

PSICOPATOLOGÍA APLICADA A LA EDUCACIÓN

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

COORDINADORES:

Gonzalo Jover Olmeda
María José Fernández Díaz



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

PSICOPATOLOGÍA APLICADA A LA EDUCACIÓN

Domingo A. García-Villamisar



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Domingo A. García-Villamizar

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-232-1
Depósito Legal: M-19.806-2023

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

<i>Prólogo</i>	15
1. <i>Historia, aproximación conceptual y modelos explicativos</i>	17
1.1. El ámbito histórico de la psicopatología. Desde los orígenes hasta la actualidad	17
1.1.1. <i>Las culturas primitivas</i>	17
1.1.2. <i>Etapa grecorromana</i>	18
1.1.3. <i>La psicopatología durante la Edad Media</i>	18
1.1.4. <i>El surgimiento del humanismo renacentista y la aparición de los primeros asilos y manicomios</i>	19
1.1.5. <i>La evolución de la psicopatología a lo largo del siglo XIX</i>	19
1.1.6. <i>La psicopatología contemporánea</i>	21
1.2. El ámbito terminológico y conceptual de la psicopatología	22
1.2.1. <i>Definiciones y terminología. Algunas precisiones de tipo conceptual</i>	22
1.2.2. <i>Diversos enfoques aplicados y nuevas tendencias en psicopatología</i>	24
1.3. Modelos de psicopatología	30
1.3.1. <i>Modelo médico-organicista</i>	31
1.3.2. <i>Modelo psicodinámico</i>	32
1.3.3. <i>Modelo conductista</i>	33
1.3.4. <i>Modelo cognitivo</i>	34
Propuesta práctica	36
2. <i>La clasificación de los trastornos mentales</i>	37
2.1. Introducción	37
2.2. Ventajas de los sistemas de clasificación	39

2.3.	Inconvenientes de los sistemas de clasificación	39
2.4.	Principales sistemas de clasificación: <i>DSM</i> y <i>CIE</i>	40
2.4.1.	<i>Breve recuerdo histórico de los sistemas de clasificación DSM y CIE</i>	40
2.4.2.	<i>DSM-5</i>	44
2.4.3.	<i>CIE-11</i>	47
2.4.4.	<i>Críticas a los sistemas categoriales</i>	48
2.5.	El sistema dimensional: un enfoque cuantitativo a la clasificación ..	50
2.5.1.	<i>Aplicación al contexto clínico</i>	51
2.6.	HiTOP: un nuevo sistema de clasificación emergente	51
2.6.1.	<i>Concepto de espectro</i>	52
2.6.2.	<i>La jerarquía superior del espectro: el factor p de la psicopatología</i>	52
2.7.	Proyecto RDoC del NIMH	53
2.7.1.	<i>Componentes del sistema RDoC</i>	54
2.7.2.	<i>Estructura de la matriz RDoC</i>	54
2.8.	Análisis de redes en la psicopatología	55
2.8.1.	<i>El modelo de redes en la psicopatología</i>	56
2.8.2.	<i>Principios constitutivos de la teoría de redes</i>	57
2.8.3.	<i>Conceptos clave de la teoría de redes en la psicopatología</i>	58
2.8.4.	<i>Valoración de la red</i>	58
2.8.5.	<i>Métrica del nodo de centralidad</i>	59
2.9.	El conectoma humano	60
2.9.1.	<i>Psicopatología y conectoma humano: una perspectiva transdiagnóstica</i>	61
2.10.	El enfoque transdiagnóstico	61
2.10.1.	<i>Factores transdiagnósticos</i>	62
2.10.2.	<i>Aplicaciones a la psicopatología</i>	64
	Propuesta práctica	65

3. Trastornos de la ansiedad

3.1.	Introducción	67
3.2.	Trastorno de ansiedad generalizada	69
3.2.1.	<i>Caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada</i>	70
3.2.2.	<i>Presentación clínica</i>	71
3.2.3.	<i>Criterios de diagnóstico del TAG, según el DSM-5</i>	74
3.2.4.	<i>Epidemiología, comorbilidad, curso y pronóstico</i>	74
3.2.5.	<i>Teorías del trastorno de ansiedad generalizada</i>	76
3.3.	Trastorno de pánico	81

Índice

3.3.1. Caso clínico de trastorno de pánico	82
3.3.2. Presentación clínica	83
3.3.3. Criterios de diagnóstico, según el DSM-5	87
3.3.4. Agorafobia	88
3.3.5. Epidemiología, comorbilidad, curso y pronóstico	90
3.3.6. Modelos clínicos del ataque de pánico	92
3.4. Trastorno de ansiedad social	94
3.4.1. Caso clínico de ansiedad social	95
3.4.2. Presentación clínica	96
3.4.3. Criterios de diagnóstico, según el DSM-5	98
3.4.4. Epidemiología, comorbilidad, curso y pronóstico	99
3.4.5. Modelos psicológicos conductuales y cognitivos	101
3.5. Trastorno de ansiedad por separación	103
3.5.1. Presentación clínica y criterios de diagnóstico	103
3.5.2. Epidemiología, comorbilidad, curso y pronóstico	104
3.5.3. Ansiedad por separación y rechazo escolar	106
3.5.4. Mutismo selectivo	107
3.5.5. Temperamento	107
3.6. Fobias específicas	108
3.6.1. Presentación clínica y criterios de diagnóstico	108
3.6.2. Epidemiología	110
3.7. Evaluación de los trastornos de la ansiedad	110
3.7.1. La entrevista clínica	111
3.7.2. Ámbitos de la evaluación	112
3.8. Los trastornos de la ansiedad en el ámbito de la educación	113
3.8.1. La ansiedad como precursora de la psicopatología en la edad adulta	113
3.8.2. Factores de riesgo y factores de protección de la ansiedad	114
3.8.3. El impacto de la ansiedad en la educación	114
3.8.4. Prevención de la ansiedad desde la educación	116
Propuesta práctica	117
4. Trastornos del estado de ánimo	119
4.1. Depresión mayor	119
4.1.1. Presentación clínica	119
4.1.2. Criterios de diagnóstico, según el DSM-5	121
4.1.3. Caso clínico de depresión mayor	122
4.1.4. Epidemiología, comorbilidad, curso y pronóstico	123

4.2.	Trastorno bipolar	125
4.2.1.	<i>Presentación clínica y criterios de diagnóstico</i>	125
4.2.2.	<i>Caso clínico de trastorno bipolar</i>	127
4.2.3.	<i>Epidemiología, comorbilidad, curso y pronóstico</i>	128
4.3.	Otros trastornos del estado de ánimo	130
4.3.1.	<i>La depresión ansiosa</i>	130
4.3.2.	<i>Trastorno depresivo persistente (distimia)</i>	131
4.3.3.	<i>Caso clínico de trastorno depresivo persistente</i>	131
4.3.4.	<i>Trastorno disfórico premenstrual</i>	133
4.3.5.	<i>Depresión infantil y adolescente</i>	134
4.4.	Evaluación de los trastornos del estado de ánimo	135
4.5.	Teorías explicativas	136
4.5.1.	<i>Teorías psicodinámicas</i>	137
4.5.2.	<i>Teorías conductistas</i>	137
4.5.3.	<i>Teorías cognitivas</i>	139
4.6.	La depresión en el ámbito de la educación	140
4.6.1.	<i>Prevención de la depresión en el ámbito de la educación</i>	141
	Propuesta práctica	143

5.	<i>El trastorno obsesivo-compulsivo</i>	145
5.1.	Introducción	145
5.1.1.	<i>Caso clínico de trastorno obsesivo-compulsivo</i>	145
5.2.	Presentación clínica y criterios de diagnóstico	147
5.2.1.	<i>Tipología del trastorno obsesivo-compulsivo</i>	147
5.2.2.	<i>Criterios de diagnóstico del TOC, según el DSM-5</i>	151
5.3.	Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo	152
5.4.	Epidemiología, comorbilidad, curso y pronóstico	153
5.4.1.	<i>Epidemiología</i>	153
5.4.2.	<i>Comorbilidad</i>	153
5.4.3.	<i>Curso</i>	154
5.4.4.	<i>Pronóstico</i>	155
5.5.	Teorías y modelos explicativos	155
5.5.1.	<i>Modelo conductual</i>	155
5.5.2.	<i>Modelo cognitivo</i>	156
5.5.3.	<i>Modelo metacognitivo de Wells</i>	157
5.6.	Otros trastornos del espectro del TOC	158
5.6.1.	<i>Trastorno dismórfico corporal</i>	158
5.6.2.	<i>Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad</i>	160

5.7. El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes	161
5.8. El trastorno obsesivo-compulsivo en el ámbito de la educación	163
Propuesta práctica	164
6. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	165
6.1. Introducción	165
6.1.1. Caso clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad	165
6.2. Presentación clínica y criterios de diagnóstico	167
6.2.1. Presentación clínica	167
6.2.2. Cambio de los síntomas con la edad	170
6.2.3. Criterios de diagnóstico, según el DSM-5	173
6.3. Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad	175
6.4. Epidemiología y comorbilidad	176
6.4.1. Epidemiología	176
6.4.2. Comorbilidad	178
6.5. Teorías y modelos explicativos	181
6.5.1. Disfunción ejecutiva y autocontrol	182
6.5.2. Otras teorías	186
6.6. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el ámbito de la educación	187
Propuesta práctica	189
7. Trastornos del comportamiento perturbador	191
7.1. Trastorno negativista desafiante	191
7.1.1. Caso clínico del trastorno negativista desafiante	192
7.1.2. Presentación clínica, criterios de diagnóstico y evaluación	193
7.1.3. Epidemiología, comorbilidad y curso a lo largo del desarrollo	196
7.1.4. Teorías y modelos explicativos	198
7.2. Trastornos de conducta	201
7.2.1. Caso clínico de trastorno de conducta	202
7.2.2. Presentación clínica, criterios diagnósticos y evaluación	203
7.2.3. Epidemiología, comorbilidad y curso a lo largo del desarrollo	207
7.2.4. Teorías y modelos explicativos	210
Propuesta práctica	211

8.	<i>Trastornos del estrés: estrés, estrés postraumático y estrés agudo</i>	213
8.1.	Introducción	213
8.2.	Definición de estrés	213
	8.2.1. <i>Factores que predisponen al estrés</i>	214
	8.2.2. <i>Factores de vulnerabilidad al estrés</i>	216
	8.2.3. <i>Factores de resiliencia</i>	217
	8.2.4. <i>Distrés y eustrés</i>	218
	8.2.5. <i>Modelo de diátesis-estrés en la psicopatología</i>	219
	8.2.6. <i>Burnout: el estrés del profesorado y su evaluación</i>	219
8.3.	Trastorno por estrés postraumático	221
	8.3.1. <i>Introducción</i>	222
	8.3.2. <i>Presentación clínica y criterios de diagnóstico</i>	223
	8.3.3. <i>Caso clínico de trastorno por estrés postraumático</i>	225
	8.3.4. <i>Evaluación</i>	226
	8.3.5. <i>Epidemiología, comorbilidad y curso natural</i>	227
	8.3.6. <i>Teorías y modelos explicativos</i>	231
8.4.	Trastorno por estrés agudo	234
	8.4.1. <i>Presentación clínica, criterios de diagnóstico y evaluación</i>	234
	8.4.2. <i>Caso clínico de trastorno por estrés agudo</i>	237
	8.4.3. <i>Epidemiología, comorbilidad y trayectorias del desarrollo</i>	238
	Propuesta práctica	239
9.	<i>Trastornos alimentarios</i>	241
9.1.	Introducción	241
9.2.	Anorexia nerviosa	241
	9.2.1. <i>Caso clínico de anorexia nerviosa</i>	242
	9.2.2. <i>Presentación clínica y criterios de diagnóstico</i>	243
9.3.	Bulimia nerviosa	247
	9.3.1. <i>Caso clínico de bulimia nerviosa</i>	248
	9.3.2. <i>Presentación clínica y criterios de diagnóstico</i>	250
9.4.	Trastorno de atracones	252
	9.4.1. <i>Caso clínico de trastorno de atracones</i>	252
	9.4.2. <i>Presentación clínica y criterios de diagnóstico</i>	253
9.5.	Evaluación de los trastornos alimentarios	255
9.6.	Epidemiología, comorbilidad y curso evolutivo de los trastornos alimentarios	256
	9.6.1. <i>Epidemiología</i>	256

Índice

9.6.2. Comorbilidad	257
9.7. Teorías y modelos explicativos	258
9.7.1. <i>Disfunción neurobiológica</i>	258
9.7.2. <i>Modelos cognitivo-conductuales</i>	259
9.8. Factores de riesgo y factores protectores de los trastornos alimentarios	262
9.9. Los trastornos alimentarios en el ámbito de la educación	264
9.9.1. <i>Programas de prevención en el ámbito de la educación</i>	265
9.9.2. <i>Nuevas tendencias en los programas de prevención en el nivel escolar</i>	268
9.9.3. <i>La importancia de las redes sociales</i>	268
Propuesta práctica	269

10. Discapacidad intelectual	271
10.1. Introducción	271
10.2. Presentación clínica, clasificación y criterios de diagnóstico	272
10.2.1. <i>Aclaración terminológica y conceptual</i>	272
10.2.2. <i>El constructo de la discapacidad intelectual</i>	273
10.2.3. <i>Definiciones actuales de la discapacidad intelectual</i>	273
10.2.4. <i>Caso clínico de discapacidad intelectual</i>	274
10.2.5. <i>Presentación clínica y criterios de diagnóstico</i>	276
10.2.6. <i>Clasificación de la discapacidad intelectual</i>	278
10.3. Evaluación	279
10.3.1. <i>En relación con la discapacidad intelectual</i>	279
10.3.2. <i>En relación con la madurez social</i>	280
10.4. Epidemiología, comorbilidad y otros síndromes específicos	280
10.4.1. <i>Epidemiología</i>	281
10.4.2. <i>Comorbilidad</i>	282
10.4.3. <i>Síndromes específicos vinculados con la discapacidad intelectual</i>	287
10.5. Teorías y modelos explicativos	289
10.5.1. <i>Modelo biomédico</i>	291
10.5.2. <i>Modelo psicoeducativo</i>	291
10.5.3. <i>Modelo sociocultural</i>	291
10.5.4. <i>Modelo de justicia o legal</i>	292
10.5.5. <i>Modelo holístico</i>	292
Propuesta práctica	295

11.	<i>El trastorno del espectro del autismo</i>	297
11.1.	Introducción	297
11.2.	Presentación clínica y criterios de diagnóstico	299
	11.2.1. <i>Aproximación conceptual</i>	299
	11.2.2. <i>Caso clínico de trastorno de espectro autista</i>	300
	11.2.3. <i>Presentación clínica</i>	301
11.3.	Epidemiología, comorbilidad y curso a lo largo del desarrollo	306
	11.3.1. <i>Epidemiología</i>	306
	11.3.2. <i>Comorbilidad</i>	309
	11.3.3. <i>Curso del desarrollo</i>	313
11.4.	Teorías y modelos explicativos	314
	11.4.1. <i>Teoría de la mente</i>	314
	11.4.2. <i>Teoría sistémica-empática</i>	316
	11.4.3. <i>Teoría del cerebro masculino extremo</i>	316
	11.4.4. <i>Teoría de la coherencia central débil</i>	316
	11.4.5. <i>Teoría de la motivación social</i>	317
	11.4.6. <i>Teoría de las disfunciones ejecutivas</i>	318
	Propuesta práctica	319
12.	<i>Esquizofrenia</i>	321
12.1.	Introducción	321
12.2.	Los pioneros en el estudio de la esquizofrenia	322
12.3.	Presentación clínica y criterios de diagnóstico	322
	12.3.1. <i>Presentación clínica</i>	323
	12.3.2. <i>Criterios de diagnóstico, según el DSM-5</i>	335
	12.3.3. <i>Caso clínico de esquizofrenia</i>	337
12.4.	Evaluación de la esquizofrenia	339
12.5.	Epidemiología, comorbilidad y curso natural	341
	12.5.1. <i>Epidemiología</i>	341
	12.5.2. <i>Comorbilidad</i>	343
	12.5.3. <i>Curso de la esquizofrenia</i>	347
	12.5.4. <i>Factores ligados al pronóstico de la esquizofrenia</i>	349
12.6.	Teorías y modelos explicativos de la esquizofrenia	350
	12.6.1. <i>Teorías psicodinámicas</i>	351
	12.6.2. <i>Teorías conductuales</i>	352
	12.6.3. <i>Teorías cognitivas</i>	352
	12.6.4. <i>Teoría de la mente</i>	353

Índice

12.6.5. <i>El modelo diátesis-estrés</i>	353
12.6.6. <i>Teorías socioculturales</i>	354
12.6.7. <i>Teorías neurobiológicas</i>	355
Propuesta práctica	355
 <i>Bibliografía seleccionada</i>	 357



WEB

Material digital adicional

El código que se facilita en la primera página del presente libro da acceso a estos materiales complementarios en la página web www.sintesis.com.

Anexos digitales

- Anexo 3.1 Instrumentos para la evaluación de la ansiedad
- Anexo 4.1 Diferencias de género en cuanto a la clínica, el curso del trastorno y la comorbilidad
- Anexo 4.2 Diferencias clínicas entre el trastorno bipolar y la depresión
- Anexo 4.3 Instrumentos de evaluación de la depresión
- Anexo 5.1 Instrumentos de evaluación del TOC
- Anexo 6.1 Instrumentos de diagnóstico del TDAH
- Anexo 7.1 Instrumentos de diagnóstico del trastorno negativista desafiante
- Anexo 7.2 Instrumentos de diagnóstico de los problemas de conducta
- Anexo 8.1 Instrumentos de autoinforme para la evaluación del estrés en el profesorado
- Anexo 8.2 Criterios de diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, según el *DSM-5*
- Anexo 8.3 Instrumentos de diagnóstico del TEPT
- Anexo 8.4 Evaluación clínica del trastorno por estrés agudo
- Anexo 9.1 Instrumentos de diagnóstico de los trastornos alimentarios
- Anexo 10.1 Definición de los términos más usuales en el ámbito de la discapacidad
- Anexo 10.2 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)
- Anexo 10.3 Instrumentos de evaluación de la inteligencia y de la madurez social

Psicopatología aplicada a la educación

- Anexo 10.4 Resumen de los factores clave de cada perspectiva teórica para explicar la discapacidad intelectual y organizar la información relevante
- Anexo 11.1 Apoyos en función del nivel de gravedad del trastorno del espectro del autismo
- Anexo 11.2 Instrumentos para la evaluación del trastorno del espectro del autismo
- Anexo 11.3 Prevalencia de otros trastornos en personas con autismo
- Anexo 12.1 Instrumentos para la evaluación de la esquizofrenia
- Anexo 12.2 Síntesis de los predictores de la esquizofrenia

Referencias bibliográficas

2

La clasificación de los trastornos mentales

2.1. Introducción

Hace poco tiempo, Teodoro Millon (2010) recordaba la irritación que experimentó años atrás al observar que la naturaleza no estaba hecha para satisfacer la necesidad de disponer de un universo metódico y bien organizado. Resulta bastante evidente que la complejidad del mundo natural dificulta no solo establecer relaciones bien definidas entre los fenómenos, sino también simplemente fijar un procedimiento a través del cual estos fenómenos puedan ser clasificados y ordenados. En todo caso, para alcanzar nuestro deseo de marcar un orden básico, es obligado referirnos solamente a unos pocos de los infinitos elementos que pudieran ser escogidos. En esta obligada selección, estrechamos el cerco sobre aquellos aspectos que, a nuestro juicio, responden con más acierto a las cuestiones que tenemos planteadas. Manejamos a nuestro antojo estos elementos, los nominamos, los transformamos, los agrupamos de una u otra forma, etc., hasta que satisfacen más o menos nuestros propósitos. Pero no confundamos estas transformaciones con la propia realidad. Estos conceptos o categorías son meras herramientas opcionales para guiar nuestra observación y nuestra interpretación del mundo natural. Otros conceptos o categorías podrían ser igualmente válidos.

Estas herramientas son especialmente necesarias cuando el ámbito al que tenemos que hacer frente es la taxonomía de la psicopatología. El mundo físico, a diferencia de la naturaleza humana, está sometido a leyes y principios probabilísticos que se cumplen con enorme precisión. Sin embargo, cuando se hallan ante fenómenos más blandos en su naturaleza, los científicos necesitan imponer a veces métodos arbitrarios de sistematización que faciliten un cierto grado de claridad y coherencia. Así, en el ámbito de

las ciencias humanas, y más en concreto en la psicopatología, se utilizan categorías y clasificaciones que son de naturaleza teórica, pero cuya validez, desde un punto de vista funcional, es necesario demostrar.

Con esta perspectiva *in mente* estamos en disposición de plantearnos la siguiente cuestión: ¿cómo podemos optimizar la conceptualización y la organización de los datos clínicos que aporta la psicopatología?

La respuesta es compleja, porque los datos de naturaleza psicopatológica son extremadamente variados, versátiles, y pueden ser explorados y diagnosticados desde diferentes ópticas, todas ellas igualmente legítimas. Potencialmente, cada perspectiva o enfoque de la psicopatología tiene derecho a establecer su propio sistema de clasificación y ordenamiento de la realidad de la que trate. Por ello, el objeto de la clasificación de la psicopatología es diverso y variado, siendo posibles varias modalidades para la categorización de los trastornos mentales.

En la psicopatología, por la naturaleza de los datos que se manejan, y de forma contraria a como acontece en otras ciencias, la clasificación de los trastornos mentales está rozando constantemente la incertidumbre, no solo ya por la volubilidad de la propia fenomenología clínica, sino también debido al desconocimiento de las causas que originan un buen número de trastornos.

Dada las premisas anteriores, nos podemos preguntar por qué es necesaria la clasificación de los trastornos mentales, cuáles son sus ventajas, que inconvenientes ofrece, etc.

Esta necesidad se desprende, en buena medida, de los argumentos especificados líneas atrás. El intercambio de pensamientos, mensajes e ideas es el objetivo fundamental de todo proceso de comunicación. En la vida diaria, en el diálogo con otra persona, intercambiamos mensajes verbales y no verbales. Seleccionamos, evaluamos y categorizamos ciertas palabras o frases que resultan de la información verbal que ofrece nuestro interlocutor.

En el ámbito de la psicopatología, uno de los propósitos de la clasificación de los trastornos mentales es desarrollar un medio de comunicación entre los científicos y entre los clínicos. Dada esta finalidad, para que un sistema de clasificación sea válido, hará falta que reúna las siguientes características:

- a) Deberá ser fiable y consistente entre los usuarios (acuerdo interjueces) y con respecto al mismo usuario, y habrá de demostrar esa consistencia en diferentes periodos de tiempo (estabilidad).
- b) Deberá describir el rango de los aspectos que cubre (que especifique si se trata, por ejemplo, de dimensiones orgánicas y conductuales).
- c) Deberá tener una validez descriptiva óptima, la cual puede definirse como el grado en el que las categorías dentro del sistema son homogéneas con respecto a sus atributos relativos (síntomas, datos biográficos, constructos de la personalidad y cualesquiera otros atributos que se definan en la categoría).

- d) El sistema deberá tener también validez predictiva y clínica. Esto es: la clasificación deberá ser capaz de predecir otras variables y determinar si las variables pronosticadas son clínicamente significativas.

2.2. Ventajas de los sistemas de clasificación

La clasificación de los trastornos mentales tiene una larga y atractiva historia, gracias, en parte, a las ventajas que se derivan de la propia clasificación de los trastornos mentales. Entre estas, merecen ser destacadas las siguientes:

- Los sistemas de clasificación son necesarios para el desarrollo de la ciencia clínica. Los datos deben estar organizados de la forma más práctica y útil posible, y los conceptos deben ser referidos de forma precisa para que la ciencia psicopatológica pueda avanzar.
- Los sistemas de clasificación, gracias a la nominación que dan a los trastornos, facilitan la búsqueda de la información de forma rápida y eficaz en las bases de datos científicas.
- Igualmente, gracias al diagnóstico, los pacientes pueden ir de un profesional de la salud a otro, pues este último podrá atenderles perfectamente simplemente por el diagnóstico que tienen asignado.
- Los sistemas de clasificación permiten una recolección ordenada de datos clínicos y la elaboración de los análisis estadísticos, haciendo factibles los estudios epidemiológicos, los estudios longitudinales y el seguimiento de los pacientes.
- Estos sistemas facilitan la comunicación entre los clínicos y los administradores de la salud.

2.3. Inconvenientes de los sistemas de clasificación

Al margen de sus ventajas, es necesario señalar algunos inconvenientes que se han ido observando mediante a la aplicación de estos sistemas. Exponemos, en lo que sigue, algunos de ellos.

La asignación de un diagnóstico a un paciente puede causar efectos iatrogénicos, tales como el estigma social que se deriva de ser considerado un enfermo mental.

Otro aspecto criticable de los sistemas de diagnóstico hace referencia a las propiedades psicométricas. Hay que procurar que sean fiables, válidas y útiles, y esto no siempre se verifica.

Una crítica final se centra en la inconsistencia dentro de los propios sistemas de clasificación. A menudo, los sistemas categóricos se critican porque sus categorías no

son mutuamente excluyentes y, en consecuencia, se solapan, lo que hace incrementar la comorbilidad entre los trastornos.

2.4. Principales sistemas de clasificación: *DSM* y *CIE*

Tal y como se ha reflejado en el capítulo relativo a la historia de la psicopatología, a medida que traíamos a escena a los autores más representativos de nuestra disciplina, se añadían reiteradas alusiones a la clasificación de los trastornos mentales.

2.4.1. Breve recuerdo histórico de los sistemas de clasificación *DSM* y *CIE*

El primer sistema de clasificación de los trastornos mentales fue llevado a cabo en Estados Unidos, en el censo de 1840, el cual contiene solo una categoría, que comprende tanto la idiocia como la insania. Cuarenta años más tarde, la psiquiatría norteamericana reconoció siete categorías de trastornos mentales, entre las que destacan la manía, la melancolía, la demencia, la dipsomanía y la epilepsia. En 1927, la APA, siguiendo el camino trazado por Kraepelin, establece un sistema de clasificación de los trastornos mentales semejante al del propio Kraepelin y que fue utilizado hasta 1935, año en que fue revisado e introducido en la *Standard Classified Nomenclature of Disease* de la asociación médica americana.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud asumió la responsabilidad de poner al día el sistema previamente denominado *International Causes of Death* y que había sido revisado cada 10 o 20 años desde su fundación en el año 1900. La sexta revisión, denominada *ICD-6*, contiene la primera clasificación de los trastornos mentales, con el título “Trastornos psiconeuróticos y de la personalidad”. Este primer sistema de clasificación contenía 10 categorías de psicosis, nueve de psiconeurosis y siete de trastornos del carácter, la conducta y la inteligencia.

Aunque los psicopatólogos americanos participaron en el desarrollo de la sección de los trastornos mentales de la *ICD-6*, la falta de importantes categorías diagnósticas, tales como las demencias, cierto trastornos de la personalidad y algunos trastornos relativos al ajuste, provocó una cierta insatisfacción entre los usuarios de tal clasificación en los Estados Unidos, Finlandia, Nueva Zelanda, Tailandia, etc.

La falta de respaldo internacional a la *ICD-6* hizo que la OMS encargase al psiquiatra británico Erwin Stengel una investigación sobre esta situación. Stengel concluyó que la ausencia de acuerdo internacional era debida a que en la *ICD-6* se incluyen los factores etiológicos de los trastornos. Por ello, se sugería que en el desarrollo de los nuevos sistemas de clasificación se propusieran únicamente criterios operacionales, sin especificar las posibles causas.

A) DSM-I

En 1951, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos comisionó a un grupo de trabajo –alguno de cuyos componentes (el 15%) serán miembros de la APA– para desarrollar un sistema alternativo a la sección de trastornos mentales de la *ICD-6*. El documento, preparado por George Raines, está basado en el sistema de clasificación de la Veterans Administration, y fue publicado en 1952 por la APA, con el título *Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (DSM-I)*. Sin duda alguna, se dejó notar de forma especial en esta clasificación la mano de Meyer, a través del concepto de los tipos de reacción. En concreto, la sección se denominó *Diseases of the Psychobiologic Unit*, en consonancia con las ideas del propio Meyer. El *DSM-I* se publicó en forma de pequeño libro (130 páginas) y a un modesto precio de tres dólares. Las descripciones de los trastornos incorporaban criterios conductuales y de rasgos. Recordemos que 93 de las 128 categorías eran breves descripciones, con menos de 200 palabras, y añadían poco más de lo que aportaba el sentido del término utilizado. Fue un sistema de clasificación muy focalizado en los pacientes hospitalizados, en el que se referían principalmente trastornos orgánicos y psicóticos.

B) CIE-8

Una vez que se había alcanzado el éxito con la nomenclatura formulada en el *DSM-I*, la siguiente tarea de la psiquiatría americana fue establecer una correspondencia entre el *DSM-I* y la *CIE-6*. Los inicios del trabajo reflejaron rápidamente las diferencias existentes entre los dos manuales, puesto que uno de ellos, la *CIE-6*, proporcionaba una clasificación de los trastornos mentales de acuerdo con un criterio estadístico, mientras que el *DSM-I* ofrecía una nomenclatura y una clasificación según observaciones clínicas (Millon, 1986).

Como es fácil entrever, fueron necesarias muchas soluciones de compromiso para salvar no solo estas discrepancias de fondo, sino también las diferencias existentes en cuanto a la nomenclatura. Como si de una etapa interina se tratase, se introdujeron una serie de modificaciones en el texto de la *CIE-6*, con el objeto de adaptar la terminología propia del *DSM-I*. Debido a que estas modificaciones no pudieron ser validadas convenientemente de acuerdo con los principios de la OMS, la siguiente edición de la clasificación internacional de enfermedades –la *CIE-7*–, aparecida en 1955, no recogía estos cambios, por lo que las diferencias entre el *DSM-I* y la recién publicada *CIE-7* eran muy notorias.

Estas desavenencias causaron un profundo malestar entre los usuarios de estos sistemas de clasificación, y ello urgió, en el nivel internacional, a hacer un esfuerzo colectivo para optimizar la uniformidad entre ambos.

A partir de 1960, la Organización Mundial de la Salud inició una consulta amplia entre los psiquiatras y psicólogos clínicos de numerosos países, con el objeto de estable-

cer criterios homogéneos de clasificación de las enfermedades mentales que reflejaran mínimamente las diferencias transculturales. Los trabajos fueron sometidos a la reunión del comité específico de la Organización Mundial de la Salud en el verano de 1963, y fueron aprobados definitivamente en la conferencia de revisión internacional de la OMS de 1965, bajo la denominación *CIE-8*. Su publicación tuvo lugar en 1968.

C) DSM-II

La estrecha colaboración que prestó la APA en la elaboración de la *CIE-8* fue un factor determinante para motivar la organización y la publicación de su propio sistema de clasificación, de forma que resultase compatible con la nueva nosología internacional.

La APA organizó un comité de nomenclatura y estadística, bajo la presidencia de Ernest Gruenberg, con el fin de preparar para la APA un nuevo manual de clasificación de los trastornos mentales, como decíamos, semejante a la *CIE-8*, con la salvedad de que los términos introducidos deberían ser decididos de acuerdo con la idiosincrasia propia de los Estados Unidos. Esta última exigencia venía motivada porque la *CIE-8* no contenía un glosario de términos adaptado al país americano.

El comité se reunió prácticamente de forma inmediata, y en 1967 sometió el primer borrador del *DSM-II* a la consideración de un selecto grupo de 120 psiquiatras. A mediados del año 1967, con las sugerencias de estos profesionales, se procedió a la redacción definitiva del documento, que fue aprobado por el comité ejecutivo a finales de 1967 y publicado en 1968 como *DSM-II*.

Sin en el *DSM-I* se desaconsejaba a los clínicos que formularan diagnósticos múltiples, en el *DSM-II* se recomendaba explícitamente que se diagnosticase cada uno de los trastornos existentes, incluso en aquellos casos en los que un trastorno fuera consecuencia de otro, como puede suceder con la depresión y el alcoholismo. El término “reacción”, tan profusamente utilizado en la *DSM-I*, fue prácticamente rechazado en la nueva clasificación y su uso quedó muy restringido.

A pesar de que el *DSM-II* preconizaba la utilización del diagnóstico múltiple, aún no se había establecido el diagnóstico multiaxial de forma rutinaria, tal como ocurrió a partir del *DSM-III*. En 1975, se publicaba la novena edición de la *CIE*, en la cual aparecen muy pocos cambios en comparación con su predecesora, la *CIE-8*.

D) DSM-III

Sin duda alguna, la tercera edición del *DSM*, publicada en 1980, se elaboró en gran parte con los avances de la psicopatología europea. En efecto, a principios de la década de los 70, esta contaba con instrumentos de investigación semiológica y nosológica muy

superiores a los de Estados Unidos. Como botón de muestra, recordemos el Present State Examination (PSE), desarrollado por Wing en Reino Unido, en 1974, que es una entrevista de gran prestigio y amplio uso. Por aquel entonces, se publica en Alemania un manual para el diagnóstico de los trastornos mentales (*Das AMP-System: Manual zur Dokumentation psyatrischer Befunde*), de Shartetter, en 1971, que se acompañaba de un glosario, una entrevista semiestructurada y la posibilidad de hacer un diagnóstico por ordenador. Estos trabajos y otras muchas aportaciones fueron dando un prestigio muy notable a la psiquiatría europea y motivaron que adquiriese una posición relevante en los trabajos de preparación del nuevo *DSM-III*.

Mediada la década de los años 60, empieza a notarse un clima de cierto descontento, cada vez más notorio, con los sistemas de clasificación psiquiátricos. Esta insatisfacción vino motivada por la baja fiabilidad que presentaban, la dependencia de dichos sistemas con respecto al modelo médico, y las consecuencias negativas derivadas para el paciente, una vez que este era señalado con un determinado diagnóstico.

A pesar de que esta insatisfacción se tradujo en ataques sin cuento al sistema asistencial americano, que provocaron furibundos encontronazos entre los defensores y los detractores de los sistemas de clasificación, no por ello decreció el interés por la categorización de los trastornos mentales, al menos en una buena parte de los profesionales.

En efecto, a comienzos de la década de los 70, un grupo de psiquiatras –agotados por la contienda que habían librado los profesionales contrarios a la clasificación de las enfermedades mentales y desilusionados por la escasa eficacia que mostraban las técnicas de tratamiento psicodinámico– se organizaron en un grupo que Klerman (1978) bautizó con el nombre de movimiento de los neokraepelianos, que fijaron el punto de partida del *DSM-III*.

Los líderes de este movimiento fueron Guze y Robins, de la Universidad de Washington en Saint Louis (Missuri); George Winokur, de la Universidad de Iowa, donde ejercía como jefe del departamento de psiquiatría; Donald Klein, director de investigación en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York y profesor en Columbia, y Robert Spitzer, que también trabajaba en este instituto de Nueva York.

Los neokraepelianos elaboraron una serie de principios que sirvieron de base para el nuevo *DSM-III*. Entre ellos, destacan que la psiquiatría, en tanto que rama de la medicina, debe utilizar la metodología científica y atender a los pacientes que requieran un tratamiento para su enfermedad mental, la cual se distingue de otras situaciones normales en las que se aprecia la enfermedad. En contra del parecer del movimiento antipsiquiátrico, establecen claramente que la enfermedad mental es un hecho, aunque no exista una única enfermedad, sino muchas enfermedades mentales. Por ello, estas abandonan la condición de mito. Por tanto, la función de la psiquiatría –igual que otras ramas de la medicina– consiste en investigar las causas y establecer el diagnóstico y el tratamiento que correspondan. El movimiento neokraepeliano, basado en el modelo médico, pone el énfasis en los aspectos biológicos de la enfermedad mental y muestra gran interés por la

clasificación de las afecciones mentales y su diagnóstico. Estos profesionales creen que hay que establecer criterios de diagnóstico científicamente validados, a través de técnicas estadísticas que garanticen la fiabilidad y la validez de la clasificación.

Tomando como punto de partida estas ideas, se procedió a la elaboración del *DSM-III*, que alberga un contenido mucho más voluminoso que el *DSM-I* y el *DSM-II*. En cuanto al número de categorías diagnósticas, el *DSM-III* tiene 265; por el contrario, el *DSM-I*, 108, y el *DSM-II*, 182. Estos cambios también se reflejan en el número de páginas, pues el *DSM-I* tenía 130 páginas y 34 000 palabras; el *DSM-II*, 134 páginas y algo más de 34 000 palabras, y el *DMS-III* alcanzó las 494 páginas y las 177 000 palabras.

Entre las principales aportaciones del *DSM-III*, figuran el diagnóstico multiaxial, la organización interna del manual en categorías diagnósticas, y la utilización de criterios de diagnóstico con un punto de corte específico. El *DSM-III* fue pronto revisado en función de las críticas recibidas, y ello dio paso a una nueva edición, el *DSM-III-R*, en 1987, y al *DSM-IV* y el *DSM-IV TR*, en los años 90, que siguieron en su elaboración un modelo semejante a del *DSM-III*.

E) CIE-10

La *CIE-10* supone una innovación importante con respecto a su predecesora, ya que presenta un tamaño considerablemente mayor, pues incluye 100 categorías diagnósticas, mucho más que las 30 de la *CIE-9*. El título adoptado es *Trastornos mentales de la conducta y del desarrollo*, y se trata de un sistema orientado al ámbito internacional, por lo que es muy sensible desde el punto de vista cultural, con el fin que pueda ser aplicado en los países miembros de la OMS.

2.4.2. DSM-5

El *DSM-5* comenzó su andadura a comienzos del año 1999 y es el reflejo de una década de trabajo y dos décadas de investigación, a partir de la publicación del *DSM-III*.

Las expectativas iniciales en torno a este manual tenían como punto de mira el previsible progreso de la psiquiatría biológica y el consiguiente avance que se produciría en esta obra como consecuencia del mejor conocimiento de las bases causales y la sintomatología de cada trastorno. Pero estas expectativas se fueron desvaneciendo progresivamente en el comienzo del proyecto, y se dirigieron los esfuerzos hacia otras áreas de investigación, tales como la psicología clínica, la psicopatología, la epidemiología, la psicopatología relacionada con el género, la psicopatología transcultural y del desarrollo, etc. Gracias a internet, los interesados de cualquier parte del mundo pudieron observar su evolución. Los sucesivos borradores fueron colgados en la web de la APA.

El primero fue puesto a disposición del público el 10 de febrero de 2010 y recibió 8000 comentarios. El segundo se publicó en 2011, y fueron enviados 2000 comentarios adicionales. Aunque esta iniciativa permitió a los coordinadores del proyecto comunicarse con profesionales de cualquier parte del mundo, también abrió las puertas para que los opositores incondicionales se alzaran en pie de guerra contra la edición del manual. Igualmente, la comunicación por internet, a través de correos electrónicos y blogs, permitió la unión de los críticos en el ámbito internacional, con una intensidad no prevista por los propios líderes del *DSM-5*.

David Kupfer fue nombrado presidente del comité de la APA para el *DSM-5* y recibió el encargo de elaborar un manual revolucionario que emparejara el sistema de clasificación con la moderna biología molecular, la neurociencia cognitiva y afectiva, y la psicometría. Reunió, con tal fin, a unos 500 profesionales de la salud mental, y los agrupó en 13 grupos de trabajo. Participaron 11 hospitales universitarios en las pruebas de campo para probar la fiabilidad de las categorías diagnósticas propuestas. El resultado de este trabajo se dio a conocer en mayo de 2013, a través de un voluminoso manual, que contiene 947 páginas y un total de 541 categorías diagnósticas, lo que supone un incremento de 160 categorías con respecto a su predecesor, el *DSM-IV*. Sin embargo, el número de categorías definidas usando criterios de diagnóstico se redujo a 151, en contraste con las 201 del *DSM-IV*.

A) Fundamentos de la revisión del DSM-5

A partir de la publicación del *DSM-III* y sus sucesores, en la práctica clínica se produjo una rápida y amplia aplicación de estos sistemas de diagnóstico, que eran tenidos en cuenta para conceder los fondos de investigación y realizar las pruebas clínicas, así como para el reembolso de los servicios psiquiátricos y psicológicos, etc. Los efectos de esta aplicación masiva de los manuales del *DSM*, a los que cabría añadir la *CIE-10*, en los mismos términos, acarreó una serie de consecuencias negativas que hay que poner de relieve. En primer lugar, fue un error considerar los criterios y categorías diagnósticas del *DSM* como un auténtico reflejo de la verdadera psicopatología. Igualmente, fue una equivocación notable el uso exclusivo de este sistema para la evaluación de la eficacia del tratamiento.

El rápido crecimiento de la investigación en los años 90, junto con el empeño de encontrar deficiencias en el *DSM-IV*, condujeron a la convocatoria de un encuentro entre la APA y el NIMH en 1999 para analizar la situación creada y acordar la edición de una nueva versión del *DSM*, el *DSM-5*.

Los estudios epidemiológicos Catchment Area Program (Eaton *et al.*, 1984) y, más tarde, el National Comorbidity Survey (Kessler, 1994) y su réplica (Kessler y Merikangas, 2004) pusieron de relieve una alta comorbilidad entre trastornos, lo que supuso

una dura crítica a la validez de las categorías diagnósticas del *DSM*, pues este debería contener categorías discontinuas y discretas entre sí.

También se observó que los objetivos diana del tratamiento farmacológico no eran coincidentes con los del *DSM*, en el sentido de que un fármaco como la fluoxetina, por ejemplo, indicado en principio para la depresión, también produce beneficios terapéuticos en los pacientes con trastornos de la ansiedad y de la ingesta.

B) Los cambios más notables en el DSM-5

Los cambios introducidos en el *DSM-5*, aunque fueron de carácter conservador, permitieron llevar a cabo importantes innovaciones. Pasamos revista brevemente a las modificaciones más notables:

1. *Nueva organización de los trastornos.* Con la aparición de nuevas categorías diagnósticas, tales como los trastornos obsesivos y los relativos a los traumas, algunas categorías diagnósticas, como los trastornos del humor, fueron divididas en dos subcategorías separadas: los trastornos depresivos y los bipolares. Se ordenaron los capítulos en función de la afinidad de los trastornos, de acuerdo con los estudios epidemiológicos, colocando más próximos los que guardan mayor relación. Por ejemplo: trastornos depresivos, trastornos de la ansiedad, trastornos obsesivos, etc.
2. *Introducción del espectro.* El concepto de espectro recibió una buena aceptación, y se habilitaron nuevas categorías en este sentido: el espectro de la esquizofrenia, el espectro del autismo, etc.
3. *Eliminación del diagnóstico multiaxial.* Los ejes diagnósticos de los sistemas anteriores fueron eliminados, salvo el eje cuarto, que fue considerado pertinente y quedó descrito en una nueva una categoría, denominada “Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention”, en la que se incluye una lista de elementos para el diagnóstico complementario multiaxial, por si se quiere añadir en la historia clínica.
4. *Atención especial a los aspectos relativos al desarrollo, el género y los aspectos culturales.* Se crearon secciones especiales para el desarrollo y su curso, aspectos relacionados con la cultura y aspectos referidos al género.

El *DSM-5* fue dividido en tres secciones y un apéndice. Las secciones primera y segunda, así como el apéndice, son semejantes a lo incluido en los manuales previos. Sin embargo, la sección tercera es totalmente nueva y contiene una serie de secciones orientadas a la toma de decisiones clínicas y el incremento de la sensibilidad con los aspectos transculturales. Además, propone un enfoque dimensional de los trastornos de la personalidad, entre otras novedades.

2.4.3. CIE-11

La undécima revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11)*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entró en vigor el día 22 de febrero de 2022. En comparación con las versiones anteriores, la *CIE-11* tiene un formato digital, es de fácil uso y está editada en múltiples idiomas. Fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2019, y los Estados miembros se comprometieron a utilizarla a partir de 2022.

Desde su publicación en 1992, la *CIE-10* no había experimentado ninguna revisión. En 2006, el capítulo quinto, “Trastornos mentales, conductuales y del neurodesarrollo”, fue asignado al Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS para proceder a su revisión.

El comité asumió su mandato desde un punto de vista pragmático, orientado a resolver estas dos cuestiones:

- Identificar qué categorías de trastornos mentales y condiciones relacionadas con la salud se consideran importantes para llevar a cabo el abordaje desde un punto de vista clínico.
- Cómo deberían ser definidas y operacionalizadas.

A) Utilidad clínica

Con el fin de elaborar la revisión de la *CIE-11*, la OMS proporcionó las siguientes indicaciones de utilidad clínica, con base en definiciones previas (Reed, 2010; Reed *et al.*, 2013):

- Facilitar la comunicación entre usuarios.
- Facilitar la conceptualización o comprensión de la entidad o las entidades clasificadas.
- Implementación fácil y exacta por los profesionales de la salud.
- Ayuda a los profesionales para seleccionar los tratamientos más adecuados y administrar las condiciones clínicas.

La OMS organizó muchas pruebas de campo, con los siguientes criterios:

1. Amplias entrevistas a profesionales en el nivel internacional.
2. Estudios de campo en el ámbito formativo acerca de cómo los clínicos conceptualizan la relación entre los trastornos mentales y cómo los trastornos mentales deberían ser clasificados para corresponder a la práctica clínica.

3. Análisis, a través de metodologías experimentales, basados en estudios de caso estandarizados.
4. Estudios de campo en los ámbitos en los que el sistema pretenda ser implementado, en los niveles primario y especializado.

B) Aplicabilidad global

La política seguida por la OMS es que el sistema pueda ser aplicado en cualquier país miembro. Para ello, se adoptaron las medidas que exponemos a continuación.

El International Advisory Group (IAG) y los restantes grupos de trabajo para la revisión de la *CIE-II* incluyeron representantes de todas regiones integrantes de la OMS. Las entrevistas, encuestas y otros materiales de trabajo fueron elaborados en las lenguas nativas propias de cada región.

Las guías de diagnóstico de la *CIE* incluyeron una sección específica para atender los aspectos culturales concretos de la presentación clínica y el diagnóstico de cada condición.

Las pruebas de campo de las guías de diagnóstico propuestas fueron realizadas por la Global Clinical Practice Network (GCPN) (Reed *et al.*, 2015), una red internacional compuesta por 14 000 profesionales de la salud mental y de la atención primaria de más de 50 países (Evans *et al.*, 2015, y Keeley *et al.*, 2016).

2.4.4. Críticas a los sistemas categoriales

Las recientes versiones de los manuales de diagnóstico, sobre todo el *DSM-IV* y el *DSM-5*, dotaron a la psicopatología de una enorme solidez, debido a que establecieron criterios de diagnóstico fiables para la mayor parte de los trastornos mentales y facilitaron la elaboración de instrumentos de diagnóstico, tales como las entrevistas y los cuestionarios, dotados de una gran validez y fiabilidad. Al mismo tiempo, el agnosticismo teórico del que hace gala la serie *DSM* ha facilitado la comparación de los resultados alcanzados por los grupos de investigación con diversas posiciones conceptuales. Al lado de estos valiosos avances, la serie *DSM*, y particularmente el *DSM-5*, ha sido objeto de importantes objeciones metodológicas y clínicas, que resumimos a continuación.

A) DSM-5 y CIE-10

Se han considerado sistemas categoriales teóricos, fruto de un consenso entre los miembros de las comisiones, y sin base en la investigación empírica, aunque en su elaboración se tuvieran en cuenta numerosas historias clínicas.