

MAGALI RODRIGUEZ

ID: UD95134CL104355

ADULT PSYCHOPATHOLOGY

ATLANTIC INTERNATIONAL UNIVERSITY

HONOLULU, HAWAI

FEBRUARY 23, 2026

CURSO:

Adult psychopathology

ASESOR:

Dr. Edward Lambert

UNIVERSIDAD:

Atlantic International University

AUTOR:

Magali Rodriguez

Índice

Presentación	05
Introducción	06
Módulo 1: Fundamentos de Psicopatología	07
1.1.1 Comprendiendo el comportamiento anormal	07
1.2. Clasificación de los trastornos mentales	09
1.2.1 Clasificación	09
1.3 El estigma de la enfermedad mental	10
1.4 La historia de la enfermedad mental	15
1.5 Métodos de investigación en psicopatología	18
Módulo 2: Modelos de Comportamiento Anormal	20
2.1.1 Modelo unidimensional de anomalía	20
2.1.2 Modelo multidimensional de anomalías	21
2.2 El modelo biológico	21
2.3 Perspectivas psicológicas	22
2.4 El modelo sociocultural	22

Módulo 3: Evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento	23
3.1 Métodos de evaluación	23
3.2 Diagnóstico y clasificación del comportamiento anormal	23
3.3 Tratamiento de los trastornos mentales	23
Sistema de Clasificación DSM de Trastornos Mentales	24, 25
4. Cuestiones contemporáneas en la psicopatología	26
Conclusión	26
Bibliografía	27

Presentación

Este ensayo explora la psicopatología como uno de los pilares fundamentales de la psicología, con especial atención a la psicopatología del adulto. Puesto que la psicopatología se basa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, resulta esencial estudiar y comprender las conductas anormales, categorizarlas mediante los sistemas de clasificación establecidos y desarrollar e implementar intervenciones terapéuticas adaptadas a la población específica a la que se atiende.

Este curso de psicopatología adulta aborda las causas y la clasificación de los trastornos mentales en adultos, revisa las técnicas de entrevista con pacientes para el diagnóstico y explica cómo utilizar las evaluaciones para apoyar la gestión de casos, desarrollar planes de tratamiento y personalizar la terapia para quienes buscan asesoramiento en salud mental.

Introducción

La psicopatología se define como la rama de la ciencia que estudia la conducta desadaptativa, centrándose en sus causas, síntomas y consecuencias. Esta conducta desadaptativa se conoce comúnmente como "conducta anormal" y subyace al tema central de la psicopatología, a menudo denominada psicología "anormal".

Por tanto, es esencial definir qué constituye un trastorno de salud mental. Según el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5), un trastorno mental constituye una alteración clínicamente significativa que afecta la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de una persona, reflejando una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental. Los trastornos mentales están asociados con malestar y discapacidad significativa, que impactan las áreas sociales, ocupacionales u otras importantes de la vida. Sin embargo, una respuesta esperada o culturalmente aceptada ante un evento estresante, como la pérdida de un ser querido, de por sí no constituye un trastorno mental. De manera similar, los comportamientos socialmente desviados, ya sean políticos, religiosos o sexuales, y los conflictos que surgen entre el individuo y la sociedad no constituyen trastornos mentales, a menos que la desviación o el conflicto resulte de la disfunción individual.

Respecto a la psicopatología adulta, resulta relevante discutir los factores que afectan la salud mental de esta población. La población adulta mayor, generalmente definida como personas de 65 años o más, ha ido aumentando de forma constante. Se esperaba que la generación "baby boomer" alcanzara los 65 años a partir de 2011, y se ha proyectado que para 2030

constituirán más del 20% de la población de Estados Unidos, o aproximadamente 76 millones de "baby boomers". Esto también supone un reto para los profesionales de la salud mental en formación, que generalmente tienen poca exposición a problemas relacionados con el envejecimiento. Esto ha generado serias preocupaciones sobre cómo los profesionales de la salud mental abordarán las necesidades de esta población de edad avanzada en crecimiento. Sin embargo, hay que destacar que los estudios recientes revelan que más de dos tercios de los psicólogos practicantes ya han atendido a personas adultas mayores en sus prácticas privadas.

Módulo 1: Fundamentos de la Psicopatología

1.1 Comprendiendo el comportamiento anormal

El comportamiento anormal está influenciado por el entorno, la cultura y el contexto social del individuo. Según diversas definiciones, el comportamiento anormal constituye conducta desordenada. Como se explica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5-TR; 2022), debido a que no hay una definición única que abarque todos los aspectos de la gama de trastornos contenidos en el manual, algunos aspectos son requeridos, tales como los siguientes:

- **Disfunción** – Alteración o deterioro clínicamente significativo en la cognición, regulación emocional o comportamiento de una persona, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental. El comportamiento anormal afecta el bienestar y se evalúa comparando el rendimiento actual de la persona con lo esperado.

- **Angustia** – Se refiere a una persona que experimenta una condición discapacitante que afecta áreas sociales, ocupacionales u otras importantes de su vida. La angustia puede manifestarse como dolor psicológico o físico, o ambos simultáneamente. Sin embargo, el malestar por sí solo no es suficiente para describir un comportamiento anormal. La angustia puede manifestarse como dolor psicológico o físico, o ambos simultáneamente. Sin embargo, el malestar por sí solo no es suficiente para describir un comportamiento anormal.
- **Desviación** – La desviación ocurre cuando una persona no sigue las reglas establecidas o no establecidas por la sociedad, que conocemos como reglas sociales, que cambian con el tiempo según los valores o expectativas aceptados por la sociedad. El comportamiento normal está determinado por la cultura, costumbres, actitudes, valores, creencias y otros elementos particulares del grupo. Sin embargo, ese comportamiento desviado no significa necesariamente un comportamiento negativo.

Muchos clínicos también incluyen el aspecto de peligrosidad cuando el comportamiento supone una amenaza para la seguridad, aunque no forma parte de la conceptualización del comportamiento anormal del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). Es importante recalcar que una persona con un trastorno mental no es necesariamente peligrosa. Sin embargo, los profesionales de la salud mental tienen el deber de informar a las autoridades si una persona representa un peligro para sí misma o para otros, aunque esto no implica que una persona peligrosa esté enferma mentalmente.

1.2. Clasificación de los trastornos mentales

Se definirán cuestiones relacionadas con la clasificación, nomenclatura, epidemiología, presentación del problema y descripción clínica, prevalencia, incidencia y subtipos, así como comorbilidad, etiología, curso, pronóstico y tratamiento.

1.2.1. Clasificación

La clasificación implica organizar cosas o asignar categorías. Por ello, es útil categorizar y clasificar comportamientos anormales. Hacerlo produce una nomenclatura o sistema de nombres que facilita una comprensión completa de los trastornos mentales. De este modo, la clasificación permite predecir las causas y recurrencia de los trastornos mentales y desarrollar tratamientos adecuados.

La epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia y las causas de enfermedades y otros problemas de salud en poblaciones específicas.

La prevalencia es el porcentaje de individuos en una población con trastorno mental o puede considerarse como el número de casos dividido por el número total de personas en la muestra.

La incidencia se refiere al número de nuevos casos en una población durante un período específico.

La comorbilidad describe la aparición simultánea de dos o más trastornos mentales en la misma persona.

La etiología es la causa de un trastorno, mientras que su inicio se manifiesta con un patrón agudo, crónico o de tiempo limitado.

El pronóstico es el camino esperado para un trastorno mental.

El tratamiento consiste en cualquier procedimiento destinado a modificar conductas anormales en conductas normales.

La persona que padece el trastorno mental buscará ayuda de un profesional formado para obtener alivio mediante una serie de sesiones terapéuticas. El profesional de la salud mental formado puede recetar medicación y lograr cambios de comportamiento mediante psicoterapia. El tratamiento puede obtenerse a través de un médico de atención primaria, en un entorno ambulatorio o mediante hospitalización en un hospital psiquiátrico o en una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general.

1.3. El estigma de la enfermedad mental

Analizar los conceptos de estigma, esquemas, estereotipos, heurísticas, cognición social y teorías de la identidad social, así como los problemas de prejuicio, discriminación y actitudes. Explicar por qué la gente no busca ayuda médica.

El estigma ocurre cuando existen estereotipos negativos, etiquetas, rechazo y pérdida de estatus. Existen tres tipos de estigmas que se describen a continuación:

- *Estigma público* – Cuando los miembros de una sociedad perpetúan estereotipos negativos sobre las personas con trastornos mentales, discriminan. Si se evitara por completo, eso resultaría en aislamiento social. Por ejemplo, un empleador podría negarse

intencionadamente a contratar a una persona porque descubre que esa persona tiene una enfermedad mental.

- *Evitar el etiquetado* – Para evitar ser etiquetados como "locos" o "desquiciados", los individuos que necesitan cuidados pueden no buscarlos por completo o abandonarlos una vez que han comenzado. Debido al etiquetado, la financiación de los servicios de salud mental podría restringirse.
- *Auto-estigma* - *Cuando las personas con enfermedades mentales interiorizan estereotipos y prejuicios negativos, discriminándose a sí mismas, pueden experimentar vergüenza, baja autoestima, desesperanza, baja autoeficacia y reducción de habilidades de afrontamiento. Podrían pensar que no deben intentarlo, o que no lo merecen.*
- Otra forma de estigma que merece ser destacada es *el estigma de cortesía*, o cuando el estigma afecta a personas asociadas con una persona con trastorno mental. Esto es especialmente evidente entre las familias afectadas por trastornos mentales, que a menudo son culpadas, rechazadas y devaluadas cuando otros descubren que un miembro de la familia padece una enfermedad mental grave, lo que provoca altos niveles de estrés. Para evitar ser juzgados, muchas familias ocultan la enfermedad de sus familiares y les resulta difícil revelar el estado de su ser querido.

Los efectos secundarios del estigma incluyen la discriminación laboral, lo cual resulta en altos niveles de estrés, una mayor incidencia de suicidio, especialmente cuando no hay tratamiento disponible, y una menor probabilidad de búsqueda de ayuda en el futuro.

Se ha demostrado, además, que el distanciamiento social derivado del estigma aumenta a lo largo de la vida, lo que sugiere que las campañas contra el estigma deberían centrarse principalmente en los adultos mayores. Esto genera preocupación debido a la tendencia de algunos profesionales de la salud mental a mantener actitudes negativas hacia las personas a las que tratan.

Existe también una correlación entre el autoestigma y la autoestima, lo que a su vez afecta a la esperanza y a la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales graves. Por lo tanto, la esperanza debe desempeñar un papel fundamental en la recuperación. La Mejora Narrativa y la Terapia Cognitiva (NECT, por sus siglas en inglés) es una intervención diseñada para reducir el estigma interiorizado, enfatizando tanto la esperanza como la autoestima. Mediante este tipo de intervención se sustituyen los mitos estigmatizantes sobre la enfermedad y la recuperación, a su vez generando esperanza y mayores niveles de autoestima en los pacientes. Esto puede reducir la susceptibilidad al estigma interiorizado.

Además, el estigma genera desigualdades en salud, de ahí recalando la necesidad de cambiar su enfoque. Combatir el estigma implica dos agendas diferentes: *la agenda de servicios*, que busca eliminar el estigma para que las personas puedan acceder a servicios de salud mental, y *la agenda de derechos*, que busca reemplazar la discriminación que priva a las personas de oportunidades legítimas con actitudes y comportamientos afirmativos. La primera es exitosa cuando hay evidencia de que las personas con enfermedades mentales buscan más servicios o se involucran más. La última tiene éxito

cuando aumenta el número de personas con enfermedades mentales en el mercado laboral que reciben adaptaciones razonables. El gobierno federal ha abordado este problema con leyes históricas como la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010, la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990. No obstante, no existe uniformidad en las protecciones otorgadas a todos los subgrupos debido a: 1) lenguaje explícito sobre los criterios de inclusión y exclusión en la ley o regulación de aplicación, 2) lenguaje legal vago que produce variaciones en la interpretación sobre qué grupos califican para la protección, y 3) grupos específicos se ven afectados de manera diferente debido a los incentivos creados por la legislación.

Para comprender mejor el papel de la sociedad en el porqué las personas no buscan atención médica, se discuten a continuación los procesos psicológicos subyacentes.

La cognición social es el proceso mediante el cual recopilamos e interpretamos la información del mundo que nos rodea. Este proceso ocurre a través de lo que conocemos como *sensación*: la detección de la energía física emitida o reflejada por objetos físicos. La detección ocurre a través de nuestros ojos, oídos, nariz, piel y boca, o a través de la vista, el oído, el olfato, el tacto y el gusto, respectivamente. Una vez recogida, la información se transmite al cerebro a través de impulsos neuronales, donde se procesa e interpreta, y se añade significado a estos datos sensoriales, lo que llamamos *percepción*.

Una forma de dar significado a la experiencia individual es asignar **categorías** o grupos.

Para cada categoría, existe un **esquema**, que es un conjunto de creencias y expectativas

sobre un grupo de personas, aplicable a todos los miembros del grupo, basado en la experiencia.

Así, durante nuestra interacción inicial con alguien cuando recopilamos información, la asignamos a una categoría para la que ya tenemos un esquema y luego la usamos para influir en nuestra interacción. Las primeras impresiones, también conocidas como *el efecto primario*, indican que, incluso si obtenemos nueva información que debería contrarrestar una evaluación inicial incorrecta, es poco probable que la impresión inicial cambie. Esto se llama *efecto de perseverancia o perseverancia de creencia*.

Los estereotipos - son tipos especiales de esquemas , muy simplistas, profundamente arraigados y no se basan en la experiencia directa. Las *heurísticas*, o atajos mentales, nos permiten evaluar la información recopilada. Una única información, como el color de piel, se utiliza entonces para asignar a una persona a un esquema para el que ya tenemos un estereotipo. Esto podría influir en cómo pensamos o sentimos sobre las personas y cómo nos comportamos hacia ellas, haciendo inferencias sobre ellas basándonos únicamente en características distintivas, descartando cualquier inconsistencia con el estereotipo.

La teoría de la identidad social postula que las personas categorizan su mundo social mediante representaciones muy simplificadas de los grupos. Estas representaciones se organizan entonces como prototipos: conjuntos difusos de un número muy limitado de características, que no solo definen una categoría única, sino que también sirven para distinguirla de otras. De este modo, el individuo construye grupos internos y externos y

categoriza al yo como miembro del grupo interno. El yo interno se asimila al prototipo extrovertido del grupo interno, delineando los comportamientos que se le permiten mostrar.

Otros términos a considerar son los siguientes:

- *Homogeneidad de grupos externos* – Cuando percibimos a todos los miembros de un grupo externo como iguales. Esto genera una tendencia al favoritismo, a la exclusión o una visión negativa de los miembros fuera del grupo inmediato, lo que se denomina sesgo de grupo interno/externo.
- *Prejuicio* – Visión negativa o conjunto de creencias sobre un grupo de personas.
- *Discriminación* – Actuar de manera negativa contra un grupo de personas. Cabe señalar que una persona puede ser prejuiciosa sin mostrar discriminación, ya que muchas personas no actúan según sus propias actitudes hacia los demás debido a normas sociales sobre ese tipo de comportamiento.
- *Actitudes implícitas* : actitudes de las que no somos conscientes.
- *Actitudes explícitas* : puntos de vista de nuestra conciencia.

1.4. La historia de la enfermedad mental

Algunas de las primeras visiones de la enfermedad mental la consideraban obra de espíritus malignos, demonios, dioses o brujas que tomaban el control de la persona. En la Edad Media se le consideraba posesión del diablo; y se usaban métodos como el exorcismo, la flagelación, la oración, tocar reliquias, cantos, visitas a lugares sagrados y agua bendita para liberar a la persona de la influencia demoníaca.

Durante el Renacimiento, el humanismo estaba en ascenso, enfatizando el bienestar humano y la singularidad del individuo, lo que llevó a un aumento del número de asilos como refugio para enfermos mentales.

Los siglos XVIII y XIX marcaron el auge del movimiento de tratamiento moral, y de la higiene mental.

Siglo XXI

Debido al declive del enfoque de tratamiento moral a finales del siglo XIX, surgieron dos perspectivas sen competencia: la perspectiva biológico-somatogénica y la perspectiva psicológico-psicógena.

Perspectiva biológica o somatogénica.

Por esa época, los médicos griegos Hipócrates y Galeno afirmaron que los trastornos mentales eran similares a los trastornos físicos y tenían causas naturales. Este enfoque cobró protagonismo al final del siglo XIX, en parte porque el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856–1926) descubrió que los síntomas ocurrían en grupos, a los que le dio el nombre de síndromes – trastornos mentales individuales con causas, cursos y pronósticos definidos. Ya en 1883, Kraepelin describió un sistema de clasificación de los trastornos mentales que se convirtió en la base del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Perspectiva psicológica o psicógena.

La perspectiva psicológica o psicogénica sostiene que los factores emocionales o psicológicos son la causa de los trastornos mentales, y un desafío para la perspectiva biológica.

Opiniones/Tendencias actuales

Enfermedad mental hoy. Los datos y estudios actuales, tal como uno publicado por la Facultad de Medicina de Harvard (2014), muestran que casi el 46% de los participantes experimentaron un trastorno psiquiátrico en algún momento de sus vidas. Los trastornos más frecuentes fueron:

- Depresión mayor – 17%
- Abuso de alcohol – 13%
- Trastorno de ansiedad social – 12%
- Trastorno de conducta – 9,5%

Curiosamente, las mujeres tenían más probabilidades de experimentar trastornos de ansiedad y de estado de ánimo, mientras que los hombres mostraron tasas más altas de trastornos de control de impulsos. La comorbilidad entre la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo fue notable, y el 28 % reportó más de un trastorno concurrente.

En tiempos recientes, los servicios de salud mental han aumentado considerablemente. Esto puede atribuirse a un mayor acceso al tratamiento y a mayores esfuerzos de educación al público sobre la enfermedad mental.

El estigma ha disminuido con el tiempo, ya que el diagnóstico es más eficiente, los programas de alcance comunitario se han ampliado y, lo más importante, los médicos de cabecera están más dispuestos a recetar medicamentos psicoactivos, que ahora están más disponibles.

Uso de fármacos psiquiátricos y desinstitucionalización

Los fármacos psiquiátricos o psicotrópicos utilizados para tratar enfermedades mentales se popularizaron a partir de los años 50 y llevaron a la desinstitucionalización o al cambio de la atención hospitalaria a la atención ambulatoria. Aunque la medicación por sí sola no puede curar enfermedades mentales, sí puede aliviar los síntomas y mejorar la eficacia de tratamientos como la psicoterapia. Los medicamentos psiquiátricos incluyen antidepresivos para tratar la depresión y la ansiedad, estabilizadores del ánimo para tratar el trastorno bipolar, antipsicóticos para tratar la esquizofrenia y ansiolíticos para tratar el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico.

1.5. Métodos de investigación en psicopatología

El método científico

La psicología es el estudio científico del comportamiento y los procesos mentales. Por lo tanto, los métodos de tratamiento utilizados por los profesionales de la salud mental se basan en investigaciones empíricas y métodos científicos. El método científico es un método sistemático, con una forma establecida de recopilar conocimiento sobre el mundo que nos rodea. Puede incluir un número variable de pasos, como los siguientes:

Los pasos del método científico

- Hacer preguntas y estar dispuesto a cuestionarte.
- Generar preguntas de investigación o identificar el problema a investigar.
- Explicar el fenómeno que se quiere estudiar.

- Poner a prueba la hipótesis.
- Interpretar los resultados
- Hacer conclusiones cuidadosamente.
- Comunicar los hallazgos a la comunidad científica en general.

La ciencia se basa en tres características fundamentales, que son:

1. *Observación* – Para entender el mundo que nos rodea, necesitamos verlo de primera mano.
2. *Experimentación* – Para hacer afirmaciones causales o de causa y efecto, debemos aislar las variables. Debemos manipular una variable y observar su efecto en la otra.
3. *Medición* – ¿Cómo sabemos si un nuevo medicamento o tratamiento ha funcionado? En pocas palabras, podemos medir los síntomas de un trastorno antes y después de que se implemente cualquier tratamiento. Este diseño de prueba, conocido como *pre-post*, es típico en estudios farmacológicos.

Principales diseños de investigación

- **Observación naturalista y de laboratorio** – observación en un entorno natural.
- **Observación en laboratorio:** consiste en observar personas o animales en el entorno de un laboratorio.
- **Estudios de caso** – La psicología también puede utilizar una descripción detallada de un individuo o de un pequeño grupo basada en una observación cuidadosa. Este fue el enfoque del fundador del psicoanálisis, Sigmund Freud.

- **Encuestas/Datos de autoinforme**- Cuestionarios con al menos una escala y varias preguntas utilizadas para evaluar un constructo psicológico de interés. Pueden administrarse con papel y lápiz, y ordenador. Las encuestas permiten recoger gran cantidad de datos de forma rápida. Pero las encuestas pueden ser tediosas, con sesgo de deseabilidad social (cuando un participante responde a preguntas de forma deshonesto para ser visto con mejores ojos), lo cual puede ser un problema.
- **Investigación correlacional**: el método examina la relación entre dos variables o dos grupos de variables.
- **Experimentos** - Es una prueba de hipótesis controlada en la que un investigador manipula una variable y mide su efecto sobre otra. La variable manipulada se denomina variable independiente (VI) y la variable medida, variable dependiente (VD).
- **Investigación multimétodo**: Normalmente se emplean varios enfoques en distintas fases de un estudio de investigación.

Módulo 2. Modelos de psicología anormal

2.1.1 Modelo unidimensional de anomalía

El modelo unidimensional asume un factor como clave para tratar eficazmente un trastorno mental. Sin embargo, los trastornos mentales rara vez son unidimensionales, sino que son causados por múltiples factores o causas.

2.1.2. Modelo multidimensional de anomalías

Este enfoque integra múltiples factores y causas de la psicopatología, y la correlación entre las causas de un trastorno a lo largo del tiempo. La confluencia de factores que contribuyen a la psicopatología suele denominarse modelo biopsicosocial, que incluye factores que contribuyen como:

Biológico – genética, desequilibrios químicos cerebrales, funcionamiento del sistema nervioso, etc.

Psicológico : aprendizaje, personalidad, estrés, cognición, autoeficacia y experiencias tempranas.

Sociocultural: incluye factores como el género, la orientación religiosa, la raza, la etnia y la cultura.

2.2. El modelo biológico

Los defensores del modelo biológico creen que la enfermedad mental es el resultado de un mal funcionamiento del cuerpo, que incluye problemas en la anatomía o la química del cerebro. Este modelo propone la comunicación del sistema nervioso, sus componentes, la estructura neuronal y sus partes, los neurotransmisores importantes, las principales estructuras cerebrales y las áreas específicas del cerebro involucradas en las enfermedades mentales. También describe los roles genéticos, los desequilibrios hormonales, las infecciones bacterianas y virales en las enfermedades mentales, así como los tratamientos comunes para estas enfermedades. Además, evalúa la efectividad del modelo.

El amplio espectro que cubrirá este curso se describe a continuación:

- *Estructura y química cerebral*
- *Desequilibrios hormonales, infecciones virales y genes*
- *Tratamientos* (incluyendo psicofarmacología y fármacos psicotrópicos, terapia electroconvulsiva y psicocirugía)
- *Evaluación del modelo* – Primero, se abordan los efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos. En segundo lugar, existe la perspectiva de que todo comportamiento humano puede explicarse en términos biológicos, ignorando así otros factores igualmente fundamentales no biológicos.

2.3. Perspectivas psicológicas

Se discutirán y analizarán teorías y perspectivas psicoanalíticas, conductuales, clásicas, del condicionamiento operante, del aprendizaje, cognitivas, humanistas y existenciales.

2.4. El modelo sociocultural

El modelo sociocultural sostiene que la raza, la etnia, el género, la afiliación religiosa, el estatus socioeconómico y la orientación sexual desempeñan un papel influyente en el desarrollo y tratamiento de las enfermedades mentales. Se discutirá cómo estos factores afectan al desarrollo de la enfermedad mental en la población adulta.

Módulo 3. Evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento

Este proceso de evaluación abordará conceptos clave como:

3.1 Métodos de evaluación - (*observación, entrevistas clínicas, pruebas psicológicas e inventarios, pruebas neurológicas, exámenes físicos, exámenes conductuales y/o pruebas de inteligencia*)

3.2. Diagnóstico y clasificación del comportamiento anormal

Esta sección explicará qué significa hacer un diagnóstico clínico y sus elementos, definirá un síndrome, mostrará qué hace un sistema de clasificación e identificará los dos sistemas de clasificación más utilizados. Describe la historia del DSM-5, identifica y explica los elementos de un diagnóstico, discute las principales categorías de los trastornos mentales según los dos sistemas de clasificación más conocidos: el DSM-5-TR y el ICD-11, y por qué es necesario que ambos sistemas armonicen.

3.3. Tratamiento de los trastornos mentales

Este módulo tiene como objetivo aclarar las razones por las que alguien podría necesitar tratamiento y debatir mitos sobre la psicoterapia. Propone que cualquiera tiene derecho a buscar tratamiento y a beneficiarse de ello en caso de necesitarlo. La psicoterapia, a su vez, depende de que los psicólogos apliquen procedimientos basados en la evidencia y validados para ayudar a las personas a sentirse mejor y desarrollar hábitos saludables.

Sistema de clasificación DSM-5 de trastornos mentales

A continuación se muestran los trastornos más comunes que afectan a la población adulta.

Schizophrenia Spectrum	Disorders characterized by one or more of the following: delusions, hallucinations, disorganized thinking and speech, disorganized motor behavior, and negative symptoms
Bipolar and Related	Characterized by mania or hypomania and possibly depressed mood; includes Bipolar I and II and cyclothymic disorder
Depressive	Characterized by sad, empty, or irritable mood, as well as somatic and cognitive changes that affect functioning; includes major depressive, persistent depressive disorder, mood dysregulation disorder, and premenstrual dysphoric disorder
Anxiety	Characterized by excessive fear and anxiety and related behavioral disturbances; Includes phobias, separation anxiety, panic disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, agoraphobia
Obsessive-Compulsive	Characterized by obsessions and compulsions and includes OCD, hoarding, body dysmorphic disorder, trichotillomania, and excoriation
Trauma- and Stressor- Related	Characterized by exposure to a traumatic or stressful event; PTSD, acute stress disorder, adjustment disorders, and prolonged grief disorder
Dissociative	Characterized by a disruption or discontinuity in memory, identity, emotion, perception, body representation, consciousness, motor control, or behavior; dissociative identity disorder, dissociative amnesia, and depersonalization/derealization disorder

Somatic Symptom	Characterized by prominent somatic symptoms and/or illness anxiety associated with significant distress and impairment; includes illness anxiety disorder, somatic symptom disorder, and conversion disorder
Feeding and Eating	Characterized by a persistent disturbance of eating or eating-related behavior to include bingeing and purging; Includes pica, rumination disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, anorexia, bulimia, and binge-eating disorder
Substance-Related and Addictive	Characterized by the continued use of a substance despite significant problems related to its use
Neurocognitive	Characterized by a decline in cognitive functioning over time and the NCD has not been present since birth or early in life; Includes delirium, major and mild neurocognitive disorder, and Alzheimer's disease
Personality	Characterized by a pattern of stable traits which are inflexible, pervasive, and leads to distress or impairment; Includes paranoid, schizoid, borderline, obsessive-compulsive, narcissistic, histrionic, dependent, schizotypal, antisocial, and avoidant personality disorder

4. Cuestiones contemporáneas en la psicopatología

Este módulo final abordará cómo la psicología clínica interactúa con la ley, cuestiones relacionadas con el internamiento civil y penal involuntario, la psicología forense, los derechos del paciente y la relación terapeuta-cliente.

Descripción del módulo

- Aspectos legales relacionados con la enfermedad mental
- Derechos del paciente
- La relación terapeuta-cliente

Conclusión

El crecimiento significativo de la población de edad avanzada ha generado una necesidad urgente de psicólogos calificados y capacitados para atender a este segmento de nuestra sociedad. Actualmente, los servicios ofrecidos no satisfacen la demanda proyectada de la población mayor. Por ello, se requiere formación académica adicional, así como fortalecer los planes de estudio de psicología para alinearlos con las realidades actuales. El enfoque de este curso ha sido debatir temas relevantes en la psicopatología de los adultos mayores, abordando los aspectos clave que afectan la salud mental de esta población para ofrecer un enfoque psicológico holístico a este grupo cada vez más numeroso. El objetivo es fortalecer los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud mental, beneficiando así a las comunidades a las que servimos.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición, Revisión de texto. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría, 2022.
- Bridley, A., & Daffin, L. W., Jr. (2022). *Fundamentos de los trastornos psicológicos* (3ª ed.). Universidad Estatal de Washington. <https://opentext.wsu.edu/abnormal-psych/>.
- Davis, C. (7 de febrero de 2025). *Psicopatología del adulto*. OER UMass Amherst. Consultado el 13 de febrero de 2026, desde <https://openbooks.library.umass.edu/adultpsychopathology/>
- Foro Interinstitucional Federal sobre Estadísticas Relacionadas con el Envejecimiento. (noviembre de 2004). *Más Antigua Americanos 2004: Indicadores clave de bienestar*. Washington, DC: Gobierno de EE. UU. Impresión.
- Instituto de Medicina. (2008). *Readaptación para una América envejecida: construyendo la salud personal de cuidados*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jogsma Jr, Arthur E. (2014). *El planificador completo de tratamiento de psicoterapia para adultos, 5ª ed.* (5). Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Qualls, S. H., Segal, D., Norman, S., Niederehe, G., & Gallagher-Thompson, D. (2002). Psicólogos en ejercicio con adultos mayores: patrones actuales, fuentes de la formación y la necesidad de formación continua. *Psicología profesional: Investigación y Practice*, 33, 435–442.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2025).