Manual de psicopatología y trastornos psicológicos

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

Vicente E. Caballo
Isabel C. Salazar
José Antonio Carrobles
(Dirs.)

PIRÁMIDE

Manual de psicopatología y trastornos psicológicos

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

Directores

VICENTE E. CABALLO
CATEDRÁTICO. UNIVERSIDAD DE GRANADA

ISABEL C. SALAZAR
PROFESORA CONTRATADA DOCTORA. UNIVERSIDAD DE GRANADA

JOSÉ ANTONIO CARROBLES
CATEDRÁTICO. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Manual de psicopatología y trastornos psicológicos

Adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Vicente E. Caballo, Isabel C. Salazar y José Antonio Carrobles (Dir.), 2024
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2024
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Valentín Beato, 21. 28037 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4976-9

Relación de autores

Pedro Javier Amor Andrés
Profesor titular, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Verania Andrés Navia
Psicóloga, Centro de Psicología Bertrand Russell.

Rosa María Baños Rivera
Catedrática, Universidad de Valencia.

Francisco Bas Ramallo
Presidente de honor, Centro de Psicología Bertrand Russell.

Elisardo Becoña Iglesias
Catedrático, Universidad de Santiago de Compostela.

Isabel Bermejo Gómez
Técnico de investigación, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Cristina Botella Arbona
Catedrática, Universidad Jaume I.

Vicente E. Caballo (dir.)
Catedrático, Universidad de Granada.

J. Ignacio Capafóns-Sosa
Técnico investigador, Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud.

Juan I. Capafóns Bonet
Catedrático, Universidad de La Laguna.

Gloria Belén Carrillo Guerrero
Psicóloga, Centro de Psicología Clínica FUNVECA, Granada.

José Antonio Carrobles Isabel (dir.)
Profesor emérito, Universidad Autónoma de Madrid.

Covadonga Chaves Vélez
Profesora, Universidad Complutense de Madrid.

María Crespo López
Catedrática, Universidad Complutense de Madrid.

Paz de Corral
Antigua profesora titular, Universidad del País Vasco.

Virginia Dehesa Villasante
Psicóloga, Carmen Pastor Psicólogos, Valencia.

Amanda Díaz-García
Profesora contratada doctora, Universidad de Zaragoza.

Almudena Duque Sánchez
Profesora contratada doctora, Universidad Pontificia de Salamanca.

Enrique Echeburúa Odriozola
Catedrático, Universidad del País Vasco.

Liria Fernández González
Profesora, Universidad de Deusto.

Javier Fernández Montalvo
Catedrático, Universidad de Navarra.

Laura Gallego-Alberto
Profesora ayudante doctora, Universidad Autónoma de Madrid.

Manuel Gámez-Guadix
Profesor contratado doctor, Universidad Autónoma de Madrid.

Ana García-Blanco
Psicóloga Clínica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

© Ediciones Pirámide

Azucena García-Palacios
Profesora titular, Universidad Jaume I.

Dunia Garrido del Águila
Profesora ayudante doctora, Universidad de Granada.

José Luis Graña Gómez
Catedrático, Universidad Complutense de Madrid.

Antía Graña Muñoz
Residente Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Arturo Heman Contreras
Director, Instituto de Terapia Cognitivo Conductual, Ciudad de México.

Ricardo M. Hodann-Caudevilla
Clínica Nuestra Señora de la Paz, Madrid.

Lucía Jiménez Gonzalo
Profesora ayudante doctora, Universidad Rey Juan Carlos.

Mara Lins
Directora de FACEFI, Porto Alegre, Brasil.

José Javier López Goñi
Profesor titular, Universidad de Navarra.

Juan José Madrid Valero
Profesor ayudante doctor, Universidad de Murcia.

Brendan A. Maher†
Antiguo profesor, Universidad de Harvard, EE. UU.

Winifred B. Maher†
Antigua profesora, Universidad de Harvard, EE. UU.

Miguel Israel Marín Tejeda
Universidad del Valle de México.

Nuria Martín Romero
Profesora ayudante doctora, Universidad de Alcalá.

M.ª del Pilar Martínez Narváez-Cabeza de Vaca
Profesora titular, Universidad de Granada.

Marta Miragall-Montilla
Profesora, Universidad de Valencia.

Marina J. Muñoz-Rivas
Catedrática, Universidad Autónoma de Madrid.

Inés Nieto Romero
Investigadora postdoctoral, Universidad Rey Juan Carlos.

Jorge J. Osma López
Profesor titular, Universidad de Zaragoza.

Francisco Páez Agraz†
Antiguo Director general, Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: FOCUS Salud México S.C.

Carmen Pastor Gimeno
Psicóloga, Carmen Pastor Psicólogos, Valencia.

Conxa Perpiñá Tordera
Catedrática, Universidad de Valencia.

Natalia Redondo Rodríguez
Profesora contratada doctora, Universidad Autónoma de Madrid.

Rebeca Robles García
Investigadora en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Humbelina Robles Ortega
Profesora titular, Universidad de Granada.

Lali Ruiz Soto
Psicóloga, Práctica clínica privada.

Isabel Cristina Salazar Torres (dir.)
Profesora Contratada Doctora, Universidad de Granada.

Álvaro Sánchez López
Profesor ayudante doctor, Universidad Complutense de Madrid.

Carmen D. Sosa Castilla
Profesora titular, Universidad de La Laguna.

Sheila Torres Salazar
Psicóloga, Instituto de Terapia Cognitivo Conductual, Ciudad de México.

Carmelo Vázquez Valverde
Catedrático, Universidad Complutense de Madrid.

Mónica Ventura Alcalay
Psicóloga, Ciencia y Análisis del Comportamiento (CYAN), Bogotá, Colombia.

Conrado M. Viña Lorenzo
Profesor titular, Universidad de La Laguna.

Marcia Fortes Wagner
Profesora, Atitus Educación, Passo Fundo, Brasil.

© Ediciones Pirámide

Índice

Prólogo *(José Olivares Rodríguez)* 27

Aspectos básicos de los trastornos psicológicos

1. Una breve historia de la psicopatología *(Winifred B. Maher y Brendan A. Maher)* 35

1. Introducción 35
2. El problema de la definición 36
3. La época prehistórica 36
4. El período clásico 37
5. La ley y la psicopatología 42
6. De la Edad Media hasta el siglo XVIII 43
   - 6.1. El tratamiento de los sujetos mentalmente enfermos 43
     - 6.1.1. Refugios, hospicios, reformatorios, hospitales y asilos 43
   - 6.2. Las teorías sobre la psicopatología 46
7. Del siglo XIX al siglo XX 55
   - 7.1. El control de la moral 55
   - 7.2. El hipnotismo y la electricidad 57
   - 7.3. El modelo de la patología cerebral 60
   - 7.4. La genética y el concepto de «degeneración» 61
   - 7.5. El psicoanálisis 65
   - 7.6. La psicopatología experimental 65
8. Conclusión 67

Lecturas recomendadas 67

2. Concepto y modelos en psicopatología *(Conrado M. Viña)* 68

1. Introducción 68
2. ¿Qué es la psicopatología? 68
3. El concepto de «trastorno mental» 70
4. Criterios para delimitar la conducta anormal 73
5. Principios de una conceptualización científica de la conducta anormal 78
6. Modelos de conducta anormal 80
   - 6.1. Modelo biomédico 80
   - 6.2. Modelo psicoanalítico 82

© Ediciones Pirámide

6.3. Modelo conductual 85
6.4. Modelo cognitivo 86
7. Conclusión y tendencias futuras 87
Lecturas recomendadas 88

3. Alteraciones de los procesos psicológicos *(Rosa María Baños, Marta Miragall, Azucena García-Palacios y Cristina Botella)* 89

1. Introducción 89
2. Alteraciones de los procesos psicológicos 90
2.1. Alteraciones de la conciencia y la identidad 90
2.1.1. Alteraciones de la conciencia 90
2.1.2. Alteraciones de la orientación 92
2.1.3. Alteraciones de la identidad 92
2.2. Alteraciones de la atención 94
2.3. Alteraciones de la memoria 92
2.3.1. Alteraciones de la memoria a nivel cuantitativo 95
2.3.2. Distorsiones de la memoria 96
2.3.3. Alteraciones relacionadas con la memoria autobiográfica 97
2.4. Alteraciones de la percepción 98
2.4.1. Distorsiones perceptivas 98
2.4.2. Engaños perceptivos 98
2.5. Alteraciones del pensamiento, el lenguaje y el habla 99
2.5.1. Alteraciones del lenguaje y el habla 100
2.5.2. Alteraciones de la forma del pensamiento 102
2.5.3. Alteraciones del contenido del pensamiento 102
2.6. Alteraciones afectivas 104
2.7. Alteraciones de la actividad motora y la conducta intencional 106
2.7.1. Aspectos cuantitativos de la conducta motora 106
2.7.2. Aspectos cualitativos de la conducta motora 106
2.7.3. Alteraciones de la mímica y expresión 108
2.8. Alteraciones de las funciones fisiológicas: sueño, apetito e ingesta y sexo.. 109
3. Conclusiones y tendencias futuras 110
Lecturas recomendadas 110

4. Clasificación de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones de los sistemas DSM y CIE y de nuevas alternativas (RDoC, HiTOP y análisis de redes) *(Carmelo Vázquez, Álvaro Sánchez-López, Nuria Martín-Romero e Inés Nieto)* 111

1. Los sistemas de clasificación en psicopatología 111
1.1. ¿Realidades o construcciones? 111
1.2. Funciones de los sistemas de clasificación 112
1.3. Principios de clasificación categorial 112
1.4. Criterios de funcionamiento: fiabilidad y validez 113
1.4.1. Fiabilidad diagnóstica 113
1.4.2. Validez diagnóstica 113
2. Sistemas tradicionales de clasificación psicopatológica 114
2.1. Precursores 114
2.1.1. El planteamiento «kraepeliniano» 114
2.1.2. Las clasificaciones iniciales de la APA y de la OMS 114
2.2. Características comunes a los DSM a partir del DSM-III (1980) 117
2.3. El DSM-5 118
2.3.1. Estructura y cambios del DSM-5 y DSM-5-TR 118

© Ediciones Pirámide

2.3.2. Una evaluación crítica del DSM-5 y DSM-5-TR 122
2.4. La CIE-11 123
3. Alternativas diagnósticas a los sistemas de clasificación tradicionales 125
3.1. Criterios de los dominios de investigación (RDoC) 127
3.2. Clasificaciones jerárquicas basadas en datos 129
3.3. Teoría y análisis de redes 131
4. Sistemas diagnósticos: una valoración crítica 133
Lecturas recomendadas 135
El proceso diagnóstico clínico basado en DSM-5-TR/CIE-11 en un caso práctico *(Covadonga Chaves y Almudena Duque)* 136

5. Análisis funcional y formulación clínica de casos *(José Luis Graña Gómez y Antía Graña Muñoz)* 144

1. Introducción 144
2. Fases de la formulación clínica de casos 146
2.1. Valoración psicopatológica 146
2.2. Fase descriptiva: análisis del caso 147
2.2.1. Definición del problema 147
2.2.2. Análisis funcional: modelo ABC 148
2.2.3. Adquisición y curso de las conductas problema 156
2.2.4. Análisis histórico 158
2.2.5. Variables de predisposición/vulnerabilidad 160
2.2.6. Otros aspectos a considerar 161
2.3. Fase inferencial: formulación clínica y modelo psicopatológico 162
2.3.1. Diagnóstico clínico 162
2.3.2. Formulación clínica 163
2.3.3. Validez convergente de la formulación clínica 164
2.4. Tratamiento 166
2.4.1. Objetivos terapéuticos 166
2.4.2. Plan de tratamiento 166
3. Conclusiones y tendencias futuras 167
Lecturas recomendadas 168

Trastornos de ansiedad

6. Fobia específica *(Carmen D. Sosa y J. Ignacio Capafóns-Sosa)* 171

1. Introducción 171
2. Clasificación de la fobia específica: DSM-5-TR y CIE-11 172
3. Características clínicas 176
4. Epidemiología y curso 179
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 182
6. Etiología 184
6.1. Teorías cognitivo-conductuales 184
6.2. Teorías biológicas 185
6.3. Teoría integradora (biopsicosocial) 186
7. Evaluación y diagnóstico del trastorno 187
8. Tratamiento del trastorno 187
9. Conclusiones y tendencias futuras 189
Lecturas recomendadas 189
Caso clínico de una fobia específica *(Carmen D. Sosa y J. Ignacio Capafóns-Sosa)* .. 190

© Ediciones Pirámide

7. Trastorno de ansiedad social: características clínicas y diagnósticas *(Isabel C. Salazar y Vicente E. Caballo)* 193

1. Introducción 193
   1.1. Una breve semblanza retrospectiva 193
2. Clasificación del trastorno según el DSM-5-TR y la CIE-11 194
3. Avances y retrocesos en la evaluación y diagnóstico del trastorno de ansiedad social 198
   3.1. Trastorno de ansiedad social, trastorno de la personalidad por evitación y timidez 199
4. Características clínicas 200
   4.1. Aspectos conductuales 200
   4.2. Aspectos cognitivos 203
   4.3. Aspectos emocionales y fisiológicos 204
5. Epidemiología y curso 205
   5.1. Epidemiología 205
   5.2. Edad de inicio 207
   5.3. Curso 208
6. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 209
   6.1. Diagnóstico diferencial 209
   6.2. Comorbilidad 210
7. Etiología 211
   7.1. El modelo cognitivo del TAS de Clark y Wells 211
   7.2. El modelo cognitivo del TAS de Rapee y Heimberg 212
   7.3. El modelo biopsicosocial del TAS de Hofmann y Barlow 213
   7.4. El modelo cognitivo del TAS de Hofmann 213
   7.5. El modelo etiológico y de mantenimiento integrado del TAS de Wong y Rapee 214
   7.6. El modelo integrado para la explicación del TAS de Caballo y Salazar . 214
      7.6.1. Aspectos biológicos 216
      7.6.2. Aspectos psicológicos 216
      7.6.3. Experiencias sociales estresantes 217
      7.6.4. Vías de aprendizaje de los miedos 217
      7.6.5. La configuración de la respuesta de ansiedad 218
      7.6.6. Cómo se mantiene la ansiedad social 218
8. Evaluación de la ansiedad social 219
9. El tratamiento del trastorno de ansiedad social 220
   9.1. Tratamiento psicológico 220
   9.2. Tratamiento farmacológico 221
10. Conclusiones y tendencias futuras 221

Lecturas recomendadas 222

Caso clínico de un trastorno de ansiedad social *(Isabel C. Salazar y Vicente E. Caballo)* 223

8. Trastorno de pánico y agorafobia *(Amanda Díaz-García, Cristina Botella, Jorge Osma, Rosa M.ª Baños y Azucena García-Palacios)* 229

1. Introducción 229
2. Clasificación del trastorno de pánico y la agorafobia 231
   2.1. Cambios del DSM-5-TR y CIE-11 233
3. Características clínicas 237
4. Epidemiología y curso 238
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 240
6. Etiología 242

© Ediciones Pirámide

6.1. El modelo integrador de Barlow y Durand 243
6.2. Modelo cognitivo integrado de Casey et al. (2004) 245
7. Evaluación y diagnóstico del trastorno 246
8. Tratamiento del trastorno 249
9. Conclusiones y tendencias futuras 250
Lecturas recomendadas 251
Caso clínico de trastorno de pánico y agorafobia *(Amanda Díaz-García, Cristina Botella, Jorge Osma, Rosa M.ª Baños y Azucena García-Palacios)* 252

9. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados *(Humbelina Robles Ortega)* 259

1. Introducción 259
2. Clasificación del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados 259
3. Trastorno obsesivo compulsivo 261
3.1. Características clínicas y criterios diagnósticos 261
3.2. Subtipos/dimensiones del TOC 265
3.3. Epidemiología y curso del TOC 268
3.3.1. Prevalencia 268
3.3.2. Desarrollo y curso 269
3.3.3. Impacto en la calidad de vida 269
3.4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad del TOC 270
3.4.1. Diagnóstico diferencial 270
3.4.2. Comorbilidad 272
3.5. Modelos explicativos del TOC 272
3.5.1. Modelos biológicos 272
3.5.2. Modelos conductuales 273
3.5.3. Modelos cognitivos 274
3.5.4. Enfoque transdiagnóstico 276
3.6. Evaluación y diagnóstico del TOC 277
3.7. Tratamiento del TOC 278
4. Trastorno dismórfico corporal 279
4.1. Características clínicas y criterios diagnósticos 279
4.2. Epidemiología y curso del TDC 282
4.2.1. Prevalencia 282
4.2.2. Desarrollo y curso 282
4.2.3. Impacto en la calidad de vida 282
4.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad del TDC 283
4.3.1. Diagnóstico diferencial 283
4.3.2. Comorbilidad 284
4.4. Modelos explicativos del TDC 284
5. Trastorno de acumulación 284
5.1. Características clínicas y criterios diagnósticos 284
5.2. Epidemiología y curso del TA 287
5.2.1. Prevalencia 287
5.2.2. Desarrollo y curso 287
5.2.3. Impacto en la calidad de vida 288
5.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad del TA 288
5.3.1. Diagnóstico diferencial 288
5.3.2. Comorbilidad 288
5.4. Modelos explicativos del TA 288
5.5. Otros síndromes relacionados 289
5.5.1. Síndrome de Diógenes 289
5.5.2. Síndrome de Noé 290

© Ediciones Pirámide

6. Tricotilomanía 290
7. Trastorno de excoriación 290
8. Otros trastornos del espectro obsesivo compulsivo 291
8.1. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados provocados por sustancias psicoactivas/medicamentos 291
8.2. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica 292
8.3. Otros trastornos obsesivo compulsivos y trastornos relacionados especificados 292
8.4. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados no especificados 293
9. Conclusiones y tendencias futuras 293
Lecturas recomendadas 295
Caso clínico de un trastorno obsesivo compulsivo *(Sheila Torres Salazar y Arturo Heman Contreras)* 296
Caso clínico de un trastorno dismórfico corporal *(M.ª del Pilar Martínez Narváez-Cabeza de Vaca)* 304

10. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés *(Enrique Echeburúa y Pedro J. Amor)* 310

1. Introducción 310
2. Clasificación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.. 311
3. Las fases tempranas del trauma: trastorno de estrés agudo 312
4. Trastorno de estrés postraumático 313
4.1. Epidemiología 318
4.2. Modalidades y variantes del TEPT 318
4.2.1. TEPT con expresión retardada 318
4.2.2. TEPT con síntomas disociativos 319
4.3. El TEPT complejo 319
4.4. El TEPT en la infancia y adolescencia 319
4.5. Comorbilidad y diagnóstico diferencial 321
4.6. Etiología 322
4.6.1. Modelos de condicionamiento 322
4.6.2. Teoría de la indefensión aprendida y de la evaluación cognitiva 323
4.6.3. Teoría del procesamiento de la información 323
4.6.4. Otros modelos explicativos 324
4.6.5. Vulnerabilidad y resistencia al trauma 324
5. Otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés 325
5.1. Trastorno de duelo prolongado 325
5.2. Trastornos de adaptación 328
5.3. Trastorno de apego reactivo 328
5.4. Trastorno de relación social desinhibida 329
6. Evaluación 330
7. Tratamiento 332
8. Factores predictores de recuperación 333
8.1. Indicadores positivos de recuperación 333
8.2. Indicadores negativos de recuperación 333
9. Conclusiones 334
Lecturas recomendadas 335
Caso clínico de trastorno de estrés postraumático *(Enrique Echeburúa, Paz de Corral y Pedro J. Amor)* 336

© Ediciones Pirámide

11. Trastorno de ansiedad generalizada *(María Crespo López)* 341

1. Introducción 341
2. Clasificación del trastorno: DSM-5-TR y CIE-11 342
3. Características clínicas 344
   3.1. La preocupación 344
   3.2. Otros aspectos cognitivos 345
   3.3. Aspectos emocionales, conductuales y fisiológicos 346
4. Epidemiología y curso 347
   4.1. Epidemiología 347
   4.2. Curso 348
      4.2.1. Síntomas asociados: interferencia y discapacidad 349
5. Comorbilidad y diagnóstico diferencial 349
   5.1. Comorbilidad 349
   5.2. Diagnóstico diferencial 350
6. Etiología 352
   6.1. Factores biológicos y ambientales 352
   6.2. Modelos psicológicos 352
      6.2.1. Modelo de aprensión ansiosa 353
      6.2.2. Modelo de la preocupación como evitación cognitiva 353
      6.2.3. Modelo de intolerancia a la incertidumbre 354
      6.2.4. Modelo metacognitivo 354
      6.2.5. Modelo de déficit de regulación emocional 355
      6.2.6. Modelo basado en la aceptación 355
7. Evaluación y diagnóstico del TAG 356
8. Tratamiento del TAG 357
9. Conclusiones y tendencias futuras 358

Lecturas recomendadas 358

Caso de trastorno de ansiedad generalizada o preocupación excesiva *(Carmen Pastor)* 359

Análisis funcional de un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada *(Marcia Fortes Wagner)* 365

Trastornos del estado de ánimo

12. Trastornos depresivos *(José Antonio Carrobles)* 373

1. Introducción 373
2. Clasificación y diagnóstico de los trastornos depresivos 374
   2.1. Trastorno depresivo mayor 375
   2.2. Trastorno depresivo persistente 376
   2.3. Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo 378
   2.4. Trastorno disfórico premenstrual 382
   2.5. Otros trastornos depresivos especificados y no especificados 384
   2.6. Especificadores para los trastornos depresivos 384
3. Epidemiología y curso de los trastornos depresivos 386
4. Etiología y modelos explicativos 389
   4.1. Teorías biológicas 390
   4.2. Teorías psicológicas 391
5. Evaluación de la depresión 394
6. Tratamiento de la depresión 396
7. Conclusiones y tendencias futuras 398

Lecturas recomendadas 399

Caso clínico de un trastorno depresivo mayor *(Verania Andrés y Francisco Bas)* .. 400

© Ediciones Pirámide

13. Trastorno bipolar y trastornos relacionados *(Ana García-Blanco)* 404

1. Introducción 404
2. Clasificación del trastorno: DSM-5-TR y CIE-11 404
3. Características clínicas 414
   3.1. Aspectos conductuales 414
   3.2. Aspectos cognitivos 414
   3.3. Aspectos emocionales y fisiológicos 415
4. Epidemiología y curso 415
   4.1. Prevalencia 415
   4.2. Edad de inicio 415
   4.3. Distribución por sexo 416
   4.4. Curso 416
   4.5. Consecuencias funcionales 417
   4.6. Asociación con ideación o comportamientos suicidas 417
   4.7. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura 417
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 417
   5.1. Diagnóstico diferencial 417
   5.2. Comorbilidad 418
6. Etiología 419
   6.1. Vulnerabilidad biológica 419
   6.2. Vulnerabilidad ambiental 419
7. Evaluación y diagnóstico del trastorno 420
8. Tratamiento del trastorno 420
   8.1. Tratamiento farmacológico 420
   8.2. Tratamiento psicosocial 421
9. Conclusiones y tendencias futuras 421

Lecturas recomendadas 422

Caso clínico de trastorno bipolar *(Virginia Dehesa y Carmen Pastor)* 423

Trastornos psicóticos

14. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos *(Ricardo M. Hodann-Caudevilla)* 431

1. Introducción 431
2. Clasificación del trastorno 432
   2.1. DSM-5-TR y cambios respecto al DSM-5 435
   2.2. La CIE-11 y cambios respecto a la CIE-10 435
3. Características clínicas 436
   3.1. Dimensión positiva 437
   3.2. Dimensión negativa 438
   3.3. Dimensión afectiva 439
   3.4. Dimensión de desorganización 439
4. Epidemiología y curso 440
   4.1. Epidemiología 440
   4.2. Curso 441
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 443
   5.1. Diagnóstico diferencial 443
   5.2. Comorbilidad 443
6. Etiología 444
   6.1. Modelos genéticos 444
   6.2. Modelos fisiopatológicos 446

© Ediciones Pirámide

6.3. Modelos de neurodesarrollo 447
6.4. Modelos de vulnerabilidad-estrés 448
7. Evaluación y diagnóstico 449
7.1. Entrevistas y escalas 450
8. Tratamiento 451
9. Otros trastornos psicóticos 451
10. Conclusiones 460
Lecturas recomendadas 461

Trastornos de la personalidad

15. Trastornos de la personalidad *(Vicente E. Caballo, Lali Ruiz Soto e Isabel C. Salazar)* 465

1. Introducción 465
2. La clasificación de los trastornos de la personalidad: DSM-5-TR, DSM-5-MATP y CIE-11 465
2.1. La clasificación oficial de la sección II del DSM-5-TR 466
2.2. El modelo alternativo híbrido categórico-dimensional del DSM-5 (DSM-5-MATP) 466
2.3. El planteamiento dimensional de la CIE-11 469
2.4. El planteamiento categorial frente al dimensional 471
2.5. Problemas en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad 472
3. Los trastornos específicos de la personalidad 472
3.1. Trastorno paranoide de la personalidad 472
3.1.1. Epidemiología y curso 473
3.1.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 473
3.1.3. Etiología 474
3.2. Trastorno esquizoide de la personalidad 474
3.2.1. Epidemiología y curso 475
3.2.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 475
3.2.3. Etiología 475
3.3. Trastorno esquizotípico de la personalidad 475
3.3.1. Epidemiología y curso 475
3.3.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 477
3.3.3. Etiología 477
3.4. Trastorno antisocial de la personalidad 477
3.4.1. Epidemiología y curso 477
3.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 479
3.4.3. Etiología 479
3.5. Trastorno límite de la personalidad 480
3.5.1. Epidemiología y curso 481
3.5.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 482
3.5.3. Etiología 482
3.6. Trastorno histriónico de la personalidad 482
3.6.1. Epidemiología y curso 483
3.6.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 483
3.6.3. Etiología 484
3.7. Trastorno narcisista de la personalidad 484
3.7.1. Epidemiología y curso 485
3.7.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 485
3.7.3. Etiología 486
3.8. Trastorno de la personalidad por evitación 486

© Ediciones Pirámide

3.8.1. Epidemiología y curso 487
3.8.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 487
3.8.3. Etiología 488
3.9. Trastorno de la personalidad por dependencia 488
3.9.1. Epidemiología y curso 489
3.9.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 489
3.9.3. Etiología 490
3.10. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad 490
3.10.1. Epidemiología y curso 491
3.10.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 491
3.10.3. Etiología 491
3.11. Otros trastornos de la personalidad 492
3.11.1. Cambio de personalidad debido a otra condición médica 492
3.11.2. Otro trastorno de la personalidad especificado 492
3.11.3. Trastorno de la personalidad no especificado 492
3.11.4. Trastorno de la personalidad-especificado por rasgos (TP-ER).. 492
3.12. Trastornos de la personalidad relegados, olvidados o eliminados 493
3.12.1. Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad 493
3.12.1.1. Epidemiología y curso 494
3.12.1.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 494
3.12.1.3. Etiología 494
3.12.2. Trastorno depresivo de la personalidad 494
3.12.2.1. Epidemiología y curso 494
3.12.2.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 494
3.12.2.3. Etiología 495
3.12.3. Trastorno autodestructivo (masoquista) de la personalidad 495
3.12.3.1. Epidemiología y curso 495
3.12.3.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 496
3.12.3.3. Etiología 496
3.12.4. El trastorno sádico de la personalidad 497
3.12.4.1. Epidemiología y curso 497
3.12.4.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 498
3.12.4.3. Etiología 498
4. Características clínicas 498
5. Sobre las bases neurobiológicas de los trastornos de la personalidad 501
6. Evaluación y diagnóstico del trastorno 502
7. Tratamiento de los trastornos de la personalidad 503
8. Conclusiones 504
Lecturas recomendadas 505
Caso clínico de un trastorno límite de la personalidad *(Mónica Ventura)* 506
Caso clínico de un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad *(Gloria B. Carrillo Guerrero)* 511

Trastornos disociativos y de síntomas somáticos

16. Trastornos disociativos *(Rebeca Robles García, Francisco Páez Agraz y Miguel Marín Tejeda)* 519

1. Introducción 519
2. Clasificación 519
3. Características clínicas 524
4. Epidemiología y curso 527
4.1. Epidemiología 527

© Ediciones Pirámide

4.2. Curso de los trastornos y las experiencias disociativas 529
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 529
6. Etiología 531
6.1. Vulnerabilidad biológica 531
6.2. Factores cognitivos y emocionales 532
6.3. Factores ambientales y fenómenos de aprendizaje 533
6.4. Un modelo etiológico multifactorial 533
7. Evaluación y diagnóstico 533
8. Tratamiento 534
9. Conclusiones y tendencias futuras 535
Lecturas recomendadas 536
Caso clínico trastorno de identidad disociativo (adaptado de Rothschild, 2009) *(Rebeca Robles García, Francisco Páez Agraz y Miguel Marín Tejeda)* 537

17. Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados *(M. del Pilar Martínez Narváez-Cabeza de Vaca)* 541

1. Introducción 541
2. Clasificación: DSM-5-TR y CIE-11 542
2.1. El fenómeno de la somatización 542
2.2. DSM: de los «trastornos somatomorfos» al «trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados» 543
2.2.1. La ansiedad por la salud en el DSM-5: trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad 543
2.2.2. Cambios del DSM-5-TR con respecto al DSM-5 545
2.3. CIE: de los «trastornos somatomorfos» a los «trastornos de malestar corporal o de la experiencia corporal» 545
3. Características clínicas del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados 547
3.1. Trastorno de síntomas somáticos 547
3.2. Trastorno de ansiedad por enfermedad 550
3.3. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión) 554
3.4. Trastorno facticio 558
4. Epidemiología y curso 563
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 565
5.1. Comorbilidad 565
5.2. Diagnóstico diferencial 565
6. Etiología 570
7. Evaluación y diagnóstico 573
8. Tratamiento 575
9. Conclusiones y tendencias futuras 576
Lecturas recomendadas 577

Trastornos adictivos y trastornos del control de los impulsos

18. Adicción al juego y trastornos del control de los impulsos, perturbadores y de conducta *(Javier Fernández-Montalvo y José J. López-Goñi)* 581

1. Introducción 581
2. Clasificación de la adicción al juego y de los trastornos del control de los impulsos, perturbadores y de conducta 582

© Ediciones Pirámide

3. La adicción al juego 584
3.1. Introducción al juego patológico 584
3.2. Clasificación de la adicción al juego: DSM-5-TR y CIE-11 584
3.3. Características clínicas 586
3.4. Epidemiología y curso 588
3.5. Comorbilidad 588
3.6. Etiología 589
3.7. Evaluación y diagnóstico del juego patológico 590
3.8. Tratamiento del juego patológico 590
4. Características clínicas de los trastornos del control de los impulsos, perturbadores y de conducta 590
4.1. Cleptomanía 592
4.2. Piromanía 593
4.3. Trastorno explosivo intermitente 595
4.4. Trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta y trastorno antisocial de la personalidad 597
5. Conclusiones y tendencias futuras 597
Lecturas recomendadas 600
Caso clínico de adicción al juego *(Javier Fernández-Montalvo y José J. López-Goñi)* 601

19. Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas *(Elisardo Becoña Iglesias)* 606

1. Introducción 606
2. Clasificación del trastorno 607
2.1. Tipos de drogas 607
2.2. Uso, abuso/consumo nocivo, dependencia y nivel de gravedad 607
2.3. Intoxicación y síndrome de abstinencia 611
2.4. Otros conceptos en drogodependencias 613
3. Características clínicas 613
3.1. Principales características clínicas de cada droga 613
3.1.1. Cannabis 614
3.1.2. Opiáceos 615
3.1.3. Estimulantes 617
3.1.3.1. Cocaína 617
3.1.3.2. Anfetaminas 618
3.1.4. Drogas de síntesis 619
3.1.5. Alucinógenos 619
3.1.6. Inhalantes 620
3.1.7. Otras drogas 621
3.2. Trastornos inducidos por sustancias 622
4. Epidemiología y curso 622
4.1. Epidemiología 622
4.2. Curso 626
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 627
6. Etiología 629
7. Evaluación y diagnóstico del trastorno 631
8. Tratamiento del trastorno 632
9. Conclusiones y tendencias futuras 632
Lecturas recomendadas 631
Caso clínico de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas *(Elisardo Becoña Iglesias)* 634

© Ediciones Pirámide

20. Las nuevas adicciones: adicciones conductuales *(Marina J. Muñoz-Rivas, Natalia Redondo Rodríguez, Liria Fernández y Manuel Gámez-Guadix)* 638

1. Introducción 638
2. Conceptualización y diagnóstico 638
3. Tipos de adicciones conductuales 639
   - 3.1. Adicción al teléfono móvil e Internet 639
   - 3.2. Adicción a las redes sociales 641
   - 3.3. Adicción al ejercicio físico 641
   - 3.4. Adicción a las compras 642
   - 3.5. Adicción al trabajo 642
   - 3.6. Adicción al sexo 643
4. Características clínicas 643
5. Etiología y factores de riesgo 644
6. Evaluación 646
7. Tratamiento 648
8. Conclusiones y tendencias futuras 649

Lecturas recomendadas 649

Caso clínico de adicción a los videojuegos *(Natalia Redondo Rodríguez y Marina J. Muñoz-Rivas)* 650

Trastornos de las necesidades fisiológicas

21. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos *(Conxa Perpiñá)* 657

1. Introducción 657
2. Clasificación de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos: DSM-5-TR y CIE-11 659
3. Características clínicas 671
   - 3.1. Aspectos conductuales 672
   - 3.2. Aspectos cognitivos 673
   - 3.3. Aspectos emocionales y fisiológicos 675
4. Epidemiología y curso 677
   - 4.1. Prevalencia 677
   - 4.2. Curso 678
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 680
6. Etiología 681
   - 6.1. Vulnerabilidad biológica 682
   - 6.2. Vulnerabilidad psicológica 682
   - 6.3. Riesgos individuales: influencia familiar y eventos vitales e interpersonales 683
   - 6.4. Teoría transdiagnóstica 683
7. Evaluación y diagnóstico 685
8. Tratamiento 686
9. Conclusiones y tendencias futuras 687

Lecturas recomendadas 690

Caso clínico de un trastorno alimentario *(Conxa Perpiñá)* 691

22. Trastornos del sueño-vigilia *(Juan José Madrid Valero)* 698

1. Introducción 698
2. Clasificación de los trastornos del sueño-vigilia 699
   - 2.1. Trastorno de insomnio 701
   - 2.2. Trastorno de hipersomnia 707

© Ediciones Pirámide

2.3. Narcolepsia 710
2.4. Trastornos del sueño relacionados con la respiración 713
2.5. Trastornos del ritmo circadiano de sueño vigilia 716
2.6. Parasomnias 720
2.6.1. Trastornos del despertar del sueño no REM 720
2.6.1.1. Sonambulismo 720
2.6.1.2. Terrores nocturnos 721
2.6.2. Trastorno de pesadillas 722
2.6.3. Trastorno del comportamiento del sueño REM 723
2.7. Síndrome de las piernas inquietas 726
2.8. Parálisis del sueño aislada recurrente 728
2.9. Trastorno del sueño inducido por sustancias psicoactivas/medicamentos 729
3. Conclusiones 729
Lecturas recomendadas 730

Trastornos sexuales y problemas de pareja

23. Disfunciones sexuales *(José Antonio Carrobles)* 733

1. Introducción 733
2. Clasificación y diagnóstico de las disfunciones sexuales 733
2.1. Trastornos del deseo sexual 735
2.1.1. Deseo sexual hipoactivo 735
2.1.2. Trastorno hipersexual 738
2.2. Trastornos de la excitación sexual 741
2.2.1. Trastorno eréctil en el hombre 741
2.2.2. Trastorno de la excitación sexual en la mujer 742
2.2.3. Síndrome de excitación genital persistente en la mujer 743
2.3. Trastornos del orgasmo 745
2.3.1. Eyaculación prematura (precoz) 745
2.3.2. Eyaculación retardada 747
2.3.3. Trastorno orgásmico femenino 748
2.4. Trastornos sexuales por dolor 751
2.5. Trastornos sexuales producidos por enfermedades médicas o por el consumo de sustancias psicoactivas 752
2.6. Otra disfunción sexual especificada y no especificada 753
3. Epidemiología de las disfunciones sexuales 754
4. Etiología de las disfunciones sexuales 757
5. Evaluación y diagnóstico de las disfunciones sexuales 757
6. Tratamiento de las disfunciones sexuales 759
7. Conclusiones y tendencias futuras 760
Lecturas recomendadas 760
Caso clínico de un problema de disfunción sexual *(Mara Lins)* 761

24. Parafilias y disforia de género *(José Antonio Carrobles)* 766

1. Las parafilias 766
1.1. Introducción 766
1.2. Clasificación de las parafilias 766
1.3. Distinción entre parafilia y trastorno parafílico 770
1.4. Descripción y criterios diagnósticos de las parafilias y los trastornos parafílicos 770
1.4.1. Trastorno de exhibicionismo 770

© Ediciones Pirámide

1.4.2. Trastorno de fetichismo ... 771
1.4.3. Trastorno de frotteurismo ... 773
1.4.4. Trastorno de pedofilia (paidofilia) ... 773
1.4.5. Trastorno de masoquismo sexual ... 775
1.4.6. Trastorno de sadismo sexual ... 776
1.4.7. Trastorno de travestismo ... 777
1.4.8. Trastorno de voyeurismo ... 779
1.4.9. Otro trastorno parafílico especificado ... 780
1.4.10. Trastorno parafílico no especificado ... 781
1.5. Epidemiología de las parafilias ... 781
1.5.1. Edad de inicio ... 784
1.6. Etiología de los trastornos parafílicos ... 784
1.7. Evaluación y diagnóstico de las parafilias ... 786
1.8. Tratamiento de los trastornos parafílicos ... 787
2. Disforia de género ... 788
2.1. Disforia de género no especificada ... 792
2.2. Etiología y curso de los problemas de la identidad y de la disforia de género ... 792
2.3. Evaluación de los problemas de disforia ... 793
2.4. Tratamiento de los problemas de disforia de género ... 796
3. Conclusiones y tendencias futuras ... 796
Lecturas recomendadas ... 797

25. Problemas de pareja *(Juan I. Capafóns-Bonet, J. Ignacio Capafóns-Sosa y Carmen D. Sosa)* ... 798

1. Introducción ... 798
2. Clasificación de los problemas de pareja: el DSM-5-TR y la CIE-11 ... 800
3. Epidemiología y curso ... 801
4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad ... 805
5. Etiología y características clínicas ... 805
5.1. Intercambio y control en el desajuste ... 805
5.2. La comunicación disfuncional ... 806
5.3. Los fenómenos cognitivos relevantes en el desajuste marital ... 808
5.4. El componente emocional ... 810
6. Evaluación y diagnóstico ... 811
7. Tratamiento ... 813
8. Conclusiones y tendencias futuras ... 814
Lecturas recomendadas ... 815

Trastornos neurocognitivos

26. Trastornos neurocognitivos *(Laura Gallego-Alberto, Isabel Bermejo Gómez y Lucía Jiménez Gonzalo)* ... 819

1. Introducción ... 819
2. Criterios diagnósticos ... 820
2.1. Delirium ... 820
2.2. Trastornos neurocognitivos leves y mayores ... 822
3. Características clínicas ... 832
3.1. Delirium ... 832
3.2. Demencia debida a enfermedad de Alzheimer ... 832
3.3. Demencia vascular ... 833
3.4. Demencia con cuerpos de Lewy ... 834
3.5. Demencia frontotemporal ... 834

© Ediciones Pirámide

4. Epidemiología y curso 834
4.1. Epidemiologia 834
4.2. Curso 835
4.3. Impacto en la vida del paciente y el cuidador 836
5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 836
5.1. Diagnóstico diferencial 836
5.2. Comorbilidad 837
6. Etiología 837
6.1. Factores no modificables 838
6.1.1. Factores biológicos 838
6.1.2. Factores genéticos 838
6.1.3. Factores neurológicos 838
6.1.4. Factores sociodemográficos 839
6.1.5. Factores relacionados con el estado de salud 839
6.2. Factores modificables 839
7. Evaluación y diagnóstico de los TNC 840
8. Tratamiento 841
9. Conclusiones 842
Lecturas recomendadas 843

Trastornos del neurodesarrollo

27. Trastornos del neurodesarrollo *(Dunia Garrido)* 847

1. Introducción 847
2. Trastornos del desarrollo intelectual 847
2.1. Clasificación del trastorno y características clínicas 847
2.2. Epidemiología y curso 850
2.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 850
2.4. Etiología 850
2.5. Evaluación y diagnóstico 850
2.6. Tratamiento 851
3. Trastornos de la comunicación 851
3.1. Trastorno del lenguaje 851
3.1.1. Clasificación del trastorno y características clínicas 851
3.1.2. Epidemiología y curso 852
3.1.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 853
3.1.4. Etiología 853
3.1.5. Evaluación y diagnóstico 853
3.1.6. Tratamiento 853
3.2. Trastorno fonológico 854
3.2.1. Clasificación del trastorno y características clínicas 854
3.2.2. Epidemiología y curso 855
3.2.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 855
3.2.4. Etiología 855
3.2.5. Evaluación y diagnóstico 855
3.2.6. Tratamiento 856
3.3. Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia 856
3.3.1. Clasificación del trastorno y características clínicas 856
3.3.2. Epidemiología y curso 856
3.3.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 857
3.3.4. Etiología 858
3.3.5. Evaluación y diagnóstico 858
3.3.6. Tratamiento 858

© Ediciones Pirámide

3.4. Trastorno de la comunicación social (pragmático) 858
3.4.1. Clasificación del trastorno y características clínicas 858
3.4.2. Epidemiología y curso 860
3.4.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 860
3.4.4. Etiología 860
3.4.5. Evaluación y diagnóstico 860
3.4.6. Tratamiento 861
4. Trastorno del espectro autista 861
4.1. Clasificación del trastorno y características clínicas 861
4.2. Epidemiología y curso 863
4.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 863
4.4. Etiología 863
4.5. Evaluación y diagnóstico 863
4.6. Tratamiento 864
5. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad 864
5.1. Clasificación del trastorno y características clínicas 864
5.2. Epidemiología y curso 866
5.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 867
5.4. Etiología 867
5.5. Evaluación y diagnóstico 867
5.6. Tratamiento 867
6. Trastorno específico del aprendizaje 867
6.1. Clasificación del trastorno y características clínicas 867
6.2. Epidemiología y curso 869
6.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 869
6.4. Etiología 869
6.5. Evaluación y diagnóstico 870
6.6. Tratamiento 870
7. Trastornos motores 870
7.1. Trastorno del desarrollo de la coordinación 870
7.1.1. Clasificación del trastorno y características 870
7.1.2. Epidemiología y curso 871
7.1.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 872
7.1.4. Etiología 872
7.1.5. Evaluación y diagnóstico 872
7.1.6. Tratamiento 872
7.2. Trastorno de movimientos estereotipados 872
7.2.1. Clasificación del trastorno y características 872
7.2.2. Epidemiología y curso 873
7.2.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 874
7.2.4. Etiología 874
7.2.5. Evaluación y diagnóstico 874
7.2.6. Tratamiento 874
7.3. Trastornos de tics 874
7.3.1. Clasificación del trastorno y características 874
7.3.2. Epidemiología y curso 876
7.3.3. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 876
7.3.4. Etiología 876
7.3.5. Evaluación y diagnóstico 876
7.3.6. Tratamiento 877
8. Conclusiones y tendencias futuras 877
Lecturas recomendadas 877

Bibliografía 875

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Como bien sabe el lector, el objeto de la psicología es el estudio, la evaluación y el tratamiento del comportamiento humano en cualquiera de sus dos vertientes: la que denominamos funcional y la disfuncional. La primera es la implicada en la facilitación de nuestra adaptación a las exigencias y requerimientos del medio externo y a las del ámbito interno (reacciones cognitivas y psicofisiológicas individuales). La otra, la disfuncional, es la relativa a los problemas y a los trastornos que se producen cuando actuamos.

En este contexto entendemos por problema psicológico toda conducta que es fuente de sufrimiento[1], pero que pese a ello no impide que podamos desempeñar las tareas que requiere nuestra actividad cotidiana. Cuando esto no ocurre, porque nuestras reacciones interfieren significativamente en el desarrollo de nuestra actividad diaria, entonces hablamos de trastorno psicológico.

Delimitar la frontera entre lo funcional y lo disfuncional no es tarea fácil. El continuo «salud psicológica-problemas/trastornos del comportamiento» no se puede delimitar siempre con la nitidez que sería deseable.

De hecho, esta complejidad supone un reto. Para abordarlo adecuadamente se requiere que participen tanto quienes se dedican a la fundamentación y el desarrollo de nuestro conocimiento psicopatológico, como quienes ejercen nuestra profesión, ya sea en el ámbito clínico o en el de la prevención y la promoción del bienestar.

Ejemplo del desempeño de este quehacer y de los logros en el afrontamiento de su solución es la evolución que ha mostrado la conceptualización del bienestar como componente de la salud psicológica, así como los avances que se han producido al respecto en el campo que delimita nuestro objeto de estudio.

Una muestra de esta evolución se halla en la historia del estudio de esta problemática, la cual se presenta como una constante en todas las civilizaciones. No obstante, hasta finales del siglo XIX no vio la luz en Europa una nueva disciplina formalmente centrada en la investigación científica del fenómeno conocido como «conducta anormal».

En ese momento histórico destacaron dos nombres en el ámbito de la psicopatología: Emil Kraepelin (1856-1926) y Paul Eugen Bleuler (1857-1939)). La obra del primero impactó de manera muy significativa en la comprensión y en la clasificación de los problemas y de los trastornos del comportamiento, con independencia de su naturaleza (biomédica o psicológica), al tratarse de una rama del conocimiento que entonces era específico de la medicina. El segundo, destacó por sus contribuciones a la comprensión de lo que en ese momento se consideraba «enfermedad mental», así como por haber utilizado por primera vez términos como «autismo» o «esquizofrenia» entre otros.

En el otro extremo del continuo en el que se enmarca el progreso de nuestro conocimiento de la conducta desadaptada se sitúan en la actualidad, por una parte, las aportaciones en el ámbito del modelo biopsicosocial en el que convergen los avances biomédicos, los psicológicos y los del resto de las disciplinas sociales y, por otra, la formulación del

[1] Ya sea de quien actúa/reacciona/responde o de aquellos que están vinculados a esa persona por razones afectivas o de otra índole.

© Ediciones Pirámide

enfoque transdiagnóstico (véase, por ejemplo, Olivares y Olivares-Olivares, 2022).

En este intervalo temporal, que incluye desde el trabajo de los primeros psicopatólogos hasta el inicio del transdiagnóstico, se sitúan los esfuerzos que se han realizado para clarificar y perfilar los límites de la disciplina científica que nos ocupa y su objeto de estudio: la psicopatología y el comportamiento disfuncional.

Desde la perspectiva estrictamente psicológica, el estudio de la psicopatología muestra un continuo de vaivenes que se inician con el comienzo mismo de la psicología científica y la fundación del primer laboratorio de psicología experimental (Wilhelm Maximilian Wundt, 1832-1920) y continúan con los enfoques teóricos predominantes en cada momento histórico, los cuales han servido de guía y orientación a la investigación *ad hoc*.

En el marco de la psicopatología estos enfoques teóricos han constituido, en cada caso, un esfuerzo para progresar en la mejora, en el orden y en el consenso sobre el conocimiento psicológico en general, así como en el de las propuestas concretas que han querido, por un lado, clarificar los factores asociados con la protección y la vulnerabilidad a presentar problemas y trastornos del comportamiento y, por otro, las variables y los procesos implicados en el inicio, el desarrollo y el mantenimiento del comportamiento disfuncional.

Ahora bien, este recorrido no ha estado ni está exento de importantes conflictos entre los que se hallan, por una parte, los relativos a la concepción misma del problema y del trastorno. Es decir, a lo que tenemos que entender por el comportamiento psicopatológico y quién tiene la competencia para abordarlo en cada caso, y, por otro, los generados por los posibles intereses espurios asociados con el negocio farmacológico de su tratamiento.

Así, por ejemplo, en relación con los primeros, Eysenck, Wakefield y Friedman (1983), en su revisión crítica del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III; APA, 1980), clamaban contra la categorización psiquiátrica, basada en sus características clínicas y no en los supuestos etiológicos. En su crítica razonada proponían como alternativa la concepción dimensional. Lo hacían interrogándose e interrogándonos del modo que sigue:

> «¿Tiene sentido, en realidad, trabajar con pruebas dirigidas a asignar individuos a categorías psiquiátricas, cuando esas categorías son en gran parte arbitrarias, no tienen estatus científico, no se pueden evaluar fiablemente y contradicen, en el modo en que han sido concebidas, toda la evidencia que apunta hacia un sistema de medida dimensional y no categórico? ¿No deberíamos elaborar, como científicos independientes, un sistema de clasificación basado en la evidencia empírica, en la teoría psicológica y en el apoyo experimental, más que aceptar más o menos ciegamente un sistema médico cuya única virtud es la de parecer estar basado en cierta forma de consenso? ¿No indicará, quizá, la falta de fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, no tanto un fallo en los métodos de evaluación, sino más bien un error fundamental en toda la concepción de la enfermedad mental?» (p. 168).

Pese a lo sensato que desde la perspectiva científica nos pudiera parecer la posición de Eysenck et al. (1983), la realidad muestra que han tenido que transcurrir treinta años para que en la quinta edición de este manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5; APA, 2013) se introdujera, por primera vez, un modelo mixto de clasificación categorial y dimensional (véase Sandín, 2013), así como que se produjese el inicio del enfoque transdiagnóstico de los problemas y trastornos del comportamiento humano. Este último incluye entre sus premisas la oposición a esta sinrazón biomédica, por su manera de concebir los problemas y los trastornos psicopatológicos (véase el trabajo ya referido de Olivares y Olivares-Olivares, 2022).

En relación con los posibles intereses espurios podemos señalar los recogidos por Gøtzsche (2016), los reflejados en el estudio de Cosgrove, Patterson y Bursztajn, (2024) o los de la investigación realizada por Davis et al. (2024). En esta última los resultados pusieron de manifiesto que 92 de los 168 integrantes del panel del grupo de trabajo del DSM-5-TR (59,8 por 100) habían estado vinculados económicamente con la industria farmacéutica (en mayor o menor medida). Pero este dato no es un hecho aislado, Davis et al. (2024) señalan que es coherente con lo que se puede hallar en relación con las investigaciones anteriores sobre los conflictos de intereses económicos de los autores del DSM-IV y del DSM-5. Estos resultados les han llevado a plantearse dudas sobre la independencia editorial y respecto del papel de la industria para influir en la prescripción de psicofár-

© Ediciones Pirámide

macos cuando se tratan los problemas y trastornos del comportamiento humano.

A diferencia de los DSM que vieron la luz por primera vez en 1952 (DSM-I; APA, 1952)[2], de uso muy extendido en España contrariamente a lo que ocurre en la mayor parte de los países europeos y en el resto del mundo, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), también fundamentada en el enfoque biomédico y publicada gratuitamente por la OMS incluye en el capítulo seis los «trastornos mentales». No obstante, una observación que parece pertinente subrayar es que en su última edición se han multiplicado por dos el número de secciones dedicadas a los trastornos del comportamiento incluidas en la CIE-10 (OMS, 1992), es decir, han pasado de 10 a 20 (CIE-11; OMS, 2022).

Como hemos indicado, tanto los DSM como las CIE, están fundamentadas en el enfoque biomédico. Es decir, los problemas y trastornos del comportamiento se conciben como el resultado de alteraciones de naturaleza física y/o química o como el producto del mal funcionamiento de órganos u otros sistemas biológicos, esto último debido al deterioro de los mismos bien por causas internas, alteraciones genéticas, bioquímicas, etc., bien por causas externas, patógenos, sustancias tóxicas, etc.

Se trata de un modelo que, en el campo que nos ocupa, se arroga un estatus científico que no tiene realmente si tomamos como referencia los resultados de la investigación rigurosa e independiente.

Los problemas a los que hacían referencia Eysenck et al. (1993) no se han solucionado porque afectan a la concepción misma de la naturaleza supuestamente biomédica de los problemas y los trastornos del comportamiento humano. Esto es, siendo cierto que las variables físicas, químicas o biológicas pueden ser origen de alteraciones del comportamiento y/o participar en su inicio, desarrollo y mantenimiento, no lo es menos que si se repasan las muchas páginas de estos manuales resulta casi imposible hallar datos que corroboren el grado en el que estas participan (o si es que realmente participan).

Proponemos al lector una tarea ardua pero también aleccionadora: por favor, revise en estos manuales los datos de investigaciones que se muestran para fundamentarlas científicamente. Probablemente resulte muy sorprendido cuando verifique que las hipótesis que se formulan, pese a tenerse por ciertas, no cuentan casi nunca con datos provenientes de su contraste con el rigor y la independencia que se requiere en el ámbito de la ciencia.

Entonces, ¿cómo es posible que no solo se mantengan tales propuestas, sino que además sean los sistemas de clasificación más utilizados? Las razones son obvias y no residen precisamente ni en el fundamento científico ni en la falta de alternativas: los DSM y las CIE se hacen valer porque tienen poder económico e institucional.

Hoy no es posible la comunicación con las instituciones, así como de gran dificultad entre nosotros, sino se utilizan estas categorías diagnósticas. De ahí que, pese a sus más que numerosos problemas (véase una muestra de ellos, por ejemplo, en Sandín, 2013), incluidos los de su independencia de la industria farmacéutica, no se pueda prescindir de las mismas (repito, en el apartado de la comunicación).

Pero, es más, durante muchos años este poder ha alcanzado de lleno a la difusión de la ciencia psicológica: no era posible o resultaba muy difícil publicar un artículo de investigación o solicitar un proyecto para investigar si en la fase diagnóstica no se hacía alguna referencia a estos manuales psiquiátricos. Así resumía esta problemática la profesora Amparo Belloch (Belloch, 2012):

> «Las presiones, asumidas casi siempre de manera acrítica, por establecer un diagnóstico preciso e inequívoco, que fuera aceptado por la comunidad médica, dominante no solo en los sistemas nacionales de salud ya fueran públicos o privados, sino también en el ámbito de la investigación, llevaron a obviar o minimizar los instrumentos y estrategias de evaluación y diagnóstico propios de la psicología clínica, y sustituirlos por otros que se ajustaran perfectamente al DSM o, posteriormente, a la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. Por poner un ejemplo, el uso de entrevistas estandarizadas como la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad, ADIS (Di Nardo, Brown, y Barlow, 1994) basada en el DSM, se ha hecho casi imprescindible a la hora de "justificar" un determinado diagnóstico en nuestras publicaciones científicas» (p. 297).

[2] Siguiendo el modelo de la sexta edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-6; OMS, 1949) que había incluido por primera vez las entonces llamadas «enfermedades mentales».

© Ediciones Pirámide

La inclusión en los manuales de psicopatología de las referencias a los DSM y las CIE sigue siendo una condición necesaria, pese a que acto seguido se muestren innecesarias para concretar el diseño de la intervención, planificarla y determinar los componentes del tratamiento que ha de aplicarse y el modo más adecuado de hacerlo.

Así, cuando el tratamiento se aplica en grupo entonces lo relevante, para determinar los componentes que han de integrarlo, no es la categoría a la que se adscribe el comportamiento disfuncional sino el modelo explicativo que se toma como referencia para hacerlo (coincida o no con las características clínicas del trastorno, que no resultan ni necesarias ni suficientes). Si por el contrario el tratamiento se aplica individualmente ($N = 1$), entonces lo determinante es el análisis funcional del caso, sustentado en los datos proporcionados por el análisis topográfico derivado de los productos de la evaluación, los cuales provienen de los autorregistros, los registros realizados por terceros (debidamente entrenados), y las pruebas situacionales cuando el psicólogo lo estime necesario.

Esta paradoja se aborda y se resuelve con plena solvencia en los capítulos de este manual. En estos el lector hallará las referencias a estas clasificaciones y el análisis funcional de la conducta, como alternativa necesaria para el desarrollo del quehacer clínico en el contexto de las intervenciones psicológicas que se proyectan, diseñan y aplican.

Ahora bien, hemos de recordar al lector que esta situación no es consecuencia de que los psicólogos no contemos con alternativas al psicodiagnóstico psiquiátrico. No, no es así. El problema deviene de que, por una parte, como se ha dicho, todavía no contamos con el suficiente reconocimiento como para influir realmente, de manera efectiva e importante, en las decisiones que toman las instituciones y, por otra, que paradójicamente contamos con demasiadas alternativas a los DSM y las CIE, entre las que está desde su inicio el análisis funcional de la conducta (véase, por ejemplo, en *Infocop,* 2013, 19 de diciembre, la entrevista al profesor Marino Pérez Álvarez).

Por esta razón pensamos que los editores de este manual han obrado con sabiduría y cautela, siendo conscientes, por un lado, de la necesidad de que los psicólogos clínicos y de la salud estemos al día de los cambios en los dos manuales psiquiátricos de psicopatología que sirven de referencia a las instituciones, a fin de posibilitar nuestra comunicación con ellas; por otro, ilustrando el quehacer real mediante la presentación de casos clínicos.

En consecuencia, desde nuestro punto de vista, un objetivo muy relevante que cumple este manual es que el lector disponga de una visión actual y pormenorizada de los trastornos del comportamiento («enfermedades mentales»), tomando como base las últimas ediciones de los principales sistemas internacionales de clasificación, el DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2022).

Este manual consta de veintisiete capítulos en los que el lector hallará un conjunto de temas relativos a la psicopatología que se agrupan en dos grandes bloques. En el primero, que incluye cinco capítulos, se abordan las cuestiones básicas de los trastornos psicológicos que conforman los aspectos generales de esta disciplina. En el segundo se agrupan los veintidós restantes que versan sobre trastornos psicológicos específicos.

Así, en el primer capítulo se aborda una apasionante historia de la psicopatología, que en ocasiones es ya casi prehistoria y cuya lectura se recomienda vivamente. Tras este encontrará el lector un segundo capítulo dedicado al concepto y los modelos de esta disciplina, con el fin de centrar el tema de estudio y orientarle en el área que aborda el manual. En el tercer capítulo se incluyen las alteraciones básicas de los procesos psicológicos, así como aspectos concretos del funcionamiento humano que le ayudarán a entender mejor el contenido de los capítulos dedicados a los problemas y trastornos psicológicos clínicamente relevantes. El cuarto se centra en la clasificación de estos trastornos, poniendo el foco en las clasificaciones del DSM-5-TR (principalmente) y de la CIE-11. Por último, el quinto capítulo de este bloque se dedica al análisis funcional y a la formulación clínica de casos. Se trata de un conocimiento que, como se ha indicado, resulta fundamental para la práctica del ejercicio de la profesión. Este quinto capítulo sirve de antesala al segundo bloque temático centrado en los trastornos específicos.

En la segunda parte, los directores, el profesor Vicente E. Caballo, la profesora Isabel C. Salazar y el profesor José Antonio Carrobles han incluido, con muy buen criterio, una muestra muy representativa de los trastornos más prevalentes e incapacitantes entre los que se presentan en la población adulta. El acierto de esta selección se debe muy pro-

© Ediciones Pirámide

bablemente al gran conocimiento y experiencia que los tres atesoran en este campo.

Así, al profesor Vicente E. Caballo destaca tanto por la excelencia y la extensión de su labor investigadora como por su incansable esfuerzo para responder a su preocupación por el desarrollo y la difusión de la psicología científica de calidad, principalmente entre quienes hablamos español (pero no solo), a lo que hay que añadir su amplia experiencia como psicólogo clínico y de la salud. La segunda codirectora, la profesora Isabel Salazar, cuenta con una experiencia sobresaliente en la labor clínica y en la docencia universitaria, además de presentar una trayectoria muy solvente como investigadora y como editora. Por su parte, el profesor José Antonio Carrobles, uno de nuestros maestros más respetados y queridos, ha estado durante mucho tiempo en la vanguardia de la evaluación, la prevención y el tratamiento psicológico, tanto desde la perspectiva investigadora como en el quehacer aplicado en el ámbito de la psicología clínica y de la salud.

Asimismo, en este segundo bloque de capítulos participa un elenco de investigadores, entre los que se encuentran los propios directores, que han probado reiteradamente su solvencia, calidad y relevancia en el ámbito del conocimiento que nos ocupa, además de contar con una amplia y dilatada experiencia clínica y docente. En este se abordan desde los trastornos de ansiedad hasta los neurocognitivos y los del neurodesarrollo, pasando por los del estado del ánimo, los trastornos del continuo de la psicosis o los de la personalidad entre otros.

Como ya hemos referido, los casos clínicos que se incluyen en los capítulos para ilustrar la aplicación de los contenidos en el ámbito clínico, en unas circunstancias concretas, también constituyen un aspecto muy relevante por su carácter aplicado y práctico.

Por todo ello, el presente manual aúna el conocimiento psicopatológico más actualizado con una muestra de la manera en la que intervenimos los psicólogos clínicos en su evaluación y tratamiento.

Desde nuestro punto de vista, este manual contribuye de manera importante a facilitar la labor del docente de esta disciplina, la del discente en su aprendizaje y la del profesional interesado en mantenerse al día.

Mi felicitación a los directores por el gran trabajo realizado y por el acierto en el diseño de la obra, así como por el grupo de magníficos investigadores, docentes y clínicos que han colaborado en su confección, aportando conocimientos, experiencia docente e investigadora y un denodado esfuerzo para seguir manteniendo a la psicología clínica y de la salud, de habla española, en el puesto que le corresponde entre las mejores. Es decir, en línea con la relevancia que en 1998 ya le otorgaba el profesor Rubén Ardila (Ardila, 1998) y que años más tarde también subrayaba el profesor Helio Carpintero (*Infocop*, 2009, 24 de febrero).

En Murcia, a 17 de junio de 2024.

José Olivares Rodríguez
Universidad de Murcia

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D. C.: American psychiatric association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D. C.: American psychiatric association.

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

Ardila, R. (1998). Prólogo. En V. E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. XXI-XXIII). Madrid: Siglo XXI.

Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 295-311.

Cosgrove, L., Patterson, E. H. y Bursztajn, H. J. (2024). Industry influence on mental health research: depression as a case example. *Frontiers in Medicine,* 10, 1320304. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1320304

Davis, L. C., Diianni, A. T., Drumheller, S. R., Elansary, N. N., D'Ambrozio, G. N., Herrawi, F., … y Cosgrove, L. (2024). Undisclosed financial conflicts of interest in DSM-5-TR: cross sectional analysis. *BMJ*, 384. doi: https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076902

Eysenck, H. J., Wakefield, J. A. y Friedman, A. F. (1983). Diagnosis and clinical assessment: The DSM-III. *Annual Review of Psychology*, *34*(1), 167-193.

Gøtzsche, P. C. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada* (pp. 159-179). Barcelona: Los Libros del Lince. Disponible también en https://scholar.google.es/citations?user=7L2-bHgAAAAJ&hl=es&oi=sra

© Ediciones Pirámide

Infocop (2009, 24 de febrero). *La psicología científica española en primera línea. Entrevista a Helio Carpintero*. www. infocop.es/view_article.asp?id=2233

Infocop (2013, 19 de diciembre). *Alternativas a las clasificaciones diagnósticas no faltan - Entrevista a M. Pérez Álvarez, catedrático de la Universidad de Oviedo*. https://www.infocop.es/viewarticle/?articleid=4884

Olivares, J. y Olivares-Olivares, P. J. (2022). *Intervención psicológica transdiagnóstica. Tercera generación de los tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud (1949). *Clasificación estadística internacional de enfermedades, lesiones y causas de muerte,* 6.ª revisión. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (2022). CIE-11. *Clasificación Internacional de Enfermedades. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud.* https://icd.who.int/es

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18*(3), 255-286.

© Ediciones Pirámide

Aspectos básicos de los trastornos psicológicos

1 Una breve historia de la psicopatología[1]

WINIFRED B. MAHER
BRENDAN A. MAHER

1. INTRODUCCIÓN

En épocas tempranas de la historia, los teólogos, los filósofos y los médicos desarrollaron teorías sobre la psicopatología y los modos de tratarla, algo que puede contemplarse directamente a partir de lo que escribieron. Más difícil es hacer generalizaciones sobre cómo se trataba realmente a los sujetos mentalmente enfermos en épocas y lugares distintos a los nuestros, pero uno se puede hacer una idea de la manera en que los médicos y los sacerdotes trataban lo que hoy día llamaríamos enfermedad mental a partir de los tratados médicos y los documentos eclesiásticos; se pueden conocer, basándose en documentos legales, los intentos que se hacían dentro de la comunidad para afrontar los problemas de la locura, y los puntos de vista predominantes y las formas de tratar a los individuos mentalmente enfermos pueden adivinarse en las narraciones históricas, en los diarios y en la literatura de la época.

Los historiadores de la psicopatología intentan responder a tres preguntas: ¿Cuándo determinadas sociedades, en el pasado, definían la conducta como «desviada» o «patológica»? ¿Cuáles eran las creencias sobre los orígenes de esa conducta? ¿Cómo se trataba a las personas desviadas y por qué se hacía de esa manera? Al pretender contestar a estas preguntas surgen problemas de precisión y de sesgo. Un ejemplo de ello lo tenemos en el enfoque *«Whig»* de la historia, es decir, la creencia de que con el paso de los siglos hemos ido adquiriendo un conocimiento cada vez mayor y más humano para el tratamiento de los sujetos mentalmente enfermos. Esta actitud engaña fácilmente al historiador, creando las expectativas de que las creencias pasadas sobre los orígenes de la conducta anormal eran probablemente peculiares y poco inteligentes, y que los métodos de tratamiento serían, en consecuencia, inhumanos e ineficaces. Esas expectativas crean percepciones que, a su vez, instauran mitos, que se incluyen en la historia como «hechos».

Un segundo problema, común a toda la investigación histórica, es la carencia de pruebas documentales sistemáticas. Los archivos del pasado pueden haberse perdido o destruido, las pruebas documentales que están disponibles pueden haberse distorsionado accidental o intencionadamente, la información puede haberse limitado a las acciones y el destino de grupos o clases sociales específicos, y se puede haber considerado que muchos acontecimientos no merecían la pena registrarse. Conocemos los nombres de los generales que triunfaron o perecieron en combate, pero raramente conocemos los nombres de los soldados que compartieron ese destino. De aquí que no debamos esperar una historia definitiva del pasado. Solo podemos presentar una determinada historia, una que se atenga, tanto como le sea posible, a las pruebas empíricas y en la que se admitan los límites de la confianza.

Con estas consideraciones en mente, podemos volver al tema de la historia misma. Como la historia de la psicopatología es el registro de secuencias de acontecimientos que permanecen y cambian, la decisión de dónde trazar la línea entre los períodos «históricos» y «contemporáneos» es inevitablemente arbitraria. Está claro también que, en el espacio

[1] Este capítulo apareció por primera vez en Caballo, V. E. et al. (dirs.) (1995), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 1, pp. 3-61). Siglo XXI.

© Ediciones Pirámide

de un único capítulo, como este, no se puede esperar que hagamos justicia a todos los importantes hechos que ha producido la fábrica de la ciencia y práctica psicopatológicas, tal como las contemplamos hoy día. Teniendo en cuenta estas importantes limitaciones, hemos considerado la terminación de la II Guerra Mundial como la fecha final. La decisión no es totalmente arbitraria. El año 1952 vio el surgimiento de acontecimientos de los que puede decirse, con justicia, que cambiaron el semblante de la psiquiatría moderna. Esos hechos fueron: la introducción en la psiquiatría de nuevos —y otros redescubiertos— fármacos psicoactivos, como la reserpina y la clorpromazina; los descubrimientos neurológicos que iniciaron el estudio de la biología de la conciencia y que llevaron al estudio de los fenómenos conscientes sin las ambigüedades con que el psicoanálisis los había rodeado; y el comienzo de la evaluación empírica seria de la terapia psicoanalítica, que llevó, finalmente, al decaimiento gradual de la influencia psicodinámica en la psiquiatría académica.

2. EL PROBLEMA DE LA DEFINICIÓN

A lo largo de los siglos, las contestaciones a la pregunta «¿qué es la locura?» muestran cambios y a su vez cierta estabilidad, pues hay categorías sobre la anormalidad psicológica grave respecto a las que ha habido un cierto acuerdo general a lo largo de los siglos. Una es la del «tonto natural» —la persona con retardo intelectual desde el nacimiento o como resultado de un trauma físico en la primera fase de la vida—. Las descripciones históricas de «orate» o «loco» se refieren, a menudo, a conductas notablemente desviadas —desaliño extremo, juicio muy pobre, alucinaciones, ideas delirantes extrañas, apatía o hilaridad extremas, conductas perturbadoras, suicidas y homicidas—, condiciones que hoy día se denominarían psicosis. La melancolía o la depresión crónica, la manía, la paranoia y los síndromes asociados con un daño en los sistemas endocrino y nervioso central se encuentran entre las primeras descripciones de la locura. Antes del siglo XVIII, lo que hoy día conocemos como neurosis se consideraba probablemente como ejemplos de infelicidad, excentricidad o conducta disparatada, más que una enfermedad o patología. Las categorías diagnósticas del siglo XX incluyen conductas que en los siglos pasados se consideraban dentro de la norma de la condición humana; las conductas categorizadas hoy día como neurosis, «abuso de sustancias psicoactivas» y trastornos de la personalidad no atraían mucha atención. La gente con una inteligencia normal que por necedad, orgullo, avaricia, engaño, etc., se comportaba de manera desadaptativa, no se consideraba que necesitase terapia. Afrontaba sus propios problemas o buscaba consejo en la familia, en los amigos o en los asesores religiosos.

3. LA ÉPOCA PREHISTÓRICA

De vez en cuando leemos historias de los supuestos métodos de tratamiento empleados para vérselas con la psicopatología en épocas neolíticas. Puesto que no existen pruebas documentales, todos los escritos sobre este tema son conjeturas basadas en restos fragmentados y dispersos de huesos y herramientas. No sabemos nada sobre el modo en que se contemplaban los individuos desviados, ni si existían conceptos de desviación que fuesen similares a los nuestros. Podríamos señalar la ausencia de pruebas y seguir adelante. Sin embargo, este es el momento adecuado de describir y acabar con uno de los mitos populares que se ha creado sobre este período, el mito de la trepanación de los cráneos.

El mito de la trepanación de los cráneos

Los arqueólogos han descubierto muchos cráneos en los que hay agujeros. Algunos son más o menos redondos y tienen bordes alisados. Esta señal de curación nos induce a concluir que la víctima pudo haber vivido durante cierto tiempo después de que se hiciera el agujero. A partir de estos hechos surgió un mito, según el cual las sociedades anteriores a la escritura hacían un agujero en el cráneo de una víctima de la enfermedad, física o mental, para permitir que escapasen los demonios responsables de la enfermedad. El procedimiento quirúrgico de perforar un agujero en el cráneo se conoce como *trepanación* y tiene una larga historia en la medicina, empleándose normalmente para limpiar los fragmentos óseos derivados de una fractura por hundimiento del cráneo.

© Ediciones Pirámide

La especulación sobre la cuestión de la utilización de este procedimiento por el hombre neolítico para liberar a los demonios consta de varias suposiciones. El hombre anterior a la escritura pensaba que los demonios causaban los trastornos, pues aquellos quedaban atrapados en la cabeza y necesitaban un agujero para escapar de ella. Una vez realizado el agujero el demonio se iría. El hombre anterior a la escritura no podría haber empleado la trepanación por ninguna de las razones por las que la empleamos hoy día —es decir, para extraer los fragmentos de cráneo—. Resulta curioso que no pensaran que, igual que el demonio precisaba de un agujero para escapar, también necesitaría de alguno para entrar, y en tal caso que no supiera cómo utilizar dicho agujero para volver a salir. Este mito puede verse reflejado en muchos trabajos relativamente recientes (p. ej., Altrocchi, 1980; Bootzin, 1980; Coleman et al., 1980; Lahey y Ciminero, 1980; Mears y Gatchel, 1979; Sarason y Sarason, 1980)[2]. Parece que su origen se debió a Paul Broca, el neurólogo francés del siglo XIX, que no podía creer que el hombre de la época anterior a la escritura pudiera tener el conocimiento y la habilidad para realizar la trepanación por razones quirúrgicas.

Por el contrario, MacCurdy (1924) resaltaba las claras pruebas de que la trepanación se utilizaba por razones quirúrgicas y la falta total de pruebas que apoyasen la especulación relativa al «demonio». Decía: «La única operación quirúrgica neolítica de la que tenemos pruebas definitivas es (la trepanación) ... Los primeros casos podrían haber sido víctimas de un accidente o de la violencia... y una vez que se ha tratado satisfactoriamente una fractura por hundimiento se puede haber intentado una operación similar con aquellos que sufrían de delirios o convulsiones, no debidos a la violencia, pero con síntomas similares a los causados por una fractura por hundimiento» (pp. 160-165). El que este mito haya reaparecido en las dos últimas décadas puede considerarse una demostración convincente del poder del mito sobre los hechos. Es, igualmente, una demostración apropiada de la necesidad de precaución al escribir la historia de una materia tan compleja como la psicopatología.

[2] Esta interpretación la podemos encontrar todavía en textos especializados, como por ejemplo Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8.ª ed.). Elsevier/Masson.

4. EL PERÍODO CLÁSICO

El término «psique» lo utilizaron primeramente los griegos para referirse a la base de la vida, sin realizar una clara delimitación entre procesos psicológicos y fisiológicos. Según Brett (1963), el estudio de la psicología (en realidad, psicofisiología) tuvo su origen en la Grecia clásica en el intento de: 1) entender qué significa tener vida, y 2) comprender la naturaleza de la realidad. No se pueden separar las preguntas sobre «*qué* es la naturaleza de la realidad» de las que versan sobre «*cómo* llegamos a conocer la naturaleza de la realidad» —¿cómo transmiten nuestros sentidos el conocimiento del mundo externo?—. Los intentos por contestar a estas preguntas produjeron, por una parte, una ciencia física temprana, y, por la otra, una doctrina psicofisiológica sobre las funciones vitales y los procesos psicológicos.

Se suponía que tenía que haber un substrato material para la psique —el alma o principio de la vida— que impregna el cuerpo y proporciona los medios para que las criaturas vivientes hagan las cosas que hacen. Se desarrolló el concepto de *neuma* para explicar las sensaciones y la conducta dirigida hacia un fin. En los intentos de los griegos era básico relacionar los fenómenos psíquicos con algo que estuviera dentro del cuerpo vivo. Se propuso que el neuma ayudaba a todas las funciones fisiológicas y psicológicas y era esencial para la vida. Al suponerse que el neuma se extendía por el cuerpo, se derivaba que era transportado por la sangre y proporcionaba el impulso a la sangre conforme circulaba por el cuerpo. Se conjeturaba que la depuración del neuma comenzaba en los órganos digestivos, donde ayudaba a la digestión y, progresivamente, se seguía depurando en su viaje hacia la parte superior del cuerpo, hasta que alcanzaba el cerebro, donde finalmente se purificaba como un neuma psíquico especial, básico para las funciones psicológicas.

La teoría del neuma se incorporó a un conjunto de conceptos sobre las funciones psicofisiológicas desarrollados en la época clásica de Grecia y Roma, conceptos que habrían de dominar la teoría médica hasta el comienzo del siglo XIX. Las primeras formulaciones de estos conceptos se presentaron en un conjunto de documentos médicos que se han conservado del período 450 al 350 a. C. conocido colectivamente como *Corpus Hipocrático.* Aunque a veces se han atribuido exclusivamente al

© Ediciones Pirámide

médico Hipócrates, lo cierto es que pertenecen a varios autores. Galeno (129-198 d. C.), un médico griego del siglo I que se encontraba en la corte del emperador romano Marco Aurelio, desarrolló aún más estas ideas en sus propios escritos. En conjunto, han formado la base de la escuela galénico/hipocrática del pensamiento médico. Más adelante nos detendremos en las propias contribuciones de Galeno.

El concepto central era la regulación de los procesos corporales, que eran consecuencia de un equilibrio entre cuatro humores o fluidos, como la sangre *(sanguis)*, fabricada por el corazón, la bilis amarilla *(choler)*, producida por el hígado, la bilis negra *(melancholer)*, creada por el bazo, y la flema, debida al cerebro. La salud física y mental dependía del mantenimiento de un equilibrio adecuado entre estos humores. Cada uno de ellos poseía atributos asociados con los cuatro elementos básicos de los que se pensaba estaba hecho el mundo, es decir, el aire, el fuego, la tierra y el agua, y sus correspondientes características de cálido y húmedo, caliente y seco, fría y seca y fría y húmeda, respectivamente. El equilibrio entre estos humores era vulnerable a cambios debidos a factores externos, como la alimentación, el clima, envejecer, etc., pero cada individuo poseía su propio equilibrio individual. Este equilibrio individual reflejaba el predominio relativo de uno de los humores sobre los otros tres; este predominio proporcionaba cuatro tipos diferentes de temperamento, tomando cada uno de ellos el nombre del humor predominante: *sanguíneo, colérico, melancólico* y *flemático*.

La perturbación del equilibrio debido a factores genéticos o a influencias externas, como una alimentación poco saludable, la polución del aire, la fatiga, las penas, etc., conducía a la enfermedad. No se otorgaba un significado especial a si estas influencias eran lo que hoy día llamamos biofisiológicas (p. ej., la alimentación) o psicológicas (p. ej., las penas). Al examinar los síntomas, el médico podía inferir qué componentes humorales se habían desequilibrado. Por ejemplo, se creía que el neuma, combinado con la flema producida por el cerebro, se almacenaba en los ventrículos cerebrales; de este modo, la epilepsia y/u otros trastornos convulsivos se atribuían al bloqueo del neuma por el exceso de flema. Otros panfletos médicos conjeturaban que la sangre, que de por sí es caliente, si lo está en exceso podía causar un sobrecalentamiento del neuma, dando como consecuencia síntomas caracterizados por la sobreexcitación. Lógicamente, el tratamiento del desequilibrio requería que se redujese o se aumentase la cantidad de uno o más humores. Cuando se diagnosticaban los desequilibrios humorales particulares sobre la base de los síntomas que estaban presentes, se trataban con medidas físicas, como dietas, ejercicios, masajes, extracción de sangre y drogas herbarias, que tenían propiedades sedativas, estimulantes, purgativas o eméticas. Los elementos terapéuticos de la escuela de Hipócrates continuaron hasta el siglo XIX, informándose del sangrado de los pacientes hasta bien entrado dicho siglo XIX.

Platón y el dualismo psicofísico

Las teorías humorales entendían que tanto el trastorno mental como la enfermedad física eran consecuencia de las malformaciones del cuerpo causadas por desequilibrios biológicos específicos. Las teorías psicológicas que atribuían el trastorno mental a la incapacidad de emplear la razón para controlar la emoción, dominar los impulsos y regular la conducta se remontan también a la Grecia clásica, originándose en el dualismo psicofísico de la teoría de Platón sobre la naturaleza humana. Platón describía que los seres humanos poseían un principio inmortal del alma —la razón o el intelecto divinos—, separable del cuerpo mortal y que se alojaba en la cabeza, y también poseían, al igual que todos los animales, un alma inferior y mortal. Este alma mortal se componía de dos partes: una, cargada de coraje y pasión, que se alojaba en el pecho, cerca de la cabeza, de modo que podía estar bajo las normas de la razón para ayudar a dominar la parte más baja del alma mortal —los deseos animales necesarios para la alimentación y la reproducción, que se encuentran «restringidos... a la parte más baja, como los animales salvajes», por debajo del diafragma, «y tienen que alimentarse si se quiera que exista el hombre». Los niveles superiores del alma intentan gobernar a los inferiores; la parte apetitiva del alma mortal que controla las funciones nutritivas y reproductoras del cuerpo (descrita en la *República* de Platón como «una naturaleza salvaje, sin leyes, que se asoma mientras dormimos») debería estar gobernada por la parte afectiva/espiritual,

© Ediciones Pirámide

bajo la dirección del alma racional, con el fin de liberar a esta última para que busque el saber y la verdad. El trastorno mental tiene lugar cuando el ejercicio de la inteligencia se sustituye por la persecución de la satisfacción de los deseos corporales y las ambiciones mundanas: «... se debe considerar a las penas y a los placeres en exceso como la mayor enfermedad a la que está expuesta el alma. Un hombre que tiene un gran placer o un gran sufrimiento, una impaciencia inoportuna para alcanzar uno y evitar el otro, no es capaz de ver u oír nada correctamente; está loco y, en esos momentos, es totalmente incapaz de cualquier participación de la razón» *(Timeo y Critias,* trad. Benjamin Jowett, 1892). Este es especialmente el caso del hombre dominado por la lujuria sexual. Platón describe el órgano masculino como rebelde y, «al igual que los animales, desobediente a la razón, intentando obtener el dominio absoluto al estar trastornado por la punzada de la lujuria». Igualmente, en las mujeres, la privación sexual se traduce en enfermedad: «... el animal que se encuentra dentro de ellas (en el útero) está deseoso de procrear niños, y cuando no da frutos durante la época adecuada se vuelve descontento e irritable, y vagabundea en todas las direcciones dentro del cuerpo, cierra los pasos del aire y, al obstruir la respiración, los lleva hasta el extremo, produciendo una serie de enfermedades». Los sufrimientos excesivos generan «... una flema ácida y salada y otros humores amargos y biliosos... y mezcla sus propios vapores con los movimientos del alma, y esta mezcla produce toda clase de enfermedades... con todos los grados de intensidad; y al transportarse a los tres lugares del alma... crean variedades infinitas de melancolía y malos caracteres, o de temeridad y cobardía, y también de descuido y estupidez» *(Ibid.)*.

Para mantener la salud tiene que haber un equilibrio entre el cuerpo y la mente; ambos deben ejercitarse:

> «... un alma apasionada más poderosa que el cuerpo... que convulsiona y llena de trastornos toda la naturaleza íntima del hombre; y cuando anhela la búsqueda de alguna clase de aprendizaje o estudio, provoca la debilidad; o, de nuevo, cuando se enseña o se argumenta en privado o en público, y surgen discordias y controversias, enciende y disuelve la compleja estructura del hombre e introduce las mucosidades; y la mayoría de los profesores de medicina no comprenden la naturaleza de este fenómeno, que lo atribuyen a lo contrario de su verdadera causa... cuando un cuerpo grande y demasiado fuerte para el alma se une a una inteligencia débil y pequeña, entonces los... movimientos del más fuerte... hacen al alma torpe, y estúpida, y descuidada, engendrando ignorancia, que es la mayor de las enfermedades» *(Ibid.)*.

El dicho de Platón *«mens sana in corpore sano»* —una mente sana en un cuerpo sano— se ha citado a lo largo de los siglos y era un tema directriz en el currículo de las facultades públicas inglesas del siglo XIX.

Platón señala que ningún hombre es malo —«... el hombre malo llega a ser malo por razón de una disposición enferma del cuerpo y de una mala educación... Además, cuando a esta constitución maligna del cuerpo se le añaden formas perversas de gobierno, entonces todos aquellos que son malos se vuelven malos por dos causas que están totalmente fuera de nuestro control» *(Ibid.)*. De esta forma, Platón culpó a la constitución, a la educación y al sistema social de los trastornos psicológicos del ser humano.

Existía también la creencia común, compartida hasta cierto punto por Platón, de que en ciertos estados del sueño la parte superior del alma se libera del cuerpo y alcanza, así, la actividad pura, no contaminada por las funciones corporales o por efecto del mundo natural y, en esos momentos, puede convertirse en profética. A lo largo de la historia escrita ciertos estados de trance y éxtasis se han considerado popularmente bien como manifestaciones de un trastorno mental, que requiere tratamiento o control, o bien como manifestaciones de un estado mental de orden superior, con acceso a un conocimiento más elevado.

Celso y la época romana

Celso (siglo I d. C.) era un escritor médico romano, que pudiera haber practicado la medicina, conocido por su tratado médico *De Medicina* (14-37 d. C.), utilizado por los médicos hasta bien entrado el siglo XVI. Celso fue conocido en el Renacimiento como el «Cicerón de la medicina», debido al elegante latín con que escribió *De Medicina.* Después de la invención de la imprenta, dicho libro

© Ediciones Pirámide

se publicó en 1478 y alcanzó una gran popularidad como texto médico. Puesto que el libro fue popular durante tantos siglos, podemos suponer que es un reflejo fiel de los conceptos sobre la locura y las prácticas reales relativas al loco durante ese extenso período de tiempo, en el que había un texto médico de aceptación general.

Los distintos tipos de locura descritos por Celso se corresponden muy de cerca con categorías diagnósticas contemporáneas:

1. Celso escribió que algunas personas locas están tristes y otras eufóricas. Algunas se controlan más fácilmente y solo desvarían en lo que hablan, mientras que otras son rebeldes y actúan con violencia y, de estos últimos, algunos solo hacen daño impulsivamente, mientras que otros son ingeniosos y muestran una apariencia de salud mientras aguardan la ocasión para hacer daño —la locura de estos individuos tiene que descubrirse por las consecuencias de sus actos y no por la manera en que se presentan a sí mismos—.
2. Celso diferenció la locura del delirio de los pacientes que sufrían de fiebre elevada, siendo el delirio trastorno agudo, normalmente de corta duración, y que se cura cuando la fiebre disminuye:

   > ... Pero la locura está realmente presente cuando comienza la demencia continua, cuando el paciente, hasta entonces en sus cabales, alberga ciertas imaginaciones vanas; la locura queda establecida cuando la mente se queda a merced de esas imaginaciones...

   En la terminología moderna, la locura comienza con la perturbación de los procesos de pensamiento.
3. Existe —escribió Celso— un tipo de locura que se observa en personas robustas y del que se presentan dos formas. A aquellos que sufren de una clase les engañan sus mentes, pero a aquellos que sufren de la otra clase les engañan, no sus mentes, sino fantasmas engañosos. Aparentemente Celso está diferenciando entre ilusiones y alucinaciones. Recomienda que a los pacientes engañados por fantasmas se les purgue con eléboro negro; sin embargo, se debería recetar eléboro blanco como emético para tratar la hilaridad (si el paciente se niega a beberlo, puede ponérselo en el pan). Si es la mente quien engaña (hoy día diríamos que el paciente sufre de ilusiones o falsas creencias), Celso sugiere que el orate podría tratarse mejor por medio de ciertas torturas; no se recomienda que estas «torturas» sean crueles para el paciente, sino que sirvan como terapia.

Muchos de los tratamientos para la locura recomendados por Celso —considerados útiles hasta siglos posteriores— no son muy diferentes de los recomendados hoy día, como se podría esperar. Se sugerían remedios como las drogas, la alimentación (nutritiva, pero no demasiado copiosa), el descanso, diversiones interesantes no sobreestimulantes, lugares agradables, tranquilidad, asesoramiento para el trabajo y el ocio, etc. Existía también la terapia por la palabra, con el objetivo de informar y tranquilizar. Celso recomendaba que el paciente estuviera de acuerdo, en vez de oponerse, con el objetivo de cambiar de forma lenta e imperceptible su mente desde el habla irracional hasta algo mejor. Sugiere que en el caso de un paciente aficionado a la literatura sería posible despertar su interés leyéndole un libro, correctamente cuando le agrada o de forma incorrecta cuando le desagrada, ya que al hacer correcciones el paciente comienza a distraer su mente. Algunos pacientes necesitaban que se les eliminara los temores a quedarse sin nada —como ilustración, Celso describe el caso de un hombre rico que temía pasar hambre y a quien de vez en cuando se le anunciaban supuestas herencias—. Sugería que se animase a los pacientes melancólicos para que se implicaran en juegos y cuentos, especialmente aquellos que le gustaban al paciente cuando estaba sano, y que se debería alabar su esfuerzo, si es que hacía alguno, y hacérselo ver. Se podía reprender que la depresión de un paciente no tuviera causa y se le podían plantear razones para alegrarse.

Algunos de los tratamientos parecen curiosamente similares a los intentos actuales de entrenar el centro de atención (p. ej., se debía presionar a los pacientes para que recitasen algo que recordaran) y a los métodos modernos del condicionamiento aversivo —Celso recomendaba ciertas «torturas»,

© Ediciones Pirámide

aclarando el objetivo terapéutico de estas, pues el paciente se beneficiaría al forzarle por medio del temor a considerar lo que está haciendo; por ejemplo, se podría corregir al paciente por medio del hambre, los grilletes y los azotes, de modo que, poco a poco, se le forzase a fijar su atención y a aprender algo memorizándolo. Para algunos pacientes, sufrir un terror súbito y asustarlos totalmente podría ser beneficioso, como lo puede ser cualquier cosa que agite el espíritu.

Todo lo que se le haga al paciente, decía Celso, debería guiarse por la naturaleza del caso individual. Si el paciente tiene fiebre, entonces debería tratarse la fiebre. Otros tratamientos generales incluyen: sangrado, bañar la cabeza afeitada con aceite o con agua a las que se han aplicado hierbas «represivas», estimular el estornudo..., procedimientos que supuestamente tenían cierto efecto sobre los humores. Advertía que todos los tratamientos se deberían usar con precaución si el paciente está débil. Recomendaba el masaje, pero añadía que este debería emplearse con moderación con aquellos pacientes que están excesivamente alegres. La alimentación es importante: si es demasiado copiosa no es buena y no se debería permitir al paciente que comiera demasiado deprisa, ya que podría derivarse en debilidad —a aquellos que no quieren comer se les puede inducir a hacerlo colocándoles en sofás entre otros comensales—. Es importante asegurarse que la persona loca duerme bien, ya que durmiendo bien muchos sujetos se recuperan. Puesto que es difícil dormir para muchas personas dementes, se puede provocar el sueño en estos pacientes por medio del extracto de la adormidera, pero se debe tener cuidado con el consumo de las drogas, ya que podría tener lugar un cambio hacia la letargia en el paciente. Se ayuda también a conciliar el sueño por medio del sonido del agua cayendo o meciéndose después de haber cenado, especialmente en una hamaca colgada. Para algunos pacientes, la música, los timbales y los ruidos son útiles para desvanecer los pensamientos melancólicos.

Deberíamos señalar que el uso de drogas para el tratamiento de las perturbaciones psicológicas tiene una larga y continua historia y puede considerarse aquí como un tema unificado que será relevante a lo largo de las fases históricas que se describirán más tarde.

Tratamientos por medio de drogas para las condiciones psicopatológicas

Existen registros muy tempranos de tratamiento por drogas para la gente que sufre de psicopatología:

- Si se mascan las *hojas de coca* producen euforia. Las hojas de coca las utilizaban los incas, y los propietarios de minas se las daban a los mineros para mejorar su energía y resistencia. La «coca» —cocaína— se introdujo en Europa en el siglo XIX y Freud la fomentó de forma entusiasta como una panacea para males psicológicos y físicos.
- Las *sales de litio* (lithos-rocas) parecen haberse usado durante siglos para tratar la locura. En el 200 d. C., Sorano de Éfeso utilizó aguas alcalinas para tratar la manía y esas aguas contenían quizá litio. En el siglo XX se descubrió que el litio es terapéutico específicamente para las condiciones maníacas. Se ha descubierto que las aguas de ciertos manantiales indicados en casos de locura, por sus efectos beneficiosos, contienen litio.
- Las *drogas alucinógenas* se han utilizado en muchos casos a lo largo de siglos con el fin de producir experiencias y visiones que refuercen la creencia en la realidad del mundo religioso y espiritual. Los chamanes utilizan los alucinógenos para lograr un estado de trance. Esas drogas se han utilizado en los rituales de curación, para momentos de ocio y para conocimientos proféticos.
- La *escopolamina* proviene de la Datura o hierba del diablo. Se ha conjeturado que la *Atropa belladonna,* proveniente también de una planta de la familia de la Datura, puede haberse utilizado como un ungüento por las brujas de Europa para lograr la sensación de volar. Kluckholm informó que la Datura la utilizaban los navajo «para personas con heridas muy graves... —buena medicina, pero peligrosa...—. Hacían enfermar a la gente rica con esta planta, luego les curaban y conseguían mucho dinero» (Kluckholm, 1970).
- La *reserpina* se ha empleado para tratar la hipertensión desde el 1000 a. C. en la India. La reserpina y otras drogas se introdujeron

© Ediciones Pirámide

en las instituciones mentales para sedar a los pacientes.

— El *opio:* los registros médicos de los asirios y los sumerios, que se remontan a los años 5000-4000 a. C., describen que utilizaban la amapola como una droga terapéutica. Los médicos de la escuela de Hipócrates prescribían opio para provocar sueño, aliviar el dolor y como sedante.

— Se poseen registros de haberse utilizado el *cannabis* como analgésico y antidepresivo en China y en Asia central en tiempos tan lejanos como el 3000 a. C.

5. LA LEY Y LA PSICOPATOLOGÍA

La conducta de los sujetos mentalmente enfermos ha planteado problemas no solo para la medicina, sino también para la ley. A lo largo de los siglos, los conceptos de «incompetencia» mental se han entremezclado con los de enfermedad. Como los temas básicos han permanecido constantes y las respuestas sociales a ellos no han variado notablemente con el tiempo, es conveniente tratar esto como un único tema.

La psicopatología ha tenido a menudo como consecuencia un comportamiento ilegal. Si examinamos las medidas legales establecidas para tratar a los sujetos mentalmente enfermos, podemos contemplar algo de las teorías psicológicas de la época. Se creía, en general, que el intelecto racional era la capacidad del alma que permitía a una persona conocer la diferencia entre lo correcto y lo equivocado, entre el bien y el mal, posibilitando hacer juicios y escoger cómo actuar basándose en consideraciones racionales. Se suponía que la capacidad racional se encontraba infradesarrollada en los niños pequeños y disminuida o enferma en los sujetos mentalmente enfermos, y de aquí que, puesto que no son capaces de tomar decisiones libremente, los niños y los locos no podían considerarse responsables de sus acciones. Desde los tiempos bíblicos, la ley ha tendido a considerar a los locos como personas sin responsabilidad y que requieren protección, porque son incapaces de protegerse a sí mismos. En la ley romana, el loco y el inmaduro no podían adquirir posesiones, no podían consentir y disentir legalmente, puesto que, se suponía, les faltaba la capacidad para saber lo que estaban haciendo; sin este conocimiento no podía haber intención y, por consiguiente, tampoco culpa. Los locos y los niños eran incapaces legalmente de intenciones maliciosas y, por tanto, no se podían plantear contra ellos actuaciones por daños.

Una piedra angular de la ley occidental es el concepto de responsabilidad. La noción que subyace a las leyes y que define la culpabilidad por actuaciones criminales, como un asunto relativo a si el individuo tiene una menta sana, se basa en la doctrina de San Agustín sobre el «libre albedrío», una doctrina impopular en estos momentos en la psicología científica. Debido a que los humanos tienen libertad para escoger, cuando eligen lo que está equivocado están cometiendo un pecado. Sin embargo, puesto que la voluntad está gobernada por el intelecto racional, el individuo sin un intelecto racional no es libre para actuar de forma responsable. Solo las personas que quieren actuar como lo hacen —es decir, que actúan con una intención— pueden considerarse responsables por las consecuencias de sus acciones.

Este concepto proporcionó más tarde la base para la regla de McNaughten, creada en Inglaterra para manejar las disposiciones legales de los criminales declarados locos. Si una persona comete un crimen mientras está loco, se considera que no es responsable del crimen, porque carece de la facultad racional de saber la diferencia entre lo correcto y lo equivocado; aunque tienen que ser confinados, se les debería tratar por su locura y no castigarles por el crimen de la misma forma que si el mismo acto es cometido por una persona sana.

En la primera época de la historia de las leyes inglesas, el loco o el niño que producía un daño era susceptible a la acción civil por esos daños, ya que inicialmente la intención no se consideraba pertinente para ser juzgado ante la ley. Más tarde, influidos por la ley romana, esto se modificó; se supuso que los niños carecían de la capacidad moral, intelectual y racional para ejercitar la voluntad —es decir, no habían alcanzado «la edad de la razón»— y no podían considerarse legalmente responsables. Consecuentemente, a los individuos que eran incapaces de desarrollarse intelectualmente («los retardados de nacimiento») no se les podía acusar de «intentar» perpetrar crímenes y, por consiguiente, a los ojos de la ley continuaban siendo niños sin el estatus de responsabilidad legal. Los locos, aunque alguna vez hubieran tenido una mente sana, habían

© Ediciones Pirámide

perdido la capacidad para tomar decisiones racionales o para controlar sus impulsos y se consideraba igualmente que no tenían responsabilidad legal.

Neugebauer (1978) revisó ampliamente la legislación promulgada en la Inglaterra medieval que intentaba proteger a las personas, a la propiedad y a los derechos civiles de los sujetos mentalmente enfermos. Se hacía una distinción entre personas que sufrían una subnormalidad congénita y se suponían incurables («locos de nacimiento») y aquellos que, habiendo sido una vez normales, se habían trastornado mentalmente («non compos mentis»); aunque los primeros se suponían incurables, se consideraba que la recuperación era posible en los últimos. La *Prerogative Regis,* que data del siglo XIII, designaba al rey como custodio de las tierras que pertenecían a los «locos de nacimiento», de modo que cualquier beneficio que se obtuviera de ellas se debía rendir en último término a sus verdaderos herederos; las tierras de las personas consideradas «non compos mentis» no solo se debían preservar, sino que se tenían que devolver a las personas si volvían a tener la mente en su sitio. Los individuos de los que se sospechaba, por alguien de su familia o de la comunidad, que estaban mentalmente incapacitados, eran examinados por un jurado compuesto por doce o más personas. El juicio de incapacidad mental se basaba en métodos de investigación de sentido común, familiares hoy día para nosotros; se hacían preguntas para determinar si esos individuos se orientaban en cuanto al tiempo y al lugar donde se hallaban («¿Quién eres? ¿Dónde estás?»), si su memoria estaba deteriorada y si eran capaces de realizar tareas intelectuales simples —un antecedente de la moderna entrevista psiquiátrica—. Neugebaue cita ejemplos de esos exámenes, de la anormalidad mental atribuida a causas orgánicas (p. ej., un caso en 1291, que se atribuyó a un golpe en la cabeza, y otro en 1340, debido a la fiebre) y a causas psicológicas (un caso en 1366, que se atribuyó al temor al padre).

6. DE LA EDAD MEDIA HASTA EL SIGLO XVIII

6.1. El tratamiento de los sujetos mentalmente enfermos

Zilboorg (1935), en una declaración particularmente absurda pero ampliamente citada, alegó que Europa occidental durante el milenio cristiano —los mil años desde la caída del Imperio romano hasta el siglo XV— parecía un «verdadero asilo de locos» (implicando que era el resultado de la superstición religiosa que sustituyó al naturalismo científico de la época clásica). Es igualmente tentador concluir, a partir de materiales seleccionados, que parecía un gran carnaval de colores, con saltimbanquis, curanderos, quirománticos, astrólogos, alquimistas, exorcistas y charlatanes de todas clases ejerciendo su negocio entre una población crédula —pero no loca—. La reflexión sosegada crea un panorama diferente.

6.1.1. *Refugios, hospicios, reformatorios, hospitales y asilos*

LAS INSTITUCIONES RELIGIOSAS. El proporcionar cuidados a los individuos perturbados apareció casi tan pronto como los misioneros cristianos se aseguraron una posición segura en la comunidad. Se imponía a la gente el practicar la caridad y, en algunos lugares, se le requería legalmente a hacerlo. Un típico punto de vista medieval sobre los pobres, los enfermos y los inválidos era que constituían una ayuda necesaria para la salvación, proporcionando una oportunidad a los donantes para que hicieran actos de caridad. No solo se aceptaba al mendigo como un aspecto inevitable de la sociedad, sino que se le consideraba necesario en el orden social; no se perseguía al que pedía limosna, y de hecho se fomentaba, pues era bueno para el alma del que la daba. Tanto dar como pedir y recibir limosna era moral. La Iglesia era responsable de extender y levantar hospitales y santuarios más allá de lo que se conocía en la época clásica. Alrededor de los siglos V o VI estaban bien establecidos los asilos y los hospicios para los ancianos, los enfermos, los huérfanos y los indigentes. Al final del siglo XII se habían fundado hospitales unidos a los monasterios —p. ej., en Inglaterra los de St. Albans en 794 y York en 937, en Checoslovaquia el de Praga en 929 y en Noruega en 1170, unido a la catedral de Trondheim—. Los locos eran considerados habitualmente como enfermos, y muchos encontraron un lugar en esos sitios.

LOS SANTUARIOS. Durante la Edad Media se utilizaron diversos santuarios como centros de curación mental. Un ejemplo es un santuario a Santa Dympna fundado en Gheel (Bélgica). Dympna, la hija de

© Ediciones Pirámide

un rey irlandés, fue convertida al cristianismo por Geburnus y huyó a Bélgica con él. El padre de ella los persiguió y los decapitó a los dos. A dos locos que vieron esto les afectó tanto que recuperaron la salud. Alrededor del año 1200 se alojaba a los locos cerca con el fin de que se curasen por la intercesión santa Dympna, pasando nueve días de rodillas en la iglesia, bajo la tumba de la santa, acompañados por sacerdotes que oraban y cantaban.

El hospedaje. En el siglo XIII había en Noruega un ofrecimiento de hospedaje compulsivo para los pobres y los sujetos mentalmente enfermos —se requería a la comunidad que les proporcionara cuidado, protección y supervisión—. En Suecia se promulgaron leyes para proteger y conservar la propiedad de las personas consideradas como mentalmente irresponsables, asignándoles guardianes que protegiesen sus intereses. A los trastornos mentales se les llegó a llamar «enfermedades para la vigilancia» en la vieja ley islandesa.

La familia. En Escocia, el rey Roberto I —«Roberto I Bruce» (1274-1329) fue el responsable del Estatuto de Roberto I, que estipulaba que el cuidado y la custodia de las personas de «mente furiosa» recaía en el familiar más cercano o en el gobernador del condado. Las leyes suizas del siglo XIII estipulaban que los familiares debían supervisar a los miembros de su familia que estuvieran locos, y eran susceptibles de multas si el familiar a su cargo escapaba a la supervisión; estas leyes procuraban también la encarcelación de los locos que, se suponía, podían hacerse daño a sí mismos o a los demás. En Inglaterra, en el siglo XVII, se hizo explícita la responsabilidad de los parientes de los locos peligrosos para supervisarlos y controlarlos, con el fin de evitar que hiciesen daño a los demás, o se lo hicieran a sí mismos, o a la propiedad de otras personas. En 1618, un estatuto inglés estipulaba que:

> ... es legal que los parientes, familiares o amigos de un hombre que está loco (que estando en libertad intente quemar una casa o cometer algún otro perjuicio o herirse a sí mismo o a los demás) lo cojan y lo lleven a casa, lo aten o lo encadenen y le golpeen con una vara y hagan cualquier otro acto de fuerza para reformarle o para impedir que haga algún daño (Allderidge, 1979).

La coacción física se propugnaba aquí no como una pura falta de humanidad, sino como el último recurso para contener al loco que podía hacer daño a los demás.

Los hospitales y los pabellones especializados. El hospital de *St. Mary of Bethlehem* (Santa María de Belén), fundado en Londres en el año 1247, y conocido más tarde como *Bedlam*[3], tenía como objetivo acoger, entre otros, a las personas indigentes demasiado trastornadas para cuidar de sí mismas o que eran consideradas peligrosas para la comunidad. En 1326 los caballeros teutones construyeron en Elbing unas cuantas celdas monásticas que sirvieran de refugio a los sujetos mentalmente enfermos; en 1375 el hospital municipal de Hamburgo estableció un pabellón con el objetivo específico del cuidado de los pacientes mentalmente enfermos, lo mismo que hizo el hospital de Erfurt en 1385. El primer asilo en nuestro país con el objetivo del cuidado de los sujetos mentalmente enfermos se estableció en Valencia en 1409 por los Hermanos de la Misericordia, fundados por el hermano Juan Gilberto Jofre. Posteriormente se crearon asilos en Zaragoza, Sevilla, Valladolid y Toledo.

El loco vagabundo. Muchos más sujetos mentalmente enfermos, considerados inofensivos, existían marginalmente en la ciudad y en el campo. En Inglaterra, a estos desafortunados individuos, conocidos por el nombre de «Tom of Bedlam» («Tomás del manicomio»), se les permitía oficialmente mendigar cuando se consideraba poco probable que hicieran daño a los demás o a sí mismos. John Aubrey, escritor de la vida de Tomás Moro (1475-1535), describió un encuentro que tuvo Moro con un «Tom O'Bedlam» que lo asaltó. Aubrey explica que:

> «Hasta el comienzo de la guerra civil (1644), los Tom O'Bedlam viajaban por todo el país. Eran pobres hombres a los que se había llevado al Manicomio, donde recuperaban cierta sensatez que era truncada por ir a mendigar... Llevaban alrededor del cuello un gran cuerno de buey que hacían sonar cuando llegaban a una casa de locos; y ponían la bebida que se les daba en este cuerno, que luego cerraban con un tapón. Desde la Guerra no recuerdo haber visto a ninguno de ellos» (Aubrey, p. 375).

[3] Con los años la palabra *bedlam,* una contracción y nombre popular de este hospital, se convirtió en el término descriptivo de un sitio con gran alboroto y confusión. El término *bedlam* puede encontrarse en el diccionario con el significado de «alboroto» y también con el de «casa de locos» *(Nota del traductor).*

© Ediciones Pirámide

LOS HOSPITALES SEGLARES. Los hospicios medievales empezaron a reemplazarse gradualmente en el siglo XVI por hospitales bajo el control municipal o del Estado. En un principio, los hospicios se fundaron por los motivos religiosos de la caridad y el altruismo religioso. Los hospitales bajo control seglar se fundaron por motivos sociales —para ayudar a mantener el orden social, al atender las necesidades del enfermo y el necesitado a costa del erario público—. Los cambios de las actitudes religiosas y de las circunstancias económicas y sociales modificaron las actitudes hacia el mendigar; la condición del pobre empeoró y aumentó notablemente el número de mendigos —los números están inflados por los individuos que simulaban estar enfermos—. Los sujetos desamparados, estuvieran enfermos por la edad o por una condición física o mental o lo simulasen, se convirtieron en un problema social cada vez más grave, alcanzando el vagabundeo y el mendigar magnitudes sin precedentes. El pedir limosna dejó de verse como moral. Se comenzó a considerar que el hecho de dar limosna fomentaba un perjuicio social y, por consiguiente, era inmoral. Como consecuencia, tanto el mendigar como la caridad se estigmatizaron.

En la época de la Reforma, se consideraba que la responsabilidad para con los pobres y los enfermos dependía de la comunidad, no de la iglesia. Se aceptó la idea de que se debía dar a los gobiernos el poder de obligar a las personas a mantenerse a sí mismas —a trabajar—. La holgazanería se veía no solo como un problema moral sino como un problema social. Si se podía hacer que el holgazán realizase un trabajo productivo, más allá de lo que era simplemente necesario para mantenerse a sí mismo, se beneficiaría la nación en general.

Se crearon varias instituciones con el objetivo de resolver, aunque fuese mínimamente, los problemas de aquellos que no podían mantenerse a sí mismos y no tenían familia o comunidad que cuidase de ellos. Algunas de las instituciones que se especializaron en el alojamiento de los sujetos mentalmente enfermos evolucionaron a partir de hospitales generales; otras lo hicieron a partir de refugios para los pobres. Las necesidades de los ricos eran satisfechas a menudo por «casas de locos» privadas —y era probable que la persona agitada, posiblemente peligrosa, se recluyese en ese lugar—, mientras que los individuos pasivos, de fácil control, se quedaban en casa y se cuidaban de forma privada.

Inicialmente, los sujetos mentalmente enfermos no se alojaron separados de los desamparados, los enfermos y los tullidos. No existen pruebas de que en esa época se pensase que hubiera una responsabilidad especial para con los locos —los locos llegaron a alojarse separados de los demás por los problemas singulares que, según se vio, presentaban—. Con el tiempo, se fundaron distintas instituciones para los retardados y para los locos, creándose cierta clase de educación para los primeros. En Francia, Luis XIV (1638-1715) exigió que cada nuevo hospital tuviera un pabellón separado para el enfermo mental. En Irlanda, Jonathan Swift (1667-1745), decano de San Patricio, en Dublín, donó su fortuna para la construcción de un hospital para locos e imbéciles.

Se ha señalado que los pequeños asilos construidos para albergar a los locos demostraron ser inadecuados para el cada vez mayor número de personas mentalmente enfermas y, por consiguiente, se construyeron grandes asilos. Pero la historia no es tan simple. Los pobres indigentes y los pobres que estaban física y mentalmente enfermos constituían un problema que la sociedad intentaba resolver construyendo instituciones; las primeras instituciones que finalmente se convirtieron en asilos para los locos fueron construidas inicialmente como hospitales generales para los pobres —cualquier enfermo o demente pobre era recluido, a veces involuntariamente y otras veces voluntariamente, en esos hospitales—. Con el tiempo, ciertos pabellones se diferenciaron para el tratamiento de los locos.

El Hospital General de París se fundó en 1656 para: 1) servir como taller, proporcionando un trabajo productivo al sujeto físicamente capaz, y terminando, por consiguiente, con el desempleo y los trastornos asociados; 2) castigar la holgazanería deliberada; 3) desembarazarse de la plaga y la molestia de los mendigos; 4) ayudar al necesitado, al enfermo y al que sufre, y 5) proporcionar enseñanzas cristianas a estas personas. El Hospital General combinaba las funciones de una institución penal, un asilo, un taller y un hospital médico, y su propósito era cuidar de los ancianos, de la gente con enfermedades venéreas, de los epilépticos, de los sujetos mentalmente enfermos y de los socialmente indeseables. La consecuencia fue la segregación de la sociedad, en general, de aquellos individuos que eran socialmente dependientes. En 1690 se institu-

© Ediciones Pirámide

yeron reglas que decretaban que los hijos de los artesanos y de otros habitantes pobres de París, hasta la edad de 25 años, que se portaban mal con sus padres o que se negaban a trabajar por pereza, o en el caso de las chicas aquellas que eran libertinas o que padecían un peligro evidente de serlo, eran recluidos, los chicos en la Bicêtre, las chicas en la Salpêtrière. Los padres podían iniciar esta acción quejándose a las autoridades o, si los padres habían muerto, podían solicitarlo los familiares cercanos o el párroco. Esos chicos díscolos se mantenían encarcelados hasta que los directores de las instituciones lo considerasen necesario y solo se les liberaba con una orden escrita firmada por cuatro directores. Se hicieron también arreglos para encarcelar a las prostitutas y a las mujeres que regentaban prostíbulos. En 1788 Tenon describía la Salpêtrière de esta manera:

> La Salpêtrière es el hospital más grande de París y posiblemente de toda Europa. Este hospital es tanto un asilo para mujeres como una prisión. Recibe chicas y mujeres embarazadas, nodrizas y sus niños de pecho; niños varones desde los 8 meses hasta los 4 y 5 años; chicas de todas las edades; hombres y mujeres casados; locos, imbéciles, epilépticos, paralíticos, ciegos, tullidos, personas que sufren de tiña, individuos incurables de todo tipo, niños afectados por escrófula, etc. En el centro del hospital se halla una casa de detención para mujeres, que consta de cuatro prisiones diferentes: *le commun,* para las chicas más disolutas; *la correction,* para aquellas que no se consideran que sean depravadas sin esperanza; *la prison,* reservada para personas recluidas por orden del rey; y *la grande force,* para mujeres condenadas por orden de la justicia a ser castigadas y encarceladas (citado en Rosen, 1968).

Allderidge (1979) corrige el punto de vista de que el tratamiento para el sujeto mentalmente enfermo, antes de los progresos de la moderna psiquiatría, fuese realmente un maltrato. Señala que, a lo largo de los últimos siglos, ha habido un patrón cíclico de fases de institucionalización de los sujetos mentalmente enfermos, alternando con fases de devolverlos a la comunidad. La tensión básica creada por la institucionalización se encuentra entre la preocupación por los derechos, el bienestar y la conveniencia de la sociedad en general, y la protección de los derechos y el bienestar del individuo. La institucionalización protege a la comunidad, pero es cara e infringe los derechos básicos de los individuos encarcelados involuntariamente.

6.2. Las teorías sobre la psicopatología

La demonología, la posesión y la curación por la fe

Las historias populares sobre la psiquiatría y la psicología anormal han confundido y mezclado los fenómenos de los juicios por brujería de la época del Renacimiento, las teorías demonológicas y la psicopatología. Se cuenta en estas historias normalmente que a lo largo de toda la Edad Media, hasta bien entrado el Renacimiento, se creía que los sujetos mentalmente enfermos estaban poseídos por los demonios, o eran perseguidos como brujos o las dos cosas, en gran medida debido a la posición de Zilboorg:

> Además, la literatura médica del siglo XIX recogió una serie de datos que sometió a un cuidadoso escrutinio clínico, no dejando dudas de que los millones de brujas, hechiceros y poseídos eran una enorme masa de psicóticos, neuróticos graves y sujetos con delirios orgánicos considerablemente deteriorados... (Zilboorg, 1935; p. 73).

De hecho, la mayoría de los juicios por brujería tuvieron lugar, no durante la Edad Media, sino durante el Renacimiento y la Reforma, y los inició la Inquisición al tratar a las personas acusadas de brujas como una particular clase malévola de herejía religiosa; con el tiempo, los juicios llegaron a servir a todas una serie de propósitos sociales, políticos y económicos. Como lo dejaron claro Trevor-Roper (1967), Cohn (1975) y otros, el significado de los juicios por brujería tiene que ver con los horrores que pueden perpetuarse por las autoridades al servicio de una ideología. Spanos (1978) ha concluido que existen pocas pruebas que apoyen la declaración de que las brujas estaban mentalmente enfermas, y Schoeneman (1977, 1982) ofrece explicaciones alternativas para el comportamiento de las personas acusadas de brujería.

Una afirmación igualmente popular durante la Edad Media y el Renacimiento es que la locura era causada siempre por demonios o espíritus malévolos que «poseían» a una persona. Para apoyar esta afir-

© Ediciones Pirámide

mación, el falso historiador solo examina aquellos casos en los que la demonología jugó algún papel. Muchas veces se consideraba que la gente que presentaba un conjunto de síntomas dramáticos (como convulsiones y parálisis), con un comienzo repentino inexplicable y un curso impredecible, estaba poseída por los malos espíritus. Esos casos se trataban, a menudo eficazmente, mediante el exorcismo por parte de los sacerdotes. La idea de que el exorcismo expulsaba a los demonios explicaba la naturaleza y el curso de la enfermedad mejor que las teorías médicas de la época. Cuando se consideraba a los demonios como la causa de la psicopatología, no suele quedar claro, no solo para el lector sino obviamente también para los autores, si se suponía que los demonios causaban los síntomas de la psicopatología directamente o si provocaban algún tipo de funcionamiento corporal defectuoso que, a su vez, causase los síntomas —por ejemplo, manipulando el sistema sensorial de tal forma que el sujeto padeciese ilusiones—. Además, al evaluar las referencias a los demonios, es difícil determinar qué era figurativo y qué metafórico. Sin embargo, incluso un examen superficial de diferentes escritos medievales y del Renacimiento revela que, aunque los demonios estaban ocasionalmente implicados en casos determinados, las teorías sobre las causas de la enfermedad mental estaban lejos de limitarse a la demonología —de hecho, se sugería en esos materiales una sorprendente variedad de teorías etiológicas—. Durante siglos, el pensamiento médico continuó estando dominado por la teoría de que las enfermedades humanas, incluyendo aquellas reconocidas como psicopatológicas, estaban causadas por un desequilibrio de los cuatro humores. Esta teoría se complementó, no se sustituyó, por la demonología.

Las teorías médicas

Los conceptos médicos occidentales sobre la enfermedad física y mental fueron influidos durante siglos por los escritos de Galeno, que incluía lo mejor de la medicina clásica complementada por sus propias observaciones sobre anatomía y fisiología. Galeno era un clínico observador y sus historias de casos incluían descripciones de trastornos «delirantes», con detalles de síntomas tales como el habla incoherente, los mutismos, las amnesias, los trastornos de la alimentación, las parálisis funcionales y las ideas delirantes elaboradas. Algunas de las historias de casos de Galeno fueron plagiadas repetidas veces a lo largo del curso de la historia médica y psiquiátrica —y pueden haber sido plagiadas por Galeno a partir de otros que le antecedieron—.

Los médicos, influidos por los conceptos galénico/hipocráticos, como sucedía con la mayoría de aquellos que habían recibido una educación, no categorizaban a la enfermedad como corporal o mental. Generalmente se creía que los desequilibrios de los «humores» biológicos podrían tener como consecuencia la locura, la enfermedad física o ambas. El desequilibrio humoral, a su vez, se atribuía a un complejo de causas biológicas, físicas y psicológicas, abarcando fenómenos tan diversos como la genética, la herencia, el clima, la alimentación y el estrés emocional y físico. Los síntomas se analizaban para determinar el tipo de desequilibrio y los humores que se encontraban implicados. El tratamiento consistía lógicamente en tratar de restaurar el equilibrio de los humores por medios tales como el sangrado, los eméticos, los purgantes, la alimentación, el descanso, etc.

Otra explicación era que la anormalidad mental era consecuencia de la pérdida de una facultad —basándose en la idea de las facultades separadas, de las que se podía «perder» cualquiera de forma independiente—. Las descripciones clásicas sobre la psique se aceptaron durante siglos, con modificaciones ocasionales (p. ej., cambios en el número de facultades que, según se creía, eran una función del intelecto). Las enfermedades que eran claramente fisiológicas se atribuían al funcionamiento defectuoso de las facultades vegetativas, reproductoras y motoras, y aquellas con claros síntomas psicológicos a la pérdida o a las disfunciones de las facultades sensoriales, intelectuales y conativas del alma. Las descripciones de síntomas de psicopatología incluían:

1. Perturbaciones de la sensación y de la percepción (alucinaciones y sensaciones peculiares).
2. Perturbaciones de la memoria y de la imaginación (recuerdos falsos, ideas delirantes, estados anormales de la conciencia, con estados de trance en los que imágenes almacenadas se convierten en ilusiones, llevando erróneamente al individuo a creer que lo que eran solamente imágenes, recordadas

© Ediciones Pirámide

o imaginadas, se presentaban como experiencias reales de algo que estaba sucediendo en la realidad).
3. Perturbaciones del juicio (incapacidad para pensar racionalmente o apreciar las consecuencias de las acciones).
4. Perturbaciones de las emociones, manifestadas por alegría, pena o ira inapropiadas o excesivas.
5. Perturbaciones de la conación o la voluntad (incapacidad para gobernar apropiadamente a la conducta o para controlar las principales pasiones materiales del cuerpo por medio del intelecto racional, y que se manifiesta por un comportamiento impulsivo, irracional o criminal, o por la incapacidad para actuar).

Existía un reconocimiento general de que las frustraciones, el conflicto de motivos, el sufrimiento y el estrés físicos, el remordimiento, la sospecha, el temor, la culpa, la sensación de pecado, etc., podían estar implicados en la génesis de un trastorno mental.

Sir John [Jean] Froissart (1338-1410), en sus *Crónicas de Inglaterra, Francia y España,* describía un episodio de locura del rey Carlos VI de Francia, «el loco» (1368-1422), que reinó desde 1380. En 1391 el rey había declarado la guerra al Duque de Bretaña; el rey y sus ayudantes avanzaban hacia Mans, donde:

> ... el rey... trabajaba dura y constantemente en el consejo, donde tenía poca ayuda y además no estaba totalmente recuperado de salud. Había estado débil de mente y cuerpo durante todo el verano, comiendo poco y bebiendo cualquier cosa, y atacado casi a diario por la fiebre, hacia la que estaba inclinado de modo natural y que aumentaba por cualquier contradición o fatiga... sus médicos y sus tíos observaron que, a veces, su inteligencia se perturbaba; pero no podían hacer nada por él, ni tampoco él consentiría ninguna explicación que demorase la expedición.
>
> Cuando el rey estaba pasando por el bosque de Mans le sucedió un extraño incidente: un hombre barbudo, con los pies desnudos, ... salió bruscamente de entre los árboles y, agarrándose atrevidamente a las riendas de su caballo, le dijo, «rey, no avance más, retroceda; ha sido traicionado». Los hombres de armas repelieron al hombre y este escapó; pero lo que dijo causó tal impresión en la mente del rey que su razón se desconcertó... Cuando iban cabalgando, los pajes, que eran niños, fueron negligentes consigo mismos y con los caballos; y el que llevaba la lanza del rey se quedó dormido y dejó que la lanza cayese sobre el casco del paje que iba delante, lo que hizo que el golpe de la lanza con el casco sonase notablemente. El rey se asustó y se alarmó, ya que tenía en su cabeza las palabras del hombre con el que se había encontrado en el bosque de Mans y se imaginó que una hueste de sus enemigos iba a matarle. En esta confusión de la mente, sacó su espada (había perdido el juicio) y, avanzando sobre los pajes, empezó a repartir golpes a diestro y siniestro, sin importarle sobre quién caían, gritando, «¡Avanzad, avanzad sobre esos traidores!». Luego se dirigió hacia el duque de Orleans, que no se encontraba lejos, el cual, al verle acercarse y en el estado en que estaba, espoleó su caballo y huyó, pero el rey le siguió. Todos estaban asombrados y no sabían qué hacer; al final, cuando estaba totalmente agotado por la fatiga, un caballero normando, llamado Sir William Martel, se colocó detrás del rey y le cogió por los brazos, con lo que evitó mayores fechorías. Luego llegaron los otros caballeros, le quitaron la espada, y habiéndole desvestido y calmado tan suavemente como pudieron, le dejaron sobre una litera y le llevaron lentamente a Mans. Luego se informó a todo el ejército que la expedición había terminado...
>
> Se hicieron ofrendas... donde hubiera santos que supuestamente tuvieran eficacia por medio de sus plegarias ante Dios para estos trastornos... El Maestro William de Harsely (afamado por su habilidad para tratar la locura) le cuidó mucho y poco a poco restauró en él la salud. Primero hizo que desapareciese la fiebre y el calor del que se quejaba y luego le devolvió el apetito, el sueño y los recuerdos de cosas... le permitió montar a caballo, cazar y divertirse con los halcones. Al conocer las noticias de la recuperación del rey, todo el reino de Francia se alegró y se ofrecieron sinceramente gracias a Dios por haber restaurado el juicio y la memoria del rey. El Maestro William de Harseley estaba muy alegre, y no sin razón, puesto que había realizado una curación asombrosa (Sir John Froissart, *Las crónicas de Inglaterra, Francia y España,* pp. 505-509).

Froissart sugirió que la locura del rey era: 1) claramente tarea de Dios, imponiendo un período de penitencia al rey, y «por consiguiente, como dijeron algunos, por culpa suya»; 2) el influjo del calor

© Ediciones Pirámide

del sol sobre una constitución ya físicamente enferma, provocando fiebre en el cerebro; 3) debida a alarmas, preocupaciones, exceso de cansancio, desenfreno, un tiempo caluroso, y 4) la herencia de los débiles nervios de su madre. En resumen, el desgraciado rey Carlos VI tenía una desfavorable herencia, una constitución excesivamente nerviosa, se entregaba en exceso a sus apetitos y fue castigado por un exceso de calor sobre el cuerpo y el cerebro. Se le trató por medio de la terapia médica y por oraciones y se ofrecieron gracias a Dios por haberle restaurado la razón y la memoria, y a su médico por haber realizado tan sorprendente curación.

Bernard de Gordon (siglo XIV), en su *Lilium Medicine,* habló sobre los problemas de los defectos de la memoria. Localizó la facultad de la memoria en la parte posterior de la cabeza y distinguió entre memoria inmediata *(de presentibus momentareis)* y memoria a largo plazo *(de preteritis remotis)*. Señaló que las dificultades para recordar no son necesariamente un signo de enfermedad, pero de existir era recomendable el tratamiento con medicinas. Habló también sobre la «enfermedad del amor» y recomendó varios tratamientos para esta condición. Un enfoque sería asegurarse que el individuo «enfermo de amor» estuviese ocupado social e intelectualmente, con el objetivo de colocar la idea del amor en perspectiva frente a noticias (personales) más sensatas y realistas. Sugirió también que se trajese a alguien capaz de dominar la argumentación para que discutiese con el paciente sobre su enamoramiento. Si estas medidas eran incapaces de remediar la condición y si la persona que sufría era joven, una fuerte paliza podría ser eficaz. Como último resorte, sugería que se hicieran arreglos para que una vieja pequeña y horrorosa, con gran barba y prominentes dientes, que llevaba ropa sucia, denigrase en los términos más asquerosos a la chica que era el objetivo del afecto del paciente «enfermo de amor» (citado en Clarke, 1975, pp. 95-97).

Thomas Vicary (?-1561), un barbero-cirujano del siglo XVI en el Hospital de San Bartolomé, escribió el primer libro de anatomía impreso en inglés en 1548 —un libro que Singer identifica como una simple copia de un manuscrito inglés del siglo XIV basado en otro manuscrito anterior, *Chirugia Magma,* terminado en 1296 por un cirujano italiano, Lanfranchi (1306), y en la *Chirurgia* de Henry de Mondeville (1326), un cirujano y profesor de anatomía de Montpellier—. El libro de Vicary se reimprimió en 1577 y siguió utilizándose durante mucho tiempo. En él, Vicary alegaba que el «cerebro» se encogía y desobedecía al espíritu de los sentimientos, siguiendo el movimiento de la luna. Esto convierte a un hombre en loco, mientras la deficiencia mental ocurría si el cerebro estuviese demasiado seco o demasiado húmedo, dependiendo de los humores.

Jean Fernel (1497-1558), en su tratado médico *Sobre las causas ocultas* (1548), escribió sobre las causas sobrenaturales de la enfermedad y sobre la posesión:

> Una vez me llamaron para asistir a un joven que varias veces al día sufría de ataques violentos, de modo que apenas le podían sujetar cuatro sirvientes. En el tiempo entre esos momentos estaba sano y conocía todo a su alrededor. Se pensó que estaba poseído. Desde mi punto de vista se trataba de epilepsia, que no procede del demonio sino del cerebro que actúa sobre los nervios. Le mandé enemas, baños y fricciones. Pero si la causa fuese la magia y lo sobrenatural, el remedio debería ser sobrenatural —oraciones y ofrendas—. Creo que hoy día la magia puede, como mucho, provocar la apariencia de una enfermedad. Sin embargo, se puede persuadir a un sujeto que sufre para que piense que realmente tiene una enfermedad. He visto una hoja con algo escrito en ella colgada del cuello que curaba esa enfermedad en todo el cuerpo y en una sola noche. He visto desaparecer la fiebre al pronunciar unas pocas palabras ceremoniales. Pero esos remedios no curan por mucho tiempo. Tenemos que estar atentos. La enfermedad puede ser ficticia, de modo que también puede curarse. La naturaleza humana es perversa» (Sherrinton, 1953).

Los «magnetizadores»

MacKay (1841) escribió que: «Es bien conocida la influencia de la imaginación en la curación de enfermedades. Un movimiento de las manos o una mirada producirá, en un débil y crédulo paciente, un ataque de locura; y una píldora hecha de pan, si se toma con suficiente fe, producirá una curación mejor que todas las drogas de la farmacopea... cuando la alquimia empezó a caer en cierto descrédito, se adoptaron métodos alternativos por antiguos alquimistas que empezaron a llamarse 'magnetizadores'» (MacKay, 1841, p. 304).

© Ediciones Pirámide

Algunos trastornos son misteriosos y caprichosos, pues no están precedidos por un trauma específico o la exposición a una enfermedad infecciosa, tienden a tener un inicio brusco y la recuperación puede ser igual de repentina. La gente con estos trastornos manifiesta a menudo un desconcertante conjunto de síntomas, incluyendo convulsiones (que aunque algo similares a la epilepsia no se pueden identificar con ella), parálisis, parloteo en lo que puede considerarse como lenguaje esotérico, déficit sensoriales como sordera, ceguera, anestesias, hormigueo y dolor; episodios de vómito; pérdida selectiva de memoria, incapacidad de realizar ciertos actos, etc. Estos síntomas no responden, o responden solo temporalmente, al tratamiento físico, pero en ocasiones desaparecen bruscamente cuando la persona recibe tratamiento psicológico. Las curaciones pueden ser dramáticas, precedidas a menudo por un estado de trance y/o convulsiones, a partir de las cuales el paciente surge con el funcionamiento normal restaurado.

En la época medieval, estos trastornos se atribuían a menudo a la posesión por el demonio y se trataban por medio del exorcismo de los sacerdotes. El exorcismo producía, a menudo, la curación —si no lo conseguía, se podía atribuir a la obstinación de los demonios o del paciente—. Cuando la creencia en la posesión de los demonios empieza a abandonarse, las enfermedades continúan existiendo, necesitando de otra explicación. Cada vez fueron más populares las explicaciones alternativas que planteaban que estos trastornos se debían a fuerzas ocultas y que su curación requería la manipulación de estas fuerzas.

A Paracelso (Theofrasto Bombast von Hohenhaim) (1493-1541), un médico del siglo XVI, se le ha atribuido una notable perspicacia sobre la naturaleza de la psicopatología. Alegaba que sus teorías sobre la medicina y los tratamientos que desarrolló habían convertido en obsoleta toda la medicina ortodoxa. Paracelso combinaba la especulación de la alquimia y de la astrología con excéntricas teorías basadas en sus propias observaciones. Sus afirmaciones eran extravagantes —no solo podía curar todas las enfermedades, sino que podía fabricar oro y otorgar la inmortalidad—. De forma arrogante, rechazó los conceptos galénico/hipocráticos de la medicina y, para resaltar su superioridad sobre Celso como autoridad médica y manifestar la superioridad de sus habilidades e innovaciones como médico sobre todos los demás, adoptó el nombre de *Paracelso* (es decir, superior a Celso). Para dramatizar su desprecio por las prácticas médicas ortodoxas de su tiempo, Paracelso quemó públicamente el *Canon* de Avicena en la plaza pública de Basilea en 1527. Se ha afirmado que sus enseñanzas marcaban un viraje decisivo, apartándose del empleo de las doctrinas humorales generalizadas para explicar el mal funcionamiento fisiológico y psicológico, y acercándose al énfasis moderno sobre la especificidad de la enfermedad y la terapia.

A Paracelso se le atribuye la iniciación de conceptos esenciales para el desarrollo de la bioquímica moderna, pero no puede considerarse que sus especulaciones sobre la locura hayan afectado materialmente la comprensión de la psicopatología. Sugirió que la locura podía ser causada por influencias lunares malignas, la separación espiritual de Dios, el pecado, gusanos intestinales, la retención de las heces, el beber en exceso, la alimentación pobre, etc. Algunos de sus tratamientos se basaban en ideas sobre las influencias astrales y eran aparentemente eficaces debido, en parte, a su carismática autopresentación.

Se puede considerar a Paracelso como uno de los primeros magnetizadores. Creía que los imanes eran las piedras del filósofo y fue uno de los primeros en atribuir al imán poderes milagrosos para curar todas las enfermedades. Según MacKay, «se vanagloriaba de ser capaz de *trasplantar* enfermedades desde el cuerpo humano hasta la tierra por medio del imán». Popularizó la antigua creencia de que fuerzas misteriosas que emanaban de las estrellas penetraban y animaban toda la naturaleza, y que estas fuerzas podían manipularse por personas especialmente dotadas, teniendo como fin fomentar la salud física y mental.

Valentina Greatraks era un magnetizador irlandés que logró cierta fama, primero por su capacidad para curar la «maldición del rey» y, conforme aumentaba su reputación, por su capacidad para curar cualquier dolencia acariciando el área afectada[4]. MacKay (1841) comenta: «Se imaginó que obtenía sus poderes directamente del cielo y seguía provocando en las personas ataques de locura y lue-

[4] ¡Su primer paciente de importancia se llamó William Maher!

© Ediciones Pirámide