). *Identidad del psicólogo*. México: Longman de México.

Hernández, Y. (2011). *Enfermedad mental y psicología: una historia compartida en el hospital psiquiátrico de Santiago De Cuba*. Santiago de Cuba.

Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología*. México: Mc Graw Hill.

Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988) *Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.

López, C. (2011). ¿Enfermedades mentales? Estructuras en psicoanálisis. *Psicoanálisis México*. Recuperado el 15 de julio del 2014, en red:
<http://www.psicoanalisis-mexico.com/index.html>

López, S. (coordinador). (2005). *Historia de la psicología en México. Tomo I*. Centro de Estudios y Atención Psicológica, A. C. México: CEAPAC.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995). Ed. Masson S.A. España, p.24. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/apinilloss03/dsm-iv-pdf-completo-12543578>

Martín, J. (2002). *Apología del Conductismo*. Recuperado el 5 de junio del 2014, en red: www.fundacionforo.com/pdfs/archivo17.pdf

Martín, J. (2006). *Los diagnósticos y el DSM-IV*. Recuperado en septiembre del 2013. Disponible en: www.fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf

Martínez, B, y Rico, D. (2013). DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan? *Boletín Digital UNIDIS*, 2. España. Recuperado el 15 de octubre del 2013. Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/26331>

Martorell, J. y Prieto, J. (2000). *Introducción a la psicología*. Ed. Centro de estudios Ramón Areces. México: Colección de Psicología. Recuperado el 9 de febrero del 2012. Disponible en www.e-torredebabel.com/Uned

Meléndez de Nucete, L. (1997). Justificación para el uso de clasificaciones de los trastornos mentales, con especial referencia a CIE-10 y DSM-IV. *Archivos venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. 43(89), pp. 161-165.

Mezzich, J., Zapata, M. y Schwartz, K. (1995). La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general. *Revista Médica Herediana versión impresa ISSN 1018-130X*. Perú. 6 (4). Recuperado el 9 de marzo del 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X1995000400006&script=sci_arttext&tlng=pt

Mikulic, I. (2000). *La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo*. Argentina: Universidad de Buenos Aires Facultad de Psicología. Recuperado el 26 de abril del 2012. Disponible en: www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/.../f1.pdf

Muñoz, M., Santos, E., Crespo, M. y Guillen, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. España: Complutense.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo (2001). *Carga de los trastornos mentales y conductuales*. Recuperado el 15 de julio de 2014, en red: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf

Peña, L. (2011). *Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental*. Recuperado el 11 de julio de 2014, en red: http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_ses/seguridad_del_paciente_y_gestion_de_risgos_sanitarios_en_salud_mental.pdf

Peñate, W. (2011). *Psicología clínica y psicodiagnóstico: Sobre la vigencia del modelo de Evaluación conductual*. Estados Unidos.

Perales, A. (1998). *Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo" 2ªed*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marco, Facultad de Medicina.

Peset, J. (2003). La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Asclepio LV (1).

Phares, E. y Trull, T. (1999) *Psicología Clínica Conceptos, método y práctica*. México: Manual Moderno.

Piñar, I. (s.f.). *Salud Mental*. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. España. Recuperado el 15 de julio de 2014, en red: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf

Plumed, J. (2005). La clasificación de la locura en la Psiquiatría española del siglo XIX. Centro Salud Mental Malvarrosa. Valencia. *Asclepio*-Vol. LVII-2.

Quesada, H. (2008). Consideraciones conductuales acerca de la Enfermedad mental y la Salud Mental. *Reflexiones semanales*, (7). Costa Rica.

Ramos, AJ., Vázquez-Barquero, JL. y Herrera, S. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Formación continuada pápeles médicos*. 11(1), pp. 24-35. Recuperado el 17 de marzo del 2014. Disponible en:
<http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc708c6225apm-11-1-005.pdf>

Reed, G. y Mateos, J. (2011). Hacia una clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 4 (3). Recuperado el 15 de julio de 2014, en red:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-psiquiatria-salud-mental--286/hacia-una-clasificacion-internacional-los-trastornos-mentales-90027945-editoriales-2011>

Rivera, J., Murillo, J. y Sierra, M. (2007). El concepto de neurosis de William Cullen como Revolución científica. Universidad Latina de México. *Enseñanza e investigación en psicología*. 12 (1), pp. 157-178.

Salvati, N. (2004). Teoría de la Gestalt. *Psicología médica salud mental*. Argentina. pág. 183 – 189. Recuperado el 25 de mayo del 2012. Disponible en red:
<http://mmhaler.files.wordpress.com/2010/06/psicologia-medica-y-salud-mental2.pdf>

Sánchez, J. (2008). Psicoanálisis, en Oblitas, L. (compilador). *Psicoterapias contemporáneas*. México: CengageLearning.

Sánchez, J. y Gonzáles J. (1996). *Sentirse mejor como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. Recuperado el 20 de julio del 2014, en red:
www.juanalbertoyaria.com.ar/Bibliografia/SENTIRSE_MEJOR.doc

Sarrió, C. (2013). *Psicopatología y psicoterapia Gestalt*. España. Recuperado el 30 de junio de 2014, en red: <http://www.gestalt-terapia.es/blog/2013/12/15/psicopatologia-y-psicoterapia-gestalt/>

Suárez, L. (2002). Eugenesia, salud mental y tipología Psicológica del mexicano. *Asclepio*-Vol. LIV-2.

The Children of Parents with a Mental Illness [COPMI] (2012). *Cómo entender y controlar las enfermedades mentales*. Recuperado el 16 de julio del 2014, en red: <http://www.copmi.net.au/images/pdf/Translated/understanding-and-managing-mental-illness-spanish.pdf>

Valderrama, I., Colotla, E., Jurado, C. y Gallegos, B. (1997). *De la fundación de la Universidad a la creación de la Maestría en Psicología: 1910-1938*. En 100 años de la psicología en México. México: UNAM.

Vargas-Mendoza, J. y Aguilar, J. (2007). La psicología en México: Organización, poder, control, ¿Para qué? *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.* Volumen 3 (1) pp. 5-24. Recuperado el 27 de mayo del 2012. Disponible en http://www.conductitlan.net/historia_psicologia_mexico.html

Vargas, J. (2006). Psicología clínica: consideraciones generales. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 9 (2), pp. 49-66. Recuperado en agosto del 2013. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/19020/1804>

Velázquez, D. (2010). Psicopatología y Formaciones Psicopatológicas. *El psicoanalítico*. Recuperado el 15 de junio del 2014, en red: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num1/clinica-velazquez-psicopatologia.php>